

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Neurociências

**VARIÁVEIS CLÍNICAS E CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE
EM TABAGISTAS: IMPLICAÇÕES NO DESFECHO DO
TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR**

Lívia Freire Ferreira
Belo Horizonte
2012

Lívia Freire Ferreira

**VARIÁVEIS CLÍNICAS E CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE
EM TABAGISTAS: IMPLICAÇÕES NO DESFECHO DO
TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Neurociências da Universidade Federal de Minas
Gerais para obtenção do título de Mestre em
Neurociências

Área de Concentração: Neuropsiquiatria Clínica e Molecular
Orientador: Fernando Silva Neves
Coorientador: Leandro Fernandes Malloy- Diniz

Belo Horizonte
2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

REITOR

Prof. Dr. Clélio Campolina Diniz

PRÓ-REITOR DE PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Ricardo Santiago Gomez

COORDENADOR DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROCIÊNCIAS

Prof^a. Dr^a. Ângela Maria Ribeiro

Este trabalho contou com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Dedico este mestrado à Mariana Cortezzi

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas para agradecer!

Primeiramente, agradeço ao Harildo Norberto Ferreira e Janeth Ferreira Freire, meus pais, melhores amigos, colaboradores e ‘financiadores ocultos’ de toda minha formação. Obrigada por confiarem sempre em mim!

Aos professores Fernando Neves e Leandro Malloy- Diniz por terem aberto as portas.

À equipe do Ambulatório de Dependência Química do Hospital das Clínicas: Dr. André Leite, Dr. Frederico Garcia e todos os residentes de psiquiatria que passaram pelo Ambulatório. Todos colaboraram muito com este trabalho e sem eles, nada seria possível. Agradeço especialmente ao professor Valdir Ribeiro Campos, pela colaboração, amizade, interesse e exemplo de dedicação e respeito aos seus pacientes. Com ele aprendi que a dependência química definitivamente não é um desvio de caráter!

Agradeço também a todos os funcionários do Hospital das Clínicas - UFMG, que colaboraram na medida do possível para cumprimento deste trabalho.

Agradecimento especial à Ianne Carolina, melhor amiga do mundo, e a quem desabafei minhas ‘angústias científicas’.

À todos os amigos e familiares– que tiveram ou não paciência de ouvir o tema de minha dissertação – que durante esses dois anos me mantiveram “de pé” e feliz da vida por eu nunca ter me sentido solitária. Ao meu namorado, Fábio, pelo excepcional apoio, mesmo longe. “Eu amo muito – e para sempre - você”

Agradeço também aos colegas do Laboratório de Investigações Neuropsicológicas-LIN. Alguns deles eu tive o privilégio de conhecer “bem de perto” e nos tornamos grandes amigos! Outros nem tão próximos... Mas todos foram colaborativos sempre quando solicitados! Em especial às alunas de iniciação científica que trabalharam comigo nesses dois anos, amigas Patrícia Roggi e Alessandra Assumpção. E ao Jonas, pela disponibilidade e colaboração nas análises estatísticas.

Agradeço especialmente à amiga e professora Naraiana Tavares. Não há como agradecê-la somente com palavras, abraços ou presentes. Espero que, aprendido a lição, e tendo-a como referência de amizade, caráter e colaboração desprendidos, eu possa ser como ela foi para mim, um “anjo” para alguém; e esse alguém seja um dia um anjo para alguém, e que o mundo esteja no futuro cheios de anjos, inaugurados pela Naraiana!

