



Centro de Estudos em Terapia  
Cognitivo-Comportamental

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU  
EM TERAPIA COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL**

**PÂMELA PRISCILA NAVIA**

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL  
APLICADA NO PROGRAMA ANTITABAGISMO  
- Revisão Bibliográfica**

**SÃO PAULO  
2016**

**PÂMELA PRISCILA NAVIA**

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL  
APLICADA NO PROGRAMA ANTITABAGISMO  
- Revisão Bibliográfica**

**Trabalho de Conclusão de Curso Lato Sensu  
Área de Concentração: Terapia Cognitivo-  
Comportamental  
Orientadora: Profa. Dra. Renata Trigueirinho  
Alarcon  
Coorientadora: Profa. Msc. Eliana Melcher Martins**

**SÃO PAULO  
2016**

Fica autorizada a reprodução e divulgação deste trabalho, desde que citada à fonte.

Navia, Pâmela Priscila

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA NO PROGRAMA ANTITABAGISMO - Revisão Bibliográfica**

Pâmela Priscila Navia, Renata Trigueirinho Alarcon – São Paulo, 2016

71 p. e CD-ROM

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC).

Orientação: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Trigueirinho Alarcon

1.Tabagismo 2. Terapia cognitivo comportamental

**PÂMELA PRISCILA NAVIA**

**TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA NO  
PROGRAMA ANTITABAGISMO - Revisão Bibliográfica**

Monografia apresentada ao Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental como parte das exigências para obtenção do título de especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental.

**BANCA EXAMINADORA**

Parecer: \_\_\_\_\_

Prof.: \_\_\_\_\_

Parecer: \_\_\_\_\_

Prof.: \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os meus amigos, familiares, professores e a Deus, principalmente, por todo tempo e aprendizado, finalizando mais uma etapa com muita satisfação e carinho!

## RESUMO

NAVIA, P. P. Terapia cognitivo-comportamental aplicada no programa antitabagismo - revisão bibliográfica. Monografia, CETCC - Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental, São Paulo, 2016.

O trabalho tem o objetivo de descrever sobre o tabagismo, seus tratamentos, principalmente a efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) administrada em pacientes fumantes que utilizaram o programa antitabagismo. O tabagismo é responsável por aproximadamente 50 tipos de patologias incapacitantes e fatais, além de mortes por infarto do miocárdio, por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), por doenças cerebrovasculares (derrames) e por câncer. O tabagismo é a causa de outros distúrbios como a hipertensão e/ou diabetes e o risco de tuberculose. Para que um fumante consiga largar cigarro de maneira permanente são necessárias ações específicas direcionadas ao processo de cessação do hábito de fumar e manutenção da abstinência. A psicologia desenvolveu métodos que auxiliam nessa etapa, como a Terapia Cognitivo-Comportamental um método de psicoterapia eficiente em diversos transtornos psiquiátricos, principalmente no combate ao tabagismo. Também existem outras formas de tratamentos farmacológicos, não-farmacológicos e a combinação deles. Não foi encontrado um tratamento que possa servir como um modelo padrão e que auxilie todos os pacientes tabagistas a pararem de fumar. A abordagem deve ser individualizada, levando em conta os fatores ambientais, psicológicos, comportamentais e socioculturais de cada indivíduo.

**Palavras-chave:** Tabagismo; Terapia Cognitivo-Comportamental; Cessação; Nicotina; Fumo; Tratamentos.

## ABSTRACT

NAVIA, P. P. Cognitive-behavioral therapy applied to the anti-smoking program - literature review. Monografia, CETCC - Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental, São Paulo, 2016.

The study aims to describe about smoking, its treatments, especially the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) administered in smokers who used the anti-smoking program. Smoking is responsible for about 50 types of disabling and fatal diseases, and deaths from myocardial infarction, for chronic obstructive pulmonary disease (emphysema), by cerebrovascular disease (stroke) and cancer. Smoking is the cause of other disorders such as hypertension and/or diabetes and the risk of tuberculosis. For a smoker can quit smoking permanently requires specific actions directed to the process of cessation of smoking and maintaining abstinence. Psychology has developed methods that help at this stage, such as cognitive-behavioral therapy, an efficient method of psychotherapy in various psychiatric disorders, particularly in the fight against smoking. There are also other forms of pharmacological treatment, non-pharmacological and their combination. It has found a treatment that can serve as a standard and that helps all smokers to quit. The approach should be individualized, taking into account environmental factors, psychological, behavioral and sociocultural of each individual.

**Keywords:** Smoking; Cognitive-behavioral therapy; Cessation; Nicotine; Smoke; Treatments.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Dependência de nicotina .....	25
<b>Tabela 2:</b> Diretrizes diagnósticas da dependência de acordo com os Critérios da Classificação Internacional das Doenças (CID-10).....	26
<b>Tabela 3:</b> Síntese de meta-análises sobre a eficácia de intervenções psicossociais para cessação do tabagismo .....	40

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Outras comorbidades e riscos atribuíveis ao tabagismo .....	19
<b>Figura 2:</b> Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström (FTND) .....	27
<b>Figura 3:</b> Critérios diagnósticos do DSM-IV para a dependência à nicotina.....	30
<b>Figura 4:</b> Teste de Dependência Física e Psicológica ao Tabaco.....	31
<b>Figura 5:</b> Empirismo colaborativo .....	36
<b>Figura 6:</b> Questionamento socrático.....	37
<b>Figura 7:</b> Modelo de registro de pensamentos disfuncionais .....	39
<b>Figura 8:</b> Resultados de eficácia dos métodos cognitivo-comportamentais, por abordagem individual, de acordo com sua intensidade.....	42
<b>Figura 9:</b> Estágios de Prontidão para Mudança.....	47
<b>Figura 10:</b> Tratamentos farmacológicos para cessação do tabagismo .....	52
<b>Figura 11:</b> Efeitos da síndrome de abstinência da nicotina.....	56

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- FTND:** Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström
- FTQ modificado:** Questionário de Tolerância de Fagerström Modificado
- INCA:** Instituto Nacional de Câncer
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- PCT:** Programa de Controle de Tabagismo
- RDPD:** Registro Diário dos Pensamentos Disfuncionais
- SNC:** Sistema Nervoso Central
- TC:** Terapia Cognitiva
- TCC:** Terapia Cognitivo-Comportamental
- TRN:** Tratamento de Reposição de Nicotina

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 OBJETIVO</b> .....	12
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	13
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	15
<b>4.1 Tabagismo: breve histórico e conceito</b> .....	15
<b>4.2 Consequências do fumo sobre a saúde</b> .....	17
<b>4.3 A dependência do tabaco</b> .....	20
<b>4.4 Avaliação da dependência tabágica</b> .....	24
4.4.1 <i>Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström (FTND)</i> .....	26
4.4.2 <i>Questionário de Tolerância de Fagerström Modificado (FTQ modificado)</i> .....	28
4.4.3 <i>Método para detecção de Cotinina</i> .....	29
4.4.4 <i>Diagnóstico de dependência à nicotina pelo DSM-IV</i> <i>(Manual Estatístico e Diagnóstico das Desordens Mentais)</i> .....	29
4.4.5 <i>Teste de dependência física e psicológica ao tabaco</i> .....	30
<b>4.5 Origem das abordagens cognitivo-comportamentais</b> .....	31
4.5.1 <i>Técnicas cognitivas</i> .....	35
<b>4.6 Tratamento cognitivo-comportamental (TCC) no tabagismo</b> .....	39
<b>4.7 Outros tratamentos</b> .....	48
4.7.1 <i>Tratamento medicamentoso</i> .....	49
4.7.1.1 <u>Nicotina para tratamento de reposição (TRN)</u> .....	49
4.7.1.2 <u>Farmacoterapia de primeira linha</u> .....	50
4.7.1.3 <u>Farmacoterapia de segunda linha</u> .....	51
4.7.2 <i>Outras intervenções não-farmacológicas</i> .....	53
<b>4.8 Síndrome de abstinência</b> .....	55
<b>4.9 Prevenção do tabagismo</b> .....	57
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	58
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	64
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	66

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com o INCA (Instituto Nacional de Câncer) (2007) o tabagismo é responsável por aproximadamente 50 tipos de patologias incapacitantes e fatais, além de 45% das mortes por infarto do miocárdio, 85% por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema), 25% por doenças cerebrovasculares (derrames) e 30% por câncer. Ademais, 90% dos pacientes com câncer de pulmão são ou já foram fumantes em alguma época da vida.

O tabagismo é capaz de estimular outros distúrbios como a hipertensão e/ou diabetes e ampliar o risco de tuberculose. Os óbitos que foram desencadeados pelo hábito de fumar, quando agregados, podem representar mais do que a soma das mortes por alcoolismo, AIDS, acidentes de trânsito, homicídios e suicídios juntos (INCA, 2007).

As manifestações para o controle do tabagismo no Brasil iniciaram-se na década de 70, porém, a propagação das medidas efetivas para seu controle não conseguiu ser bem difundida e, até os dias de hoje, muitos profissionais da saúde ainda não utilizam e repassam as informações sobre os riscos do cigarro (SARDINHA et al., 2005).

Do ponto de vista médico, a dependência da nicotina é considerada um transtorno progressivo, crônico e recorrente, permeada pela ação da substância em receptores centrais e periféricos (SARDINHA et al., 2005).

O tabagismo se trata de uma doença epidêmica, consequente de dependência da nicotina, tendo sua categorização no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas, conforme a 10ª Revisão de Classificação Internacional de Doenças (CID-10). É uma das dependências químicas de mais difícil tratamento e também é considerada uma doença pediátrica, já que a idade média da iniciação é 15 anos (INCA, 2007; MEIER et al., 2011).

Estudos mostram que os sintomas desencadeados pela privação da nicotina são os principais motivos para apenas 5% a 10% dos fumantes conseguirem parar de fumar, sem nenhuma forma de ajuda. A procura de tratamento para interrupção do tabagismo está associada ao aparecimento de doenças relacionadas ao tabaco, sendo também, um fator de encorajamento para o sucesso no tratamento (REIS & FORTES, 2012).

Para que um fumante consiga largar cigarro de maneira permanente são necessárias ações específicas direcionadas ao processo de cessação do hábito de fumar e manutenção da abstinência. A psicologia desenvolveu métodos que auxiliam nessa etapa, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que se trata de um método de psicoterapia, fundamentado cientificamente e eficiente em diversos transtornos psiquiátricos, principalmente no combate

ao tabagismo. Assim, a TCC é o tratamento de psicoterapia recomendada pelo Ministério da Saúde para a suspensão do tabagismo (SARDINHA, 2014).

Os estudos de Shiffman et al. (1993) explicam que as causas das recaídas posteriores a um período de abstinência de cigarros, podem estar associadas a condições de estresse emocional e a convivência com outros fumantes no ambiente. Tratar o dependente do tabaco torna-se necessário e importante, de forma integrada, levando em conta os aspectos biológicos, psicológicos e sociais de cada indivíduo, sem desigualdades ou diferenciações.

Diversos segmentos desenvolvidos para tratamentos do tabagismo possuem algumas técnicas cognitivo-comportamentais. A terapia comportamental tem a finalidade de facilitar o fumante a identificar os gatilhos relacionados ao desejo e ao ato de fumar e utiliza técnicas cognitivas e de alteração do comportamento para interromper a associação entre a situação que dispara a urgência de fumar e o comportamento de consumo. São utilizadas estratégias para lidar com estresse e afetos positivos e negativos, solução de problemas, além do controle dos sintomas de síndrome de abstinência. Assim, quando o fumante para de fumar, são utilizadas técnicas de prevenção de recaídas (PRESMAN et al., 2005).

Com isso, foi possível observar a importância da TCC dentro dos grupos de apoio aos pacientes fumantes e que buscam ajuda para cessar esse hábito. Torna-se fundamental entender melhor o funcionamento desse tipo de terapia desenvolvida nesses grupos específicos antitabagistas.

## **2 OBJETIVO**

O presente trabalho tem como objetivo descrever sobre o tabagismo, seus tratamentos, principalmente a efetividade da Terapia Cognitivo-Comportamental administrada em pacientes fumantes que utilizaram o programa antitabagismo.

### 3 METODOLOGIA

A revisão da literatura certifica a atualização do pesquisador com as últimas discussões no campo de conhecimento em investigação. Além de artigos em periódicos nacionais e internacionais e livros já publicados, as monografias, dissertações e teses constituem excelentes fontes de consultas.

A pesquisa foi bibliográfica, onde foram analisadas as obras científicas disponíveis mais recentes, que abordaram o tema proposto e auxiliaram no embasamento teórico e metodológico para o desenvolvimento do estudo. As bases de dados utilizadas para pesquisas foram: SciELO, PePSIC, BVS-Psi, ULAPSI, LILACS, CAPES, BIREME, Medline, sites de universidades nacionais e Google Acadêmico.

O procedimento inicial consistiu em realizar uma consulta bibliográfica referente a diversos programas e tratamentos antitabagistas, principalmente aqueles que empregaram a terapia cognitivo-comportamental como tratamento principal. Foram explorados alguns termos em português e inglês, sozinhos ou combinados entre eles, como: terapia cognitivo-comportamental (cognitive behavioral therapy), tabagismo (smoking), tratamento (cessation), nicotina (nicotine), fumo (smoke) e tabaco (tobacco).

Os critérios de seleção das obras incluíram publicações raras de 1961 e 1978, importantes para suprir conhecimentos sobre o início da terapia cognitivo-comportamental e apresentar a abordagem cognitiva de Ellis & Harper.

As obras excluídas foram aquelas que enfatizaram apenas o tratamento medicamentoso como alternativa de tratamento do tabagismo ou outros cuidados.

Para Gil (2007), os exemplos mais característicos desse tipo de pesquisa são investigações sobre ideologias ou aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema.

De acordo com Fonseca (2002, p. 32):

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta.

O trabalho não envolveu seres humanos, dispensando o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, por se tratar de pesquisa bibliográfica. Portanto, não apresentará riscos, de acordo com a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 Tabagismo: conceito e breve histórico

O tabagismo é o consumo de qualquer derivado do tabaco, produtor ou não de fumaça. O tabaco é uma planta pertencente à família das solenáceas, gênero *Nicotina* (FERREIRA, 2002).

Os estudos de Rosemberg (2003) esclarecem que o tabaco é uma erva que o ser humano tem utilizado por processo inalatório há mais de 300 anos. A palavra “nicotina” é proveniente de Nicot, isto é, Jean Nicot, embaixador da França em Portugal, que em 1560 exaltou em público a virtude do tabaco como agente curativo. “*L’histoire des plantes*”, obra de Jacques Delachamps, médico e agrônomo, nomeou a planta como “erva de Nicot”. Em 1584, o dicionário francês-latim de Etienne e Thiery incluiu o vocábulo “*Nicotiana*”. A primeira classificação científica de Linneu, em 1737, foi o registro “*Nicotiana tabacum*” e as variedades “*Nicotiana rústica*”, “*Nicotiana glutinosa*” e “*Nicotiana penicilata*”. A espécie *Nicotiana tabacum* é hoje a principal fonte do tabaco fumado e a única espécie cultivada nos Estados Unidos.

O cigarro surgiu no século 19. Antes disso, na Espanha, já se fumava tabaco enrolado em papel, que recebia o nome de “papeletes”. Relatos apontam uma tapeçaria desenhada por Goya, em 1747, exibindo jovens com cigarros entre os dedos. O termo espanhol “*cigarillos*” origina de cigarral, nome das hortas e plantações acometidas pelas cigarras. O nome se popularizou da seguinte forma: *cigarette* em francês, inglês e algumas outras línguas; *zigarette* em alemão; *sigaretta* em italiano e cigarro em português. Para diversos idiomas, os termos cigarro ou cigar significam charuto. O cigarro fez sucesso em Paris, em 1860; nos Estados Unidos, na década de 1880 quando surgiu a máquina que fabricava duzentas unidades por minuto e, posteriormente criaram as máquinas que produzem centenas de milhões por dia. O cigarro foi disseminado por ser mais econômico, mais cômodo de carregar e utilizar. A nicotina presente no tabaco, envolvido na forma de cigarro se espalhou pelo mundo, através da transculturação (ROSEMBERG, 2003).

Fumar promove uma doença crônica, conhecida como tabagismo, enfermidade de dependência da nicotina. O tabagismo compõe o grupo dos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa na Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 2008),

como F-17.2 (síndrome da tabaco-dependência) e reconhecida pela Organização Mundial da Saúde como a maior causa isolada evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo (BRASIL, 2008; SBPT, 2011).

Trata-se de uma doença epidêmica que propicia dependência física, psicológica e comportamental, da mesma forma que ocorre com o uso de outras drogas como álcool, cocaína e heroína. Essa dependência se dá na presença da nicotina e dos produtos à base de tabaco, levando os fumantes a inalarem mais de 4.720 substâncias tóxicas, dentre elas: monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína; além de 43 substâncias cancerígenas, como: arsênio, níquel, benzopireno, cádmio, chumbo, resíduos de agrotóxicos e substâncias radioativas (ROSEMBERG, 2003).

No mercado encontra-se uma gama de produtos nacionais e internacionais derivados de tabaco que são consumidos de diversas maneiras: fumado/inalado (cigarro, cachimbo, charuto, cigarro de bali ou *Kreteks* ou cigarro de cravo, cigarro de palha, cigarrilha, *bidis*, *narguillé*), aspirado (rapé), mascado (fumo-de-roló, *snuff*); absorvido pela mucosa oral (*snus*). Todos possuem nicotina, desencadeiam dependência e aumentam o risco de contrair doenças crônicas não transmissíveis. No Brasil, a forma predominante do uso do tabaco é o fumado (ANVISA, 2014).

