



Instituto Superior de Psicologia Aplicada

***Programa de Cessação Tabágica baseado num protocolo
de hipnose clínica, como coadjuvante de terapias
cognitivo-comportamentais, na Unidade Local de Saúde
da Guarda.***

Tiago Cavaleiro

15506

Orientador de Dissertação

Professora Doutora Cláudia Carvalho

Coordenador do Seminário de Dissertação

Professora Doutora Cláudia Carvalho

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia da Saúde

Lisboa, 30 de Junho de 2009

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutora Cláudia Carvalho, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde conforme o despacho da DGES, nº 6037/ 2007 publicado em Diário da República 2ª série de 23 de Março, 2007.

Agradecimentos

Ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada pela excelente qualidade lectiva, corpo docente, investigação e formação, assim como por todos os momentos lá vividos.

À Professora Doutora Cláudia Carvalho por todo o acompanhamento, partilha de ideias, transmissão de conhecimentos, interesse, disponibilidade e sugestões nas aulas de seminário e na dissertação de mestrado.

Ao Professor Dr. Joseph P. Green pelo auxílio prestado na discussão do tema hipnose na cessação tabágica pelo envio de alguns dos seus documentos e permuta de ideias.

À Dra. Filomena Luís pelo facto de me ter recebido nas suas consultas de cessação tabágica na Unidade Local de Saúde da Guarda e pela assistência prestada na explicação e compreensão de fenómenos associados ao tabagismo e seu tratamento.

À Dra. Emília Nunes, directora dos serviços de Promoção e Protecção da Saúde da DGS pelas suas publicações nesta área, e atenção prestada no esclarecimento de algumas dúvidas.

Aos meus pais, por todo o amor, empenho e dedicação que me deram no decorrer da dissertação.

Aos meus colegas, às relações, à amizade criada e ao suporte que me concederam.

NOME: Tiago Jorge Simão Cavaleiro

Nº. 15506

CURSO: Mestrado em Psicologia da Saúde

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO: Psicologia da Saúde

ANO LECTIVO: 2008/2009

ORIENTADOR: Professora Doutora Cláudia Carvalho

DATA: 16 de Julho de 2009

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: Programa de Cessação Tabágica baseado num protocolo clínico de hipnose, como técnica auxiliar das terapias cognitivo-comportamentais, na Unidade Local de Saúde da Guarda.

Resumo

Este Projecto tem como principal objectivo propor a utilização da hipnose como co-adjuvante das terapias para a cessação tabágica da Unidade Local de Saúde da Guarda (ULSG).

A cessação tabágica é uma vertente fundamental para controlar a epidemia do tabagismo (OMS, 2008). A cessação tabágica constitui uma das áreas de acção prioritárias da Direcção-Geral da Saúde.

O uso da hipnose em complemento com técnicas cognitivo-comportamentais (e.g. reestruturação cognitiva, reforço positivo, dessensibilização sistemática, auto-monitorização, relaxamento), tem mostrado em vários estudos os seus benefícios ao nível da cessação tabágica (e.g. Lynn, & Kirsch, 2006; Green, 1996, 1999).

A ULSG dispõe de um tratamento com vista à cessação tabágica com a duração de um ano. Nos 3 primeiros meses os utentes são alvo de tratamento farmacológico, nos 3 meses seguintes recebem apoio psicológico, nos restantes 6 meses, pretende-se consolidar a abstinência, que será certificada no final do ano, ou seja, se o tratamento for bem sucedido.

O programa alternativo que propomos, visa parte dos utentes (grupo experimental), que pela avaliação feita nos 3 primeiros meses de tratamento da ULS, continuam a revelar sinais de dependência física. Assim, o grupo experimental será alvo de um reforço facultado pelo programa de intervenção objecto de projecto. O grupo controle não será objecto de nenhuma outra intervenção que a intervenção estandardizada da ULSG. Propõe-se uma avaliação das taxas de manutenção da abstinência, ao fim de 3 meses, 6 meses, 1 ano e 3 anos.

Palavras chave: Hipnose, Cessação tabágica, terapias cognitivo-comportamentais.

NAME: Tiago Jorge Simão Cavaleiro

Nº. 15506

COURSE: Master in Health Psychology

SPECIALIZATION AREA: Health Psychology

ACADEMIC YEAR: 2008/2009

TUTOR: PH.D. Cláudia Carvalho

DATE: July 16, 2009

DISSERTATION TITLE: Smoking Cessation Program based on a clinical protocol of hypnosis as a adjunct of cognitive-behavioural therapies, in Unity of Local Health in Guarda

Abstract

This project main purpose is to propose the implementation of the hypnosis technique as a co-adjutant to therapies in smoking cessation in Unity of Local Health of Guarda (ULHG).

The smoking cessation is a key element to control the tobacco epidemic (WHO, 2008). The smoking cessation is one of the priority action areas of the Directorate General of Health.

Several studies have shown that the use of hypnosis in complement to cognitive-behavioural techniques (e.g. cognitive restructuring, positive reinforcement, systematic desensibilization, self monitorization, relax), is beneficial in smoking cessation (e.g. Lynn, SJ, & Kirsch, I. 2006; Green, 1996, 1999).

The ULHG provides a treatment for smoking cessation of one year duration. It consists of three phases. There, the participants are submitted to a pharmaceutical treatment during the first three months, during the 3 following months the participants are given psychological support; the last half year is dedicated to the abstinence consolidation which will be certificated after this period, i.e. by the end of the well succeeded treatment. The present programme is intended to some of the participants (experimental group) who still showed physical addiction. So, this experimental group is going to receive a reinforcement given by the intervention programme object of this project. The control group will not have another intervention that the standardized intervention of ULHG

It is proposed evaluating rates of abstinence maintenance at the end of 3 months, 6 months - during the treatment, and at the end of first and third years - after the treatment.

Keywords: Hypnosis, Smoking cessation, cognitive-behavioural therapies.

Índice

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract.....	III
1. Introdução	1
1.1 Tabagismo.....	1
1.1.1 <i>Cessação Tabágica</i>	5
1.2. Hipnose Clínica	11
1.2.2 <i>Hipnose e Cessação Tabágica</i>	16
2. Método.....	20
2.1 Participantes.....	20
2.2 Medidas	20
2.3 Delineamento	20
2.4 Procedimento	21
2.5 Cronograma do Tratamento da ULS	25
2.5 Cronograma do Programa Proposto.....	25
3. Referências Bibliográficas.....	26
Anexos	34
Anexo A - Estratégias para a Cessação Tabágica baseada nos 5 A's	35
Anexo B - Teste de Fagerström - Avaliação da dependência física da nicotina	37
Anexo C – Mitos associados à hipnose.....	39
Anexo D – Escala de Motivação.....	41
Anexo E – Avaliação da razões que levam a pessoa a fumar	43
Anexo F - <i>Script</i> hipnótico.....	45
Anexo G - Carta de Consentimento Informado	47

1. Introdução

O presente projecto está estruturado em duas partes. Na primeira aborda-se o tema do tabagismo e a sua definição pela OMS, os malefícios os efeitos do tabaco, os custos para a saúde, a composição da nicotina, principal agente da criação de dependência face à substância, agente aditivo classificado pela CID-10 e DSM-IV-TR. Abordam-se várias estratégias de como atingir a cessação tabágica. Algumas formas de tratamento que são empregues nas Unidades Locais de Saúde (ULS) em Portugal., nomeadamente no Hospital Sousa Martins, na cidade da Guarda Seguidamente aborda-se o tema da hipnose, a sua perspectiva histórica, os mitos a ela associados, e a aplicabilidade da mesma em contextos de saúde e os resultados quando coadjuvante com outras terapias, nomeadamente cognitivo-comportamentais. Neste capítulo, abordaremos o uso da hipnose no contexto da cessação tabágica e como uma técnica integrativa de outras terapias (cognitivo comportamental., farmacologia, grupos de auto ajuda, aconselhamento). Face aos tratamentos que comumente são utilizados, vamos propor um modelo integrado para um Programa de Cessação Tabágica, em que se aplique procedimentos hipnóticos e terapias cognitivo-comportamentais integradas num modelo de tratamento da ULS. Na parte dois é apresentado o Plano que inclui informação sobre participantes, medidas, delineamento e procedimento do Programa de Cessação Tabágica proposto.

1.1 Tabagismo

O tabagismo tem sido considerado um problema de saúde pública mundial pela Organização Mundial da Saúde (2008). O consumo de tabaco é uma das principais causas de morte evitável (Fraga, Sousa, Santos, Mello, Lunet, Padrão, Barros, 2005). Segundo o Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE) o consumo tabágico contribui para o aumento da mortalidade global (CEMBE, 2008). É tão importante deixar de fumar como não iniciar o consumo (Rodrigues, 2002). O tabaco é um factor de risco para inúmeras doenças, sendo a cessação tabágica um desafio, tanto para fumadores como para os profissionais de saúde que os orientam e incentivam nas suas tentativas (CEMBE, 2008). Para além do aumento do risco de cancro do pulmão, o tabaco é causa directa ou provável de outros cancros (e.g. cavidade oral., laringe, esófago, estômago, rim, bexiga), é causa importante de doença cardiovascular (e.g. acidente vascular cerebral., doença vascular periférica, enfarte do miocárdio) e pulmonar (e.g. doença pulmonar obstrutiva crónica, enfisema pulmonar, otites) (Fraga et al., 2005). A OMS (2008) chama a atenção para o paradoxal contraste que existe entre o fácil acesso aos produtos do tabaco, e a escassa disponibilidade de tratamentos para o fumador.

As primeiras referências ao tabaco surgem entre as populações nativas do continente americano, que o usavam não apenas fumado, como psico-estimulante, mas também em pasta como produto medicinal, pois acreditavam no seu poder divino (Routh, Bhowmik, & Parish, 1998; Bório, 2003, cit. por Fraga et al., 2005). A sua introdução na Europa deu-se no século XVI, e foi, consequentemente exportado para países africanos e asiáticos, acompanhando o ritmo das trocas comerciais (Routh, Bhowmik, Parish, 1998, cit. por Fraga et al., 2005). Só em meados do século XX foi possível demonstrar a actividade patogénica do tabaco (Rodrigues, 2002). Em Portugal, durante a guerra colonial nos anos 1960 e 1970, os cigarros fizeram parte das lembranças com que eram presenteados os soldados quando partiam para o ultramar (Rodrigues, 2002). O primeiro estudo epidemiológico relatando a associação entre os efeitos do tabaco na saúde foi publicado no *British Medical Journal* em 1950 em que 9,5% dos 1357 homens com cancro do pulmão eram fumadores (Doll & Hill, 1950, cit. por Rodrigues, 2002). Doze anos depois (1962) foi publicado o primeiro relatório *Smoking and Health do Royal College of Physicians* com as seguintes recomendações: deve ser restringida a publicidade ao tabaco, os impostos sobre o tabaco devem ser aumentados, as vendas de cigarros a crianças devem ser restringidas, bem como fumar em lugares públicos, e deve ser dada maior informação sobre conteúdo em alcatrão/nicotina dos cigarros (Rodrigues, 2002).

Em fase da adolescência, com uma personalidade em formação, a experimentação do tabaco para o adolescente é parte do processo de auto-conhecimento, servindo como uma forma de desafio e de procura de identificação com os seus pares (Kirchenchetejn & Chaktin, 2004). Dos adultos que fumam, 90% começam antes dos 18 anos (Stover, 1998, cit. por, Rodrigues, 2002). Mais de metade dos jovens que experimentam tabaco será dependente de nicotina e, entre os jovens que fumam de modo regular aos 20 anos, 95% será dependente de nicotina (APA, 1994, cit. por, Matos, Gaspar, Vitória, Clemente, 2003). Quando procuramos conhecer melhor o problema do tabagismo, há dois aspectos a considerar, por um lado, na maioria dos casos, a iniciação tabágica ocorre na puberdade, e a dependência instala-se durante a adolescência (Matos, Gaspar, Vitória, Clemente, 2003). Os factores ambientais e individuais, experiências de vida, pressão dos pares, exemplo de familiares desempenham um papel importante na manutenção do uso da substância (Kirchenchetejn & Chaktin, 2004).