SUMÁRIO

	PÁGINA
RESUMO	10
SUMMARY	12
1. INTRODUÇÃO	14
1.1. Diagnóstico da Dependência de Nicotina	14
1.2. Epidemiologia	15
1.3. Etiologia	17
1.4. Neurobiologia da Dependência de Nicotina	18
1.5. Perfil psicológico do tabagista	20
1.6. Tratamentos para Dependência de Nicotina	23
1.6.1. Tratamentos Farmacológicos	23
1.6.2. Tratamentos não farmacológicos	25
1.7. Consenso para tratamento do tabagismo	27
1.8. Preditores de resposta no tratamento	28
1.8.1. Motivação	28
1.8.2. Sintomas Clínicos	29
1.8.3. Impulsividade	30
1.9. Considerações Gerais	32
1.10. Justificativa	33
2. OBJETIVOS	34
2.1. Geral	34
2.2. Específicos	34
3. HIPÓTESES	35
4. MATERIAIS E MÉTODOS	36
4.1. Considerações éticas	36
4.2. Seleção da amostra	36
4.3. Delineamento	37
4.4. Definição da resposta ao tratamento	38
4.5. Recrutamento	39
4.6. Procedimento	40
4.7. Instrumentos de coleta de dados	41
4.7.1. Avaliação Inicial – Anamnese	41
4.7.2. Triagem	42
4.7.3. Avaliação Clínica e da Personalidade	43
4.8. Intervenção	44
4.8.1. Conteúdo das Sessões	45
4.8.2. Sessões de Manutenção	46
4.9. Análise Estatística	47
5. RESULTADOS	49
5.1. Características Sociodemográficas da Amostra	50
5.2. Dependência de Nicotina e Impulsividade	52
5.3. Fatores clínicos e de personalidade relacionados à resposta ao tratamento	54
5.3.1. Uso de medicamentos bupropiona e/ou TRN na taxa de cessação	54
5.3.2. Fatores de Impulsividade e resposta ao tratamento	56
6. DISCUSSÃO	58
7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E IMPLICAÇÕES EM PESQUISAS FUTURAS	62

SUMÁRIO (continuação)

8. CONCLUSÃO	63
8.1. Em relação às hipóteses	63
8.2. Principais conclusões	64
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

TABELAS

Tabela 1. Critérios e Diretrizes Diagnósticas para Dependência de Nicotina	15
Tabela 2. Periculosidade e impacto da dependência de diferentes substâncias	16
Tabela 3. Diretrizes das Sessões do Programa de Tratamento para o Tabagismo	46
Tabela 4. População de indivíduos que procuram o serviço no Ambulatório de Dependência Química – HC – UFMG	49
Tabela 5. Pacientes que deram início ao tratamento: taxa de cessação total	49
Tabela 6. Características sociodemográficas da Amostra	51
Tabela 7. Correlação entre Impulsividade e grau de Dependência de Nicotina	53
Tabela 8. Crosstabs: Cessação e Medicação	54
Tabela 9. Teste qui-quadrado	54
Tabela 10. Mensurações Simétricas e Magnitude de Efeito	54
Tabela 11. Risco Estimado	55
Tabela 12. Análise de regressão logística binária: Impulsividade e Cessação	56
Tabela 13. Análise de regressão logística binária: Impulsividade e Adesão Terapêutica	57

FIGURAS

Figura 1 - Efeitos da Nicotina No Sistema de Reforço Mesolímbico	19
Figura 2 - Desenho do Estudo e Níveis de Análise	38
Figura 3 - Procedimento Geral	40
Figura 4 - Correlação entre Impulsividade e gravidade da Dependência de Nicotina	53
Figura 5 - Pacientes que pararam de fumar tendo ou não usado medicamentos bupropiona e/ou TRN	55

ANEXOS

1- Registro e Identificação do Paciente Tabagista	82
2- Registro das sessões	85
3- Protocolo de Funcionamento do Programa de Tratamento para o Tabagismo do Ambulatório de Dependência Química do Hospital das Clínicas	87

DICIONÁRIO DE SIGLAS

ADQ	Ambulatório de Dependência Química
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Ideação Suicida de Beck
BIS-11	<i>Barratt Impulsivity Scale – 11</i>
BSI	Inventário de Ideação Suicida de Beck
CID-10	Classificação Internacional das Doenças – 10
CPF	Córtex Pré-Frontal
DN	Dependência de Nicotina
DSM-IV	<i>Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders –IV</i>
EM	Entrevista Motivacional
INCA	Instituto Nacional do Câncer
Mini –Plus 5.0.	Mini International Neuropsychiatric Interview
nAChrs	<i>Nicotinic acetylcholine receptors</i>
PR	Prevenção de Recaída
PTT	Programa de Tratamento para o Tabagismo
SDR	Sistema Dopaminérgico de Recompensa
TCC	Terapia Cognitivo- Comportamental
TCI	Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger
TDM	Transtorno Depressivo Maior
TRN	Terapia de Reposição de Nicotina