O tabagismo é um comportamento intrincado, que encontra influências de estímulos ambientais, hábitos pessoais, condicionamentos psicossociais e das ações biológicas da nicotina. Observam-se tais estimulações oriundas de diversos lugares, como publicidade, facilitação para aquisição da droga através de preços baixos dos cigarros e aceitação social, exemplo dos pais e de ídolos fumantes, hereditariedade, tendência pessoal a adições e à depressão (KIRCHENCHTEJN, CHATKIN, 2004).

O indivíduo pode ser classificado como fumante quando já consumiu ao menos 100 cigarros na vida e, caso tenha utilizado, pelo menos, um cigarro no último mês. O início do contato com os cigarros pode surgir através de interferência de um grupo de amigos ou por outros fatores como: ansiedade, fatores estressantes, bebidas alcoólicas, café, etc (SBPT, 2011).

Atualmente no Brasil, a população adulta fumante representa 16%, sendo o sexo masculino mais prevalente do que o feminino. Com isso, 200 mil mortes anuais são fomentadas pelo tabagismo, apesar que, nas últimas décadas, foi observada uma redução de 50% no número de tabagistas (MARIN et al., 2012).

## 4.2 Consequências do fumo sobre a saúde

O cigarro produz dependência e a manutenção dessa adição se dá pela nicotina, substância presente nos cigarros. Trata-se de uma droga estimulante, intensa e que alcança o cérebro poucos segundos depois do primeiro trago de cigarro. A nicotina passa pelos pulmões, sendo 90% absorvida no local, seguindo para o coração, para ser distribuída pelo organismo. O resultado desse processo é tão grave que um fumante pode chegar a ter 25% a menos de chances de expectativa de vida, quando comparado a um não-fumante (MUNDIM e BUENO, 2006).

Estudos mostram que nos EUA, o tabagismo é considerado o principal causador isolado de óbito, por decorrência do câncer, pois, tal patologia afeta duas vezes mais fumantes, do que não-fumantes. No Brasil, o tabagismo é a causa de 80 mil mortes por ano, atingindo 10 pessoas por hora. Foram encontradas evidências de que tabagistas têm mais chances de desenvolverem câncer de cavidade oral (92%), pulmão (90%), laringe (82%), esôfago (75%), bexiga (45%), rins (30%), colo uterino (30%) e estômago (20%). O cigarro também é responsável por 75% dos casos de enfisema pulmonar e 25% dos infartos agudos do miocárdio. O risco de acidente vascular periférico pode chegar a 800%. Além disso, existe o fumante passivo que tem aumentada em 200% as chances de adquirir câncer de pulmão (FERREIRA, 2002; ISMAEL, 2007).

O tabaco pode provocar impotência sexual, diminuir as defesas do organismo e, conseqüentemente, oportunizar o desenvolvimento de doenças, como a gripe e a tuberculose, aumentadas nos fumantes. Outras patologias associadas ao fumo: aneurisma arterial, úlcera do aparelho digestivo, infecções respiratórias, trombose vascular. Os fumantes geralmente apresentam os dentes amarelados, pele enrugada, odor carregado pelo fumo, fôlego diminuído e menor desempenho nos esportes ou atividades físicas (FERREIRA, 2002; MARIN et al., 2012).

Galão et al. (2009) encontraram uma parcela de gestantes tabagistas, entre 23% a 25% das mesmas, e muitas continuaram fumando após a 20ª semana de gestação. Uma das explicações seria o sobrepeso pré-gravídico e o medo de mais ganho de peso com a cessação do hábito. O tabagismo gera conseqüências prejudiciais para gestante e o feto, dentre elas, a hipóxia fetal pré-placentária, ocasionada pela diminuição da pO<sub>2</sub> materna, a vasoconstrição das artérias do espaço intervilo da placenta com diminuição da absorção de nutrientes, acarretando em baixo ganho de peso fetal intrauterino.

Fumar na gravidez faz crescer as taxas de aborto espontâneo, de parto pré-termo e, até mesmo, de morte perinatal. Contribui para síndrome da morte súbita do recém-nascido e pode causar importantes alterações no cérebro e no desenvolvimento neurológico do feto. O tabagismo na gestação também está associado a descolamento prematuro da placenta e ruptura prematura de membranas. O consumo de cigarro durante o período fetal e na vida inicial pós-natal pode ter interferir sobre a saúde pulmonar dos recém-nascidos, levando a maior chance de terem problemas respiratórios como asma e broncoespasmo durante a infância (GALÃO et al., 2009).

Foi encontrada uma associação entre o consumo de tabaco e doença aterosclerótica, além de ser fator de risco para doença arterial coronária, hipertensão arterial, alterações do colesterol e doenças pulmonares obstrutivas crônicas (ISMAEL, 2007).

A nicotina libera uma maior concentração de catecolaminas, acarretando vasoconstrição e acelerando a frequência cardíaca, derivando tanto uma hipertensão arterial, como maior adesividade plaquetária. O monóxido de carbono juntamente com a nicotina leva a diversas doenças cardiovasculares e respiratórias, além de estimular a produção de ácido clorídrico podendo causar úlcera gástrica. No pulmão, essas substâncias auxiliam na liberação de fatores quimiotáxicos que provocam a destruição da elastina, ocasionando o enfisema pulmonar.

Ismael (2007) elucida que o monóxido de carbono após ser assimilado pelos pulmões avança até o sangue, fazendo com que a capacidade do transporte de oxigênio seja reduzida, prejudicando a respiração das células e, conseqüentemente, o fôlego do indivíduo, aumentando o risco de doenças cardiovasculares e respiratórias. A nicotina abrevia a capacidade de circulação do sangue, amplia o depósito de gorduras nas artérias e vasos, sobrecarregando o coração e podendo levar ao infarto agudo do miocárdio. Além disso, a frequência cardíaca e a pressão arterial se elevam, possibilitando arritmias (REIS e FORTES, 2012).

Os danos do fumo para saúde, em curto prazo englobam irritação ocular, dores de cabeça, tosse e alergias. Em médio e longo prazo destacam-se a diminuição da capacidade respiratória, infecção respiratória, elevação do risco de aterosclerose, câncer e infartos (ISMAEL, 2007).

Na Figura 1 encontram-se expostas outras comorbidades que também sofrem agravamento junto ao consumo do tabaco.

**Figura 1:** Outras comorbidades e riscos atribuíveis ao tabagismo

Doença/condição clínica	Mecanismos	Risco atribuível	Nível de evidência
Úlcera péptica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desequilíbrio entre os fatores de proteção e agressão (<math>\uparrow</math> na liberação de ácido e pepsinogênio na mucosa, <math>\uparrow</math> refluxo da bile e liberação de vasopressina no hipotálamo, <math>\downarrow</math> produção de muco gástrico, do fluxo sanguíneo na mucosa, da proteção da superfície ativa de fosfolipídios e de prostaglandinas <math>E_2</math>)</li> <li>• Associação no desenvolvimento, perpetuação e recidiva</li> </ul>	Fator de risco para a doença	A
Doença de Crohn	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumenta a susceptibilidade e a gravidade da doença</li> <li>• Menor resposta ao tratamento da doença</li> <li>• Recorrência da enfermidade após intervenção cirúrgica</li> <li>• Aumento do risco de mortalidade</li> </ul>	Fator de risco e dificuldade no controle da doença	A
Doença hepática	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Associação ao desenvolvimento de cirrose biliar primária</li> <li>• Associação na evolução clínica da fibrose hepática (ação dos mediadores inflamatórios sistêmicos e do estresse oxidativo na fibrogênese do fígado)</li> <li>• Diminuição da resposta ao tratamento</li> </ul>	Fator de risco para a doença	B
Diabetes mellitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumenta o risco de desenvolvimento</li> <li>• Aumento o risco de complicações micro e macroangiopática</li> </ul>	Fator de risco para a doença	B
Doenças da tireóide	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidade de redução dos níveis de TSH</li> </ul>	Fator de risco para a doença de Graves	B
Osteoporose	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento da perda óssea em mulheres, principalmente após a menopausa</li> <li>• Ação tóxica do tabagismo na célula óssea, diminuição da absorção do cálcio e hipercootisolismo</li> </ul>	Fator de risco para a doença	A B
AIDS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de outras dependências químicas</li> </ul>	-	C
DPOC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Associação com o desenvolvimento da doença</li> <li>• Associação com o declínio acentuado do <math>VEF_1</math></li> </ul>	Fator de risco para a doença	A
Asma	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Piora dos sintomas da doença</li> <li>• Redução da resposta ao tratamento</li> <li>• Aumento da severidade e da frequência das crises</li> </ul>	Fator de risco e dificuldade no controle da doença	B
Doenças intersticiais pulmonares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Associação com Histiocitose X, bronquiolite respiratória, pneumonite desquamativa e fibrose pulmonar idiopática</li> <li>• Manutenção do processo inflamatório no parênquima pulmonar</li> </ul>	Fator de risco para algumas etiologias	A
Doenças cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Associação com doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico, doença vascular periférica, aterosclerose e aneurismas arteriais</li> <li>• Disfunção endotelial, aumento da trombogenicidade hematológica, aumento da inflamação e do estresse oxidativo e redução da biossíntese do óxido nítrico</li> </ul>	Fator de risco para a doença	A
Câncer de pulmão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Associação com a oncogênese</li> <li>• Associação com a progressão tumoral (angiogênese, controle da apoptose celular e proliferação celular)</li> <li>• Associação com a migração de células tumorais para outros sítios</li> </ul>	Fator de risco para a doença	A
Câncer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Associação com câncer de vários sítios: trato gastrointestinal, pâncreas, rim, bexiga e leucemia miélóide</li> <li>• Associação com a oncogênese</li> <li>• Associação com a progressão tumoral (angiogênese, controle da apoptose celular e proliferação celular)</li> <li>• Associação com a migração de células tumorais para outros sítios</li> </ul>	Fator de risco para a doença	A

TSH: hormônio estimulante da tireóide;  $VEF_1$ , volume expiratório forçado no primeiro segundo.

FONTE: Reichert et al. (2008)

Sabe-se que as patologias e os óbitos causados pelo tabagismo são evidenciados nos adultos, porém eles já se iniciam na infância. Diversos estudos constataram que 90% dos fumantes começaram tal hábito até os 19 anos, e 50% daqueles que provaram apenas um cigarro se tornaram fumantes na vida adulta (BRASIL, 2001).

Mesmo com tantas pesquisas e comprovações a respeito dos riscos do tabaco, as propensões ao seu consumo ainda se encontram preocupantes. Um terço da população mundial, com 15 anos ou mais, é fumante. No Brasil, 9% da população são dependentes de tabaco e 16,4% almejam parar ou diminuir seu consumo (MAZONI et al., 2008).

Além disso, o tabagismo é responsável por um prejuízo mundial de 200 bilhões de dólares ao ano, onde a metade dessa perda se dá nos países em desenvolvimento. Este montante foi calculado através do resultado de diversos fatores, como o tratamento das doenças relacionadas ao fumo, óbitos de indivíduos em idade produtiva, aposentadorias precoces, faltas ao trabalho e menor rendimento produtivo (COSTA et al., 2006).

Ainda que a prevalência do tabagismo esteja diminuindo nos países desenvolvidos, não se constata igualmente esse fato nos países em desenvolvimento. Por esse motivo, continua sendo um problema de saúde pública mundial, apesar das campanhas educativas e da consciência dos riscos relacionados ao uso do tabaco, já bem definidos desde a década de 1960 (PIETROBON et al., 2007).

Pietrobon et al. (2007) concluíram que no Brasil, a Região Sul é onde se concentra a maior parte da população de fumantes, ou seja, 12,6%, a maior estimativa sobre dependentes de nicotina das regiões brasileiras.

### **4.3 A dependência do tabaco**

Em 1988, os EUA elaboraram um parecer mostrando que a nicotina contida no cigarro e em outros produtos derivados do tabaco é uma droga que provoca dependência, e que 24% da população adulta de diversos países, inclusive do Brasil, são dependentes da nicotina (BALBANI e MONTOVANI, 2005).

O hábito de fumar causa dependência devido à ação psicoativa da nicotina, de influência de fatores ambientais, de hábitos pessoais e de condicionamentos psicossociais (COSTA et al., 2006).

O fumo de tabaco contém diversas substâncias danosas ao organismo, como alcatrões carcinogênicos, monóxido de carbono, entre outros, sendo a nicotina aquela responsável pela

dependência e a única farmacologicamente ativa. Trata-se do elemento ativo mais importante do cigarro e é caracterizada como uma amina terciária volátil (FAGUNDES, 2010).

A nicotina (*nicotina tabacum*) é um alcaloide vegetal procedente da planta do tabaco, sendo classificada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como droga psicoativa, já que estimula a motivação de fumar e aumenta a tolerância no fumante. O monóxido de carbono é prejudicial para oxigenação sanguínea, e diminui o aporte de sangue para alguns órgãos por ter afinidade com a hemoglobina, gerando o complexo carboxihemoglobina. O alcatrão contém mais de 40 substâncias carcinogênicas entre elas o arsênio, níquel, benzopireno, entre outras. Ainda são adicionados no cigarro outros componentes como amônia, que eleva a interação com os açúcares deste, intensificando a liberação da nicotina (LESSA e CAMPOS, 2011).

Reis e Fortes (2012) explicam que no primeiro contato de uso do cigarro, o indivíduo percebe os sintomas iniciais e desagradáveis como náuseas, tonturas, cefaleia e algumas vezes, vômitos. Além disso, pessoas mais sensíveis à nicotina descrevem a sensação de suores frios, palidez e diarreia.

Estudos apontam que os adolescentes diagnosticados com depressão, muitas vezes, recorrem ao cigarro e desenvolvem intensa dependência à nicotina. Dentro do grupo de tabagistas, cerca de 30% podem ter história de depressão (REIS e FORTES, 2012).

As ações sistêmicas da nicotina são controladas pelos receptores nicotínicos, que se localizam no SNC (Sistema Nervoso Central), nos gânglios autonômicos periféricos, na glândula suprarrenal, nos nervos sensitivos e na musculatura estriada esquelética (FAGUNDES, 2010).

A nicotina age em receptores colinérgicos cerebrais e altera sua fisiologia, conduzindo à liberação de inúmeros mediadores do sistema nervoso como dopamina, serotonina, beta-endorfinas, acetilcolina, noradrenalina, vasopressina, glutamato e ácido gama-aminobutírico, cada um com efeitos cerebrais específicos. O aumento da produção de noradrenalina leva ao aumento da frequência cardíaca, da atenção, provoca náuseas e piloereção; o aumento da acetilcolina induz a ampliação da memória; o aumento da serotonina causa uma piora da ansiedade, e o aumento da dopamina leva à euforia, corroborando com o consumo da nicotina e gerando uma neuroadaptação com o uso crônico (FOCCHI, 2003; COSTA et al., 2006).

Na altura dos gânglios periféricos autonômicos, a nicotina funciona como agonista colinérgico, na presença de baixa dose e como antagonista, em alta dose. Ela também intensifica a produção de acetilcolina no plexo mioentérico e de catecolaminas na adrenal. A estimulação dos gânglios autonômicos leva ao aumento da frequência cardíaca, da pressão

arterial e à vasoconstricção periférica. O efeito parassimpático no plexo mioentérico causa diarreia, náuseas e vômitos (FOCCHI, 2003).

As ações agudas da nicotina sobre o sistema cardiovascular mais presentes são: vasoconstricção periférica, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca. A nicotina também afeta o sistema endócrino, levando a liberação de hormônio antidiurético e retenção de água. No trato gastrointestinal, ela possui ação parassimpática, estimulando o aumento do tônus e da atividade motora do intestino. A nicotina por ser excitante do SNC, ocasiona a elevação do estado de alerta e redução do apetite. A sensação após o consumo de um cigarro se parece com aquela retratada pelos usuários de anfetamina, heroína, cocaína e *crack*. A ação central também pode provocar tontura, náuseas e vômitos (BALBANI e MONTOVANI, 2005).

A dependência é desencadeada um mês após as primeiras tragadas por causas físicas e psicológicas. Cada cigarro, faz com o organismo retenha, em média, 1,0 mg de nicotina, que imediatamente após o consumo alcança o cérebro, ligando-se a receptores centrais e periféricos, atravessa a barreira hematoencefálica entre 7 a 19 segundos e se espalha por todas as estruturas. Quando atinge o sistema mesolímbico dopaminérgico, libera grandes quantidades de dopamina, produzindo o estado prazeroso que se sujeita o tabagista. Ao mesmo tempo alcança o mesencéfalo e se conecta a receptores pré-sinápticos neuromusculares. Age também sobre os receptores nicotínicos colinérgicos, podendo influenciar no desempenho cognitivo. Tal percurso caracteriza a dependência nicotínica definida pela OMS, podendo ainda ter consequências do distúrbio mental e do comportamento (LESSA e CAMPOS, 2011).

A metabolização dessa nicotina é desencadeada, em sua maior proporção, no fígado na forma de cotinina (pelo sistema P450 hepático, através de oxidação) e óxido nicotínico; e em menor grau nos pulmões. A excreção ocorre naturalmente através dos rins, por filtração glomerular e secreção tubular, dependendo do pH. A nicotina tem rápida distribuição nos tecidos e efeito cumulativo no organismo. Enquanto sua meia-vida é de 120 minutos, a da cotinina é maior, cerca de 20 horas, podendo servir como marcador do uso de nicotina (FOCCHI, 2003; LESSA e CAMPOS, 2011).