Os fumadores devem aprender a identificar as situações que os ligam ao tabaco, devem aprender a gerir o stress, a controlar os sintomas de abstinência da nicotina e a prevenir a recaída, consciencializando-se das situações tentadoras e formulando estratégias capazes de as ultrapassar (Rodrigues, 2002).

A nicotina é uma substância existente na folha e no fumo do tabaco, com propriedades psico-ativas, e é responsável pela dependência provocada no consumo de tabaco, a dependência causada pela nicotina é de natureza física e psicológica (Nunes, 2006). Quando os níveis de nicotina baixam, podem surgir diversos sintomas – (i.e. dificuldade de concentração, insónia, ansiedade, irritabilidade (Nunes, 2006). A natureza da adição à nicotina é desconhecida para muitos especialistas da saúde, sendo ainda para muitos médicos difícil de considerar o uso do tabaco e dependência da nicotina como uma doença. A crença de que o cigarro vai relaxar induz a fumar (Kirchenchetejn & Chaktin, 2004). Os fumadores passam a ter a crença de que o consumo da nicotina provoca determinados efeitos, e evitará outros (Kirchenchetejn & Chaktin, 2004). A dependência de nicotina está classificada como uma doença de acordo com a Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde (CID 10, código F 17.2) (WHO, 2002) e como Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação de Psiquiatria Americana (DSM-IV-TR) (APA, 2002), devendo por isso ser diagnosticada e tratada enquanto tal. A CID.10 (WHO, 2002) define a Síndrome de Dependência às substâncias da seguinte forma:

“Conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoactiva, tipicamente associado ao desejo poderoso de consumir a substância, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da substância em detrimento de outras actividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela substância e por vezes, a um estado de abstinência física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoactiva específica (por exemplo, o fumo, o álcool), a uma categoria de substâncias psicoactivas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes.”

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002) a dependência é definida como um agrupamento de vários sintomas, que ocorrem num período de 12 meses, sendo que se destacam dois, a tolerância e a abstinência. A tolerância é a necessidade de crescentes quantidades da substância para atingir a intoxicação (ou o efeito desejado) ou um efeito acentuadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade da substância. A abstinência - é uma alteração comportamental desadaptativa, com elementos fisiológicos e cognitivos, que ocorre quando as concentrações de uma substância no sangue e tecidos declinam em um indivíduo que manteve um uso pesado e prolongado da substância. A característica essencial da dependência de substâncias é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua a utilizar uma substância (APA, 2002). A tolerância e a abstinência podem estar associadas com um maior risco para problemas médicos gerais imediatos e com uma taxa

superior de recaídas (APA, 2002). Os fumadores passam a ter a crença de que o consumo da nicotina provoca determinados efeitos, e evitará outros (Kirchenchetejn & Chaktin, 2004). O tratamento da dependência psicossocial à nicotina, requer uma abordagem cognitiva mudando as ideias e os conceitos a respeito do tabaco e capacitando os fumadores com *skills* para lidar com os sintomas de abstinência (Kirchenchetejn & Chaktin, 2004). Uma vez instalada a dependência à nicotina fumar torna-se um gesto compulsivo, automático, do qual muitos fumadores têm dificuldade em libertar-se (Nunes, 2006).

A síndrome de abstinência é a consequência fisiológica importante associada à paragem repentina do consumo da substância (Nunes, 2006). Os efeitos da síndrome de abstinência são os factores mais prováveis para as recaídas (Killen & Fortmann, 1997, cit. por, Guerra, 2004). Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10, WHO, 2002) a síndrome de abstinência (F17.3) é um “conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitados no tempo, e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes do término ou da redução do consumo (WHO, 2002). Quer os reforços positivos (prazer em fumar), quer os reforços negativos (evitar a síndrome de abstinência), relacionados com o consumo de tabaco, tornam-no repetitivo e regular, ou seja, num hábito automático (Rosas & Batista, 2002).

A recaída ocorre no caso de o paciente voltar a fumar, e nesse caso, deve-se abordá-la de forma não crítica, informando o paciente de que a recaída é esperada, e não um fracasso, no sentido de se manter a abstinência (Focchi, 2003). Os factores precipitantes da recaída devem ser minuciosamente analisados, como aprendizado para que novas recaídas não ocorram (Marlatt & Gordon, 1993 cit. por Focchi, 2003). As tentativas para deixar de fumar devem ser reconhecidas como experiências de aprendizagem, e não como fracassos individuais (Rodrigues, 2002). Hughes, Goldstein, Hurt, & Shiffman, 1999 (cit. por Rodrigues, 2002) mostram que 70% dos fumadores que deixaram de fumar fizeram uma ou duas tentativas prévias sem sucesso, 20% fizeram três a cinco tentativas e 9% fizeram seis ou mais tentativas, se o fumador na sua tentativa para suspender o tabaco não o conseguiu, é preciso analisar o que aconteceu e o que não funcionou, desenvolver novas estratégias e tentar de novo (Rodrigues, 2002). Os participantes devem ser encorajados a lidar com eventuais retrocessos, como sendo experiências de aprendizagem que fazem parte do processo terapêutico, em vez de os ver como lacunas pessoais ou de tratamento (Freeman, 1998). O terapeuta deve identificar, juntamente com os participantes, situações de risco, bem como ensaiar estratégias de *coping* que podem ser usadas em caso de

ocorrência dessas circunstâncias. Através de técnicas imaginativas, os participantes poderão imaginar vivamente as situações de crise e que podem desencadear uma recaída (Freeman, 1998).

O único instrumento que fornece dados sobre a prevalência de fumadores na população portuguesa, com mais de 15 anos, é o Inquérito Nacional de Saúde, cujo protocolo e método de amostragem garante uma validade científica dos dados obtidos (CPPT, 2005). Os dados do 4º Inquérito Nacional de Saúde, realizados em 2005/2006, verificaram que a proporção mais elevada de fumadores concentrava-se entre os 35 e 44 anos, sendo também de destacar a proporção entre os 15 e os 24 anos (INE, 2007). Em Portugal Continental, o consumo de tabaco na população situou-se em 20,6% em 1998/1999 e em 19,6%, em 2005/2006, verificando-se uma descida deste valor ao longo do tempo. Por outro lado, a prevalência na população masculina foi de 31,5% em 2005/2006 em comparação com 29,3% em 1998/1999, e a da população feminina que fuma actualmente passou de 7,9% em 1998/1999 para 10,6% em 2005/2006 (INE, 2007; Fraga et al., 2005). Verificamos um aumento de fumadores na população portuguesa do sexo feminino nos últimos anos e uma diminuição do sexo masculino. (INE, 2007). Ao longo das últimas décadas, aumentou a importância deste comportamento na morbilidade e mortalidade na população feminina (Boyle, 1997; Joossens, 1999; Rodin, 1990; USDHHS, 2001, cit. por Matos, Gaspar, Vitória, & Clemente, 2003). Os profissionais de saúde devem ter atenção à questão do género e advertir no caso das mulheres dos riscos do tabaco associado à gravidez e dos malefícios que o feto pode vir a sofrer após o nascimento, pois quando a mãe fuma o feto absorve as substâncias nocivas do tabaco, o que advirá em complicações inerentes a esse comportamento (Torres, 2005). As Normas de Orientação Clínica (CEMBE, 2008) indicam que o tratamento do tabagismo passa pela cessação tabágica.

1.1.1 Cessação Tabágica

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o “ *WHO Report on the global tobacco epidemic* ” onde salienta que a cessação tabágica é uma vertente fundamental para controlar a epidemia do tabagismo (OMS, 2008). A cessação tabágica constitui uma das áreas de acção prioritárias da Direcção-Geral da Saúde, inserida no objectivo mais vasto de prevenção da doença e promoção da saúde, através da criação de condições que facilitem a adopção de estilos de vida saudáveis (DGS, 2007). Com base nas estimativas do Banco Mundial (BM) e da OMS, o investimento na cessação tabágica constitui a via mais efectiva para a obtenção, a curto e a médio prazo, de melhorias nos indicadores de morbilidade e mortalidade relacionados com o consumo de tabaco (Prahbat & Chaloupka, 1999, cit. por DGS, 2007). A cessação tabágica deve abranger todos os fumadores (Perkins, Conklin, Levine, 2007). É previsto que a cessação tabágica trará

benefícios nos próximos 20 a 30 anos (OMS, 2008). Na Europa, o apoio e o tratamento ainda não é acessível a todos os fumadores (OMS, 2008).

A cessação tabágica permite dar um bom exemplo às crianças e jovens, prevenindo a exposição involuntária destas ao fumo do tabaco (Nunes, 2006). A cessação tabágica contribui para a redução dos sintomas respiratórios (e.x. tosse, dificuldade respiratória, expectoração, pieira, bronquite) (Nunes, 2006). Decorridas 12 horas após a cessação tabágica, os níveis de monóxido de carbono no sangue voltam ao normal, e os níveis de oxigénio no sangue aumentam, após 72 horas a capacidade pulmonar melhora, e a respiração torna-se mais fácil, há uma melhoria do paladar e do olfacto, bem como da cor e do aspecto da pele (Nunes, 2006). Com 5 anos de abstinência o risco de cancro da cavidade oral e esófago diminui para metade, em 10 anos de abstinência o risco de cancro do pulmão reduz cerca de 30% a 50% face aos fumadores e em 15 anos de abstinência, o risco de doença cardiovascular é igual à de um não fumador (Nunes, 2006). Mas, nem sempre a cessação tabágica pode reverter todas as lesões já efectivadas pelo consumo de tabaco (Rodrigues, 2002). De acordo com as estimativas se até 2020 for possível fazer diminuir para metade o número de jovens, que anualmente começa a fumar, evitar-se-ão vinte milhões de mortes até 2050 (DGS, 2007). E, se até 2020 metade dos fumadores actuais parar de fumar, através da cessação tabágica o número de mortes evitadas, em 2050, será de cento e oitenta milhões (DGS, 2007).

O Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE), da Faculdade de Medicina de Lisboa, concebeu as Normas de Orientação Clínica (NOC) para a Cessação Tabágica, com o objectivo de orientarem todos os profissionais de saúde e fornecerem estratégias concretas para as intervenções na cessação tabágica (CEMBE, 2008). Segundo estas recomendações, o profissional de saúde deve fornecer materiais de auto-ajuda, tratar com fármacos de acordo com as características individuais do fumador, propor intervenções intensivas, e programar o *follow-up* do doente (CEMBE, 2008). As intervenções na cessação tabágica podem ser diferenciadas pela sua intensidade (i.e. breve ou intensiva) (Baker & Lee, 2003, cit. por Mazoni et al., 2008; DGS, 2007).

Abordamos seguidamente os objectivos destes dois tipos de intervenção, intervenção breve, de curta duração mas com ferramentas úteis que auxiliam a cessação tabágica e intervenção intensiva, programada no tempo, para quem não consiga atingir a cessação tabágica através de intervenção breve. Este capítulo da cessação tabágica irá convergir para a aplicação de programas de intervenção intensiva com técnicas cognitivo comportamentais, que serão explicadas mais detalhadamente no seu decorrer.