RESUMO: O tabagismo é uma condição crônica, de alta morbidade e mortalidade e de custo social extremamente elevado. As intervenções orientadas para a cessação de fumar apresentam relativo índice de sucesso. Porém, existem poucos dados na literatura que se propuseram a investigar características psicológicas inerentes ao paciente no desfecho do tratamento para o tabagismo. O objetivo do presente estudo foi: Em tabagistas que procuram atendimento ambulatorial, identificar i) variáveis clínicas que influenciam no desfecho do tratamento da dependência de nicotina; ii) características de personalidade relacionadas à impulsividade que influenciam no desfecho do tratamento da dependência de nicotina; e iii) comparar as taxas de sucesso terapêutico entre o grupo que usou e o que não usou a bupropiona e/ou terapia de reposição de nicotina. Trata-se de uma pesquisa de delineamento não experimental e prospectivo com intervenção após avaliação em linha de base. Posteriormente os pacientes foram alocados em diferentes grupos de acordo com os desfechos *cessação de tabaco* e *adesão terapêutica*. Na linha de base, foram aplicados os Inventários de Beck para avaliação dos sintomas de ansiedade, depressão e ideação suicida e o teste de Fargestron para avaliar gravidade da dependência de nicotina. As escalas *Barrat Impulsivity Scale* -11 e o Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger – TCI, foram aplicadas para avaliação dos traços de personalidade relacionados à impulsividade. A intervenção psicossocial seguiu o modelo proposto pelo Instituto Nacional do Câncer *Deixando de Fumar sem Mistérios*, que possui como base teórica a Abordagem Cognitivo-Comportamental. O programa é composto por quatro sessões semanais, em grupos de 10 a 15 pessoas, com duração de 90 minutos. A cada sessão, foram registrados presença, uso ou não

de medicação e status *fumando* ou não *fumando*. Apenas a taxa de cessação e adesão terapêutica dos pacientes na quarta sessão de grupo foi considerada para análise. Os resultados encontrados foram: i) na análise de correlação de Pearson, diferentes graus de dependência de nicotina associaram-se com impulsividade total da escala BIS-11 ($R^2 = (0.293)^2 = 0,086$ $p=0.03$); ii) o uso de medicamentos bupropiona e/ou terapia de reposição de nicotina apresentou *odds ratio* = 4,06 (I.C. 1,1 – 14,15; $p= 0.02$) e magnitude de efeito moderada (*Cramer's V* = 0,314) para cessação de tabaco; iii) no modelo de regressão logística os parâmetros de impulsividade não se associaram aos desfechos cessação e adesão terapêutica ($p > 0,05$). Conclui-se que a gravidade da dependência de nicotina relaciona-se com impulsividade e, em nosso estudo, apenas o uso de medicamentos bupropiona e/ou terapia de reposição de nicotina foi preditor de cessação no tratamento.

Palavras-chave: tabagismo, impulsividade, desfecho no tratamento.

SUMMARY: The nicotine dependence (ND) is a chronic condition, with high morbidity and mortality and has a high social cost. Interventions for smoking cessation have shown some success rate. However, few are studies that sought to investigate the psychological characteristics inherent to the patient on treatment outcomes for ND. The aim of this study was: in smokers, identify i) clinical variables that influence treatment outcomes of ND; ii) personality traits related to impulsivity that influence treatment outcomes of DN , and iii) to compare the cessation rates between the treatment group who used and did not use bupropion and / or nicotine replacement therapy. This is a non-experimental prospective research, evaluation in baseline after intervention. The patients were divided into different groups according to smoking cessation and adherence outcomes. At baseline, were applied Beck Inventories to assess symptoms of anxiety, depression and suicidal ideation and The Fargestron Test to assess severity of ND. The Barratt Impulsivity Scale (BIS) -11 and Temperament and Character Inventory - TCI, were applied to assess personality traits related to impulsivity. The psychosocial intervention followed the model proposed by the National Cancer Institute, which has The Cognitive-Behavioral Approach as its theoretical basis. The program consists of four weekly sessions in groups of 10 to 15 people, and 90 minutes of duration. At each session, were recorded presence, use or nonuse of medication and not smoking or smoking status. Only the rate of smoking cessation and adherence of patients in the fourth session was considered for analysis. The results were: i) in the Pearson's correlation, degrees of nicotine dependence were associated with impulsivity total score on BIS-11 ($R^2 = (0.293)^2 = 0.086$ $p = 0.03$), ii) the use of bupropion and / or nicotine replacement therapy had an odds ratio = 4.06 (CI 1.1 to 14.15, $p = 0.02$) and effect size was moderate (Cramer's $V = .314$) for