Balbani e Montovani (2005) esclarecem que a nicotina conduz à tolerância, isto é, o desejo do uso de doses cada vez maiores para conseguir o mesmo efeito e dependência (vontade de consumi-la), pois atua nas vias dopaminérgicas do sistema mesolímbico, diminuindo a atividade do tálamo. A nicotina promove excitação da via mesolímbica de recompensa e libera dopamina no *nucleus accumbens*, localizado no mesencéfalo,

estimulando a sensação de prazer e recompensa, da mesma maneira que ocorre com outras drogas psicoativas. Quando o desconforto provocado pelas primeiras tragadas do tabaco cessa, como mal-estar, tontura, náuseas, o fumante passa a vivenciar uma sensação prazerosa pelo uso da nicotina.

A redução de 50% do consumo de nicotina é capaz de produzir os sintomas de abstinência nos indivíduos dependentes. A síndrome de abstinência da nicotina é controlada pela noradrenalina e se inicia cerca de oito horas posteriores ao consumo do último cigarro, atingindo o ápice no terceiro dia. Apresenta alguns sintomas como: ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono (insônia e sonolência diurna), aumento do apetite, alterações cognitivas (diminuição da concentração e atenção) e fissura pelo cigarro (“*craving*”). Consequentemente, os dependentes da nicotina apresentam alívio da abstinência ao fumarem o primeiro cigarro da manhã, sendo a irritabilidade, uma reclamação comum dos fumantes, durante a abstinência da nicotina (BALBANI e MONTOVANI, 2005).

O fumo também é apontado como uma droga de entrada (*gateway drug*), uma vez que grande parte dos usuários de drogas como a maconha, cocaína e heroína já experimentaram o cigarro (MATOS, 2009).

Outra característica observada é o ganho de peso, particularidade indesejada e que mais incomoda os pacientes em abstinência da nicotina. O aumento de peso pode variar de 4 a 6 quilos, chegando a 10% do peso corporal, em algumas pessoas. Tanto mulheres, quanto tabagistas que utilizam mais de 25 cigarros/dia têm propensão a engordar após o abandono do fumo, provavelmente pelo aumento do consumo alimentar e mudanças metabólicas. Estudos epidemiológicos apontam que mais de 70% dos tabagistas desejam parar de fumar, porém, menos de 10% atingem o objetivo por conta própria, pois o desconforto da abstinência de nicotina e o desejo pelo cigarro levam a recaídas, que podem ocorrer entre dois dias e três meses de privação (BALBANI e MONTOVANI, 2005).

A fumaça do cigarro tem ação traumática inflamatória e carcinogênica devido à atividade irritativa e tóxica sobre as células. O processo inflamatório desencadeia a produção de radicais livres de oxigênio, acentuando ainda mais a lesão tissular. Observou-se também uma inativação de antiproteases, colaborando para o desenvolvimento do enfisema pulmonar (COSTA et al., 2006).

#### 4.4 Avaliação da dependência tabágica

Para que a avaliação da dependência seja efetiva ela deve abranger aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais do paciente, sempre que possível. Esta avaliação funciona como indicador para prescrição de medicação mais adequada e para adequação das técnicas psicoterápicas do indivíduo (MESQUITA, 2013).

A Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (2011) e Mesquita (2013) esclarecem que a maior parte dos fumantes necessita de algum auxílio para cessar esse hábito. As chances de um tabagista parar de fumar são maiores quando ele conta com suporte médico. Para se programar o tratamento de cessação do tabagismo, inicialmente deve-se avaliar:

- ✓ História tabagística: Idade de início, número de cigarros fumados ao dia, tentativas de interrupção do hábito de fumar, tratamentos anteriores com ou sem sucesso, recaídas e prováveis causas, sintomas de abstinência, exposição passiva ao fumo, formas de convivência com outros fumantes (casa/trabalho);

- ✓ O grau de motivação para largar o cigarro, ou seja, a fase comportamental em que o paciente se encontra, avaliado através do modelo transteórico comportamental de Prochaska e DiClemente;

- ✓ O grau de dependência a nicotina através do Teste de Fagerström para dependência à nicotina (FTND), teste que mede o grau de dependência do fumante, sendo o mais utilizado no mundo para esta finalidade;

- ✓ Fazer o levantamento de fatores que interferem e funcionam como gatilhos, isto é, fatores que favorecem o ato de fumar (como estresse, trânsito), presença de associações comportamentais e de fatores emocionais (depressão e ansiedade);

- ✓ Os sintomas físicos como tosse, expectoração, chiado, dispneia, dor torácica, palpitações, claudicação intermitente, tontura e desmaios;

- ✓ Investigar comorbidades como doenças passadas ou atuais que possam interferir no curso ou no manejo do tratamento, lesões orais, úlcera péptica, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatias, transtornos mentais, uso de álcool ou outras drogas, doenças respiratórias, epilepsia, acidente vascular encefálico, doenças dermatológicas, câncer, doença renal ou hepática, anorexia nervosa, bulimia, história de convulsão, entre outras;

- ✓ Medicamentos em uso, através do levantamento dos medicamentos que possam interferir no manejo do tratamento, como antidepressivos, inibidores da MAO,

carbamazepina, cimetidina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, teofilina, corticosteroides sistêmicos, pseudoefedrina, hipoglicemiante oral e insulina, entre outros;

✓ Analisar o impacto do tabagismo na saúde e na vida do paciente, através de avaliação clínica e do estilo de vida do paciente.

Além dessas avaliações, também é importante fazer uma avaliação funcional do comportamento de fumar, possibilitando observar o contexto que precede a ação de acender o cigarro e as consequências do hábito de fumar. Nessas consequências inclui, além do alívio dos sintomas de abstinência, a presença de reforçadores positivos. A consciência de tais fatores pode auxiliar na manutenção da abstinência e facilitar a percepção das causas de fumar. No caso de um indivíduo usar o cigarro como um “relaxante” para enfrentar as exigências do trabalho, se não houver outra forma de conseguir tal relaxamento ou outra maneira de resolver os problemas do trabalho, ele poderá voltar a fumar ou irá aderir a outro comportamento prejudicial, como beber álcool ou comer em excesso, por exemplo (MESQUITA, 2013).

A American Psychiatric Association, em 2008, desenvolveu alguns critérios diagnósticos a dependência à nicotina, que podem ser observados na Tabela 1.

**Tabela 1:** Dependência de nicotina

Um padrão mal adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou a sofrimento clinicamente significativo e manifestado por três ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:	
	TOLERÂNCIA
1	a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeitos desejados; b) acentuada redução do efeito com uso continuado da mesma quantidade de substância.
	ABSTINÊNCIA
2	a) síndrome de abstinência característica para substância; b) a mesma substância é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
3	A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades, ou por um período mais longo do que o pretendido.
4	Existe um desejo persistente ou esforço malsucedido no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
5	Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização ou recuperação de seus efeitos.
6	Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
7	O uso da substância contínua, apesar da consciência de se ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

FONTE: American Psychiatric Association (2008)

Nunes et al. (2011) explicam que os critérios diagnósticos para dependência de substâncias psicoativas decorrem de uma disfunção na relação entre o indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância. As diretrizes diagnósticas da dependência, conforme os critérios da Classificação Internacional das Doenças (CID-10) podem ser constatadas na Tabela 2.

**Tabela 2:** Diretrizes diagnósticas da dependência de acordo com os Critérios da Classificação Internacional das Doenças (CID-10).

- Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- Comprometimento da capacidade de controlar o comportamento de uso da substância em termos de seu início, término ou níveis, evidenciado por: a substância é frequentemente usada em quantidades maiores ou por um período mais longo que o pretendido ou por um desejo persistente ou esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o uso da substância;
- Abstinência fisiológica, quando o uso da substância é interrompido ou reduzido, como evidenciada pela síndrome de abstinência da substância ou pelo uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- Tolerância aos efeitos da substância, de forma que há uma necessidade de quantidades significativamente crescentes da substância para obter um efeito desejado, ou um efeito reduzido com o uso continuado da mesma quantidade da substância;
- Persistência no uso de substância psicoativa, a despeito de evidências manifestamente nocivas, de consequências biopsicossociais adversas;
- Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso das substâncias psicoativas, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para recuperar de seus efeitos.

FONTE: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1993)

#### 4.4.1 *Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström (FTND)*

Quando se pretende estimar o grau da dependência de nicotina do indivíduo, utiliza-se o Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström (Figura 2). É o teste mais aplicado no mundo, chegando a substituir testes mais dispendiosos, que demandam mais tempo e são invasivos. Foi elaborado e empregado primeiramente pelo autor, em 1978 e se chamava questionário de tolerância de Fagerström. Posteriormente, foram feitas adequações no teste, traduções e o mesmo teve seu nome foi alterado para teste de dependência à nicotina (PIETROBON et al., 2007).

**Figura 2:** Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström (FTND)

Itens e escore do Teste de Dependência à Nicotina de Fagerström (FTND): Pontos

---

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	
(1) Dentro de 5 minutos	3
(2) Entre 6-30 minutos	2
(3) Entre 31-60 minutos	1
(4) Após 60 minutos	0
(5) Não fuma	
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.?	
(1) Sim	1
(0) Não	0
3. Qual cigarro do dia traz mais satisfação?	
(1) O primeiro da manhã	1
(2) Outros	0
(3) Nenhum	
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	
(1) Menos de 10	0
(2) De 11 a 20	1
(3) De 21 a 30	2
(4) Mais de 31	3
(5) Não fuma	
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?	
(1) Sim	1
(0) Não	0
6. Você fuma mesmo doente?	
(1) Sim	1
(0) Não	0

---

**Conclusão sobre o grau de dependência:**  
0 - 2 pontos = muito baixo  
3 - 4 pontos = baixo  
5 pontos = médio  
6 - 7 pontos = elevado  
8 - 10 pontos = muito elevado

---

(Uma soma acima de 6 pontos indica que, provavelmente, o paciente sentirá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar).

FONTE: Fagerström (1978)

Trata-se de um questionário contendo seis perguntas de respostas simples, onde cada alternativa recebe uma pontuação, variando de zero a 10. Os escores para dependência de nicotina possibilitam a distribuição da dependência em cinco níveis: muito baixo (0 a 2 pontos); baixo (3 a 4 pontos); moderado (5 pontos); alto (6 a 7 pontos); muito alto (8 a 10 pontos). A somatória desses pontos apontará a avaliação do grau de dependência da nicotina, significando que acima de seis pontos no FTND, provavelmente, o paciente apresentará um desconforto significativo (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar. O ponto de corte de FTND para a dependência de nicotina é  $\geq 5$ . Nessa escala, quando o escore se encontra inferior a três, sugere que o indivíduo possui pouca ou nenhuma dependência à nicotina; quando o escore aparece igual ou superior a seis, reflete um indivíduo muito dependente. Essa escala também tem potencial para calcular quais fumantes tendem a parar de fumar e quais podem ser beneficiados com a terapia de reposição de nicotina (NUNES et al., 2011).

Pietrobon et al. (2007) mostrou em seus estudos que o FTND proporcionou a identificação de mais de 50% dos pacientes que possuíam algum grau de dependência em nicótica, sendo possível antecipar os incômodos da cessação do fumo e a necessidade de tratamento no controle da síndrome de abstinência.

#### 4.4.2 *Questionário de Tolerância de Fagerström Modificado (FTQ modificado)*

No início da década de 1980 o tabaco sem fumaça tornou-se popular. Diversas medidas foram investigadas para fumantes de cigarro em relação à dependência de nicotina, porém, poucas medidas eram tomadas e estudadas referentes aos usuários de tabaco sem nicotina. Nesse grupo se encontra o rapé, o tabaco seco e moído, elaborado em três tipos: seco, úmido e em corte fino. A segunda forma mais comum do tabaco sem fumaça é o fumo para mascar, que pode ser encontrado em três tipos: folhas soltas, em nacos ou em corda. Seu consumo se dá colocando um pouco de fumo ou de rapé entre a gengiva e a bochecha, ou mascando. O tabaco se funde à saliva e a nicotina é absorvida através da superfície das membranas mucosas orais (PIETROBON et al., 2007).

Heatherton et al. (1991) implementaram uma adaptação do FTND para ser aplicado em usuários de tabaco sem fumaça. Os autores realizaram um estudo randomizado com pessoas selecionadas no exame clínico, usuários de tabaco sem fumaça para aplicação de altas doses de *nicotine patch therapy*, isto é, um adesivo cutâneo de nicotina. Concluíram que a alta exposição à nicotina retrata uma grande dependência e estimaram uma combinação de escores nas escalas modificadas com concentração de cotinina salivar.

As escalas compararam 0,33 ( $p < 0,001$ ) com as concentrações de cotinina para os itens nove e 10 da escala. Outros estudos apresentaram correlações similares com FTQ e concentrações de cotinina entre fumantes de cigarros. O aperfeiçoamento do FTQ modificado para os consumidores de tabaco sem fumaça foi um avanço nas pesquisas feitas para esses usuários, já que raras medidas chegaram a ser desenvolvidas para esse público. Essa pesquisa teve o objetivo de relatar o FTQ modificado para usuários de tabaco sem fumaça e analisar a ligação entre a cotinina plasmática como critério variável, o FTQ modificado e o FTND na população adulta (HEATHERTON et al., 1991).

#### 4.4.3 Método para detecção de Cotinina

A avaliação da dependência à nicotina pode também ser qualificada através de testes que mensuram o seu principal metabólito, a cotinina, além do monóxido de carbono expirado no ar (COex). São testes benéficos, quando disponíveis, para monitorar os progressos alcançados pelo fumante, em avaliações seriadas. Quando se quantifica a cotinina salivar, sérica e urinária, o ponto de corte para fumantes ativos é considerado a partir de valores acima de 10, 15 e 100 ng/ml. Normalmente, os níveis de cotinina se assemelham bem com a intensidade de dependência medida pelo FTND (REICHERT et al., 2008).

O teste de medição do COex é um indicador de fácil aplicação, baixo custo, não invasivo e que permite o alcance do resultado imediato, com o valor de corte do COex acima de 6 ppm significando boa especificidade para estimar o hábito tabágico (REICHERT et al., 2008).

#### 4.4.4 Diagnóstico de dependência à nicotina pelo DSM-IV (*Manual Estatístico e Diagnóstico das Desordens Mentais*)

A American Psychiatric Association (1994) também reconhece o uso do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Estatístico e Diagnóstico das Desordens Mentais), tanto a 3ª, como a 4ª edição (DSM-III e DSM-IV, respectivamente) como mais um critério para o diagnóstico da dependência à nicotina. Os sintomas de abstinência específicos da nicotina encontram-se descritos a partir do DSM-IV, sendo os critérios de dependência observados em edições anteriores, apropriados a um amplo conjunto de substâncias psicoativas em geral.

O FTQ foi criado especificamente para avaliar a dependência física à nicotina e sua relação com o FTND e o diagnóstico de dependência à nicotina pelo DSM-IV são baixas a moderadas. Portanto, esses instrumentos exibem dimensões diferentes da adição à nicotina. Os critérios do DSM-IV podem ser observados na Figura 3 (REICHERT et al., 2008).

**Figura 3:** Critérios diagnósticos do DSM-IV para a dependência à nicotina

1. Consumo diário de nicotina, por semana.
2. Sintomas com a súbita interrupção ou acentuada redução do consumo de nicotina por 24 h ou mais: estado depressivo ou humor disfórico, insônia, irritabilidade, ansiedade, dificuldade para se concentrar, inquietude, queda da frequência cardíaca, aumento do apetite e/ou do peso.
3. Sintomas descritos no critério 2 que produzem mal-estar clinicamente significativo, com deterioração social, laboral ou em áreas importantes da atividade do indivíduo.
4. Os sintomas não se originam de uma doença clínica, nem se explicam pela presença de outro transtorno mental.

FONTE: American Psychiatric Association (1994)

Cada item que equivale ao uso de substâncias psicoativas compreende os critérios do DSM-IV para dependência à nicotina, incluindo tolerância e seis outros critérios. Assim, o próprio indivíduo constata que o hábito de fumar já tenha se tornado uma dificuldade que afeta, de algum modo, a sua vida. No que se referem ao FTND, os itens se apresentam mais objetivos (REICHERT et al., 2008).

#### 4.4.5 *Teste de dependência física e psicológica ao tabaco*

Para o entendimento sobre a dependência comportamental e psicológica, os pacientes podem avaliados aplicando o Teste de Dependência Física e Psicológica ao Tabaco (Figura 4) (MATOS, 2009).

**Figura 4:** Teste de Dependência Física e Psicológica ao Tabaco

1. É muito difícil para você ficar 12 horas sem fumar?  
(  ) Sim (  ) Não
2. É tem um desejo intenso e compulsivo ("fissura") por cigarros?  
(  ) Sim (  ) Não
3. Você sente necessidade de fumar pelo menos um certo número de cigarros por dia?  
(  ) Sim (  ) Não
4. Você frequentemente se encontra fumando sem ter percebido que havia acendido um cigarro?  
(  ) Sim (  ) Não
5. Você associa o ato de fumar com outros comportamentos tais como tomar café ou falar ao telefone?  
(  ) Sim (  ) Não
6. Você já passou, por acaso, um dia inteiro sem fumar?  
(  ) Sim (  ) Não
7. Você fuma mais depois de ter uma discussão com alguém?  
(  ) Sim (  ) Não
8. Fumar é um dos prazeres mais importantes da sua vida?  
(  ) Sim (  ) Não
9. O pensamento de nunca mais fumar o torna infeliz?  
(  ) Sim (  ) Não

Se nas perguntas 1 2 3 o paciente responder Sim a duas ou três delas, está **fisicamente dependente** de cigarros.