A Organização Mundial de Saúde (2008) apela a todos os profissionais de saúde para que, no âmbito da sua actividade clínica diária, procedam à chamada intervenção breve (OMS, 2008). Segundo a OMS, a intervenção breve consiste fundamentalmente em abordar os hábitos tabágicos, aconselhar a deixar de fumar, avaliar a motivação para deixar, apoiar uma tentativa de abandono dos hábitos tabágicos e acompanhar a evolução do processo terapêutico (OMS, 2008). Segundo a Direcção Geral de Saúde, a intervenção breve assenta numa abordagem de curta duração, baseada no aconselhamento, estratégias para uma mudança de comportamento, a avaliação do consumo de tabaco assim como da motivação do fumador para parar (DGS, 2007). No *Clinical Practice Guideline For Treating Tobacco Use And Dependence* (cit. por Rodrigues, 2002), que tem como objectivo definir metodologias de base científica no campo da prática clínica da cessação tabágica, nos contextos primários de saúde, recomenda a intervenção breve com base na prática dos “5As” (Anexo A) A intervenção breve pode ser realizada por qualquer profissional de saúde (DGS, 2007). Este tipo de intervenção prevê o cumprimento de 5 passos, correspondendo à mnemónica dos “5As”: Abordar os hábitos tabágicos; Aconselhar a deixar de fumar, Avaliar a motivação para deixar, Apoiar uma tentativa de abandono dos hábitos tabágicos; Acompanhar a evolução do processo terapêutico (Rodrigues, 2002). Neste sentido, o aconselhamento tem sido utilizado na cessação tabágica e é feito mediante a disponibilização materiais tais como folhetos, materiais escritos, DVD informativos, entre outros (Lancaster et al., 2000, cit. por Mazoni et al., 2008). Os profissionais de saúde são responsáveis por intervir em todos os fumadores, motivados ou não motivados (Pamplona, 2007). O material de auto-ajuda aumenta a motivação para a mudança (Presman, Carneiro, & Gigliotti, 2005). Segundo Garcia e Becoña (2000) é importante desenvolver métodos de auto-ajuda que auxiliem os fumadores a atingir a cessação tabágica (Garcia & Becoña, 2000). A avaliação do grau de dependência física é efectuada através do teste de Fagerström (Anexo B) (DGS, 2007). O teste de Fagerström é um teste de aplicação simples, rápida e de baixo custo, permite identificar mais de 50% dos pacientes com um grau de dependência física nicotínica, prevendo a necessidade de tratamento para controlo da síndrome de abstinência (Pietrobon, Barbisan, & Manfroi (2007).

A intervenção de apoio intensivo assenta numa abordagem programada ao longo de vários meses, realizada em consulta específica (DGS, 2007). Deve realizar-se num consultório próprio, cuja decoração e sinalização permitam a sua identificação, a sala de espera deve promover o contacto informal entre os fumadores, facilitar a troca de informações e o cruzamento de testemunhos, o *setting* é já uma parcela do plano terapêutico (DGS, 2007). A Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnicas e normativas, estabelece a obrigatoriedade da criação de consultas especializadas, de apoio aos fumadores que pretendam

deixar de fumar (DGS, 2007). A DGS publicou o “programa de actuação em cessação tabágica” (DGS, 2007), que constitui uma orientação técnica para os profissionais de saúde que desenvolvem a sua actividade junto dos fumadores, nomeadamente nos centros de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde e nos hospitais públicos, em particular nos serviços de cardiologia, pneumologia, psiquiatria, obstetrícia, hospitais psiquiátricos e centros de atendimento a alcoólicos e toxicodependentes (DGS, 2007). Segundo estas recomendações, numa consulta de cessação tabágica deve existir o equipamento necessário para a avaliação dos sinais vitais e do nível de monóxido de carbono – balança com escala numérica para medição da altura, aparelho aneróide de medição de pressão arterial, doseador de monóxido de carbono, arquivo de processos clínicos, fichas clínicas, cartão de contacto da consulta com os dados de identificação e contacto necessários e computador com software clínico de apoio à consulta (DGS, 2007).

Na revisão elaborada por Becoña, (Becoña, 1998, cit. por Rosas & Batista, 2002) o autor descreve um programa multicomponencial intensivo para deixar de fumar, composto por estratégias cognitivo-comportamentais (i.e. estratégias de auto-controlo e extinção de estímulos, auto-registos, actividades para combater o síndrome de abstinência; estratégias para a redução gradual de consumos de nicotina; reestruturação cognitiva e estratégias de prevenção de recaídas), de modo a reduzir a dependência física, psicológica e social associada ao comportamento de fumar. Becoña, em 1993 (Becoña, 1998, cit. por Rosas & Batista, 2002), configurou as tipologias de intervenção psicológica, tendo em conta dois grandes objectivos: Deixar de fumar e manter-se abstinente. O programa proposto por Becoña estrutura-se em 6 sessões, que podem ser efectuados em grupo ou individualmente, com uma periodicidade semanal. Caso o tratamento seja feito em grupo o nº de participantes não deve exceder os 10 fumadores (Becoña, 1993, cit. por Rosas & Batista, 2002). Há falta de estudos de comparação entre tratamentos individuais e em grupo (Stead & Lancaster, 2005, cit. por Perkins, Conklin & Levine, 2007). O tratamento em grupo emprega essencialmente as mesmas técnicas que o individual, mas acredita-se que possa proporcionar algumas vantagens específicas, como maior suporte social e maior facilitação da discussão de situações de risco, e mais meios para lidar com as mesmas (May & West, 2000). A discussão de problemas, propiciada pelo grupo, contribui de modo específico para a efectividade dos tratamentos (May & West, 2000).

De forma a ilustrar o *modus operandi* das consultas de cessação tabágica operadas em Portugal serão apresentados dois exemplos práticos, com planos terapêuticos e respectivas taxas de sucesso, que servirão de base ao programa proposto. Estes planos seguem abordagens intensivas, e protocolos cognitivo-comportamentais. O primeiro, é o exemplo da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, porque constituiu um estudo científico e seguiu o modelo de tratamento proposto

por Becoña (Rosas & Batista, 2002). O outro é o exemplo da Unidade de Local de Saúde da Guarda, na consulta de cessação tabágica do departamento de Pneumologia do Hospital Sousa Martins, a qual constitui o *setting*/ campo de estudo do programa proposto, na parte dois do trabalho.

No estudo realizado na Unidade Local de Saúde de Matosinhos, o grupo de tratamento obedeceu a um plano de intervenção intensiva. A intervenção pode ser de carácter individual ou grupal (6 pessoas), composto por, uma sessão de avaliação, seis sessões terapêuticas, de periodicidade semanal, e sessões de seguimento. As sessões terapêuticas foram baseadas no modelo de Becoña (1998) (Becoña, 1998, cit. por Rosas & Batista, 2002). Na avaliação inicial apresenta-se o programa, estabelece-se o contrato terapêutico, informação sobre os efeitos nocivos do tabaco para a saúde e definem-se objectivos e metodologias das próximas sessões (Rosas & Batista, 2002). Durante a fase de intervenção (6 sessões), pretende-se reduzir a dependência física, a dependência psicológica e a dependência social, através de auto-registos, controlo de estímulos, prevenção de respostas, análise do comportamento de fumar, através de estratégias de prevenção da recaída, reestruturação de cognições disfuncionais associadas ao tabaco, e envolvimento social de uma nova atitude de não fumador (Rosas & Batista, 2002). Na última sessão, avaliação final, pretendia-se consolidar a abstinência e evitar recaídas, trabalhando a motivação, antecipação de situações de risco e maior probabilidade para fumar e ensaio de estratégias para controlo de situações de risco (Rosas & Batista, 2002). O resultado da taxa de abstinência com a aplicação deste programa foi de 43% ao fim de um ano., revelando eficácia neste modelo de tratamento. O apoio do grupo revelou-se importante no reforço da motivação e da auto-estima dos participantes, sendo um factor preponderante para o não abandono do tratamento (Rosas & Batista, 2002). A taxa de abstinência com uso de técnicas cognitivo-comportamentais na cessação tabágica, noutros estudos varia entre 15% e 25% medidas ao fim de seis meses de abstinência (Fiore et al., 2000; May & West, 2000; Ussher et al., 2000).

As estratégias comportamentais empregues na cessação tabágica, envolvem técnicas de relaxamento, actividade física, ingestão de alimentos de baixo teor calórico, desenvolvimento de competências sociais e restrição aos locais de fumo (Focchi, 2003). A partir dessa aprendizagem, o utente desempenhará um papel activo, na manutenção da sua própria abstinência (Focchi, 2003). As estratégias cognitivas envolvem o imaginar e o “conversar consigo mesmo” sobre as consequências negativas de continuar a fumar e sobre as consequências positivas que advêm de parar de fumar (Focchi, 2003). São estratégias de *copping* que o utente deve adquirir: evitar situações em que possa fumar, distrair-se quando tem desejos de tabaco, eliminar objectos relacionados com o tabaco (Focchi, 2003). As seguintes características tornam o tratamento

cognitivo-comportamental mais eficaz na cessação tabágica (Fiore et al., 2000): (1) treino de competências (2) resolução de problemas; (3) apoio psicossocial como parte do tratamento.

No caso da Unidade Local de Saúde da Guarda, a consulta de cessação tabágica, rege-se por um protocolo que respeita as normas da comissão de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia baseado numa abordagem intensiva especializada, multidisciplinar e individual (Luís, 2009). A equipa é constituída por Pneumologia, Psiquiatria, Cardiologia, Nutricionista, Enfermeira e Administrativa. Na primeira consulta regista-se a história tabágica, os antecedentes patológicos, os hábitos medicamentosos e os eventuais sintomas e doenças associadas com o tabaco (Luís, 2009). São requisitados exames complementares de diagnóstico, isto é, hemograma e bioquímica, cotinina plasmática, telerradiografia torácica, electrocardiograma, espirometria e doseamento do Monóxido de Carbono (CO) exalado (Luís, 2009). As consultas subsequentes são marcadas nos primeiros 3 meses, de acordo com a necessidade de ajustes posológicos da terapêutica e necessidades emocionais de cada utente, posteriormente, aos 3, 6 e 12 meses são realizadas novas consultas (Luís, 2009). Sendo que, dos 0 aos 3 meses é para intervir na dependência física, dos 3 aos 6 meses intervir na dependência psicológica e fazer o *follow up* na consulta do ano (Luís, 2009). Para além do calendário normal é sempre dada a possibilidade ao utente de accionar uma consulta sempre que entenda necessário (Luís, 2009).

Através de um estudo realizado nesta Unidade Local de Saúde (Luís, Gonçalves, Bento, Vasquez, Silva, Gomes, 2006) com 180 fumadores que solicitaram tratamento, 68 participantes obtiveram sucesso (37%) terapêutico mas 112 participantes (62%) revelaram uma taxa de insucesso (Luís, 2009). Dos participantes que revelaram insucesso 23 foi denotado durante o período dos 0 aos 3 meses, correspondendo ao tratamento da dependência física, 36 participantes revelaram insucesso no tratamento da dependência psicológica dos 3 aos 6 meses de tratamento, 21 participantes tiveram insucesso durante a fase da manutenção, entre os 6 meses e o ano (final do tratamento), e por último, 32 participantes nem conseguiram marcar o dia D (dia a partir do qual ficam abstinentes) (Luís, 2009).

Os fármacos utilizados na cessação tabágica, classificam-se conforme o mecanismo de acção e a eficácia (Mazoni et al., 2008). Destacam-se os agentes nicotínicos (e.g. Terapia de Reposição de Nicotina-TRN) e os não-nicotínicos (e.g. anti-depressivos) (Viegas & Reichert, 2004, cit. por Mazoni et al., 2008). A duração da acção da variniclina é de 12 semanas (Mazoni et al., 2008). A variniclina é um agonista nicotínico parcial, fixa-se nos receptores de nicotina. A duração da actuação dos fármacos não excede os 3 meses (Luís, 2009). Steinberg, Foulds, Richardson, Burke, Shah, (2006) publicaram um estudo «*Lung Health Study*» em que com a combinação de consultas de apoio particularmente intensivo e a prescrição de substitutos de

nicotina revelavam taxas de abstinência a um ano de 35%, uma das mais altas taxas descritas na literatura. Os programas que combinam estratégias psicológicas e farmacológicas, a sua eficácia podem chegar a 40-50 % ao fim de 1 ano de seguimento – *follow up* (Becoña, 1998, cit. por Rosas e Batista, 2002).

O uso da hipnose clínica tem mostrado benefícios ao nível da cessação tabágica, como sendo, uma forma complementar e alternativa a tratamentos médicos (Sood, Ebbert, Sood, & Stevens, 2006). No capítulo seguinte vamos abordar detalhadamente o conceito de hipnose e a hipnose na cessação tabágica. A hipnose potencia a motivação do paciente para deixar de fumar, e proporciona que o período de cessação tabágica, a libertação do vício seja ultrapassado com menos ansiedade, menos sofrimento e menos comportamentos de substituição (Guerra, 2004). Isto faz com que diminua significativamente a probabilidade de uma recaída, pois os sintomas de privação, a ansiedade e os comportamentos de substituição são os principais responsáveis pela ocorrência de recaídas. É uma terapia que ajuda a eliminar o vício, sem recorrer a qualquer tipo de medicamentos ou administração de nicotina por outras vias (Guerra, 2004).