tobacco cessation; iii) logistic regression model parameters were not associated impulsivity with cessation or adherence outcomes ($p > 0.05$). We concluded that the severity of nicotine dependence is related to impulsivity and, in our study, only the use of bupropion and / or nicotine replacement therapy was predictive of success in the treatment cessation.

Keywords: nicotine dependence, impulsivity, treatment outcomes.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é um transtorno aditivo caracterizado pela dependência física e psicológica do consumo de nicotina, substância presente no tabaco (OMS, 2007). O tabaco é um produto de consumo lícito e, juntamente com o álcool, constitui uma das drogas de maior impacto em termos de saúde pública (OMS, 2007). O tabagismo é o principal fator de risco para doenças coronarianas, pulmonares e de neoplasias (Brick, 2008; Steinberg & Schmelzer, 2010).

1.1. Diagnóstico da Dependência de Nicotina

Segundo o DSM-IV e o CID-10 o diagnóstico de dependência de nicotina é estabelecido quando o paciente apresenta padrão de uso compulsivo, tolerância e quadro de abstinência (Tabela 1). O teste de Fargestron (Japuntich et.al., 2009) é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a gravidade da DN. O questionário é composto por questões acerca dos sintomas relacionados à tolerância e abstinência de nicotina que se refletem na quantidade de cigarros consumidos diariamente. Um estudo recente mostrou que a quantidade de tempo decorrida entre o despertar matinal e o uso do primeiro cigarro é um indicador suficiente para se atestar o grau da dependência (Baker et.al., 2007).

Tabela 1 - Critérios e Diretrizes diagnósticas para Dependência de Nicotina

Manuais Classificatórios	DSM – IV	CID- 10
Padrão de consumo	a. Consumo de nicotina diário por semanas.	<i>É necessária a presença de três ou mais itens para o diagnóstico:</i>
		a. Um forte desejo ou compulsão para consumir a substância; b. Dificuldade de controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo.
Abstinência	<i>b. Apresentação dos seguintes sintomas com a interrupção súbita ou redução acentuada do consumo de nicotina por 24 horas ou mais:</i> - estado eufórico ou depressivo - insônia – ansiedade - dificuldades de concentração – inquietude - diminuição da frequência cardíaca - aumento do apetite e/ou do peso.	c. Um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido ou pelo uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
Tolerância	-----	d. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.
Curso e impacto do Transtorno	c. Os sintomas descritos no critério b provocam mal-estar significativo, com deterioração social, laborativo ou em outras áreas importantes da atividade do indivíduo.	e. Abandono progressivo e prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos.
		f. Persistência do uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas.

1.2. Epidemiologia

Estima-se que um terço da população mundial adulta (47% dos homens e 12% das mulheres) seja fumante (WHO, 2000). Anualmente, entre o período de 1995 a 1999, só nos Estados Unidos o fumo foi responsável por 440.000 mortes prematuras (SG, 2012) (Tabela 2). Estima-se que em todo o mundo morram cerca de cinco milhões de pessoas por ano em consequência de doenças provocadas pelo tabaco (WHO, 2012).

No Brasil, um terço da população adulta é tabagista e estima-se a ocorrência de 200 mil mortes anuais relacionadas ao uso do tabaco. O custo social é extremamente elevado, cerca de 10% dos gastos com internação e quimioterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) são atribuídos a doenças relacionadas ao consumo do tabaco (INCA, 2011).

Até meados dos anos 80 o tabagismo era considerado apenas um hábito (Mars & Ling, 2008). Desde então passou a ser considerado um transtorno psiquiátrico, pois os pacientes acometidos apresentam padrão de uso crônico e recidivante muito similar aos outros transtornos aditivos (Grant et.al., 2010; Steinberg & Shmelzer, 2010).