Se nas perguntas 4 5 6 o paciente responder Sim a duas ou três delas, está **fazendo associações de comportamento** envolvendo o ato de fumar.

Se nas perguntas 7 8 9 o paciente responder Sim a duas ou três delas, está **psicologicamente dependente** de cigarros.

FONTE: Matos (2009)

#### 4.5 Origem das abordagens cognitivo-comportamentais

As terapias cognitivo-comportamentais (TCC) despontaram na década de 1960 como consequência de alguns fatores históricos como:

- ✓ Insatisfação com a terapia comportamental voltada aos protótipos de aprendizagem do tipo estímulo e resposta (ER);
- ✓ Descontentamento com o modelo psicodinâmico de terapia;

✓ O desenvolvimento das ciências cognitivas (ZANELATTO e LARANJEIRA, 2009).

A Terapia Cognitiva foi apresentada na década de 1950, por Aaron Beck, psiquiatra, psicanalista e professor de psiquiatria. Tendo o propósito de legitimar os princípios psicanalíticos, ele decidiu realizar suas pesquisas através do método científico adotado pelo meio acadêmico. Estudou o modelo psicanalítico da depressão, mas seus dados não conseguiram sustentar o modelo original, pelo contrário, com o respaldo dos dados obtidos, ele propôs um modelo alternativo. Esse modelo foi denominado modelo cognitivo de depressão, posteriormente evoluindo na parte teórica e prática, transformando na proposição de um novo sistema de psicoterapia, chamado Terapia Cognitiva (TC), ou seja, terapia que atua sobre a estrutura e o funcionamento cognitivo dos pacientes. A denominação TCC se popularizou a partir da década de 1980 e compreende o mesmo princípio básico e o mesmo modelo de psicopatologia da TC, apenas reconhecendo a possibilidade de atuação direta sobre comportamentos, com o objetivo de provocar mudanças nas cognições a eles associadas (SERRA, 2015).

A TCC recomenda um modelo próprio de desenvolvimento da personalidade, bem como um modelo de instalação das psicopatologias, que retrata como os desvios do desenvolvimento normal da personalidade podem resultar na instalação e manutenção de transtornos psicológicos. A TCC apresenta êxito no tratamento de várias classes de transtornos, como a depressão, os transtornos de ansiedade (o transtorno de ansiedade generalizada, as fobias, o transtorno de pânico, o transtorno obsessivo-compulsivo, o transtorno de estresse pós-traumático, a hipocondria), o abuso e a dependência de álcool e outras drogas, os transtornos alimentares, os transtornos de personalidade, as psicoses (esquizofrenia, transtorno bipolar), entre outras. E pode ser aplicada em indivíduos, grupos, casais e famílias; e a adultos, crianças e adolescentes (SERRA, 2015).

A TCC preconiza três níveis de consciência que se interagem incessantemente: consciente, pré-consciente e inconsciente, este último atualmente conhecido como memória implícita. O inconsciente aloja as estruturas cognitivas fundamentais; mas, ao contrário da teoria psicanalítica, na TCC é proposto que conteúdos inconscientes possam ser acessados conscientemente. O pré-consciente abrange vários fluxos paralelos de pensamentos automáticos, processando continuamente a amplidão de estímulos que recaem sobre os sentidos. O consciente, contudo, comporta apenas um fluxo de processamento cognitivo a cada momento, devido ao alto grau de complexidade e eficácia de seus processos (SERRA, 2015).

Os processos cognitivos envolvem as estruturas cognitivas inconscientes, denominadas esquemas e crenças. Processos, como percepção, interpretação, representação, atribuição de significado, atenção, raciocínio, aprendizagem, reconhecimento e classificação, ocorrem subjacentes através dessas estruturas, isto é, sem o conhecimento consciente. E os produtos resultantes, as cognições, incluindo os pensamentos automáticos se dão no pré-consciente e refletem o significado atribuído a realidade interna e externa, a eventos, a pessoas e a si próprios. As cognições, ou pensamentos automáticos, em inúmeros fluxos paralelos, determinam a qualidade e a intensidade das respostas emocionais (o que se sente, como tristeza ou alegria, ansiedade ou tranquilidade), e a forma do comportamento (o que se faz) (SERRA, 2015).

Os esquemas, as crenças e os pensamentos automáticos são interesses privilegiados da intervenção terapêutica em TCC nos diferentes estágios do processo clínico, já que, mudando estruturas cognitivas e cognições, mudam-se também as emoções adversas e os comportamentos disfuncionais que as acompanham (SERRA, 2015).

A Terapia Cognitiva é um tratamento ativo, diretivo e estruturado, respaldado conforme uma lógica teórica subjacente, onde o afeto e o comportamento de um indivíduo são definidos pelo modo como o mesmo estrutura o mundo, ou seja, como as pessoas delimitam crenças sobre si mesmas, sobre outras pessoas e sobre o mundo (FREITAS e RECH, 2010).

A TCC se diferencia por ser breve, com sessões estruturadas variando entre 12 e 20 atendimentos e com objetivos claros a serem buscados, além de ser prática e com participações ativas tanto do paciente quanto do terapeuta. Ela pode ser individual ou em grupo. A TCC é centralizada em diversos tipos de crenças: as expectativas, as avaliações (ou imputações) e as atribuições de causalidade ou responsabilidade do paciente (FREITAS e RECH, 2010).

Posterior à identificação dos pensamentos automáticos e das crenças disfuncionais do paciente, ocorre uma reestruturação cognitiva que possibilita a aplicação da habilidade de solução de problemas. Reestruturar cognitivamente pensamentos e crenças corresponde a questionar os pensamentos, procurar evidências a favor e contra as avaliações e interpretações dos eventos, da realidade. Também é necessário identificar os erros cognitivos característicos dos pacientes ansiosos, tais como a catastrofização, a leitura mental e a generalização com o intuito de modificá-los (LEAHY, 2011).

“Distanciamento” é o nome que se dá para formação de uma crença como uma hipótese e tem a intenção de enfatizar a maneira na qual é possível se dissociar de uma crença para permitir uma análise mais objetiva (FREITAS e RECH, 2010).

As cognições são constituídas por atitudes ou suposições (crenças) desenvolvidas a partir de experiências preliminares, em geral na infância, na medida em que a criança interage com outras pessoas de relevante convivência (FREITAS e RECH, 2010).

Beck et al. (1997) explana sobre a terapia cognitiva para o tratamento da depressão como um método estruturado, de curto prazo, direcionado para o momento presente e voltado para a resolução de problemas atuais, por meio da modificação do pensamento e do comportamento disfuncional. O modelo cognitivo foi fundamentado na proposição de que o comportamento e a emoção de uma pessoa são determinados, em parte, em como ela organiza suas cognições e que implica em dois elementos básicos para condução terapêutica:

- ✓ O primeiro deles é a Tríade Negativa que significa a tendência de uma pessoa deprimida dispor de uma visão negativa de si mesma, uma visão negativa do presente e uma visão negativa do futuro;

- ✓ O segundo são as distorções cognitivas, onde os lapsos sistemáticos nas percepções e nos processos de informação descrevem as experiências do indivíduo de forma absolutista, invariante e irreversível.

Beck et al. (1997) através de estudos sobre o conteúdo das cognições dos pacientes desenvolveu tipologias das distorções cognitivas. São elas:

- ✓ Interferência Arbitrária: são conclusões obtidas sem evidências reais;
- ✓ Abstração Seletiva: fixação em uma particularidade do contexto global sem considerar outros fatores em que, geralmente, esse detalhe possui conotação negativa;
- ✓ Supergeneralização: consiste na formação de regras e de conclusões gerais baseadas em um ou mais incidentes isolados e na aplicação do conceito em situações relacionadas;
- ✓ Maximização e Minimização: referem-se à dificuldade em avaliar o significado e a vastidão do evento. A pessoa tende a desvalorizar um mérito próprio e a valorizar outras pessoas e situações em detrimento a ela;
- ✓ Despersonalização: tendência em relacionar eventos externos à sua própria pessoa, mesmo que não exista fundamento para estabelecer tal relação. Ou seja, não existem evidências para se tomar conclusões, geralmente relacionadas a sentimentos de recusa e repulsão para com a pessoa.

O modelo cognitivo de transtornos emocionais proposto por Beck et al. (1997) reconhece que para entender a natureza de um episódio ou de uma perturbação emocional, é preciso se concentrar no conteúdo cognitivo da reação do indivíduo ao evento ou da linha de pensamento perturbadora. As características estranhas ou inexplicáveis que as reações emocionais têm para muitos pacientes tornam-se, então, compreensíveis. Esse sentimento de

controle, esperança e conforto, que segue à adoção do modelo cognitivo, é considerado comum em muitas formas de psicoterapia. Ao simplesmente escolher um conjunto de princípios organizadores ou uma visão coerente do mundo, o paciente começa a enxergar uma luz no fim do túnel. Os componentes ativos da terapia cognitiva sugerem que ela funciona ajudando os pacientes a aprender a testar sistematicamente suas crenças e a modificar suas tendências ao processamento disfuncional de informações.

Portanto, o tratamento procedente da intervenção cognitivo-comportamental permite a manutenção em longo prazo da melhora alcançada e não apenas uma remissão temporária de sintomas. Os pacientes aprendem a modificar seus pensamentos disfuncionais, sentindo-se melhores emocionalmente e, assim, lidando de maneira mais produtiva na busca de suas metas (NEUFELD et al., 2012).

#### 4.5.1 *Técnicas cognitivas*

Knapp (2009) explica que apesar do modelo cognitivo utilizar diversas intervenções, a terapia cognitiva não é resultante de técnicas aleatórias. Todo processo de tratamento encontra-se embasado em métodos terapêuticos da abordagem cognitiva. Alguns princípios da prática clínica são essenciais, como as técnicas cognitivas. Destacam-se:

✓ Empirismo colaborativo:

Na terapia cognitiva tanto paciente quanto o terapeuta trabalham em conjunto e buscam empiricamente, através de experimentos as indicações que são necessárias para confirmar ou contestar as hipóteses levantadas. Esse modelo tem a intenção de ser mais adequado no alcance das mudanças, sem ser apenas um estilo passivo e não-diretivo de intervenção. Para que isso ocorra, paciente e terapeuta deve ter afinidade e boa relação. Desde o primeiro contato com o paciente até a construção da lista de problemas e metas de tratamento, preparação da agenda, prescrição das tarefas e execução dos resumos da sessão leva em conta o conceito de um trabalho colaborativo. Os métodos para melhora do empirismo pode ser visto na Figura 5.

**Figura 5:** Empirismo colaborativo

- Trabalhar conjuntamente, como uma equipe investigativa
- Promover variáveis essenciais e "não-específicas" do terapeuta (p.ex., empatia, gentileza, genuinidade, atitude otimista)
- Ajustar nível de atividade terapêutica consoante a gravidade da doença e fase do tratamento
- Adaptar individualmente as intervenções terapêuticas
- Estimular no paciente o automonitoramento e a auto-eficácia
- Desenvolver estratégias para lidar com perdas e déficits reais
- Reconhecer e manejar a transferência e contratransferência
- Solicitar e oferecer *feedback* regularmente
- Utilizar humor gentil

FONTE: Knapp (2009)

✓ Descoberta guiada e questionamento socrático

Na TC o terapeuta não providencia soluções e muito menos influencia o paciente sobre as imperfeições de seus pensamentos. A TC não funciona como a terapia racional-emotivo-comportamental de Ellis que faz uso do confronto direto. Nesse método o terapeuta guia e orienta o paciente para as descobertas através de simples questionamentos, isto é, questões com respostas abertas, como eram utilizadas no método de ensino do filósofo Sócrates. O paciente é conduzido de uma maneira que ele entenda suas dificuldades, analise soluções e planeje junto ao terapeuta, um plano para superar os problemas. O método socrático faz com que o paciente aprenda a entender e solucionar os seus problemas munido de habilidades necessárias para lidar com dificuldades no futuro. Um tratamento adequado visualiza o paciente sendo seu próprio terapeuta, já que o ele sai da posição passiva para assumir uma postura pró-ativa.

Beck et al. (1997) reconheceram que “a maior premissa na TC é conversar sobre os dados objetivos, e não convencer o paciente através da força dos argumentos”.

A Figura 6 mostra os tipos de questões utilizadas no método socrático.

**Figura 6:** Questionamento socrático

- Questionamento sistemático, orientado para a descoberta
- Estimula exame, ponderação, avaliação e síntese de diversas fontes de informação
- O objetivo é a avaliação independente e racional dos problemas e de suas soluções (raciocínio autônomo)
- É utilizado para trazer informações à consciência do paciente (*insight*)
- Não corrige respostas, pois não há "certo" ou "errado"
- Se realizado corretamente, tem forte impacto sobre a organização cognitiva do paciente
- Toma tempo e requer paciência
- Ensina o paciente sobre "como aprender a aprender"
- Converte o sofrimento psíquico do paciente em auto-exploração inquisitiva
- Progride do questionamento orientado para o *insight* para um questionamento orientado para a mudança

FONTE: Knapp (2009)

✓ Lista de problemas e metas do tratamento

Terapeuta e paciente para trabalharem efetivamente necessitam concordar com as metas de tratamento. Inicialmente, devem ser especificadas ao paciente as metas para terapia e a prioridade de cada uma delas. Para isso, lista-se cada problema que o paciente pretende superar e as mudanças positivas que gostaria de desenvolver. Os problemas podem ser vistos como desafios. Essa lista deve ser clara e objetiva, onde as maiores dificuldades devem ser divididas em menores partes, especificando os objetivos detalhadamente com a finalidade de o paciente organizar um plano concreto para ele. Posteriormente, junto com o terapeuta, decidirão onde focar primeiro, não esquecendo que a princípio é importante trabalhar com um problema que pareça manejável.

✓ Erros cognitivos

O paciente pode apresentar uma tendência a exageros e pensamentos distorcidos, sendo a TC imprescindível na identificação e modificação dessas diversas distorções cognitivas. Alguns exemplos dessas perturbações: catastrofização, emocionalização, polarização, abstração seletiva, leitura mental, rotulação, adivinhação, supergeneralização, visão em túnel e personalização (CATALDO NETO, 2003).

✓ Seta descendente

Técnica que descreve o questionamento em série (“o que significa/quer dizer se”), onde cada resposta leva a outro questionamento. Sua finalidade é nortear as descobertas desde os pensamentos automáticos até as crenças nucleares mais solidificadas. A seta (ou flecha) descendente é muito utilizada na TCC, pois só se consegue atingir a crença central do indivíduo, trabalhando com sua disfuncionalidade, Portanto, o significado da narrativa do paciente é questionado, a fim de identificar sua corrente de pensamentos, derivada de um pensamento específico inicial. De antemão, o paciente já deve ser capaz de identificar os pensamentos automáticos e reconhecer crenças subjacentes, até conseguir atingir a crença central (CATALDO NETO, 2003; PICCOLOTO et al., 2008).

✓ Registro diário dos pensamentos disfuncionais (RDPD)

Trata-se de um instrumento terapêutico formulado para auxiliar o paciente a identificar, controlar distorções do pensamento e procurar maneiras adaptativas de pensar e agir. Quando o tratamento se inicia, o paciente busca se familiarizar com a inter-relação entre situação/pensamento/emoção, sendo importante o RDPD ser realizado dentro da sessão, e posteriormente, como exercício externo. Nesse método, o paciente consegue avaliar o quanto pode ser influenciado por suas próprias distorções cognitivas presentes em suas emoções e atitudes. No registro é possível encontrar especificada a situação, junto da descrição dos pensamentos e das emoções equivalentes. Um modelo de exemplo do RDPD pode ser visualizado na Figura 7 (CATALDO NETO, 2003; PICCOLOTO et al., 2008).

**Figura 7:** Modelo de registro de pensamentos disfuncionais

<b>REGISTRO DE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS</b>					
<p><b>Instruções:</b> Quando você notar seu humor ficando pior, pergunte-se <i>O que está passando no meu pensamento?</i> E anote, logo que possível, o pensamento (ou imagem mental) na coluna Pensamento Automático (PA.). Considere, então, quão acurado ou realista são estes pensamentos.</p>					
<b>Data</b>	<b>Situação</b>	<b>Emoção</b>	<b>Pensamento Automático</b>	<b>Resposta adaptativa</b>	<b>Resultado</b>
	Onde você estava. O que estava acontecendo.	Que sentimentos e emoções (triste, ansioso, chateado, etc.) você sentiu naquela situação. Se possível avalie a intensidade de cada emoção (0-100%)	Que pensamentos e/ou imagens mentais passaram pela tua cabeça? Se possível, avalie quanto você acredita em cada um dos pensamentos (0-100%)	Use as perguntas abaixo para compor as respostas aos Pensamentos Automáticos*. Se possível, avalie quanto você acredita em cada resposta alternativa. Quais as possíveis distorções cognitivas em que você incorreu?	Reavale quanto você acredita em seus P.A. (0-100%) e a intensidade de suas emoções (0-100%)
<p>* 1. Quais são as <b>evidências</b> de que o Pensamento Automático é verdadeiro? Quais as evidências de que ele não é verdadeiro?            2. Há <b>explicações alternativas</b> para o evento, ou <b>formas alternativas</b> de enxergar a situação?            3. Quais são as implicações, no caso dos pensamentos serem verdadeiros? Qual é o pior da situação? O que é o mais realista? O que é possível fazer a respeito?</p>					

ONTE: Beck et al. (1997)

#### 4.6 Tratamento cognitivo-comportamental (TCC) no tabagismo

O comportamento humano funciona como um agrupamento de estímulos e níveis de respostas que fornecem as diferenças individuais. Para que um indivíduo consiga antecipar e controlar o próprio comportamento, torna-se inevitável que ele adquira em seu processo interacional a consciência sobre si e suas ações. A Teoria da Aprendizagem do Behaviorismo Psicológico descreve o estímulo através de três funções:

- ✓ Ser capaz de uma resposta emocional;
- ✓ Atuar como estímulo reforçador;
- ✓ Direcionar (função discriminativa) comportamentos de aproximação ou comportamentos de fuga ou esquivas (MUNDIM E BUENO, 2006).