Este capítulo, teve em vista apresentar as estratégias de intervenção existentes na cessação tabágica, recomendados pelas *guidelines* da Direcção Geral de Saúde e da Organização Mundial de Saúde. Salientar o uso dos tratamentos de cessação tabágica e intervenções intensivas, que potencializem o auxílio da abstinência. O projecto proposto, caracteriza-se com o modelo de intervenção intensiva. Esta intervenção, é empregue quando a intervenção breve não produz no fumador o efeito suficiente para se tornar abstinente. Neste sentido, tornou-se relevante referenciar as principais técnicas usadas neste tipo de intervenção – terapias cognitivo-comportamentais. Localizou-se a o campo de estudo do projecto proposto - Unidade Local de Saúde da Guarda. Introduzimos o tema da hipnose como uma técnica auxiliar na cessação tabágica. No capítulo seguinte, vamos fazer uma revisão sobre a história da hipnose, através da evolução do conceito.

1.2. Hipnose Clínica

As práticas curativas e espirituais da hipnose são conhecidas desde a antiguidade (Gezundhajt, 2007). Utilizado por inúmeras civilizações há milhares de anos, este conhecimento, foi ao longo do tempo considerado sob diferentes rótulos, místico, divino, mágico, também interpretada como charlatismo, ocultismo, e em tempos modernos, como científico e clínico (Gezundhajt, 2007). No séc. XV, Paracelsus (1493-1541), médico suíço, propôs a teoria, de que um fluido magnético de origem celeste poderia influenciar a doença e a cura, acreditando que as

estrelas influenciavam os seres humanos através de uma força magnética (Gezundhajt, 2007). Paracelsus introduziu a ideia de magnetismo animal em 1529 (Gezundhajt, 2007). Dois séculos depois, Fredrich Anton Mesmer (1734-1815), médico em Viena trouxe uma nova era ao magnetismo animal (Gravitz & Gerton, 1984). Mesmer defendia a teoria de que os fluidos magnéticos existiam em tudo do universo, emitindo vibração magnética, que afectavam o sistema nervoso dos humanos (Gezundhajt, 2007). Mesmer conseguiu curas por meio de indução do seu método de magnetismo, o *mesmerismo*, equilibrando harmoniosamente os fluidos magnéticos nos pacientes (Udolf, R., 1995). Na prática do *mesmerismo* destacou-se também na Inglaterra o médico John Elliotson (1791-1868), que a par de Mesmer estavam interessados essencialmente no valor terapêutico do *mesmerismo* (Gravitz & Gerton, 1984). James Esdaile (1808-1859), defendeu e praticou o *mesmerismo* na Índia (Boring, 1990). Esdaile usou-o em cerca de 300 operações, sob forma anestésica. Os pacientes *mesmerizados* saíam da operação sem dores, tranquilos e relaxados (Boring, 1990).

Partindo do *mesmerismo* o termo “*hipnotismo*” foi introduzido por James Braid, em 1843 quando publica a obra *Neurypnology: or, the rational of nervous sleep in relation with animal magnetism*. Braid (1795-1860), cirurgião escocês, pesquisou pela primeira vez de maneira científica o fenómeno da hipnose provocado por um mesmerizador. Braid introduziu a palavra “*hypnos*”, que em grego significa sono, e explicou a natureza deste estado hipnótico excluindo a existência de fluidos magnéticos emanados das mãos ou dos olhos do mesmerizador (Gravitz & Gerton, 1984). Braid acreditava que a hipnose deveria ser limitada ao campo médico, como um adjunto terapêutico em todos os tipos de dores (Gravitz & Gerton, 1984).

Neste campo médico da hipnose destacar-se-iam duas grandes escolas a escola de Nancy e escola de Salpêtrière em Paris. Destacam-se Ambroise Auguste Liébeault (1823-1904) e Hippolite Bernheim (1837-1919) na escola de Nancy e Jean-Martin Charcot (1825-1892) da escola Salpêtrière (Boring, 1990). Na escola de Nancy foi com a colaboração dos médicos Liébeault (1823-1904) e Bernheim (1837-1919) que a sugestão tomou notoriedade e reconhecimento no campo médico. Liébeault estimou que 95 % das pessoas eram hipnotizáveis (Gezundhajt, 2007). Bernheim publicou a primeira parte do seu livro *De la Suggestion* em 1884 e a segunda parte *La Therapeutique Suggestive* em 1886 (Gezundhajt, 2007). Na Escola de Salpêtrière, Jean Martin Charcot (1825-1892), médico neurologista no hospital da Salpêtrière, em Paris, iniciou em 1878 as suas investigações sobre a histeria e o hipnotismo. Charcot defendia que a hipnose, poderia ser descrita como uma série de estados neuro-fisiológicos e que estava relacionado com a histeria (sendo mesmo considerada como uma manifestação desta) (Melikian & Carvalho, *in press*) Apesar da fama da escola da Salpêtrière, as ideias de Charcot, acerca da

estreita e exclusiva relação entre a histeria e o fenómeno do hipnotismo, mostraram-se inconsistentes com os factos (Gezundhajt, 2007). Sigmund Freud e Josef Breuer (1842-1925) seguindo a técnica de Charcot usaram a hipnose no tratamento da histeria, e em conjunto publicaram *On the Psychological Mechanism of Hysterical Phenomena* (1893). Freud abandona mais tarde esta técnica por não ser consistente na recordação de memórias de traumas (Gezundhajt, 2007). A teoria da escola de Nancy, que defendia ideias anteriores de Braid, considerava que os fenómenos hipnóticos eram fenómenos de sugestão completamente normais, ao contrário da escola de Sulpêtrière que acreditava que os fenómenos eram de natureza histérica, por isso sintomas de patologia (Boring, 1990). A hipnose como sugestão, foi hipótese da escola de Nancy (Udolf, 1995).

À medida que a psicoterapia se foi afirmando durante as primeiras décadas do século XX em que diferentes modelos emergiram (e.g. psicanálise, psicologia analítica, psicologia individual), o interesse científico pela hipnose decresceu consideravelmente (Melikian & Carvalho, *in press*). Freud cessou a utilização da hipnose, assim como desaconselhou o seu uso (Bachner-Melman & Lichtenberg, 2001, cit. por Melikian & Carvalho, *in press*), no campo da Medicina a sua utilização como anestésico foi progressivamente abandonada aquando da descoberta e desenvolvimento dos anestésicos farmacológicos (Chaves & Dworkin, 1997, cit. por Melikian & Carvalho, *in press*). Apesar destas décadas de declínio, a hipnose científica continuou viva através do trabalho de psiquiatras como Pierre Janet (1859-1947), e de psicólogos como Clark L. Hull (1884-1952). Janet estudou em Salpêtrière e ficou conhecido pelo desenvolvimento da teoria dissociativa da hipnose, seguindo a linha estabelecida por Charcot explicando a hipnose em termos patológicos (Woody & Sadler, cit. por Melikian & Carvalho, *in press*). Hull contribuiu para o desenvolvimento da investigação em hipnose nomeadamente através do livro “*Hypnosis and Suggestibility*” (Hull, 1993/1968, cit. por Melikian & Carvalho, *in press*). Estas contribuições foram suficientes para que a hipnose se mantivesse como uma prática clínica e como objecto de estudo científico, permitindo que na segunda metade do séc. XX vários médicos e psicólogos dedicassem as suas carreiras a estudar a hipnose, entre eles um dos nomes mais importantes foi o de Milton Erickson (1901-1980) (Melikian & Carvalho, *in press*). Milton Erickson (1901-1980) psiquiatra e hipnoterapeuta, foi considerado o pai da era moderna da hipnose, foi fundador da Sociedade Americana de Hipnose Clínica no ano de 1957 (Udolf, 1995). Erickson usou a hipnose como ferramenta terapêutica aplicada à psicoterapia e à medicina, de forma naturalista, não directiva e à medida da pessoa (Udolf, 1995). A nível académico um dos nomes mais importantes da investigação em hipnose é Ernest Hilgard (1904-2001), pois desenvolveu nos anos 50 um intenso programa de investigação sobre hipnose na Universidade de Stanford (Melikian & Carvalho, *in*

press). Hilgard desenvolveu desenhos experimentais que incluíam o artefacto do “*observador oculto*” (“*hidden observer*”) que levaram ao desenvolvimento da teoria neo-dissociativa da hipnose, segundo esta teoria os sujeitos em hipnose podiam temporariamente dissociar entre o seu ego e os seus outros sistemas cognitivos (Melikian & Carvalho, *in press*). Paralelamente Theodore Sarbin (1911-2005), Theodore Barber (1927-2005) e Nicholas Spanos (1942-1994), desenvolveram teorias alternativas para compreender e explicar os fenómenos hipnóticos, nomeadamente teorias sócio-cognitivas (Melikian & Carvalho, *in press*). A posição sócio-cognitiva explica os comportamentos em hipnose como o resultado de uma complexa matriz de influências envolvendo desde as expectativas dos participantes, às suas atitudes e crenças em relação à hipnose (Melikian & Carvalho, *in press*). Estas duas correntes originaram uma controvérsia da hipnose como estado versus não-estado (Melikian & Carvalho, *in press*). Actualmente alguns autores propõem que se ultrapasse esta dicotomia de estado vs não estado em prol de uma perspectiva mais construtiva que permita integrar os aspectos válidos das teorias existentes sobre hipnose (Kilhstrom, 2008, cit. por Melikian & Carvalho, *in press*).

A hipnose tem sido valorizada por diversos profissionais de saúde, entre eles, médicos e psicólogos (Nash & Barnier, 2008), tornando-se numa área de investigação activa e dinâmica (Schnur & Montgomery, 2004). A hipnose tem sido utilizada com sucesso em distintas áreas médicas e psicológicas, nomeadamente na dermatologia, neurologia, oncologia, cirurgia e reumatologia (Stewart, 2005) no sistema imunitário (Solloway, 2005), na perda de peso (Kirsch, 1996), em perturbações psicossomáticas (Flammer & Alladin, 2007), asma, doenças hemorrágicas, náuseas, cirurgias e na ginecologia (Pinnell & Covino, 2000), dor crónica (Elkins, Jensen & Patterson, 2007), ansiedade, na tensão e no stress (Schoenberger, 2000) perturbações do sono, (Graci & Hardie, 2007), obstetrícia e parto, (Brown & Hammond, 2007), no controle da dor (Montgomery, Duhamel, & Redd, 2000a; Milling, Shores, Coursen, Menario, & Farris, 2007) e na cessação tabágica (Green & Lynn, 2000)

Verificam-se frequentemente concepções erróneas sobre a hipnose, fazendo com que esta esteja envolvida em mitos (ver Anexo C) que dificultam o processo terapêutico (Barret, 2006; Capafons, Mendonza, Espejo, Green, Lopes-Pires, & Selma, 2008). É crucial o terapeuta educar o utente sobre esta técnica, desmistifica-la, dissipar os mitos e falar sobre as concepções do participante face à hipnose (Schnur & Montgomery, 2004, Capafons, 2008).

A definição mais recente de hipnose foi elaborada pela Associação Americana de Psicologia (APA), Divisão 30, que a define da seguinte forma:

“Hypnosis typically involves an introduction to the procedure during which the subject is told that suggestions for imaginative experiences will be presented. The hypnotic induction is an extended initial

suggestion for using one's imagination, and may contain further elaborations of the introduction. A hypnotic procedure is used to encourage and evaluate responses to suggestions. When using hypnosis, one person (the subject) is guided by another (the hypnotist) to respond to suggestions for changes in subjective experience, alterations in perception, sensation, emotion, thought or behaviour. Persons can also learn self-hypnosis, which is the act of administering hypnotic procedures on one's own. If the subject responds to hypnotic suggestions, it is generally inferred that hypnosis has been induced. Many believe that hypnotic responses and experiences are characteristic of a hypnotic state. While some think that it is not necessary to use the word "hypnosis" as part of the hypnotic induction, others view it as essential. Details of hypnotic procedures and suggestions will differ depending on the goals of the practitioner and the purposes of the clinical or research endeavour. Procedures traditionally involve suggestions to relax, though relaxation is not necessary for hypnosis and a wide variety of suggestions can be used including those to become more alert. Suggestions that permit the extent of hypnosis to be assessed by comparing responses to standardized scales can be used in both clinical and research settings. While the majority of individuals are responsive to at least some suggestions, scores on standardized scales range from high to negligible. Traditionally, scores are grouped into low, medium, and high categories. As is the case with other positively-scaled measures of psychological constructs such as attention and awareness, the salience of evidence for having achieved hypnosis increases with the individual's score” (APA, 2005).