Tabela 2 - Periculosidade e impacto das diferentes dependências de substâncias

	Álcool	Cocaína	Heroína	Tabaco
Intoxicação	Alta	Moderada	Alta	Baixa
Dependência Psicológica	Moderada	Moderada	Alta	Alta
Síndrome de abstinência	Alta	Moderada	Alta	Alta
Risco médico significativo	Doenças do fígado, doenças coronarianas, pancreatite, câncer.	Doenças coronarianas, ataque cardíaco, danos nas vias aéreas, infecção, danos gastrointestinais e renais.	Infecção, insuficiência respiratória.	Doenças do coração e pulmonar, diversos cânceres, ataque cardíaco, infecções pulmonares.
Mortes por ano*	150.000	2.000	2.000	400.000

* dados dos Estados Unidos. Tabela adaptada de Brick, 2008.

1.3. Etiologia

A maioria dos indivíduos tabagistas relata início do primeiro contato com o cigarro entre os 11 e 13 anos de idade e a dependência por Nicotina (DN) usualmente se estabelece após algumas semanas ou meses de uso persistente (INCA, 2004).

Cerca de 90% dos jovens e adolescentes que experimentam cigarros apresentam dependência de nicotina aos 19 anos de idade (OPS, 1995). Malcon et.al. (2003) mostraram que os principais fatores de risco para tabagismo na adolescência, em uma análise multivariada, foram: maior idade, contato com outros fumantes (familiares e amigos) e baixa escolaridade. Porém, diversos outros fatores parecem influir na probabilidade de experimentar o cigarro durante a adolescência tais como, fatores genéticos, características de personalidade e disponibilidade do produto (Breslau et.al., 2001; Nguyen & Anthenelli, 2008; Pahl et.al., 2010).

A etiologia da DN é multifatorial, ou seja, é mediada por fatores genéticos e ambientais (Lerman et.al., 2007; Nguyen & Anthenelli, 2008). Os fatores genéticos respondem por 60-70% da variância fenotípica (Madden & Lynskey, 2002; Tyndale, 2003). Os estudos realizados para a identificação de genes associados à dependência de nicotina usam geralmente duas estratégias na pesquisa de polimorfismos genéticos: 1) comparação de traços de personalidade e/ou comportamento entre fumantes e não fumantes (Comings et.al., 1996a; Comings et.al., 1996b; Comings et.al., 1997; Bermam et.al., 2002), 2) polimorfismos relacionados à expressão proteica de substratos do sistema dopaminérgico de recompensa (SDR) (Figura 1); e 3) polimorfismos relacionados à expressão de enzimas metabolizadoras da nicotina (Lerman et.al., 2007). Ainda, parece haver uma relação entre predisposição genética

para tabagismo e certos transtornos psiquiátricos, como depressão e esquizofrenia (Grant et.al., 2004). Em síntese, sugere-se que a vulnerabilidade genética somada a um ambiente de risco (disponibilidade, ambiente familiar caótico e outros) (Halpern, 2002), seria a base etiológica dos transtornos aditivos.

1.4. Neurobiologia da Dependência de Nicotina

A nicotina atua através da interação agonística com receptores acetilcolinérgicos nicotínicos (nAChrs) que são amplamente distribuídos no SNC. A administração continuada de nicotina provoca aumento (um a três vezes) da densidade de nAChrs (Balfour, 1982; Mico et.al., 2000).