Uma resposta emocional vigorosa positiva que é provocada por um estímulo será um reforçador mais intenso. Da mesma forma ocorre com os estímulos que provocam respostas emocionais negativas: estes servirão como reforçadores negativos, isto é, enfraquecerão comportamentos que se seguem (MUNDIM E BUENO, 2006).

A frequência exacerbada com que os cigarros são consumidos acaba por favorecer seu uso associado a situações do dia-a-dia. Assim, fuma-se ao levantar, ao tomar café, após as

principais refeições, quando há tensão e, também, quando se trabalha sob pressão, etc. (MUNDIM E BUENO, 2006).

REICHERT et al. (2008) esclarece que os métodos voltados à terapia comportamental cognitiva (TCC) são imprescindíveis para o tratamento do tabagista diante de todas as situações clínicas, até mesmo quando se necessita de suporte medicamentoso. O fumante precisa ter confiança no seu médico, que deve atendê-lo com acolhimento, empatia, respeito e confiança. Para parar com o hábito de fumar não há momento ideal.

Mazoni et al. (2008) mostram que os variados modelos de tratamento são alternados conforme a base teórica e as técnicas utilizadas. Os tratamentos psicossociais são especificados de acordo com a intensidade (frequência ou duração do tratamento), o *setting* que será utilizado (ambulatorial ou hospitalar) ou pela forma em que são dispostos (individual, em grupo, ou por meio de outro canal de comunicação como o telefone). A maioria das intervenções psicossociais para dependência química associam técnicas de psicoeducação, auxílio da autoeficácia, suporte e incentivo da relação terapêutica. Esses cuidados podem ser caracterizados como breves ou intensivos, onde os breves incluem material de autoajuda e aconselhamento cara a cara ou telefônico; e os intensivos geralmente são disponibilizados por profissionais especializados, no formato individual ou em grupo.

Na Tabela 3 é possível observar de forma sucinta algumas intervenções psicossociais, junto às suas razões das chances de sucesso de cessação ao fumo, de acordo com Mazoni et al. (2008).

**Tabela 3:** Síntese de meta-análises sobre a eficácia de intervenções psicossociais para cessação do tabagismo

Intervenções psicossociais	Descrição	Estimativa do efeito Razão chances (IC 95%)*	Número de estudos
Aconselhamento breve de um médico	Aconselhamento breve Vs Não aconselhamento	1,74 (1,48-2,05)	17
Aconselhamento intensivo de um médico	Aconselhamento intensivo Vs Aconselhamento mínimo	1,44 (1,24-1,67)	15
Aconselhamento telefônico	Aconselhamento telefônico Vs Controle	1,56 (1,38-1,77)	27
Materiais de autoajuda	Material de autoajuda Vs Controle	1,24 (1,07-1,45)	11
Terapia de Grupo	Terapia de grupo Vs Material de autoajuda	2,64 (1,89-3,69)	13
	Terapia de grupo Vs Terapia individual	0,86 (0,66-1,12)	5

\* IC: Intervalo de Confiança

FONTE: Mazoni et al. (2008)

Após os estudos constatarem que a dependência psicológica deve ser essencialmente tratada, a fim de se conseguir resultados permanentes, foram propostos diversos programas que pudessem focar a parte emocional dos tabagistas. A TCC vem sendo considerada a mais eficaz nesse quesito (ISMAEL, 2007).

A Terapia Cognitiva é uma abordagem estruturada ou semiestruturada, diretiva, ativa e com prazo estipulado, tendo como base a reversão de pensamentos disfuncionais desenvolvidos pelo indivíduo. A terapia cognitiva foi desenvolvida e utilizada inicialmente, na década de 60, por Aaron Beck, psicanalista de formação, que produziu experimentos com a finalidade de legitimar a consolidação da psicanálise na comunidade científica. As abordagens variadas induziram todo alicerce teórico dessa terapia e seus conceitos e fundamentos, dentre eles:

- ✓ Contribuição do tipo fenomenológica, ou seja, o comportamento é definido pela maneira que o indivíduo observa o mundo e a si mesmo;
- ✓ Abordagem cognitiva de Ellis & Harper (1961), que mostrava as crenças ilógicas dando início às perturbadas consequências emocionais e comportamentais;
- ✓ Estudos de modelação e autoeficácia;
- ✓ Pesquisas sobre o controle cognitivo;
- ✓ Treinamento autoinstrucional;
- ✓ Estudos sobre depressão, onde a aplicação da TCC mostrava um grande sucesso no tratamento para depressão e com menor índice de recaídas equiparado ao tratamento farmacológico antidepressivo;
- ✓ Outras pesquisas apontaram a eficácia da TCC na terapêutica de diversos tipos de transtornos, em várias áreas como: ansiedade, abuso de substâncias, alimentação e depressão em paciente hospitalizados (BECK, 1997; ISMAEL, 2007; SILVA et al., 2015).

Brasil (2001) informa através da Coordenação de Prevenção e Vigilância, do Ministério da Saúde, que a terapia cognitivo-comportamental se trata de uma conduta que une intervenções cognitivas a treinamento de habilidades comportamentais, com a finalidade de tratar as dependências. Para essa abordagem são necessários:

- ✓ A detecção de situações de risco de recaídas;
- ✓ O desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, como: a automonitorização, o controle de estímulos, o emprego de técnicas de relaxamento e procedimentos aversivos. Esse tipo de abordagem agrega o estímulo ao autocontrole ou automanejo, para que o paciente descubra maneiras de escapar do ciclo vicioso da dependência e consiga ser um agente de mudança de seu próprio comportamento.

Estudos mostram que, independente do tempo de duração dessa abordagem, ocorrerá um aumento do índice de abstinência. E, quanto maior for o tempo total do tratamento, isto é, a frequência da abordagem multiplicada pelo tempo gasto em cada contato, maior será a taxa de abstinência. Porém, a partir de um tempo total de abordagem de 90 minutos, não transcorre aumento adicional nessa taxa. Para que se obtenha um significativo aumento na cessação tabágica é necessária uma combinação dos seguintes fatores:

1. Preparar o fumante para soluções de seus problemas;
2. Estimular habilidades para resistir às tentações de fumar;
3. Preparar para prevenir a recaída;
4. Preparar o fumante para lidar com o estresse (BRASIL, 2001).

Na Figura 8 podem ser observados os resultados de eficácia dos métodos cognitivo-comportamentais através de abordagem individual, conforme sua intensidade.

**Figura 8:** Resultados de eficácia dos métodos cognitivo-comportamentais, por abordagem individual, de acordo com sua intensidade

NÍVEL DE CONTATO	NÚMERO DE BRAÇOS	ODDS RATIO ESTIMADA ( 95% IC)	TAXA DE ABSTINÊNCIA ESTIMADA (95% IC)
Nenhum contato	30	1,0	10,9
Aconselhamento mínimo (< 3 minutos)	19	1,3 (1,01 – 1,6)	13,4 (10,9 - 16,1)
Aconselhamento de intensidade baixa (3 -10 minutos)	16	1,6 (1,2 – 2,0)	16,0 (12,8 –19,2)
Aconselhamento de maior intensidade (> 10 minutos)	55	2,3 (2,0 – 2,7)	22,1 (19,4 –24,7)

FONTE: Fiore et al. (2000)

É notável que, quanto maior for o tempo dispensado em cada etapa de cuidado com o fumante, maior será a taxa de cessação. Assim, quando se equipara com as situações em que nenhum aconselhamento é fornecido ao paciente tabagista, a abordagem mínima (< 3 minutos) amplia a taxa de cessação de fumar em 30%, a abordagem de 3 a 10 minutos aumenta em 60% e a abordagem de 10 minutos de duração expande em mais de 100% (BRASIL, 2001).

Os consensos internacionais e o nacional de tabagismo enfatizam de três a seis tipos de abordagens ao fumante: (ARAÚJO, 2009; MATOS, 2009; BLIACHERIENE e SANTOS, 2012):

✓ A abordagem breve/mínima ou **PAAP** compõe as etapas conhecidas como **perguntar e avaliar, aconselhar e preparar** o fumante para que largue o cigarro, sem

acompanhá-lo nesse processo. Pode ser realizada por qualquer profissional de saúde durante uma consulta de rotina, principalmente para quem apresenta dificuldade em acompanhar esse tipo de paciente (profissionais que atuam em pronto socorro, pronto atendimento, triagens, etc.). Este tipo de abordagem pode ser realizado em três minutos, durante o contato com o paciente. Apesar de não ser a forma ideal de atendimento, pode desencadear resultados positivos como instrumento de cessação, pois permite que um grande número de fumantes seja beneficiado e com baixo custo;

✓ A abordagem básica ou **PAAPA**, isto é, **perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar** o fumante para que deixe de fumar. Também pode ser feita por qualquer profissional de saúde e durante a consulta de rotina, com duração, no mínimo, de três minutos e, no máximo, de 5 minutos, em média, em cada encontro. Indicada a todos os fumantes, sendo mais recomendada que a PAAP, já que subentende que haverá o retorno do paciente para acompanhamento na fase crítica da abstinência, representando uma importante estratégia para saúde pública, além de possuir baixo custo.

De acordo com Brasil (2001), são necessários alguns elementos nessas duas primeiras abordagens:

- **Perguntar e Avaliar (PA)**

Foram desenvolvidas algumas questões a fim de se avaliar o fumante quanto à sua dependência de nicotina, e seu grau de motivação para deixar de fumar, que são:

Pergunta 1 - Você fuma? Há quanto tempo? (é importante saber diferenciar a experimentação do uso regular; por exemplo, se o fumante diz fumar cinco cigarros/dia e que começou a fumar a 15 dias, de acordo com a OMS ele ainda não pode ser classificado como um fumante regular e encontra-se em fase de experimentação);

Pergunta 2 - Quantos cigarros são consumidos por dia? (os pacientes que fumam 20 ou mais cigarros/dia, provavelmente terão uma maior chance de desenvolverem fortes sintomas de síndrome de abstinência na cessação do tabagismo);

Pergunta 3 - Quanto tempo após acordar acende o 1º cigarro? (pacientes que fumam nos primeiros 30 minutos após acordar, apresentam uma maior chance de desenvolverem fortes sintomas de síndrome de abstinência na cessação de fumar);

Pergunta 4 - O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar? (permite avaliar se o fumante está pronto para iniciar o processo de cessação de fumar). No caso da resposta ser afirmativa, deve-se perguntar: Quando?

Pergunta 5 - Já tentou parar? Se a resposta for afirmativa, introduzir a pergunta 6;

Pergunta 6 - O que aconteceu? (permite identificar o que ajudou e o que atrapalhou no processo de tentativa de parar de fumar, e esses dados poderão ser trabalhados na próxima tentativa).

- **Aconselhar e Preparar (AP)**

De acordo com respostas das questões da etapa PA, inicia-se a recomendação ao tabagista para suspender o fumo, adaptando as propostas ao perfil do fumante, levando em consideração sexo, idade, presença ou ausência de doenças associadas ao tabagismo, etc. A conduta deve estar de acordo com o interesse e expectativas do fumante em deixar de fumar ou não, no momento da consulta. Aqueles pacientes que não apresentarem intenção de parar de fumar nos próximos 30 dias devem ser estimulados a pensar sobre o assunto, e no próximo contato voltarem à discussão sobre o assunto. É importante que o profissional se mostre disposto a apoiá-los nesse processo. Para aqueles dispostos a cessar o tabagismo, a próxima etapa tem o objetivo de prepará-los para ação e o profissional de saúde deve recomendar que o fumante estipule uma data, além de explicar os sintomas da abstinência, sugerir estratégias para controlar a vontade de fumar (beber água, chupar balas, mascar chicletes, gengibre, etc) e mostrar a necessidade de quebrar os estímulos associados ao ato de fumar (restringir o uso de café e bebida alcoólicas, desfazer-se de isqueiros, evitar ambientes ou situações que estimulem o fumo, aprender a lidar com situações de estresse, etc). Esse preparo deve levar em consideração as experiências individuais do paciente e do próprio profissional do atendimento;

- **Acompanhar**

Todos os fumantes que se encontram em processo de cessação do fumo devem ser acompanhados com consultas de retorno a fim de garantir um apoio na fase inicial da abstinência, fase onde os riscos de recaída são maiores. O paciente deverá retornar para acompanhamento em pelo menos três momentos, durante os seis meses subsequentes à parada de fumar. Esses retornos podem acontecer, de acordo com a avaliação do profissional de saúde, nos 1º, 3º e 6º meses.

✓ Abordagem específica ou intensiva: realizada em ambulatório específico para atender os fumantes que querem deixar de fumar. Pode ser feita individualmente ou em grupo e é indicada para fumantes que foram identificados como estimulados, durante as abordagens anteriores, que já tentaram deixar de fumar, sem sucesso, ou para aqueles que procuraram diretamente os profissionais para esse tipo de apoio. Essa abordagem se diferencia na duração do contato a cada consulta. Ela deve ser distribuída em quatro sessões estruturadas, semanais, que no final somem, pelo menos, 90 minutos do tempo total de contato nas quatro primeiras

sessões. Após esse período deve-se montar um cronograma de acompanhamento em grupo ou individual da seguinte forma: 15 dias, 30 dias, 60 dias, 90 dias, 180 dias e 12 meses;

✓ Abordagem dos fumantes que tiveram algum descuido ou recaíram após uma abordagem básica/mínima: o profissional deve atender esses fumantes sem críticas, averiguando as circunstâncias dessa recaída, regressando ao processo da abordagem cognitivo-comportamental (PAAPA) e estimulando-os a tentar novamente. O profissional também pode encaminhá-lo para a abordagem específica/intensiva, conforme a necessidade. Há o fornecimento de material educativo, específico para o fumante, bem como orientações para apoio através do serviço de atendimento telefônico Disque-Saúde/Ministério da Saúde;

✓ Abordagem para o fumante que não demonstra desejo de parar de fumar: são numerosos os motivos pelos quais alguns fumantes não demonstram desejo de parar de fumar, como: falta de informação sobre os efeitos nocivos do tabaco, falta de recursos financeiros; crenças e receios relacionados ao processo de cessação, insegurança devido a tentativas anteriores sem sucesso ou mesmo recaídas e falta de vontade de parar. Independente da razão, esses pacientes poderão mudar seu nível de motivação através de intervenções motivacionais, que podem ser feitas por profissionais de saúde durante as suas consultas de rotina.

✓ Abordagem do não-fumante: todo não-fumante deve ser perguntado se convive com fumantes em casa e/ou no ambiente de trabalho e na resposta afirmativa, ele deve ser informado sobre os riscos da exposição tabagística ambiental e sua relação com a doença apresentada atualmente, ou com o risco de desenvolver uma doença relacionada a essa exposição. Devem receber material sobre tabagismo passivo. A abordagem pode ser feita com crianças a partir de cinco anos de idade, adequando a informação e a linguagem à faixa etária.

É de fundamental importância que o profissional da saúde questione os pacientes a respeito dos seus hábitos de vida, incluindo o tabagismo e a intenção de tratamento, pois, apesar de 80% dos fumantes possuírem vontade de parar de fumar, apenas 3% conseguem fazê-lo por si mesmos e, somente 7% dos que tentam parar sozinhos se mantêm em abstinência por um período longo de tempo. Pesquisas mostraram que o direcionamento oferecido por qualquer profissional da saúde, expande as taxas de cessação do tabagismo (SANTOS, 2014).

Sardinha et al. (2005) faz alusão a um Programa de Controle do Tabagismo do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), localizado no Rio de Janeiro, desenvolvido pela equipe de Psicologia que utiliza a abordagem cognitivo-comportamental para cessação do fumo. É composta por sessões estruturadas, com algumas modificações e adaptações, tendo como base o modelo proposto por Becoña (1998). A intervenção objetiva reduzir

gradualmente o consumo da nicotina e posterior parada, além do planejamento de estratégias de enfrentamento frente às situações de risco que levam ao ato de fumar. Durante as sessões são detectadas as circunstâncias críticas para cada paciente e, a partir daí, define-se um plano de ação para enfrentá-las, mantendo-se abstinente e prevenindo recaídas. Esses pacientes não utilizam terapia farmacológica específica.

Inicialmente o paciente enfrenta uma sessão de preparação que tem a finalidade de motivá-lo para a mudança e fazer com que ele se familiarize a respeito dos problemas advindos do tabagismo. Na mesma sessão, o paciente se certifica sobre a importância do seu comprometimento e aderência ao tratamento, já que essa intervenção de parar de fumar não se trata de uma simples decisão súbita em passar de um fumante regular para um não fumante. A motivação deve ser embasada na vontade de mudança, que pode oscilar e ser influenciada por fatores externos ao paciente (SARDINHA et al., 2005).

Santos (2014) informa que o profissional de saúde deve ser capaz de saber interpretar também informações sobre pacientes tabagistas, que os mesmos enfrentam algumas etapas de mudanças de comportamento até suas decisões de tentar parar de fumar, o avanço para essa ação e suas disposições para o tratamento.