Durante a indução hipnótica, fase que antecede a implementação de sugestões hipnóticas, o terapeuta orienta os utentes através de imagens calmas e relaxantes, com o intuito de ajudá-los a sentirem-se mais calmos e relaxados, distraídos dos estímulos adversos, logo mais disponíveis às sugestões terapêuticas (Lynn, Rhue & Kirsch, 1993). No entanto, as induções por relaxamento não devem ser consideradas como a única forma de uma sessão de hipnose, pois existem outras variedades de induções, como por exemplo pedalar uma bicicleta (Bányai & Zseni, 1993, cit. por Lynn, Rhue & Kirsch, 1993). A fase de indução é seguida pela fase de implementação de sugestões, em que o hipnotizador dá sugestões ao paciente. Estas sugestões promovem no sujeito mudanças nas experiências sensoriais, cognitivas e fisiológicas (Green, Barabasz, Barret & Montgomery, 2005). Heap e Kirsch (2006) resumem as sugestões hipnóticas em 3 tipos, (1) sugestões ideomotoras, em que o hipnotizador sugere ao utente um movimento automático de partes do corpo como por exemplo os dedos ou o braço, incluindo uma alteração da experiência perceptiva, por exemplo (sensação de leveza no braço), que geralmente produz uma forte sensação de automaticidade, (2) sugestões cognitivas que sugerem mudanças nas percepções ou nas funções cognitivas, como a redução da dor e a inibição da memória (amnésia); por último as (3) sugestões de desafio, que são sugestões que desafiam o indivíduo a tentar exercer ou inibir

uma sugestão activa (ex: o seu braço está duro e rígido, tente dobrá-lo) (Lynn, 1997; cit. por Carvalho, 2008). Alguns autores consideram que toda a hipnose é auto-hipnose, desde que o sujeito aceite a sugestão, a fim de experimentar os seus efeitos (Kirsch, 1995). O hipnotizador é apenas um facilitador do processo (Udolf, 1995). A hipnose deve adaptar-se aos gostos, crenças e estilos do paciente e não o contrário (Araoz, 1985, cit. por Capafons, 1999). Avanços teóricos no campo da hipnose envolvem a teoria sócio cognitiva no tratamento da cessação tabágica (Kirsch, Capafons, Cardena-Buelna, & Amigó, 1999, cit. por Carmodi, 2008)

Depois de uma revisão sobre a evolução histórica da hipnose, sobre as suas áreas de eficácia, os mitos a ela associados, e de reconhecer que a hipnose é auto-hipnose, procuraremos agora ilustrar a aplicação da hipnose no campo de estudo deste projecto - cessação tabágica.

1.2.2 *Hipnose e Cessação Tabágica*

A hipnose tem sido considerada como sendo uma forma complementar e alternativa na cessação tabágica (Sood, Ebbert, Sood, & Stevens, 2006, cit. por Carmodi et al., 2008), nomeadamente nos *guidelines* de prática clínica da cessação tabágica (Abbott, Stead, White, Barnes, & Ernst, 2000; Fiore et al., 2000; Ranney, Melvin, Lux, McClain, & Lohr, 2006). A hipnose, quando utilizada como adjuvante de tratamentos médicos, aumenta significativamente o bem-estar psicológico e melhora as taxas de recuperação dos participantes sujeitos a esses tratamentos (Barabasz & Watkins, 2005; cit. por Carvalho, Mazzoni, Kirsch, & Leal, 2006).

Hunt e Belpalec (1974), num revisão baseada em 89 estudos científicos, elaborada entre 1968 e 1973, comparam métodos de cessação tabágica entre eles a hipnose, a terapia comportamental, os grupos de suporte, a terapia medicamentosa, métodos de *role playing* e métodos de auto-controle, na terapêutica da cessação tabágica (Hunt & Belpalec, 1974), verificam que a hipnose reporta taxas de abstinência mais elevadas, que variam entre os 15% e os 88%, mediante o tempo de abstinência (Hunt & Belpalec, 1974), sendo que ao fim de um ano os estudos revelavam taxas de abstinência para a hipnose que circundavam os 60% e os 88%, entre 20% a 60% ao 6 meses de feedback e entre 15% a 50% nos 3 meses após o tratamento (Hunt & Belpalec, 1974). Holroyd's (1980), conclui de 17 relatórios clínicos que mais sessões, era melhor do que menos sessões, que os tratamentos individualizados são melhores face às sugestões *standart*, integrar outros tratamentos surtia sucesso nos resultados e ao nível das taxas de sucesso rondava mais de metade dos participantes a ficarem abstinentes até 6 meses (Holroyd's, 1980)

Viswesvaran e Schmidt (1992) desenvolveram uma meta-análise de 633 estudos de cessação tabágica, dos quais 48 de hipnose, em que a categoria de hipnose englobava 6020

participantes, a hipnose face a outros tratamentos (ex. terapêutica de substituição de nicotina, *smoke aversion*, *5-days plans*) teve uma taxa de sucesso de 36% (Viswesvaran & Schmidt, 1992, cit. por Lynn & Kirsch, 2006). Law e Tang (1995) reportaram taxas de sucesso de 23% após 6 meses de abstinência (Law & Tang, 1995, cit. por Lynn & Kirsch, 2006). Green e Lynn (2000), examinaram 59 estudos baseados em hipnose e abordagens baseadas em sugestões para a cessação tabágica. As suas conclusões indicaram que até à data a hipnose pode ser considerada com auxiliar importante para a cessação tabágica, não é necessária mente superior a tratamentos alternativos.

No estudo de Elkins e Rajab (2004), em que aferia a eficácia da hipnose na cessação tabágica, concluíram os autores que 95% dos pacientes (n=21) ficaram satisfeitos com o tratamento baseado na hipnose. 67% destes pararam de fumar até ao final do tratamento, 44% até aos 3 meses mantiveram-se abstinentes e 30% abstiveram-se entre os 9 e os 12 meses (Elkins & Rajab, 2004). No estudo de Cardomi, Duncan, Simon, Solkowitz e Huggins, (2008) os componentes centrais da intervenção hipnótica identificados foram os seguintes: aprender, praticar e empregar as ferramentas hipnóticas para resistir ao fumo (Cardomi et al., 2008, p.813). A hipnose neste estudo foi conduzida por um educador de saúde pública que recebeu formação intensiva e supervisão contínua do formador. Os participantes participaram em sessões de 60 min, face a face baseados em scripts hipnóticos e sugestões recorrendo a uma cassete áudio (Cardomi et al., 2008). Este material áudio foi disponibilizado pelo educador aos participantes para treino diário em casa. O tratamento utilizou sugestões que guiam o sujeito para procedimentos imaginários. As sugestões usadas foram desenvolvidas por Spiegel (1994), Lynn et al. (1993) e Green (1996,1999). O objectivo do estudo foi fornecer aos 286 participantes estratégias hipnóticas para resistir ao desejo de fumar e aumentar a motivação para parar (Cardomi et al., 2008). As sugestões hipnóticas induzem o relaxamento, o compromisso para parar de fumar, a auto imagem como um não fumador, gerir o humor, aumentar a motivação e a auto-eficácia e desenvolver um estilo de vida saudável (Cardomi et al., 2008). As sugestões envolvem uma ancoragem de forma a ajudar os participantes a desenvolverem respostas adaptativas face à manutenção da abstinência, nas duas sessões, em grupo de aproximadamente 60 minutos cada (Cardomi et al., 2008). Os participantes desenvolveram estratégias de *coping* para lidarem com os sintomas associados à paragem do consumo e face ao desejo de fumar. Neste estudo a taxa de abstinência do grupo experimental foi na primeira semana após o término do programa de 55%, de 29% ao fim de 6 meses, e 22% ao fim de 1 ano de *follow up*. A hipnose têm também mostrado eficácia como ferramenta terapêutica quando combinada com técnicas cognitivo-comportamentais (Kirsch, Lynn & Rhue, 1997; Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardena, &

Patterson, 2000; McIntire, 2001, Kirsch & Lynn, 2004), em particular na cessação tabágica (Lynn, Neufeld, Rhue & Matorin, 1993; Green 1996, 1999, 2000; Sood et al., 2006).

Em 1988, Neufeld e Lynn (1988) desenvolveram um protocolo clínico baseado numa sessão de hipnose para o tratamento da cessação tabágica em conjunto com a American Lung Association of Ohio (Neufeld & Lynn, 1988). Lynn, Neufeld e Rhue (1993), expandiram o protocolo para duas sessões numa abordagem que integrava hipnose com estratégias cognitivo-comportamentais (e.g. reestruturação cognitiva, reforço positivo, dessensibilização sistemática, auto-monitorização, melhorar a auto-imagem) (Lynn, Neufeld, Rhue & Matorin, 1993). Green (1996,1999,2000) ilustrou as especificidades do programa de Lynn et al. (1993) nos formatos individual e em grupo. Ao longo dos tempos o protocolo clínico teve algumas modificações face ao protocolo original (Lynn & Kirsh, 2006).

Os protocolos mais recentes envolvem duas sessões (Lynn, & Kirsch, 2006; Green, *in press*). Podem ser sessões individuais ou em grupo. A primeira sessão tem aproximadamente 90 minutos e tem como objectivo a consciencialização do participante acerca dos malefícios do tabaco e dos perigos em fumar, por outro lado descrever as estratégias hipnóticas, cognitivas e comportamentais para ajudar o cliente a tornar-se um não fumador (Green, *in press*). O protocolo do tratamento e o script da auto-hipnose são baseados em estratégias cognitivas e comportamentais, para aumentar a confiança, reforçar a auto-eficácia, substituir comportamentos adaptativos para fumar, melhorar a auto-imagem, gerir o stress e os afecto negativos (Green, *in press*). Técnicas como a minimização de pensamentos auto destrutivos, identificação de factores desencadeadores de fumar e controlo de estímulos, auto-controlo e de auto-recompensa, treino de contingências e relaxamento, são os principais componentes do protocolo de cessação tabágica (Green, *in press*). Na primeira sessão os utentes passam por experiências de hipnose, através de sugestões que induzem a calma e o relaxamento, acompanhadas de sugestões mais profundas, onde imaginam lugares especiais, seguros e calmos, visualização de um cenário de não fumador, e ancorar com sentimentos de empowerment e auto-confiança (Green, *in press*). O terapeuta no final da sessão promove uma discussão das estratégias estabelecidas entre os participantes ou, no caso da sessão individual conversa pessoalmente. (Green, *in press*). Green (*In press*), utiliza um DVD, aproximadamente de uma hora, com narrativa e slides, e um livro correspondente, com componentes educativos e informativos da primeira sessão. Os clientes regressam para a segunda sessão com a revisão da informação relevante através do DVD. Entre a primeira e a segunda sessão os participantes não devem fumar (Green, *in press*). A segunda sessão tem a duração aproximadamente de 60 minutos e inicia-se com a revisão das dificuldades encontradas pelos participantes durante a semana. Apresenta uma

variedade de sugestões hipnóticas de optimismo, de empowerment, de relaxamento e de suporte, úteis para atingir a abstinência (Green, *in press*).

