



DEPARTAMENTO DE
Saúde Pública
Universidade Federal de Santa Catarina



**GOVERNO
DE SANTA
CATARINA**
Secretaria da Saúde



apresentam

ABORDAGEM NÃO MEDICAMENTOSA DO TABAGISMO

Renata de Cerqueira Campos

Psicóloga

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis

Abordagem Cognitivo- comportamental

Como atingir e manter a abstinência

Abordagem cognitivo comportamental

Modelo de intervenção centrado na mudança de crenças e comportamentos que levam um indivíduo a lidar com uma determinada situação.

Quando integrada ao apoio medicamentoso aumenta a efetividade do tratamento (A)*

*Meta-analysis (2008): Effectiveness of and estimated abstinence rates for
the number of sessions of counseling in combination
with medication versus medication alone (n = 18 studies)

Modelo Cognitivo:

Pensamento → Sentimento →
Comportamento

Beck e col., 1982

“Nada em si é bom ou mau, tudo depende daquilo que pensamos”

(Shakespeare)

“O que perturba o ser humano não são os fatos, mas a interpretação que ele faz dos fatos”

(Epíctetus – séc. I a.C.)

Abordagem cognitivo comportamental

- Combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais
- Envolve o estímulo ao auto-controle ou auto-manejo
- Tornar o indivíduo agente de mudança de seu próprio comportamento

- 📄 Prepará-lo para solução de seus problemas;
- 📄 Estimular suas habilidades para resistir as tentações;
- 📄 Prepará-lo para prevenir a recaída;
- 📄 Prepará-lo para lidar com o estresse.

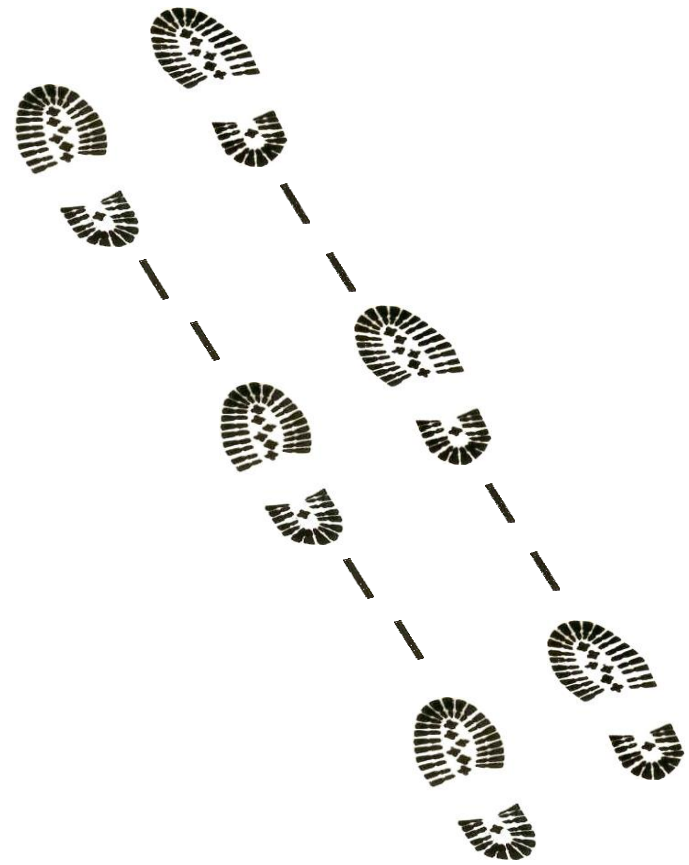
Abordagem cognitivo comportamental

- Lugar que a droga ocupa na vida do tabagista (crenças distorcidas);
- Foco: trabalha pensamentos, sentimentos e comportamentos acerca do tabagismo;
- Orienta-se em metas que visam a resolução do problema;

Abordagem cognitivo comportamental

Deixar de fumar é apenas o primeiro passo!

O objetivo do tratamento é a aprendizagem de um novo comportamento, através da promoção de mudanças nas crenças e desconstrução de vinculações comportamentais ao ato de fumar



Abordagem cognitivo comportamental

Abordagem do fumante

Abordagem Mínima / Breve

Rotina de atendimento do profissional de saúde

Perguntar se fuma e se deseja parar;

Resultados: 10 a 13%* de cessação em 1 ano

Abordagem Intensiva/Específica

Grupos específicos com 1h e meia de duração;

Profissionais capacitados e envolvidos;

Resultados: 30 a 35%* de cessação em 1 ano.