Até a decisão do indivíduo de realmente parar de fumar, ele percorre os chamados “estágios de mudança” de Prochaska e Diclemente (1982). É um processo complexo e dinâmico de mudanças de comportamento que pressupõe cinco diferentes estágios de mudanças de comportamento do fumante no processo de cessação de fumar (Pré-contemplação, Contemplação, Determinação, Manutenção e Recaída) e pode ser mais bem observado através da Figura 9 (SARDINHA et al., 2005; SANTOS, 2014).

**Figura 9:** Estágios de Prontidão para Mudança

Estágio motivacional	Apresentação do paciente	Melhor postura adotada
Pré-contemplação	Sem idéia sobre o problema e sem planos de mudar. Acha que seu consumo de drogas não lhe faz mal e está sob controle.	Evitar o confronto, mas sem perder a sinceridade. Flexibilizar sobre a evidência de dependência e buscar outros motivos para o paciente buscar ajuda.
Contemplação	Percebe um problema, mas está ambivalente para promover mudança.	O indivíduo deve ser sensibilizado objetivamente, dentro de um ambiente reflexivo. Pode-se levantar os prós e contras da abstinência e do consumo e as discrepâncias entre o consumo e os planos do indivíduo para o futuro.
Determinação	Percebe que tem um problema e que precisa promover mudanças. O indivíduo pede ajuda.	Ofereça soluções e retire barreiras. Negocie um plano de abordagem. Tudo deve ser muito rápido, porque é comum o indivíduo mudar de idéia sobre a mudança.
Ação	Pronto para começar a mudança.	Prover o suporte; definir a assistência; a família deve mostrar-se disposta a participar do tratamento sempre que solicitada.
Manutenção	Incorporação da mudança ao estilo de vida.	Reforçar o sucesso; reavaliar a farmacoterapia; aplicar a prevenção de recaída e avaliação de situações de risco; avaliação bioquímica.
Recaída	Volta para a contemplação ou pré-contemplação	Menos de 5% dos pacientes nunca recaem após iniciarem o processo de mudança e mais de 70% recaem antes do terceiro mês de abstinência. Retornam a algum dos estágios anteriores, para novamente evoluírem rumo à mudança. Não é o retorno à estaca zero, tampouco motivo para repreensões ou culpa. É um momento de aprendizado, visando a evitar ou dificultar recaídas futuras.

FONTE: Site Álcool e Drogas sem Distorção ([www.einstein.br/alcooledrogas](http://www.einstein.br/alcooledrogas)) / NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein

A preocupação de cada uma dessas fases é importante para o tratamento, pois a intensidade, a duração e o tipo de intervenção devem se adequar ao estágio de mudança do paciente. Aqueles que se encontram no estágio inicial do processo de mudança (pré-contemplativos, por exemplo) necessitam de auxílio até se encontrarem no estado de ação que dê início ao programa de parada de fumar com mais chances de êxito (SARDINHA et al. 2005).

Araújo (2009) enfatiza que o paciente deve ter participação ativa em todo o processo de cessação em que se busca a autoeficácia, a identificação e o controle das condições de risco e a conquista da abstinência tabágica. De acordo com o pesquisador tais pacientes passam por três etapas:

✓ Etapa de sensibilização e preparação, onde a TCC tem uma perspectiva para explicar os mecanismos da dependência e insegurança, discutir as vantagens e desvantagens de parar ou seguir fumando e comunicar a respeito dos benefícios da cessação. O foco é ampliar a motivação do fumante antes de iniciar o programa de parada, saindo da postura contemplativa para um estágio de ação, pois quase 70% dos fumantes que procuram os programas se encontram em estágio contemplativo, muitas vezes de forma crônica. A

entrevista motivacional é a melhor técnica para levar o fumante à realização desta mudança de fase. Os pacientes devem ter uma sessão de sensibilização, individual ou em grupo, para aprofundar os esclarecimentos sobre o tabagismo e as formas de intervenção e, motivar a tentativa de abstinência;

✓ Etapa de cessação que compreende três meses e utiliza recursos baseados na terapia cognitivo-comportamental, individual ou em grupo e/ou apoio farmacológico para atenuar os efeitos da privação da nicotina: a síndrome de abstinência. As sessões de TCC são estruturadas com apoio de material didático, destacando a cada semana os principais pontos de vista da dependência, os sintomas da abstinência, os obstáculos a serem superados para manter-se sem fumar, etc. As sessões duram 90 minutos, variando de 4-6 semanais (sessões de parada) e de 3-4 quinzenais (sessões de manutenção) nos primeiros três meses de tratamento. Os pacientes são conduzidos a agendar uma data para deixar de fumar entre a segunda e a terceira sessões terapêuticas, sem levar em conta o protocolo terapêutico escolhido;

✓ Etapa de manutenção, voltada para a preparação de casos de recaídas ou falhas, com duração de 12 meses e com continuidade mensal (grupo ou telefone), sendo muito importante nos primeiros seis meses após a cessação, o período mais crítico para as recaídas (ARAÚJO, 2009).

O apoio social, advinda de amigos e familiares é primordial na resistência ao tabaco. Os ambientes livres de tabaco no trabalho e em casa, além do estímulo para que outros fumantes procurem ajuda para a cessação contribuem positivamente para consolidar a recuperação (REICHERT et al., 2008).

A maior parte das revisões sistemáticas e metanálises que pesquisaram terapias comportamentais constatou uma taxa de abstinência, após seis meses, variando de 15% a 25%. Foram encontradas evidências de que as seguintes características possibilitaram a eficácia do tratamento: treinamento de habilidades e solução de problemas, apoio social como parte do tratamento e ajudar os fumantes a obter apoio social fora do tratamento. (FIORE et al., 2000; PRESMAN et al., 2005)

#### **4.7 Outros tratamentos**

Não existe um tratamento que seja um modelo padrão e que auxilie todos os pacientes tabagistas a pararem de fumar. A abordagem deve ser individualizada, levando em conta os

fatores ambientais, psicológicos, comportamentais e socioculturais de cada indivíduo (SILVA, 2010).

Brasil (2001) e Mesquita (2013) explicam que nos Estados, na França, assim como no Brasil, o tratamento sugerido atualmente para o tabagismo é a terapia cognitivo-comportamental associada à reposição de nicotina e à bupropiona e mais raramente à nortriptilina. A vareniclina vem apresentando resultados eficientes e sendo indicada como a droga mais proveitosa no tratamento do tabagismo.

#### 4.7.1 *Tratamento medicamentoso*

Silva (2010) apontou numerosos estudos utilizando medicações e obtendo a duplicação ou até triplicação de resultados do tratamento para cessação do tabagismo, se comparados com placebo. Existem dois tipos de terapias farmacológicas para tratamento do tabagismo: TRN (tratamento de reposição de nicotina) e medicações sem nicotina, ambos com a função de reduzir os sintomas de abstinência e facilitar a abordagem cognitivo-comportamental.

##### 4.7.1.1 Nicotina para tratamento de reposição (TRN)

O TRN é uma forma de tratamento satisfatório para a cessação do tabagismo. Existem no mercado algumas opções como goma de mascar, pastilhas mastigáveis e adesivos. *Spray* nasal e inalador de nicotina (com formato de cigarro) ainda são indisponíveis no Brasil. Tanto a goma de mascar como as pastilhas apresentaram alguns efeitos colaterais, sendo o adesivo o recurso mais utilizado atualmente. Trabalhos mostraram que o emprego do adesivo, durante oito semanas, tiveram resultados que não são superados com o adiamento do seu uso por mais tempo (SILVA, 2010).

O TRN é recomendado em casos de alta dependência à nicotina. Por exemplo: quando o teste de Fagerström apontar um escore acima de cinco ( $TF > 5$ ) ou quando houver história de síndrome de abstinência em situações de privação da substância. A orientação é fazer o uso do adesivo de 21 mg, uma vez ao dia, durante as primeiras 8 a 12 semanas de cessação. Para dependência muito elevada ( $TF > 7$ ), aumentar a dose diária para dois ou até três adesivos, usados ao mesmo tempo. A dose deverá ser reduzida a cada quatro semanas para 14 mg e 7

mg/dia, conforme tolerância à síndrome de abstinência. No caso de ocorrer manifestações de abstinência ou fissura, mesmo empregando o adesivo de nicotina, pode-se fazer uma associação com a goma de mascar (chiclete) de 2 mg ou 4 mg nos momentos de piora dos sintomas, podendo chegar ao consumo de até 20 gomas ao dia (SILVA, 2010).

✓ Adesivo transdérmico: apresentação de 21 mg, 14 mg e 7 mg. Efeitos adversos: raramente justificam suspensão (irritação local, eritema infiltrativo).

✓ Goma de mascar: apresentação - tabletes de 2 mg e 4 mg. Efeitos adversos: náuseas, ulceração nas gengivas.

✓ Pastilhas mastigáveis: apresentação de 2 mg e 4 mg. Posologia e efeitos adversos: semelhantes à goma (SILVA, 2010).

#### 4.7.1.2 Farmacoterapia de primeira linha

##### ✓ Cloridrato de bupropiona

Trata-se de um antidepressivo não-tricíclico com função de inibir a recaptação pré-sináptica de dopamina e noradrenalina. Pesquisadores se baseiam no fato de que sua ação nas vias dopaminérgicas centrais possa ser o mecanismo responsável pela diminuição da fissura pelo cigarro, nos pacientes em abstinência da nicotina. Nos EUA a bupropiona é receitada aos fumantes que consomem 15 ou mais cigarros/dia ou apresentam sintomas depressivos (BALBANI e MONTOVANI, 2005).

A terapêutica com bupropiona deve ser introduzida 7 a 10 dias anteriores ao momento do paciente parar de fumar, sendo esse intervalo necessário para que os níveis terapêuticos do medicamento acertem o estado de equilíbrio. A recomendação é de 150 mg/dia até o terceiro dia de tratamento, aumentando a dose para 300 mg/dia no quarto dia e mantendo por 7 a 12 semanas. Estudos realizados com bupropiona mostram resultados satisfatórios, com período de abstinência até duas vezes maior em comparação com o placebo, além de menor ganho de peso (BALBANI e MONTOVANI, 2005).

Normalmente, 6-8% dos pacientes manifestam algum efeito adverso com o uso da bupropiona, onde os sintomas mais relatados são: insônia, agitação e xerostomia. Essa incidência de efeitos foi observada nos estudos clínicos patrocinados por um fabricante do medicamento, nos quais 35% dos pacientes não completaram o tratamento previsto. Os autores realizaram estudo independente para avaliar 39 pacientes, onde 15 (38%) interromperam o uso da bupropiona em decorrência de efeitos adversos neuropsiquiátricos

(tremores, agitação, confusão), insônia e erupções cutâneas. Sete pacientes (18%) precisaram diminuir a dose da bupropiona para 150 mg/dia para que os efeitos colaterais fossem suportados (BALBANI e MONTOVANI, 2005).

O risco de convulsões em usuários da bupropiona é de 1:1.000, sendo um fármaco contraindicado para epiléticos. Não é aconselhado seu consumo nos seguintes casos: distúrbios alimentares (anorexia nervosa ou bulimia), hipertensão arterial não-controlada, abstinência recente do álcool e junto ao uso de inibidores da monoaminoxidase (tranilcipromina ou selegilina). A bupropiona é droga da categoria B, ou seja, não há estudos suficientes sobre segurança do uso desse medicamento na gestação (BALBANI e MONTOVANI, 2005).

#### ✓ Tartarato de vareniclina

A vareniclina foi fabricada com a finalidade de produzir efeitos análogos à nicotina sobre os receptores colinérgicos nicotínicos. O alcaloide citisina serviu como base para elaboração desse fármaco, pois já havia apresentado efeito agonista parcial para os receptores colinérgicos  $\alpha 4\beta 2$ . A citisina está sendo utilizada no tratamento do tabagismo há várias décadas, principalmente na Bulgária e em alguns países da Europa central e do leste (REICHERT et al., 2008).

A vareniclina constitui uma droga eficaz, segura e bem tolerada nas doses recomendadas para os pacientes em processo de cessação do tabagismo. Seu uso frequente tem sido associado, em ensaios clínicos controlados, a taxas de abstinência significativamente maiores do que o placebo, a bupropiona e o TRN. A vareniclina tem sua especificidade como agonista parcial causando ativação moderada dos receptores nicotínicos  $\alpha 4\beta 2$ , explicando assim, o alívio dos sintomas da abstinência e da fissura. Porém, ao bloquear a ligação da nicotina ao receptor, minimiza a satisfação ao fumar e o reforço positivo nos indivíduos que continuam fumando enquanto faz uso da droga, configurando suas propriedades antagonistas (REICHERT et al., 2008).

#### 4.7.1.3 Farmacoterapia de segunda linha

Nortriptilina e clonidina são medicamentos não nicotínicos, classificados como segunda linha pela sua eficácia intermediária de eficácia intermediária (VIEGAS e REICHERT, 2004).

✓ Nortriptilina

Representa um fármaco antidepressivo tricíclico utilizado como terapia de segunda linha no tratamento de tabagistas. Atua na inibição da recaptação de noradrenalina e dopamina no SNC. Apresenta como efeitos colaterais: boca seca, ganho de peso, constipação e sonolência. Sua utilização deve ser iniciada de duas e quatro semanas anteriores à suspensão do cigarro, com doses progressivas, que variam de 25 mg/dia até 75 mg/dia. A Nortriptilina parece promissora, e seu custo é menor em relação à Bupropiona (FOCCHI, 2003; DIEHL et al., 2009).

✓ Clonidina

Fármaco apontado como droga de reserva, de ação agonista alfadrenérgica, redutora da atividade do sistema nervoso simpático e conhecido como anti-hipertensivo. Medicamento de segunda linha que tem seu uso mais controlado e menos indicado por poder causar hipotensão arterial, principalmente ortostática. A clonidina pode ocultar os efeitos da nicotina, devendo ser usada até 0,4 mg/dia, com devida atenção aos efeitos colaterais, em especial sedação e hipotensão postural. A preconização é de 0,1 mg a 0,75 mg/dia para auxiliar no alívio dos sintomas da abstinência como irritabilidade, ansiedade e fissura (FOCCHI, 2003; VIEGAS e REICHERT, 2004; DIEHL et al., 2009).

A Figura 10 apresenta as vantagens e desvantagens de cada um dos tratamentos farmacológicos já descritos.

**Figura 10:** Tratamentos farmacológicos para cessação do tabagismo

	Vantagens	Desvantagens
Adesivo de nicotina	Dose única diária	Não há alívio em situações de emergência
Chiclete de nicotina	Alívio em situações de emergência	Técnica de utilização inadequada reduz a eficácia
Spray nasal de nicotina	Nicotina mais rápida, em níveis mais elevados	Efeitos colaterais desagradáveis
Inalador de nicotina	Simula o ritual comportamental	Baixos níveis de nicotina
Chiclete + adesivo	Aumenta "compliance" + alívio em emergência	Preço
Nortriptilina	Sem nicotina	Não aprovado pelo FDA
Bupropiona	Sem nicotina. Pode ser utilizado com o adesivo	Deve-se fazer screening para convulsões – maior perfil de efeitos colaterais

FONTE: Laranjeira e Gigliotti (2002).

Viegas e Reichert (2004) salientaram sobre os novos medicamentos que estão sendo estudados e utilizados como ferramenta de ajuda aos pacientes que desejam parar de fumar. O

Methoxsalen (Nicogen) minimiza o metabolismo da nicotina, que se conserva elevada no sangue, fazendo com que reduza a compulsão de fumar. O medicamento inibe a enzima que codifica o gene CYP2A6, cujos portadores apresentam metabolismo rápido (60 a 80%) da nicotina inalada. Observou-se uma diminuição no consumo e do monóxido de carbono no ar expirado.

Existe também a vacina antitabaco (Nic-Vax), que através de pesquisas realizadas em ratos pelo FDA e Faculdade de Medicina da Universidade de Houston, foi constatada menor concentração de nicotina no cérebro destes animais, que não apresentaram sinais de dependência quando esta a mesma foi suspensa. O mecanismo de ação baseia-se no fato de que a vacina estimula a produção de anticorpos que impedem a nicotina de atingir o cérebro. Assim, não existe liberação de dopamina e outras substâncias psicoativas, não proporcionando prazer em fumar. Estudos iniciais em humanos não mostraram respostas válidas até o momento (VIEGAS e REICHERT, 2004).

#### 4.7.2 Outras intervenções não-farmacológicas

##### ✓ Dispositivos *Over The Counter* (OTC)

São inaladores livres de fumaça, filtros de nicotina, extratos de tabaco em gel e outros dispositivos que estão sendo comercializados sem receita médica, e também sem estudos adequados e de boa qualidade metodológica que possam evidenciar respostas favoráveis (REICHERT et al., 2008).

##### ✓ Materiais de autoajuda e aconselhamento breve

Nos dois tipos de ações foi observado um aumento na taxa de cessação do tabagismo. O aconselhamento breve precisa ser praticado por todos os profissionais de saúde. São técnicas que possibilitam atingir um bom número de fumantes, sendo uma importante oportunidade para promover a parada com o cigarro (REICHERT et al., 2008).

##### ✓ Aconselhamento intensivo individual e em grupo

Tipos de cuidados que oferecem êxito, mas sem apresentar resultados sobre qual modalidade oferece melhor relação custo-efetividade (devido à heterogeneidade do aconselhamento psicológico). O aconselhamento individual intensivo tem melhores resultados

quando aplicado por médicos, seguido por equipes multiprofissionais, dentistas e enfermeiras (REICHERT et al., 2008).