O programa proposto na parte dois do presente projecto visa aumentar a taxa de abstinência dos utentes que recorrem à consulta de cessação tabágica da Unidade Local de Saúde da Guarda e verificar se as taxas de abstinência se mantêm durante os primeiros 3 meses, 1 ano e 3 anos. Os participantes integram o Programa, por não estarem abstinentes no final dos 3 meses de consultas da ULS, e que ainda não conseguiram ter sucesso com o tratamento farmacológico. Serão os tratamentos que usam a hipnose combinada com terapias cognitivo-comportamentais mais efectivos do que os métodos utilizados na Unidade Local de Saúde da Guarda? Que taxa de sucesso poderemos obter com este estudo em 3 meses após começar o Programa, (6º mês de tratamento da ULS), assim como no acompanhamento ao ano, e 3 anos? O sucesso terapêutico avaliar-se-á a partir dos valores da taxa de abstinência e manutenção da abstinência no grupo experimental e no grupo controlo. Apresenta-se um Programa de Cessação Tabágica baseado num protocolo clínico de hipnose como técnica auxiliar das terapias cognitivo-comportamentais, na Unidade Local de Saúde da Guarda.

2. Método

2.1 Participantes

Os participantes que constituem a amostra serão seleccionados a partir dos utentes inscritos no tratamento de cessação tabágica da Unidade Local de Saúde da Guarda que no final do 3º mês do respectivo tratamento revelam ainda sinais de dependência física e ainda não estão abstinentes. Constitui-se um grupo controlo, que se recomenda ter no máximo 10 elementos, e prosseguirá apenas com o tratamento da ULS Guarda. Constitui-se um grupo experimental, não superior a 10 elementos, que para além do tratamento da ULS Guarda integre o programa proposto, entre o 3º e o 6º mês de tratamento.

2.2 Medidas

1 - Medidas Biológicas:

Estas medidas são aplicadas durante os primeiros 3 meses de tratamento da ULS Guarda:

- Exames de diagnóstico: hemograma e bioquímica, cotinina plasmática, telerradiografia torácica, electrocardiograma, espirometria e doseamento do Monóxido de Carbono (CO) exalado.
- Avaliação da dependência física através do Teste de Fagerström (Anexo B)

2 - Medidas Psicológicas aplicadas entre 0 e 3 meses, já existentes na ULS Guarda

- Escala de motivação para parar de fumar (Anexo D).
- Razões que levam o participante a deixar de fumar (Anexo E).

3 – Medidas Comportamentais

- Taxa de Abstinentes (%) = $\frac{\text{N}^\circ \text{ de abstinentes}}{\text{total de participantes}} \times 100$
- Avaliação da manutenção da abstinência aos 3 aos 6 meses, ao ano e aos 3 anos
Registo do nº de abstinentes em cada momento de avaliação.

2.3 Delineamento

Este projecto segue um delineamento quase experimental de série temporal, com o objectivo de avaliar a taxa de abstinência e taxa de manutenção da abstinência no grupo controlo e grupo experimental (grupo de tratamento) ao longo de 3 anos. A comparação entre as condições de controlo e tratamento devem ser feitas com grupos equivalentes, ou seja, de modo a que os dois grupos sejam constituídos por participantes não abstinentes e com sinais de dependência física no final dos 3 meses de tratamento da ULSG. Comparam-se os resultados obtidos entre os grupos, com base na avaliação das respectivas taxas, ao 3º mês, 6º mês, 1º ano e 3º ano, conforme mostra o esquema:

	3º mês		6º mês	1º ano	3º ano
Grupo Experimental	O1	X	O2	O3	O4
Grupo Controlo	O1		O2	O3	O4

2.4 Procedimento

Todos os participantes (Grupo de Controlo e Grupo Experimental) terão consultas de cessação tabágica da Unidade Local de Saúde, individualizadas. O grupo controlo terá um tratamento normal da Unidade Local de Saúde da Guarda. Nesta Unidade, nos 3 primeiros meses os utentes são alvo de tratamento farmacológico, nos 3 meses seguintes recebem apoio psicológico, nos restantes 6 meses, pretende-se consolidar a abstinência, que será certificada no final do ano, ou seja, se o tratamento for bem sucedido. O grupo controlo deverá mostrar sinais de dependência física ao fim de 3 meses.

O programa que propomos, visa os utentes do grupo experimental, que pela avaliação feita ao longo da primeira fase de tratamento da ULS, continuam a revelar sinais de dependência física e ainda não estão abstinentes. Assim, o grupo experimental será alvo de um reforço facultado por este programa. Este programa poderá ser implementado por um profissional de saúde com formação em psicologia e hipnose.

O programa é composto por 6 sessões, em grupo. Uma sessão inicial de quebra-gelo, a segunda de psicoeducação, a 3ª sessão visa o treino de competências, as duas sessões seguintes incluem a hipnose e uma sessão final de avaliação e término do programa. Haverá quatro momentos de avaliação, aos 3 e 6 meses e dois momentos após o tratamento no primeiro e terceiro ano. A avaliação do programa consiste no resultado da taxa e manutenção da abstinência dos participantes. Apresentamos detalhadamente o programa proposto:

Sessão 1

Objectivo: Quebra-gelo e apresentação do programa aos participantes

Estratégias: Técnicas de quebra-gelo – dinâmica de grupo; Abordagem centrada no participante; Referenciação dos campos de eficácia da hipnose, reforçando o seu uso na cessação tabágica.

Os participantes serão recebidos na primeira sessão pelo terapeuta que se apresentará e realizará uma dinâmica de grupo introdutória, como forma de quebra-gelo. Será pedido a cada elemento do grupo que se apresente. O terapeuta deverá prosseguir com a apresentação do programa ao grupo. Depois de ser criado um clima de *rappport* e diálogo será pedido que os participantes partilhem as expectativas que têm do programa face ao tratamento da dependência manifesta em cada participante. O participante será informado de como é possível alcançar e manter o compromisso de não fumar através de hipnose. Término da sessão.

Sessão 2

Objectivo: Psicoeducação e Informação

Estratégias: Discussão dos mitos associados à hipnose. Informação sobre os malefícios do tabaco, dos riscos para a saúde, e das propriedades aditivas da nicotina; Auto-monitorização.

A sessão tem dois grandes objectivos: desmistificação da hipnose e consciencialização dos reais malefícios do tabaco. O terapeuta deverá informar os participantes dos malefícios do tabaco, dos riscos para a saúde, e das propriedades aditivas da nicotina, com auxílio a vídeos e imagens. Através de técnicas de visualização, os participantes poderão vivamente as situações de crise e que podem desencadear uma recaída. O terapeuta deve dar continuidade à sessão através de informação sobre os mitos associados à hipnose. Os participantes levarão um DVD, cedido pelo terapeuta, com scripts e imagens hipnóticas assim como descrição do programa do qual estão a participar. Introduzir hipnose como auto-hipnose, como uma competência que se pode aprender e usá-la na prática diária, que diminui o desejo em fumar, e aumenta a motivação para o sucesso. Sugere-se um exercício que consista em anotar o número de cigarros consumidos até à próxima sessão e referir em que situação se contextualiza, ou seja onde estavam, o que pensavam/sentiam no momento.

Sessão 3

Objectivo: Desenvolver estratégias de *coping* adaptativas face às situações de risco manifestas nos auto-registos.

Estratégias: Reestruturação cognitiva; Dessensibilização sistemática; Relaxamento; Exercício hipnótico; Ganhos em saúde.

Esta sessão visa desenvolver estratégias de *coping* adaptativas face às situações de risco manifestas nos auto-registos. Trabalhar com o grupo as competências e as técnicas que necessitam aprender para quebrar os padrões habituais de consumo. O terapeuta deverá estimular os participantes a pensarem em comportamentos alternativos e a rever as dificuldades experienciadas por cada um. O terapeuta deverá criar nos participantes formas de eles mesmos lidarem com o desconforto que possam experienciar com o abandono do acto de fumar. O terapeuta deverá fomentar os ganhos em saúde que atingirão. Para acalmar e diminuir a tensão, o terapeuta deve preparar o grupo, através de técnicas de relaxamento, para um exercício hipnótico, em que cada participante se imagine como um não fumador, como já o foi e como o será no futuro. Os participantes deverão retirar das suas casas todos os artefactos associados ao hábito tabágico, nomeadamente isqueiros e cinzeiros. O terapeuta deverá recomendar o treino de auto-hipnose com auxílio do DVD, cedido na segunda sessão. Cada participante deve conseguir apoio tangível de uma pessoa íntima, no seu dia D.

Sessão 4

Objectivo: Treino de hipnose

Estratégias: O terapeuta deve ancorar os participantes em sentimentos de *empowerment*.

Esta sessão pode ter o auxílio a uma música ambiente. O terapeuta faz sugestões hipnóticas recorrendo ao script de Lynn e Kirsh (2006, pp. 90-95). (ver Anexo F); Sugestões terapêuticas que realçam as vantagens de ser um não fumador, que reforçam as capacidades de cada participantes em ser um não fumador e a intenção em parar, mantendo-se abstinente. O terapeuta deve recomendar aos participantes a prática da auto-hipnose, de usarem o que aprenderam nas sessões, e aplicar estas técnicas nas situações da vida real.

Sessão 5

Objectivos: Fazer com que esta participação assuma nos participantes a vontade em tornarem-se não fumadores.

Estratégias: Reforço dos comportamentos positivos; Sugestões terapêuticas para aumentar a motivação em deixar de fumar.

Nesta sessão o terapeuta deverá reforçar os comportamentos positivos dos participantes caso tenham cumprido com as tarefas propostas. O terapeuta deve pedir a cada elemento do grupo para dizer perante o grupo “eu tornei-me um não fumador”, “eu consegui parar para sempre”.

O grupo deverá fazer um exercício de relaxamento (e.g. Método de Relaxamento Progressivo de Jacobson) e técnicas de respiração. Sugerir aos participantes que imaginem um lugar especial, confortável e seguro, visualizarem-se como não fumadores; As sugestões terapêuticas devem enfatizar a urgência em parar de fumar e os benefícios para a saúde (ganhos em saúde). O terapeuta pode fazer sugestões como as seguintes: “Estou cada dia melhor!” Sinto-me forte, saudável e feliz!” “Estou óptimo! Sou um não fumador.” Quero continuar a ser um não fumador.” O terapeuta termina a sessão afirmando ao grupo que até à próxima sessão não poderá fumar, se o fizer registará o seu motivo para ser avaliado.

Sessão 6

Objectivo: Avaliação do Programa

Estratégias: Avaliar a satisfação do programa, baseada nas expectativas; Avaliar a taxa de abstinência; Fortalecer as capacidades de todos e congratular os que já estão abstinentes.

Nesta última sessão será realizada a fase de avaliação do nº de participantes que se tornaram abstinentes. Deverá ser aconselhado o treino de auto-hipnose como forma de manutenção da abstinência. O terapeuta deverá fazer um momento de reflexão e esperança (1min). Término do Programa - Passar um diploma aos abstinentes.

2.5 Cronograma do Tratamento da ULS

<i>Fase / Mês</i>	<i>Jan.</i>	<i>Fev.</i>	<i>Mar.</i>	<i>Abril</i>	<i>Maio</i>	<i>Jun.</i>	<i>Julho</i>	<i>Ago.</i>	<i>Set.</i>	<i>Out.</i>	<i>Nov.</i>	<i>Dez.</i>
Dependência Física	X	X	X									
Dependência Psicológica				X	X	X						
Consolidação							X	X	X	X	X	X
Avaliação da Abstinência (Grupo Controle)			01			02						03

2.5 Cronograma do Programa Proposto

Acções / Meses	Abril (1º Mês)				Maio				Junho			
Sessão 1	X											
Sessão 2			X									
Sessão 3					X							
Sessão 4							X					
Sessão 5									X			
Sessão 6											X	
Avaliação da Abstinência (Grupo experimental)											01	

Acção / Anos	6º Mês				1Ano				3º Ano			
Avaliação da Abstinência (Grupo experimental)				02				03				04

3. Referências Bibliográficas

- Abbot, N.C., Stead, L.F., White, A.R., Barnes, J. & Ernst, E. 2000, Hypnotherapy for Smoking Cessation. *Cochrane Library*, 2. Update Software, Oxford.
- APA (1996). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Nicotine Dependence. *American Journal of Psychiatry* 153 (10S), 1-31.
- APA (2002). DSM-IV-TR – *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed. rev.). Lisboa: Climepsi.
- APA (2005). *New Definition: Hypnosis*. The Division 30 Definition and Description of Hypnosis, Consultado a 8 de Fevereiro, através do endereço electrónico: http://www.apa.org/divisions/div30/define_hypnosis.html
- Barabasz, M., & Watkins, J. (2005). *Hypnotherapeutic techniques*. New York: Brunner, Taylor & Francis.
- Barret, D. (2006). Hypnosis in film and television. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(1), 13-30.
- Borin, E. (1990). El hipnotismo. *Historia de la psicología experimental*. Cap. 7, (pp. 139-156). Mexico, Editorial Trillas.
- Brown, D. C., & Hammond, D. C. (2007). Evidence-Based Clinical Hypnosis For Obstetrics, Labor and Delivery, and Preterm Labor. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55 (3), 355–371.
- Capafons, A., Mendonza, M., Espejo, B., Green, J., Lopes-Pires, C., Selma, M. (2008). Attitudes and beliefs about hypnosis: A multicultural study. *Contemporary Hypnosis*, 25(3-4), 141-155.
- Capafons, A. (1999). La hipnosis despierta setenta y cuarto años después. *Anales de psicología*, 15 (1), 77-88.