Duração da Abordagem

- Abordagem mínima: 3 a 5 min da consulta
- Abordagem breve : 5 a 10 min da consulta
- Abordagem Intensiva: 4 a 8 consultas específicas

Forte relação dose resposta entre a duração e o número de sessões e o sucesso do tratamento (A)*.

*Meta-analysis (2000): Effectiveness of and estimated abstinence rates for various intensity levels of session length (n = 43 studies)
Meta-analysis (2000): Effectiveness of and estimated abstinence rates for number of person-to-person treatment sessions (n = 46 studies)

Intensidade do contato (N=43)

<u>Contato</u>	<u>Taxa de abstinência (%)</u>	<u>Razão de Taxas</u>
•Controle (não aconselhamento)	10.9	1.0
•Aconselhamento mínimo (3 -5 min.)	13.4	1.3
•Aconselhamento de 5 a 10 min.	16.0	1.5
•Aconselhamento de mais de 10 min.	22.1	2.0

Duração do Contato (N=35)

<u>Duração</u>	<u>Taxa de abstinência (%)</u>	<u>Razão de Taxas</u>
• - 0 -	11.0	1.0
• 1 – 3 mim.	14.4	1.3
• 4 – 30 min.	18.8	1.7
• 31 – 90 min.	26.5	2.4
• 91 – 300 min.	28.8	2.6
• > 300 min	25.5	2.3

Número de sessões (N=29)

<u>Número de sessões</u>	<u>Taxa de abstinência (%)</u>	<u>Razão de Taxas</u>
0 - 1	10.2	1.0
2 - 3	10.9	1.1
4 - 8	15.8	1.5
> 8	19.9	1.9

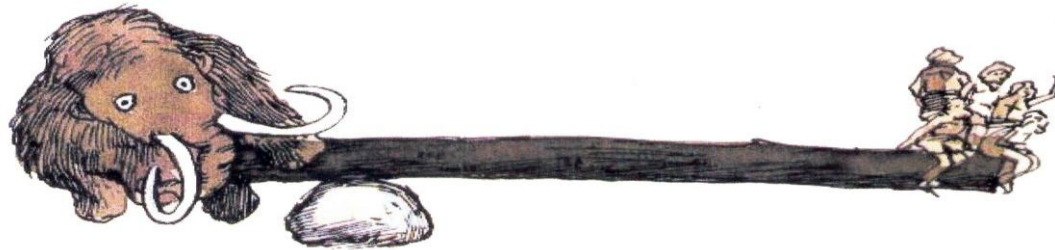
Qualquer aconselhamento é melhor do que não aconselhamento

• Aconselhamento	SIM	NÃO
• Taxa de abstinência (%)	10.2	7.9
• Razão de taxas	1.3	1.0

“ Treating tobacco use and dependence”

U. S. Department of Health and Human Services **Junho de 2000 (n=7 estudos)**

Abordagem mínima/breve



MOTIVAÇÃO

3 a 10 minutos da CONSULTA para
estimular a MUDANÇA de
COMPORTAMENTO

Abordagem mínima/breve

RESULTADO:

Impacto significativo sobre índice de abstinência
a longo prazo *

Deve ser repetida a cada consulta!

*Lancaster T, Stead L. Physician advice for smoking
cessation. Cochrane Database Syst Rev
2004:CD000165

Abordagem mínima/breve

PAAPA

PERGUNTE ... se ele fuma e se deseja parar de fumar- *sinal vital*

AVALIE ... grau de dependência e motivação

ACONSELHE ... a parar

PREPARE ... o plano de ação

ACOMPANHE ... o processo

Abordagem intensiva

Modelo INCA

Sessões em grupo de 90 min

2 profissionais de saúde

4 sessões semanais

2 sessões quinzenais

1 sessão mensal

Estrutura e conteúdo das sessões:

[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agravos/publicacoes/
manual-do-coordenador.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agravos/publicacoes/manual-do-coordenador.pdf)

Manutenção

- Grande risco de recaída, pp no início *
- Não há indícios na literatura de medicações ou aconselhamento que possam diminuir o risco de recaídas **
- Solução: manter o acompanhamento (reforçando e revendo as estratégias)

*Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*. 2004; 99: 29–38. **08**

**Hajek P, Stead LF, West R, et al. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD003999.

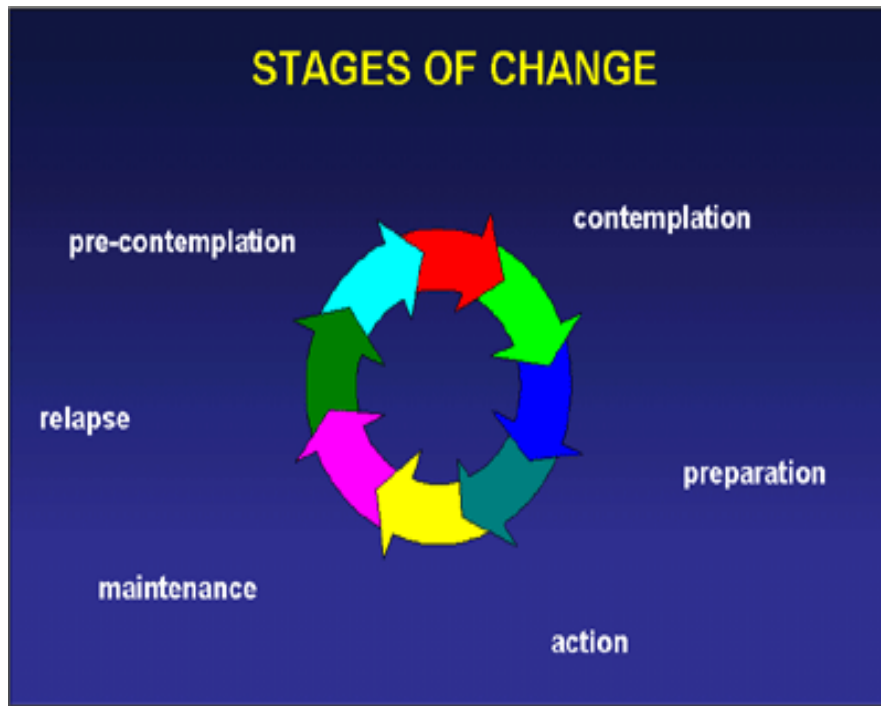
Estratégias de Acompanhamento (N=58)

<u>Estratégias</u>	<u>Taxa de abstinência (%)</u>	<u>Razão de Taxas</u>
Não Acompanhamento	10.8	1.0
Auto-ajuda	12.3	1.1
Telefone	13.1	1.2
Grupo	13.9	1.3
Individual	16.8	1.6

Entrevista Motivacional

Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change (2nd ed.).
New York, Guilford Press, 2002.

Entrevista Motivacional



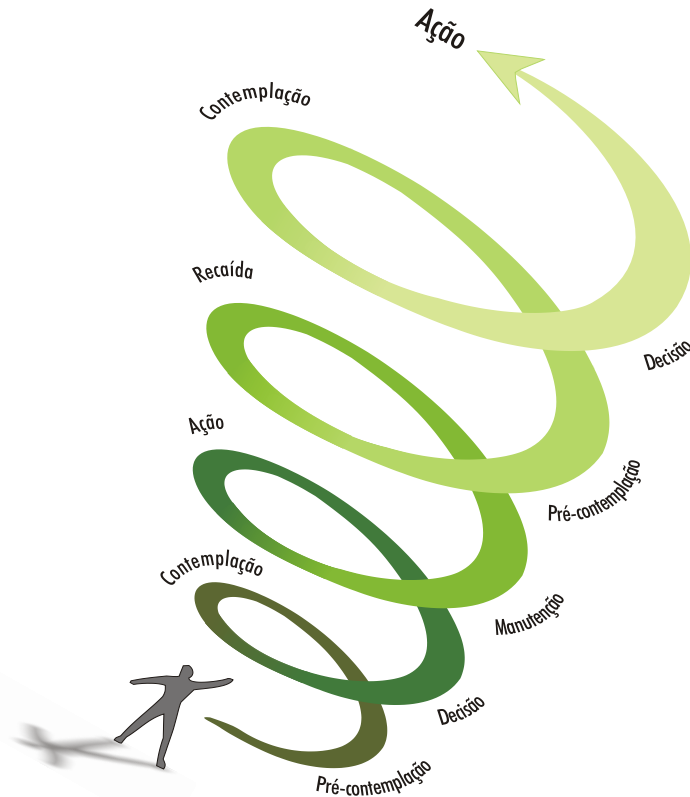
Fonte: Prochaska e DiClemente, 1992.