✓ Tratamento via internet

Inicialmente parece demonstrar possível benefício, porém, novos estudos são necessários, com metodologia adequada, para uma melhor definição (REICHERT et al., 2008).

✓ Atividade física orientada

A indicação para realização de exercícios físicos durante a tentativa de parar de fumar foi comprovada através do alívio dos sintomas de abstinência nicotínica. Porém, ainda não existe evidência de benefício em longo prazo (COSTA et al., 2006).

✓ Tratamento por telefone (*helplines/quitlines*)

Os serviços telefônicos desenvolvidos para dar informações, orientações e suporte ao fumante pode ser apresentado de duas maneiras: Proativo, onde os fumantes recebem a ligação de um profissional, de acordo com uma combinação prévia; e Reativo, onde o fumante disca para um número telefônico, buscando auxílio e aconselhamento. Trata-se de um modelo muito utilizado em linhas de ajuda e tem a grande vantagem da diminuição de barreiras, como a distância do local de tratamento ou a falta de tempo do paciente. As mediações do tipo proativas revelaram-se mais eficientes, aumentando as taxas de abstinência de curto prazo em 34%, quando comparadas com intervenções controle. No longo prazo, o aumento obtido foi de 20% (PRESMAN et al., 2005).

Orientações pela via telefônica já apresenta evidência favorável conjuntamente à abordagem presencial, porém, até o presente momento, os benefícios ocorreram apenas para alguns perfis de fumantes e sua relevância ainda não é conhecida. As pesquisas realizadas exclusivamente com *helplines/quitlines* não foram randômicas, mesmo assim, foram encontradas evidências indiretas que apontaram resultados positivos na cessação (REICHERT et al., 2008).

✓ Acupuntura

Essa terapia pode ser válida como um tratamento coadjuvante, alternativa considerável ou parte de um programa inclusivo na terapia da adição a drogas, incluindo a dependência da nicotina. Até o momento atual não existem evidências científicas suficientes para comprovar a

eficácia da acupuntura e de outros métodos como aromaterapia e hipnose. Portanto, a acupuntura não deve ser proposta como um método de escolha para a cessação de fumar, mas poderá ser usada no caso de escolha pessoal dos pacientes e desde que não existam contraindicações para o seu uso (BALBANI e MONTOVANI, 2005).

✓ Hipnoterapia, Terapia a Laser, Eletroestimulação e Avaliação de Risco Biomédico (medida de COex e espirometria)

Não existem evidências científicas de que tais métodos aumentem a taxa de cessação do tabagismo, impossibilitando sua recomendação com base no conhecimento atual (REICHERT et al., 2008).

#### **4.8 Síndrome de abstinência**

A síndrome de abstinência originada com a retirada ou redução da droga leva à dessensibilização de circuitos que atingem o humor disfórico, acarretando anedonia e irritabilidade, e possivelmente contribuindo para recaídas. Nessa síndrome, as mudanças tem relação com a dessensibilização dos circuitos frontal e cortical e neurotransmissores, como a dopamina, serotonina e fator de liberação corticotrófico (CRF). Também se observa diminuição da dopamina, serotonina, noradrenalina, acetilcolina e aumento do glutamato, apresentando os sinais e sintomas como: ansiedade, dificuldade de concentração, agitação, irritabilidade, agressividade, tontura, cefaleia e desconforto abdominal, que pode durar por duas ou três semanas (NUNES et al.,2011).

O nível de dependência à nicotina é fator que influencia o paciente, com maior ou menor facilidade, para largar o cigarro (grau/nível A). 70% dos fumantes que estão abandonando o vício apresentam síndrome de abstinência, sendo os fumantes com alta dependência os que têm maiores dificuldades para cessação. De um modo geral esses pacientes são do sexo masculino, maiores de 30 anos, que fumam o primeiro cigarro do dia antes dos 30 minutos após despertar, têm consciência da dificuldade de abandonar o tabaco e da baixa autoeficácia (REICHERT et al., 2008).

Quando o tabagista suspende o consumo de cigarro, podem desencadear além dos sintomas já citados, outros desagradáveis como: inquietação, insônia, impaciência, sudorese fria e desejo intenso por cigarros, a chamada "fissura". Tais sintomas caracterizam a "síndrome de abstinência" e tem seu princípio após algumas horas à interrupção do fumo, com

sua intensidade aumentada nos quatro primeiros dias e que se ausentam em torno de uma a duas semanas. A fissura em geral não perdura mais que cinco minutos e tende a permanecer por mais tempo que os demais sintomas. Porém, ela vai sendo reduzida gradativamente em intensidade e aumentando o espaço entre um episódio e o outro (MEIRELLES e GONÇALVES, 2004).

A síndrome de abstinência representa um forte impedimento para que o fumante consiga alcançar seu objetivo de parar de fumar e permanecer abstinente. Por isso, o médico deve conhecer de seus sintomas para poder apoiá-lo durante esse processo (MEIRELLES e GONÇALVES, 2004).

Como a síndrome é um dos motivos principais da recaída, o tratamento e o prosseguimento dos fumantes pelos profissionais de saúde qualificados são fundamentais e representam suportes para o alcance dos objetivos, nos programas de cessação (grau/nível A) (REICHERT et al., 2008).

A Figura 11 apresenta os incômodos mais frequentes na síndrome de abstinência do tabaco.

**Figura 11:** Efeitos da síndrome de abstinência da nicotina

**Psicológicos:**

- Humor disfórico ou deprimido
- Insônia e sonolência diurna
- Irritabilidade, frustração, raiva
- Ansiedade
- Dificuldade para concentrar-se e manter atenção
- Inquietação
- Fissura ou “craving”

**Biológicos:**

- Frequência cardíaca diminuída
- Pressão arterial diminuída
- Aumento do apetite
- Ganho de peso
- Incoordenação motora e tremores
- Tosse
- Constipação, diarreia

**Sociais:**

- Relacionamento social instável em consequência da ansiedade.

FONTE: Dórea e Botelho (2004)

#### 4.9 Prevenção do tabagismo

De acordo com Focchi (2003), pelo tratamento do tabagismo acompanhar o modelo individual, o mesmo pode não apresentar efetividade em todos os indivíduos, além do tratamento ser dispendioso. O desenvolvimento de um modelo de intervenção que possa ser aplicado na população geral é um grande desafio, pois a redução da prevalência do tabagismo na população não será realizada através de simples abordagens. Deve-se considerar também a vasta influência da indústria do tabaco. Para que se possa considerar uma mediação de modelo de prevenção do tabagismo, algumas estratégias devem ser levadas em conta como:

- Restrição à venda e à disponibilidade dos produtos do tabaco;
- Aumento de impostos sobre os produtos do tabaco;
- Uso da verba dos impostos para a implementação de tratamentos;
- Educação sobre tabagismo;
- Proteção dos não-fumantes a exposição de fumaça;
- Eliminação de incentivos ao tabaco e inibição da publicidade;
- Promoção do “não-fumar” como norma social.

## 5 DISCUSSÃO

Os estudos de Haggström et al. (2001) avaliaram 169 pacientes voluntários e tabagistas, que tentavam abandonar o cigarro, atendidos em clínica especializada, dentro de um hospital universitário de Porto Alegre. A média de idade foi de 46 anos, com 67% de indivíduos do sexo feminino. A dependência da nicotina encontrada foi 50% de casos moderados, 27% leves e 22% graves. A proposta de tratamento oferecida foi a terapia cognitivo-comportamental para os casos leves, psicoterapia junto à farmacologia ou TRN para os casos moderados e psicoterapia junto à farmacologia e TRN para os casos graves.

Percebeu-se o abandono de 30% dos tabagistas na primeira semana de tratamento, permanecendo 124 indivíduos até o final do estudo. Destes, 49% descontinuaram o uso do cigarro e 13% reduziram significativamente seu consumo. O sucesso no abandono do fumo se deu pela TCC em 23% dos pacientes, pela TRN em 50%, pelo tratamento medicamentoso em 59% e pela união de TRN e farmacologia em 59% (HAGGSTRÖM et al., 2001).

O programa era composto de uma avaliação inicial, com coleta de dados (voltados aos hábitos tabágicos, atitudes com o vício, tentativas de parar de fumar, sintomas respiratórios, comorbidades e medicamentos em uso) e exame físico. Para avaliação sobre a fase de abandono do tabagismo utilizou-se os critérios de Prochaska e Di Clementi e para o grau de dependência à nicotina, a escala de Fagerström (HAGGSTRÖM et al., 2001).

Posteriormente foi realizada uma sessão de sensibilização em grupo com esclarecimentos sobre a estrutura do programa, discussão sobre as estratégias para o abandono do tabagismo e sobre as situações que poderiam dificultar o sucesso do programa, como a síndrome de abstinência. Também foi estimulada a troca de experiências entre os próprios pacientes (HAGGSTRÖM et al., 2001).

A maioria dos dados observados sobre avaliação e tratamento corrobora com as informações colhidas no presente trabalho. A terapia cognitiva atua como um tratamento eficaz e, associada a fármacos, torna-se possível obter as taxas satisfatórias de abandono ao tabagismo. O esquema terapêutico deve ser particularizado para cada paciente, porém, sem perder alguns princípios gerais padronizadores.

Mundim e Bueno (2006) estudaram apenas um paciente adulto tabagista a fim de investigar o comportamento da dependência a nicotina por 30 anos consecutivos, utilizando os diários de registros. A intervenção escolhida foi a psicoterapia, para avaliar se o controle da ansiedade do paciente junto à estratégias de enfrentamento possam favorecer a redução do comportamento de fumar. O programa de tratamento foi desenvolvido em três etapas: Linha

de Base (Bateria de Beck, Questionário Multimodal de História Vital e diários de registro do comportamento de fumar), Intervenção (Hiperventilação/Treino Respiratório, A.C.A.L.M.E.-S.E. e Relaxamento) e Avaliação (reaplicação da Bateria de Beck).

Além das técnicas utilizadas no estudo de Mundim e Bueno (2006), existem outras que podem também ser aplicadas nesses casos. As técnicas escolhidas favoreceram o olhar sobre a dependência ao cigarro do paciente, analisando as imprevisibilidades conflitivas e a função do comportamento de consumo, designando novas e assertivas situações ambientais. Exteriorizar os resultados conquistados, os efeitos na saúde e em suas relações sociais auxiliou o paciente em seu autocontrole. Não foi necessária, até o momento, a reposição de nicotina através da farmacoterapia.

Portanto, responder ao processo psicoterapêutico é fundamental para o sucesso da intervenção. Também importaram nesse estudo, as respostas e o comprometimento do participante, observados em suas verbalizações e diários de registros. Tais formas de psicoterapias foram vagamente comentadas no presente trabalho, sendo interessante se fazer novos estudos com outros tipos de intervenções da TCC (MUNDIM e BUENO, 2006).

Ismael (2007) desenvolveu um estudo prospectivo, descritivo e não randomizado com 61 pacientes que buscaram suporte ao PAIF (Programa de Abordagem Integral ao Fumante), situado no Hospital do Coração. O tratamento era composto por intervenção psicológica cognitivo-comportamental. A TCC buscou salientar os aspectos positivos da cessação do cigarro como forma de abordar crenças disfuncionais. Foram utilizados o Inventário de Depressão de Beck (verificar intensidade dos sintomas depressivos) e o Questionário de Saúde de Goldberg (verificar ansiedade, estresse e comportamentos autodestrutivos), além do Teste de Fagerström.

Os pacientes foram separados em grupos: Grupo 1 (terminaram o tratamento não abstinentes), Grupo 2 (abstinentes sem referência à recaída) e Grupo 3 (recaíram após tratamento finalizado). No total, a amostra apresentou a idade média de 42,8 anos, com 55,7% dos pacientes do sexo feminino e uma média de 22,6 cigarros consumidos ao dia. Em relação aos critérios de Prochaska para avaliar o estágio de mudança de comportamento do paciente, 67,3% se encontravam no estágio da contemplação (pensa em parar de fumar, mas sem data) e 23% no de preparação (procura de tratamentos para parar de fumar) (ISMAEL, 2007).

Os resultados de Ismael (2007) alcançaram o índice de 6,5% de fumantes do Grupo 1 (não terminaram o tratamento sem fumar), um resultado positivo, tendo em vista que os grupos de tratamentos de outros estudos apontaram êxito entre 59% a 80% dos pacientes. Nesse trabalho, o sucesso do tratamento foi de 93,4%, ocorrendo duas recaídas durante esse

período e alterando a taxa para 90,1%. Notou-se que a TCC associada à medicação poderia ter aumentado ainda mais o sucesso do programa. O aconselhamento buscou abordar o paciente para que parasse de fumar, conscientizando-o e orientando-o para parada, com breve acompanhamento. A TCC não utilizou apenas técnicas de modificação comportamental, mas tratou também de conteúdos cognitivos disfuncionais e auxiliou na modificação dos mesmos para que o tabagista conseguisse parar de fumar.

Meier et al. (2011) realizaram um estudo com 92 indivíduos tabagistas que deram início a um tratamento dentro do Programa de Controle do Tabagismo (PCT), situado em um município do Paraná. Foram coletados dados gerais para avaliação inicial, além de informações sociodemográficas, relacionadas ao tabagismo, ao estado de saúde, avaliação do grau de dependência (Teste de Fagerström), motivação para abandono do fumo e avaliação física do paciente. Foi observada a predominância do sexo feminino (62%) e metade dos pacientes possuíam entre 40 a 59 anos.

Sobre as características relacionadas ao hábito de fumar, 85,9% começaram a utilizar tabaco entre 10 e 20 anos e 51,1% fizeram tentativas para abandonar o tabagismo de uma a três vezes, sem sucesso. Grande parte dos pacientes foi classificada com grau de dependência nicotínica elevado e muito elevado (65,1%). Observou-se predomínio de fumantes no estágio motivacional contemplativo (84,8%). 51,1% deles não moravam com fumantes na mesma residência e a associação do fumo com o trabalho foi referida por 60,9% deles (MEIER et al., 2011).

Dos 92 indivíduos que inicialmente participaram da consulta de avaliação clínica, 63 integraram a primeira sessão estruturada, gerando a desistência de 29 tabagistas (31,5%). O percentual de fumantes que abandonaram o tratamento (entre a primeira sessão e a quarta) foi de 23,8%. Mais da metade dos participantes que concluíram a quarta sessão de tratamento obtiveram sucesso na cessação (66,6%) e destes, 83,3% necessitaram de terapia farmacológica. Do total de pacientes que utilizaram como forma de tratamento a TCC associada a fármacos, apenas três (4,8%) abandonaram o PCT. O afastamento do tratamento apresentou maior índice quando foi utilizada a TCC como única forma de tratamento (19%). Portanto, a terapia cognitivo-comportamental se fez presente na utilização de outros tratamentos em conjunto.

Reis e Fortes (2012) analisaram os fatores relacionados a não cessação do tabagismo entre os pacientes participantes de terapia antitabagista, de um Centro de Saúde de referência, localizado em Brasília. Foram analisadas 100 fichas de pacientes que frequentavam o ambulatório, onde aconteceu a abordagem intensiva aos fumantes que queriam parar de

fumar, em grupos ou individual, com sessões estruturadas, com temas e roteiros específicos. Aos pacientes que apresentaram alto grau de dependência física à nicotina foram oferecidos a reposição de nicotina e o apoio medicamentoso para reduzir a síndrome da abstinência e facilitar a abordagem cognitivo-comportamental.

Foram coletados dados pessoais, relacionados ao fumo, convivência com fumantes, Teste de Fargestron (que avalia o grau de dependência), Teste de Richmond (que avalia a motivação em parar de fumar), presença de ansiedade e depressão e seus níveis, doenças associadas ao tabagismo (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doenças respiratórias, gastrite, úlceras gástricas, câncer, entre outras) (REIS e FORTES, 2012).

A amostra apontou 60% de pacientes do sexo feminino e 65% de indivíduos católicos. Observou-se que 66% dos participantes iniciaram o tabagismo entre cinco e 15 anos de idade, 74% possuíam o grau de dependência elevado, 21% tiveram depressão grave e 69% desenvolveram ansiedade. 81% dos participantes estavam motivados em parar de fumar, 100% procuraram ajuda devido à preocupação com a saúde, 87% conviviam com fumantes, 34% associavam o tabagismo ao álcool e outras drogas e 45% possuíam alguma doença relacionada ao tabagismo (REIS e FORTES, 2012).

Observou-se que 88% dos participantes concluíram o tratamento. Destes, 80,7% conseguiram parar de fumar até o final do tratamento e 19,3% não tiveram adesão à terapia antitabagismo. Os pacientes que desistiram estavam dentro do percentual daqueles que apresentavam doenças psiquiátricas, grau de motivação baixo, ansiedade e depressão elevadas. O tratamento antitabagismo foi fundamental, porém algumas condições como a síndrome da abstinência, depressão, convivência com fumantes, grau de dependência e ansiedade elevadas e a baixa motivação para se envolver nas terapias, influenciaram a não adesão ao tratamento e a não cessação dos pacientes que se mantiveram até o término das terapias. Esses resultados comprovaram a necessidade de uma equipe multiprofissional motivadora com ênfase no suporte psicológico (REIS e FORTES, 2012).

Mesquita (2013) desenvolveu um estudo para examinar a efetividade de um programa público de tratamento do tabagismo, integrado por sessões em grupo de psicoterapia cognitivo-comportamental associadas à reposição de nicotina e à bupropiona; e verificar a manutenção da abstinência após um, quatro e seis meses pós-tratamento dos participantes que cessaram o fumo. Sabe-se que mesmo unindo o tratamento psicoterápico e o medicamentoso, encontram-se resultados variáveis, com taxas de sucesso e fracasso. A maior dificuldade para o tratamento é seu alto custo, que acaba afastando o acesso da maior parte da população.