- Carmody, T., P., Duncan, C., Simon, A., J., Solkowitz, S., Huggins, J., Lee, S., & Delucchi, K., (2008). Hypnosis for smoking cessation: A randomized trial. *Nicotine and Tobacco Research*, 10(5): 811-818.
- Carvalho, C., Mazzoni, G., Kirsch, I., Leal, L. (2006). Apresentação da Versão Portuguesa de uma Escala de Avaliação da Susceptibilidade Hipnótica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7 (1), 3-11.
- Carvalho, C. (2008) Adherence to health-related behaviors: effectiveness of implementation intentions and posthypnotic suggestion in college students. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde, não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada/ Universidade Nova de Lisboa.
- Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência (CEMBE) (2008). *Guidelines Nacionais para a Cessação tabágica*. Consultado em Junho de 2009 através do site: http://www.srsdocs.com/parcerias/revista_imprensa/medicosdeportugal/2008/doc5441k.htm
- Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo (CPPT) (2005). *A prevalência dos fumadores em Portugal*. Consultado a 8 de Junho de 2009, através do site: <http://www.coppt.pt/press/press20050422.html>
- D'Angelis, Gilberto, M. V. (2007). O poder mágico das palavras: Uma abordagem Linguística da Hipnose. *Língua, Literatura e Ensino*, Vol. II.
- Direcção Geral de Saúde (DGS) (2007). Programa-tipo de actuação em cessação tabágica. *Circular Normativa*, 26.
- Elkins, G.R., Rajab, M.H. (2004). Clinical hypnosis for smoking cessation: preliminary results of three-session intervention. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52(1), 73-81.
- Elkins, G., Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2007). Hypnotic for the Management of Chronic Pain. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55 (3), 275-287.

- Emília, N. (2006). Consumo de Tabaco. Efeitos na Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22, pp. 225-44.
- Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., Lando, H., Nett, L., Villejo, L., et al. (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Fiore, M. C., Baker, T. B., Curry, S. J., Gritz, E., Villejo, L., Nett, L., et al. (2008). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update*. Clinical Practice Guide. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Flammer, E. & Alladin, A. (2007). The Efficacy of Hypnotherapy in the Treatment of Psychosomatic Disorders: Meta-analytical Evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55 (3), 251-174.
- Focchi, G. R. (2003) Tobacco Use. A review. *Psychiatry On-line Brazil* (8) consultado, em Junho de 2009, através do site http://www.polbr.med.br/arquivo/artigo0303_2.htm
- Fraga, S., Sousa, S., Santos, A., Mello, M., Lunet, N., Padrão, P., Barros, H. (2005). Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina*, 19 (5-6): 207-229
- Freeman, A. (1998). *Compreendendo a Terapia Cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Gezundhajt, H. (2007). An Evolution of the historical origins of hypnotism prior to the twentieth century: between spirituality and subconscious. *Contemporary Hypnosis* 24(4), 178–190.
- Garcia, M. .P. & Becoña, E. (2000). Evaluation of Amount of Therapist Contact in a Smoke Cessation Program. *The Spanish Journal of Psychology*, 3(1), 28-36.
- Graci, G. M., & Hardie, J. C. (2007). Evidence-based hypnotherapy for the management of sleep disorders. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55 (3), 288-302.
- Gravitz, M. A., & Gerton, M. I. (1984). Origins of the term hypnotism prior to Braid. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27, 107-110.

- Grandes G., Cortada M., Arrazola A, Laka P. (2003). Predictors of long-term outcome of a smoking cessation programme in primary care. *British Journal General Practice Feb; 53* (487), 101-117.
- Green, J. P. (1996). *Cognitive-behavioral hypnotherapy for smoking cessation: A case study in a group setting*. In: S. J. Lynn, L. I. Kirsch, & J. W. Rhue (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis* (pp. 223–248). Washington, DC: American Psychological Association.
- Green, J. P. (1999). Hypnosis and the treatment of smoking cessation and weight loss. In: I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena-Buelna, & S. Amigo' (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives* (pp. 249–276). Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Green, J. P., Lynn, S. J. (2000). Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(2), 195-223.
- Green, J.P., Barabasz, A.F., Barret, D., & Montgomery, G.H. (2005). Forging Ahead: the 2003 APA Division Definition of Hynosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*.
- Green, J.P. (*in press*). Hypnosis and smoking cessation: research and application. To appear in Lynn, Kirsch, & Rhue (Eds.), *Casebook of Clinical Hypnosis*.. Washington DC: American Psychological Association.
- Guerra, M.P. (2004). A abstenção tabágica: Reflexões sobre a recaída. *Análise Psicológica* , 3 (XXII), 507-518.
- Heap, M., & Kirsch, I. (2006). *Hypnosis: Theory, research and application*. Aldershot, UK: Ashgate Publishers.
- Holroyd, J. (1980). Hypnosis treatment for smoking: An evaluative review. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28, 341-357.

- Hunt, W., & Bspalec, D., (1974). An evaluation of current methods of modifying smoking behaviours. *Journal of Clinical Psychology* 30, 431-438.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) (2007). 4º Inquérito nacional de saúde 2005-2006. Consultado, em Junho de 2009, através do site: http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=6487190&att_display=n&att_download=y
- Kirsch, I., & Lynn, S. (2004). Teoria de Hipnosis. *Papeles del psicólogo*, 89.
- Kirsch, I. (1996). Hypnotic Enhancement of Cognitive-Behavioral Weight Loss Treatments- Another Meta-Reanalysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 517-519.
- Kirsch, I., Lynn, J., & Rhue, J. (1997). Introduction of clinical hypnosis. In J. Rhue, S. Lynn, & I. Kirsch (Eds.). *Handbook of Clinical Hypnosis* (pp. 3-22). Washington D.C.: American Psychology Association.
- Kirsch, I., Milling, L.S., & Burgess, C. (1998). Experiential scoring for the Waterloo-Stanford Group C scale. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46, 269-279.
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 214-220.
- Kirchenchetejn, C., & Chaktin, J. (2004). Directrizes para a cessação to tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 3, 11-15.
- Luís, F. (2009). Entrevista e presença nas consultas de cessação tabágica da Unidade Local de Saúde da Guarda, Serviço de Pneumologia.
- Luís, F., Gonçalves, A., Bento, A., Vasquez, F., Silva, J., Gomes, J. (2006) *Consulta de cessação tabágica: Compreender o insucesso* do Hospital Sousa Martins Guarda apresentado no XXII congresso de pneumologia, Cascais.

- Lynn, S. J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48 (2), 239-259.
- Lynn, S. J., & Kirsch, I. (2006). *Essentials of clinical hypnosis: An evidenced-based approach*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Lynn, S. J., Neufeld, V., Rhue, J. W., & Matorin, A. (1993). *Hypnosis and smoking cessation: A cognitive-behavioral treatment*. In: S. J. Lynn, J. W. Rhue, & I. Kirsch (Eds.), *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 555–585). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lynn, S. J., Rhue, J. W., & Kirsch, I. (1993). *Handbook of Clinical Hypnosis*. Washington, DC: American Psychological Association.
- May, S., West, R. (2000). Do social support interventions (“buddy systems”) aid smoking cessation? A review. *Tobacco Control* 9(4):415-22.
- Mazoni, C. G., Fernandes, S., Pierozan, P. S., Moreira T., Freese. L., Ferigolo, M., Barros, H. M. (2008). A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura. *Estudos de Psicologia*, 13 (2), 133-140
- McIntire, T. (2001). *Aplicação da hipnose clínica em contextos de saúde*. In T. McIntire, A. Maia, & C.F. Silva (Eds.), *Hipnose clínica: Uma abordagem científica*. Bial.
- Melikian, A., & Carvalho, C. (*in press*). As ligações históricas entre a hipnose, a psicoterapia e a psicologia. *Revista Psychologica da FCED*, Universidade de Coimbra.
- Milling, L. S., Shores, J. S., Coursen, E. L., Menario, D. J., & Farris, C. D. (2007). Response Expectancies, Treatment Credibility, and Hypnotic Suggestibility: Mediator and Moderator Effects in hypnotic an Cognitive-Behavioral Pain Interventions. *The Society Behavioral Medicine*, 33 (2), 167-178.

- Montgomery, G. H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J. H., & Bovbjerg, D. H. (2002a). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: *A meta-analysis. Anesthesia and Analgesia*, 94, 1639-1645.
- Montgomery, G. H., Duhamel, K. N., & Redd, W. H. (2000a). A Meta-Analysis of Hypnotically Induced Analgesia. How Effective Is Hypnosis? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48 (2), 138-153.
- Nash, M.R., & Barnier, A.J. (Eds.). (2008). *The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory, Research and Practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Neufeld, V., & Lynn, S. J. (1988). A single-session group self-hypnosis smoking cessation: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36, 75-79.
- Normas de Orientação Clínica (NOC) (2002). Tratamento do uso e dependência do tabaco. Instituto de Qualidade em saúde, Consultado, a 18 de Fevereiro de 2009, através do site: <http://www.treatobacco.net/en/uploads/documents/Treatment%20Guidelines/Portugal%202002.pdf>
- Nunes, E. (2006). Tabaco. Efeitos na Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 225-244.
- OMS (2008). *WHO Report on the global tobacco epidemic*, disponível através do endereço electrónico, Consultado, a 17 Dezembro de 2008, através do site: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf
- Pamplona, P., (2007). Fumador Internado? A intervenção apropriada. *Revista Portuguesa de Pneumologia*; XIII (6): 801-826
- Patterson, D. R., & Jensen, M. P. (2003). *Hypnosis and Clinical pain*. Psychological Bulletin, 129, 495-521.
- Perkins, K.A., Conklin, C. A., Levine, M. D. (2007). *Cognitive-Behavioral Therapy for Smoking Cessation*. A practical guidebook to the most effective treatments. Routledge Publishers, New York.