Marco nas abordagens de tratamento no campo da Dependência Química

Atua em clientes com baixa motivação para mudança de comportamento

Baseia-se no modelo transteorético de Prochaska e Di Clementi

Estágios Motivacionais



- Pré-contemplação
- Contemplação
- Preparação para ação
- Ação
- Manutenção
- Recaída

A quem se destinam os tratamentos?

40 % de pré contempladores

40% de contempladores

20% preparação para ação

Tratamentos para dependências desenhados para pacientes em preparação para ação



Entrevista Motivacional

Como abordar pacientes pré-contemplativos
Habilidade para lidar com ambivalência
Motivar o paciente para mudança de
comportamento

Técnicas motivacionais são efetivas em
motivar os fumantes a realizar tentativas**

** Carpenter MJ, Hughes JR, Solomon LJ. et al. Both smoking reduction with nicotine replacement therapy and motivational advice increase future cessation among smokers unmotivated to quit. J Consult Clin Psychol. 2004; 72: 371–81.

AMBIVALÊNCIA

**Tenho que deixar
de usar...**



**Acho que não vou
conseguir...**

Riscos para a saúde
Benefícios de parar
Pressão social

Medo:
do sofrimento
de não saber lidar
com os problemas
do fracasso
Pressão social



**Interrupção
do uso**



Manutenção ou recaída

Abordagem motivacional do fumante

Não confrontativa



Flexibilidade



Empatia

4 Princípios da EM

Expressar empatia (entender x julgar)

Desenvolver discrepância

Rolar com a resistência x confronto

Aumentar auto-eficácia

Tratamento do Tabagismo



Individual



Em grupo

Características do tratamento em grupo

- **Tempo de vida pré-estabelecido;**
- **Sessões estruturadas;**
- **Grupo temático e de reflexão;**
- **Evita aspectos emocionais;**
- **Conduzido, de preferência, por 2 profissionais de saúde;**

Estrutura das sessões

1 - Atenção individual

2 - Estratégias e informações

3 - Revisão e discussão

4 - Tarefas

“Ainda que você esteja sozinho em
seu barco,
sempre conforta ver as luzes dos
outros balançando por perto.”

Irvin Yalom

Recomendações finais

- A intervenção intensiva é mais efetiva do que a breve e deve ser utilizada quando disponível.
- Mas todos os fumantes devem receber no mínimo alguma intervenção.

“O ótimo é inimigo do bom!”

Referências

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (2008). Projeto Diretrizes. Disponível em URL: <HTTP://www.projetodiretrizes.org.br/>

CALHEIROS, PRV, OLIVEIRA,MS, ANDRETTA,I. Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. *Aletheia* n.23 Canoas jun. 2006

CAVALCANTE, JOSIAS. *O Impacto mundial do tabagismo*. Fortaleza: Realce, 2002.

HERCULANO-HOUZEL, SUZANA. *Sexo, drogas, rock'n'roll... & chocolate*. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2003.

CREMONESE E, SARAIVA SAL. *Protocolo de atenção em saúde mental de Florianópolis*. 1ed. Tubarão: Copiart, 2011.

GIKOVATE, FLÁVIO. *Cigarro: Um Adeus Possível*. São Paulo: MG Editores, 2000.

ISSA, JACQUELINE SCHOLZ. *Deixar de fumar: Fumar é gostoso... parar é ainda melhor*. São Paulo: MG Editores, 2003.

Referências

LEMOS, T. E GIGLIOTTI, A. *Tabagismo e Comorbidades Psiquiátricas. Diretrizes sobre comorbidades psiquiátricas em dependência ao álcool e outras drogas, ABEAD, 2002.*

MILLER, W.R. & ROLLNICK, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior.* New York.

RAW, MARTIN. *Pare de fumar para sempre.* São Paulo: Publifolha, 2004.

REICHERT J, ARAÚJO AJ, GONÇALVES CMC, GODOY I, CHATKIN JM, SALES MPU ET AL. *Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008* Smoking cessation guidelines – 2008 J Bras Pneumol. 2008;34(10):845-880*

RONDINA, REGINA DE CÁSSIA; GORAYEB, RICARDO; BOTELHO, CLÓVIS. *A dinâmica psicológica do tabagismo.* Cuiabá: Entrelinhas, 2004.

US PUBLIC HEALTH SERVICE REPORT (2008): *Clinical practice guideline treating tobacco use and dependence 2008 update panel, liaisons, and staff.*

A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. *Am j prev Med 2008;35:158-76.*

Perguntas e respostas

Avalie a webpalestra de hoje:

<https://goo.gl/forms/xSMaKIFM6I9IFS652>