No estudo foram avaliados 109 fumantes com idade média de 42,9 anos, a maioria com 2º grau completo e que consumiam uma média de 21,6 cigarros por dia. Os participantes foram atendidos em um hospital público da cidade de Brasília, em sete diferentes grupos, durante o período de dois anos. Os pacientes passaram por uma avaliação inicial, com fornecimento de dados pessoais, número de cigarros consumidos e preenchiem o *Fagerström Nicotine Dependence Test*. Foi utilizado o manual para tratamento do tabagismo do INCA e o programa era composto por quatro sessões de grupo, estruturadas (MESQUITA, 2013).

A primeira abordava as causas do tabagismo, a ambivalência da parada, e os pensamentos e crenças que faziam com que o fumante adiasse a decisão de parar de fumar. A segunda, os sintomas da síndrome de abstinência dos primeiros dias sem fumar. A terceira ressaltou a importância de se recompensar por parar de fumar, busca de apoio social quando sentir que pode recair e o problema da substituição do cigarro por outras adições, como comer em excesso e beber álcool. Na quarta mostrou os benefícios alcançados com a cessação e como evitar a recaída (MESQUITA, 2013).

No final do tratamento, 83,6% dos participantes que estiveram presentes às quatro sessões pararam de fumar e 16,4% estavam fumando. A taxa de desistência foi de 33,1%, isto é, 66,9% dos participantes chegaram ao final do tratamento. Foram avaliados apenas três grupos de participantes para investigação da manutenção da abstinência, pois os demais grupos apresentaram inúmeras desistências (MESQUITA, 2013).

No Grupo 1, 11 participantes iniciaram o grupo e 10 deles finalizaram o tratamento, onde todos se apresentavam abstinentes. Após um mês, a taxa de abstinência continuava em 100%. No Grupo 2, dos 21 participantes que iniciaram o grupo, 18 terminaram o tratamento, sendo que 16 (88,8%) pararam de fumar. Após quatro meses a taxa de abstinência era de 43,8%. No Grupo 3, dos 18 participantes que iniciaram o tratamento, 14 chegaram à última sessão e, destes, 11 estavam abstinentes (78,5%). Após seis meses, 36,6% ainda estavam abstêmios (MESQUITA, 2013).

Pode-se notar que um programa público de tratamento do tabagismo constituído por psicoterapia breve associada à medicação pode proporcionar uma alta taxa de cessação do fumo em curto prazo. 83,5% dos participantes pararam de fumar ao fim das quatro sessões, representando um número superior a alguns estudos realizados no Brasil e no exterior (MESQUITA, 2013).

Haggstram et al. (2001) fizeram estudos semelhantes ao empregado no atual estudo, mas com maior número de sessões, verificando que após o tratamento 49,1% dos pacientes estavam abstinentes.

França et al. (2015) produziram um estudo com o objetivo de analisar a prevalência e os fatores associados à abstinência tabágica entre pacientes atendidos em um centro, para cessação do tabagismo. O estudo foi desenvolvido no Centro de Referência Especializado em Abordagem e Tratamento do Fumante (CREATF), em Belém. Foram utilizados prontuários de 532 indivíduos que procuraram o centro para cessação do tabagismo e que tiveram como critério de inclusão o fato de terem passado por, no mínimo, dois atendimentos de TCC.

A idade média dos indivíduos atendidos pelo centro foi 49,73 anos. Mulheres fumantes constituíram a maioria da amostra (56,6%). A história de consumo tabágico foi, em média, 30 maços/ano e o tempo de tabagismo de 32,4 anos. A intervenção obteve uma taxa de sucesso de 75% no período avaliado. Os pacientes abstêmios foram acompanhados, em média, até quatro meses após a cessação do tabagismo, atingindo um tempo de controle e manutenção de até 33 meses, quando ocorria seu último contato com o centro (FRANÇA et al. 2015).

As características principais relacionadas ao sucesso ou insucesso do tratamento foram a participação nas terapias de manutenção, que tendem a favorecer a abstinência; ao mesmo tempo que a presença de gatilhos de recaída e a dependência química elevada a muito elevada mostraram-se agravantes deste processo. Outros estudos observaram que a farmacoterapia dobrou as chances de abstinência. Também foi constatado que os pacientes que realizaram terapia comportamental de manutenção apresentaram 27 vezes mais chances de abstinência, em comparação com os que realizaram apenas TCC. (FRANÇA et al. 2015).

O tratamento do fumante será mais eficaz se ele for cuidado não só por sua dependência física, mas, principalmente, se ele for cuidado pela sua dependência psicológica. São necessárias pesquisas frequentes para comparações e mudanças na população que persuadam o sucesso do tratamento, além de mais estudos para financiar as ações de prevenção e combate ao tabagismo.

## 6 CONCLUSÃO

O tratamento antitabagismo é fundamental, porém fatores como a síndrome da abstinência, depressão, convivência com fumantes, grau de dependência e ansiedade elevadas e a baixa motivação em participar das terapias podem influenciar a não adesão ao tratamento e a não cessação para os que continuaram até o término das terapias.

Dentre as principais dificuldades em parar de fumar está a maneira como o fumante interpreta sua realidade e seu relacionamento com o cigarro. Ele acredita que se sente mais confiante e mais relaxado fumando e que sem isto, será difícil ter prazer na vida. A terapia cognitivo-comportamental tem o propósito de modificar padrões de crenças e pensamentos disfuncionais, bem como identificar situações e emoções que levam a pessoa a fumar. Os psicoterapeutas motivam o paciente a buscar um novo estilo de vida, mais saudável e produtivo.

Os tabagistas precisam de motivação para mudança do seu comportamento aditivo, sendo conscientizado sobre o potencial benefício do tratamento e disponibilidade dos profissionais capacitados para indicar a terapêutica mais eficaz, de forma personalizada.

O tabagismo necessita, ainda, de um número maior de estudos com a finalidade de pesquisar novos tratamentos e medidas preventivas, que leve em consideração a necessidade de conseguir reduzir a grande morbidade e mortalidade decorrentes do consumo de tabaco. Todo profissional da área de saúde deve estar atento para aconselhar e, se necessário, encaminhar seu paciente a tratamento especializado.

O presente trabalho bibliográfico observou a necessidade de uma equipe multiprofissional motivadora, com ênfase no suporte psicológico, além de maior divulgação do programa de prevenção ao tabagismo e que as instituições de saúde implantem o ambulatório em suas unidades para que abranja um maior número de pacientes e, conseqüentemente, auxilie no abandono ao uso do tabaco, com repercussões positivas sobre a saúde e qualidade de vida desses indivíduos.

Torna-se evidente a necessidade de intervenções com o objetivo de controlar e tratar o tabagismo. Todos os profissionais de saúde têm um papel fundamental nestas iniciativas, incorporando o tabagismo como fator de risco na anamnese e, assim, conscientizando e encorajando seus pacientes a deixarem o uso do tabaco. Uma rotina efetiva de investigação do consumo de tabaco deve ser adotada pelo sistema de saúde, certificando, no prontuário do paciente, o registro de que ele seja fumante. Essa medida facilitará a abordagem da questão do tabaco pelos profissionais.

Mesmo com a junção dos tratamentos psicoterápico e medicamentoso, os resultados se apresentaram variáveis com taxas de sucesso e fracasso. Porém, a maior dificuldade para o tratamento é seu custo elevado, que exclui o acesso da maior parte da população e sobrecarrega o governo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV**. Washington: American Psychiatric Association, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diretrizes para o tratamento de transtornos Psiquiátricos compêndio 2006**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). **A Anvisa e o controle dos produtos derivados do tabaco**. 2014. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/106510/106594/A+Anvisa+e+o+Controle+dos+Produtos+Derivados+do+Tabaco/4af73983-9d76-4af4-93c0-e35f153a18a7>>. Acesso em: 15 de set. 2016.

ARAÚJO, A. J. Tratamento do tabagismo pode impactar a DPOC. **Pulmão RJ Atualizações Temáticas**. v.1, n.1, p. 20-33, 2009.

BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Rev Bras Otorrinolaringol**. v.71, n.6, p. 820-7, 2005.

BECK, A. T et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECOÑA, E. Tratamiento del tabaquismo. In: CABALLO, V. E. (org.). **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los transtornos psicológicos**. v.2. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, 1998.

BLIACHERIENE, A.; SANTOS, J. **Protocolos clínicos e de regulação**. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2012.

BRASIL. **Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10 - 2008)**. 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/cid10.htm>>. Acesso em: 31 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA (Instituto Nacional de Câncer). CONPREV (Coordenação de Prevenção e Vigilância). **Abordagem e tratamento do fumante: Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

CATALDO NETO, A. **Psiquiatria para estudantes de medicina**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

COSTA, A. A. et al. Programa multiprofissional de controle do tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. **Revista da SOCERJ**. v.19, n.15, p. 397-403, 2006.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

DÓREA, A. J. P.; BOTELHO, C. Fatores dificultadores da cessação do tabagismo. In: ARAÚJO, A. J et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.30 (Supl 2), p. S41-S46, 2004.

ELLIS, A.; HARPER, R. A. **A guide to rational living**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1961.

FAGERSTRÖM, K. O. Measuring degree of physical dependency to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. **Addictive behaviors**. v.3, p. 235-41, 1978.

FAGUNDES, M. L. **Estratégias para cessação do tabagismo: uma revisão das alternativas terapêuticas**. 2010. 30f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) - Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

FERREIRA, A. M. **Tabagismo**. 2002. 39f. Monografia (Licenciatura em Ciências Biológicas) - Faculdade de Ciências da Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2002.

FIORE, M. C.; BAILEY, W. C.; COHEN S. J. et al. **Treating Tobacco Use and Dependence**. Clinical Practice Guideline. U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2000.

FOCCHI, G. R. A. Tabagismo: uma revisão. **Psychiatry On-line Brazil**. v.8, n.3, 2003. Disponível em: <[http://www.polbr.med.br/ano03/artigo0303\\_2.php](http://www.polbr.med.br/ano03/artigo0303_2.php)>. Acesso em: 03 set. 2016.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FRANÇA, S. A. S. et al. Fatores associados à cessação do tabagismo. **Rev Saúde Pública**, v.49, n.10, 2015.

FREITAS, P. B.; RECH, T. O uso da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno depressivo: uma abordagem em grupo. **Barbaroi**. n.32, 2010.

GALÃO, A. O. et al. Efeitos do fumo materno durante a gestação e complicações perinatais. **Rev HCPA**. v.29, n.3, p. 218-24, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

HAGGSTRÄM, F. M. et al. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. **J Pneumol.**, v.27, n.5, p.255-61, 2001.

HEATHERTON, T. F. et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. **Br J Addict**. v.86, n.9, p. 1119-27, 1991.

INCA (Instituto Nacional de Câncer). **Tabagismo: um grave problema de saúde pública**. 2007. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t\\_Tabagismo.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf)>. Acesso em 06 ago. 2016.

ISMAEL, S. M. C. **Efetividade da terapia cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista.** 2007. 165f. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

KIRCHENCHTEJN, C.; CHATKIN, J. M. Dependência da nicotina. In: ARAÚJO, A. J. et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **J. bras. pneumol.** v.30, suppl.2, p.S1-S76, 2004.

KNAPP, P. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

LARANJEIRA, R.; GIGLIOTTI, A. Tratamento da dependência da nicotina. **Psiquiatria na prática médica.** v. 34, n.4, 2002.

LEAHY, R. L. **Livre de ansiedade.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

LESSA, M. R.; CAMPOS, F. P. **Tabagismo como importante problema de saúde pública no Brasil.** 2011. 13f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) - Faculdade de Tecnologia e Ciências, 2011.

MARIN, N. S. et al. Tabagismo: caracterização do grau de dependência entre estudantes de medicina. **Rev Baiana de Saúde Púb.** v.36, n.2, p. 408-17, 2012.

MATOS, E. B. P. **Implantação e avaliação de um programa para controle do tabagismo na unidade básica de saúde gentil gomes.** 2009. 34f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva e Saúde da Família) - Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

MAZONI, C. G. et al. A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura. **Estudos de Psicologia.** v.13, n. 2, p. 133-40, 2008.

MEIER, D. A. P.; VANNUCHI, M. T. O.; SECCO, I. A. O. Abandono do tratamento do tabagismo em programa de Município do norte do Paraná. **Rev Espaço para Saúde.** v.13, n.1, p.35-44, 2011.

MEIRELLES, R. H. S.; GONÇALVES, C. M. C. Abordagem cognitivo-comportamental do fumante. In: ARAÚJO, A. J et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia.** v.30 (Supl 2), p. S30-S35, 2004.

MESQUITA, A. A. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. **Rev Bras de Terapia Comportamental e Cognitiva.** v.15, n. 2, p. 35-44, 2013.

MUNDIM, M. M.; BUENO, G. N. Análise comportamental em um caso de dependência à nicotina. **Rev Bras de Terapia Comport e Cognit.** v.8, n.2, p. 179-91, 2006.

NEUFELD, C. B.; MOREIRA, C. A. M.; XAVIER, G. S. Terapia cognitivo-comportamental em grupos de emagrecimento: o relato de uma experiência. **Psico.** v.43, n.1, p. 93-100, 2012.

NUNES, S. O. V. et al. A dependência do tabaco. In NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P., orgs. **Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento.** Londrina: EDUEL, 2011. p. 41-54.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e comportamentais da C.I.D. 10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PICCOLOTO, N. M.; WAINER, R.; PICCOLOTO, L. B. **Tópicos especiais em terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

PIETROBON, R. C.; BARBISAN, J. N.; MANFROI, W.C. Utilização do teste de dependência à nicotina de Fagerström como um instrumento de medida do grau de dependência. **Rev HCPA**. v.27, n.3, p. 31-6, 2007.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**. v.20, p. 161-73, 1982.

PRESMAN, S.; CARNEIRO, E.; GIGLIOTTI, A. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. **Rev. Psiq. Clín.** v.32, n.5, p. 267-275, 2005.

REICHERT, J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. **J Bras Pneumol**. v.34, n.10, p. 845-80, 2008.

REIS, R. C. M. & FORTES, R. C. Fatores associados a não cessação do tabagismo em participantes do grupo de terapia de um centro de saúde do distrito federal. **Revisa**. v.1, n.1, p.3-8, 2012.

ROSEMBERG, J. **Nicotina: droga universal**. São Paulo: SES/CVE, 2003.

SANTOS, J. **Estratégias de tratamento utilizadas no abandono do tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2014. 32f. Trabalho de Conclusão de Curso (Aprimoramento em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental) - Secretaria de Estado da Saúde (Fundap), Faculdade de Medicina de Marília, Marília, 2014.

SARDINHA, A. et al. Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro. **Rev Bras de Ter Cognitivas**. v.1, n.1, p.83-90, 2005.

SARDINHA, A. **Psicologia: como ajudar seu paciente a parar de fumar?** jul. 2014.

Disponível em: <<http://socerj.org.br/psicologia-como-ajudar-seu-paciente-parar-de-fumar/>>. Acesso em: 09 de set. 2016.

SBPT (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia). **Tabagismo**. 2011. Disponível em: <[http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/COM\\_TABAG/FACT%20SHEET%20SOBRE%20TABAGISMO%20-%202013.pdf](http://itarget.com.br/newclients/sbpt.org.br/2011/downloads/arquivos/COM_TABAG/FACT%20SHEET%20SOBRE%20TABAGISMO%20-%202013.pdf)>. Acesso em 31 ago. 2016).

SERRA, A. M. M. **Terapia Cognitivo-Comportamental: um novo conceito em psicoterapia breve**. 2015. Disponível em: <[http://www.itcbr.com/artigo\\_drana\\_tcc.shtml](http://www.itcbr.com/artigo_drana_tcc.shtml)>. Acesso em: 01 out 2016.

SHIFFMAN, S. et al. Prevenção de recaída em ex-fumantes: uma abordagem de automanejo. In: Marllat G. A., Gordon J. R. **Prevenção de recaída: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

SILVA, L. C. C. Tratamento do tabagismo. **Revista da AMRIGS**. v.54, n.2, p. 232-9, 2010.

SILVA, L. F. M.; BRANCO, M. F. C.; MICCIONE, M. M. A eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dependência química: uma revisão de literatura. **Rev Estação Científica**. n.13, 2015.

VIEGAS, C. A. A.; REICHERT, J. Tratamento medicamentoso. In: ARAÚJO, A. J et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.30 (Supl 2), p. S36-S40, 2004.

ZANELATTO N. A.; LARANJEIRA, R. **O Tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2009.

### **Termo de Responsabilidade Autoral**

Eu **Pâmela Priscila Navia**, afirmo que o presente trabalho e suas devidas partes são de minha autoria e que fui devidamente informado da responsabilidade autoral sobre seu conteúdo.

Responsabilizo-me pela monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental, sob o título “**Terapia Cognitivo-Comportamental Aplicada No Programa Antitabagismo - Revisão Bibliográfica**”, isentando, mediante o presente termo, o Centro de Estudos em Terapia Cognitivo-Comportamental (CETCC), meu orientador e coorientador de quaisquer ônus consequentes de ações atentatórias à "Propriedade Intelectual", por mim praticadas, assumindo, assim, as responsabilidades civis e criminais decorrentes das ações realizadas para a confecção da monografia.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do (a) Aluno (a)