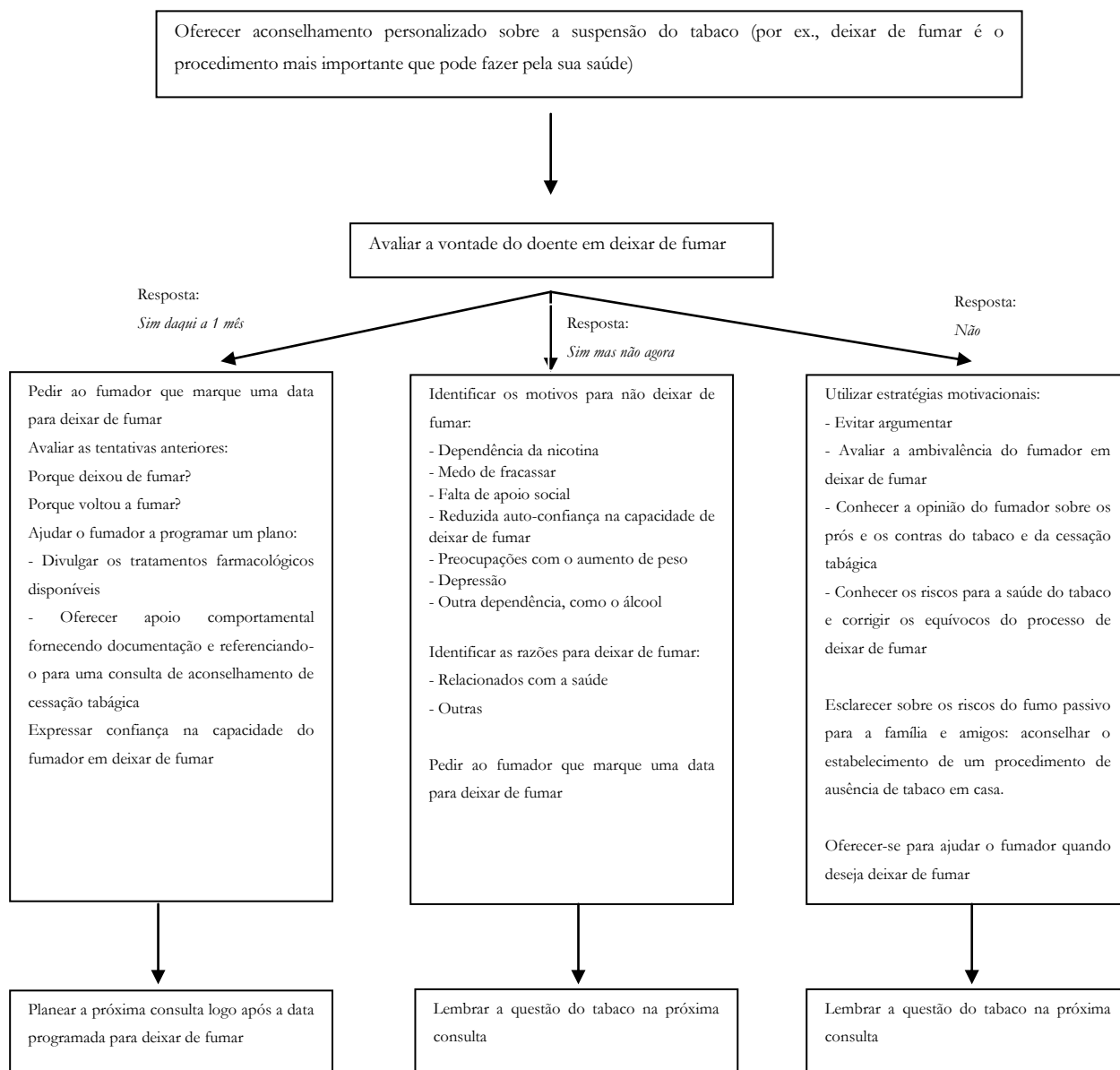
- Pietrobon, R., C., Barbisan J., N., Manfroí, W. C. (2007). Utilização do Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström como um instrumento de medida ao grau de dependência. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 27 (3), 31-36.
- Pinnel, C., M., & Covino, N., (2000). Empirical Findings On The Use Of Hypnosis In Medicine: A Critical Review. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48 (2), 170-194.
- Presman, S., Carneiro, E., & Gigliotti, A. (2005). Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, 267-275.
- Ranney, L., Melvin C., Lux, L., McClain, E., Lohr, K., (2006). Systematic Review: Smoking Cessation Intervention Strategies for Adults and Adults in Special Populations. *Annals of Internal Medicine*, 145 (11), 845-856.
- Rigotti, N., A., (2002). Treatment of tobacco use and dependence. *New England Journal of Medicine*, 346, 506-512.
- Rodrigues, H. L. (2002). Qual a contribuição da farmacoterapia na cessação tabágica? *Revista Portuguesa de Pneumologia VIII* (2): 1-24.
- Rosas, M., & Batista, F (2002). Desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica para a cessação tabágica. *Análise Psicológica*, 1 (XX), pp.45-56.
- Schoenberger, N. E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioural Psychotherapy. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48 (2), 154-169.
- Schnur, J.B., & Montgomery, G. H. (2004). Eficácia y Aplicación de la hypnosis clínica. *Papeles del psicólogo*, 89.
- Sood, A., Ebbert, J. O., Sood, R., & Stevens, S. R. (2006). Complementary treatments for tobacco cessation: A survey. *Nicotine & Tobacco Research*, 8, 767-771.

- Solloway, K. (2005). Can clinical hypnosis prevent stress-related immune deficiency? *European Journal of Clinical Hypnosis*, 5, 44-55.
- Spiegel, D. (1994). *Hypnosis*. In: R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & J. A. Talbott (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry* (pp. 1115–1142). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Steinberg, M. B., Foulds, J., Richardson, D.L., Burke M.V., Shah P. (2006). Pharmacotherapy and smoking cessation at a tobacco dependence clinic. *Preventive Medicine*; 42 (2): 114-9.
- Stewart, J. H. (2005). Hypnosis in Contemporary Medicine. *Mayo Clinic Proceedings*, 80 (4), 511-524.
- Torres, S. B. (2005). *Tabagismo: O Que Você Precisa Saber*. Editora Universitária UFPE
- Udolf, R. (1995). *Handbook of Hypnosis for Professionals*, Second Edition. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- WHO (2002) *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO.

Anexos

Anexo A - Estratégias para a Cessação Tabágica baseada nos 5 A's

Intervenção Breve (Rigotti, 2002)



Anexo B - Teste de Fagerström - Avaliação da dependência física da nicotina

1 - Quanto tempo depois de se levantar fuma o 1º cigarro?

Primeiros 5 minutos (3)

6-30 minutos (2)

31 – 60 minutos (1)

Mais de 60 minutos (0)

2 - Tem dificuldade em não fumar nos locais em que é proibido?

Sim (1)

Não (0)

3 - Qual é o cigarro que mais o satisfaz?

O 1º da manhã (1)

Qualquer outro (0)

4 - Quantos cigarros fuma por dia ?

≤ 10 (0)

11 - 20 (1)

21 - 30 (2)

≥ 31 (3)

5 - Fuma mais no começo do dia?

Sim (1)

Não (0)

6 - Fuma mesmo quando está doente?

Sim (1)

Não (0)

Pontuação total ____

Grau de Dependência: < 4 baixa 4 - 7 moderada > 7 elevada

Anexo C – Mitos associados à hipnose

(Capafons et al., 2008)

1º Mito: A hipnose não pertence ao campo da psicologia científica. Os que a praticam, costumam ser charlatães, curandeiros, ou homens do espectáculo. As pessoas que apresentam melhorias com ela são crédulos, ignorantes ou “dependentes”.

2º Mito: A hipnose pode deixar a pessoa presa a um *transe*, de forma que, ao não poder sair do estado hipnótico ficaria presa à sua volição ou se desenvolveria uma demência.

3º Mito: A hipnose pode explicitar ou agravar as psicopatologias latentes da pessoa. Inclusivamente pode desenvolver alterações psíquicas nos indivíduos sãos. Os indivíduos com problemas psicopatológicos poderão piorar com a hipnose.

4º Mito: A hipnose provoca um estado similar ao do sono, nele as pessoas mostram umas características especiais. Se não alcançam essas características, a pessoa não está hipnotizada. Só se pode estar nessa condição especial se se recebeu um método de indução hipnótica.

5º Mito: A hipnose elimina e anula o controlo voluntário da pessoa. Esta torna-se um autómato nas mãos do hipnotizador, pelo que pode cometer actos ilícitos, anti-sociais, imorais ou que levam ao ridículo social.

6º Mito: A hipnose provoca reacções não usuais, excepcionais e quase mágicas nas pessoas.

7º Mito: A hipnose é uma terapia muito rápida e eficaz, que não exige nenhum esforço por parte do paciente para mudar os seus comportamentos.

Anexo D – Escala de Motivação

- Avalie numa escala de 0 a 10 a sua intenção actual para parar de fumar

0 - sem nenhuma vontade

10 - Francamente decidido a parar

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Anexo E – Avaliação da razões que levam a pessoa a fumar

De 0 (nunca) a 10 (sempre) gradue as razões que o levam a fumar:

Fumo...

- | | |
|--------------------------------|----------------------|
| - Porque é um gesto automático | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| - No convívio social | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| - Por prazer | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| - Para combater o stress | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| - Para me concentrar | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| - Para me levantar a moral | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| - Para não engordar | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

Anexo F - *Script* hipnótico

Adaptado de (Lynn & Kirsh, 2006, pp. 90-95)

Fechem os olhos, e relaxem. Calmos, em paz, de forma fácil e serena, nada vos disturba. Relaxados e seguros, centrados, sintam a força que está dentro de vocês. Libertem qualquer tensão que sintam, libertem-na em cada expiração. A vossa mente está mais calma e clara...os diferentes músculos relaxados...não será bom relaxarem mais uma vez? Vão mais profundo, de forma confortável, sintam a força que prevalece dentro de vocês, digam para vocês uma frase que vos suporte...ou imaginem uma imagem...usem-na para resolver o problema do tabagismo para sempre. Pensem nas várias razões que dispõem para deixar de fumar para sempre. Conseguem visualizar isso? Ouçam a vossa voz dizer a vós próprios, falem convosco, pensem em todos os benefícios em parar de fumar, melhor qualidade de vida, mais dinheiro, mais saúde, pensem em todas as razões, a vossa vida irá significar muito mais para vocês. Digam sim, sim para vós mesmos, a vossa mente inconsciente está agora a comunicar com a vossa mente consciente mostrando o desejo que tem em deixar de fumar, digam sim à vossa saúde, esperem uns minutos para se verem como não fumadores, imaginem essa imagem, vejam-na, sintam isso tornar-se cada vez mais claro para vocês, sintam a força que está dentro de vós, a vossa necessidade de fumar está a ser dissolvida, a desaparecer, a quebrar-se, como nuvens ao vento, como nuvens que desaparecem num dia em que o sol aparece a brilhar. Vocês podem resistir a fumar, o poder está dentro de vós. Imaginem-se agora em situações sociais, apercebam-se o quanto os outros estão a suportar-vos pelas vossas escolhas, imaginem-se que nunca mais fumarão, sintam esse respeito que terão por vós, vocês serão o controlo, digam isso a vocês mesmos, exercitem, preservem a vossa saúde. Sintam-se fortalecidos. Sintam a minha comunicação com o vosso estado de profundo nível de compreensão. Adaptem as vossas posições sempre que queiram estar num estado mais profundo de concentração...vão cada vez mais profundo consoante os vossos desejos, nada vos incomoda, nada vos disturba. Vocês conseguem fazer isso, podem tornar-se pessoas livres do tabaco, sim, aprendam a fazer isso, mais e mais. Mantenham a vossa mente concentrada, estão a brincar com o fogo quando pensam que conseguem controlar o acto de fumar. Sintam-se mais saudáveis nessa experiência, relaxados, calma e facilmente, a mente e o corpo actuam em conjunto, o consciente e o inconsciente trabalham em conjunto para vos ajudar, como parceiros e protectores da vossa saúde, do vosso bem-estar, da vossa vida, da vossa respiração. Libertem a tensão que não desejam e permitam-se estar mais confortáveis. (Lynn & Kirsh, 2006, pp. 90-95).

Anexo G - Carta de Consentimento Informado

Chamo-me Tiago Cavaleiro e sou aluno de Mestrado em Psicologia da Saúde. No âmbito do seminário Hipnose Clínica e Experimental elaborarei uma dissertação intitulada: Programa de Cessação Tabágica baseado num protocolo clínico de hipnose com vista à abstinência do consumo e sua manutenção, na Unidade Local de Saúde da Guarda.

Gostaria que desse o seu contributo na obtenção de informação neste Programa. O Programa é baseado em sessões de hipnose com vista à abstenção tabágica e à sua manutenção, integrado com o tratamento empregue na Unidade Local de Saúde. O presente estudo é uma forma de testar a aplicabilidade da hipnose como uma técnica que auxilia a cessação tabágica e você pode fazer parte desse Programa. Os dados resultantes da sua participação serão confidenciais. O Programa tem a duração de 3 meses e haverá acompanhamento ao ano, 2 anos e 3 anos.

Concordo participar no presente estudo.

Investigador,

(Tiago Cavaleiro)

Participante,

Guarda, 16 de Julho de 2009