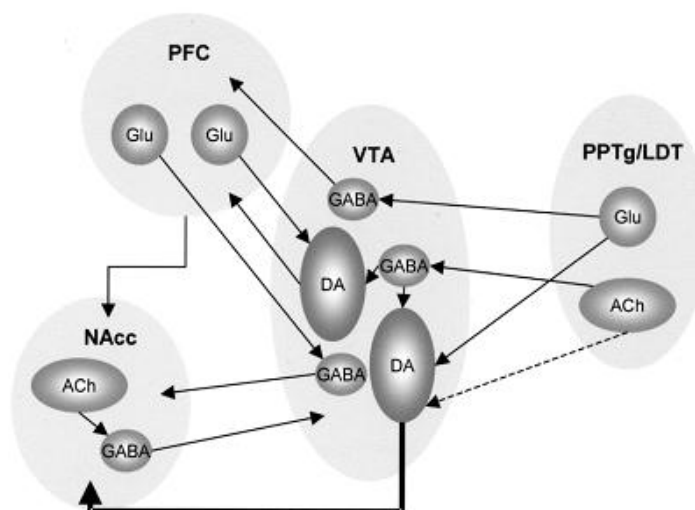


Figura 1 - Efeitos da nicotina no sistema de reforço mesolímbico

A nicotina fumada ativa receptores acetilcolinérgicos nicotínicos, estimulando a liberação de diversos neurotransmissores excitatórios e inibitórios e na liberação de dopamina, o que reforçará os comportamentos associados ao fumo. No diagrama, os neurônios dopaminérgicos da área tegumentar ventral (VTA) do mesencéfalo projetam seus axônios para o núcleo acumbente (NAcc) no estriato ventral e para o córtex pré-frontal (CPF). As interconexões entre neurônios dopaminérgicos (DA), acetilcolinérgicos (ACh), GABAérgicos (ácido γ -aminobutírico GABA) e glutamatérgicos (GLu) nestes núcleos cerebrais envolvidos na mediação do efeito reforçador das drogas são mostrados no diagrama. PPTg/LDT = núcleos tegumentares dorsolateral e pedúnculo pontino (Ilustração gentilmente cedida por Daniel McGehee (Fazen et.al., 2003).

Assim, como mecanismo final de ação comum a todas as drogas, a nicotina age sobre o sistema motivacional, o sistema dopaminérgico mesolímbico ou SDR, sendo esse considerado a base biológica dos comportamentos aditivos (Pierce & Kamareesan, 2006). A atuação de substâncias psicoativas no SDR, tanto direta ou indiretamente, culmina na liberação de dopamina em resposta à recompensa esperada. Isso provocará o fortalecimento das conexões sinápticas em vias neurais ativadas durante o comportamento que esteve associado à recompensa. O estímulo constante de neurônios dopaminérgicos gerará sensibilização, degeneração e reestruturação dos mesmos. Isso se refletirá, entre outros, no processo de tolerância da substância de abuso e, concomitantemente, na busca compulsiva pela mesma (Kohnke, 2008).

1.5. Perfil psicológico do tabagista

Associado à dependência fisiológica que a nicotina estabelece, sabe-se que dependência comportamental é um importante fator relacionado ao tabagismo e seu tratamento (Steinberg & Schmelzer, 2010). Decorrido o tempo de busca por sensações prazerosas pelas drogas (mecanismo de reforço positivo), onde a

impulsividade tem implicações acerca da probabilidade de estado experimentação, estabelece-se a dependência pela substância. O estado de dependência promove a compulsão na busca pelo consumo da substância de abuso (mecanismo de reforço negativo), que ocorre como resposta à tentativa de atenuar os sintomas de abstinência e fissura (Willians & Potenza, 2008).

A compulsão, fenômeno comportamental em geral associado a disfunções do córtex pré-frontal (CPF), consiste em um prejuízo no controle dos impulsos, padrão comportamental típico de todos os transtornos aditivos (Grant et.al., 2010). A impulsividade é definida por Moeller et.al. (2001) como: "(...) uma predisposição para reações rápidas e não planejadas a estímulos internos ou externos, com desconsideração ou não previsão de consequências negativas dessas reações ao indivíduo impulsivo ou para os outros"; decorre de falhas em processos cognitivos relacionados às funções executivas (chamadas funções do CPF), sendo essas disfunções frequentes na síndrome de abstinência em decorrência do estado de fissura (Brewer & Potenza, 2008). Sugere-se que a gravidade e percepção dos sintomas de abstinência, no entanto, dependem de fatores como sensibilidade ao estresse (Brown et.al., 2008) ou gravidade da dependência (Kahler et.al., 2009).

Ainda considerando o conceito de impulsividade, o processo de tomada de decisão corresponde ao controle do impulso de responder a estímulos reforçadores imediatos considerando consequências negativas e/ou reforço de maior magnitude futuros (Bechara & Damasio, 2002; Bechara et.al., 2005). Pessoas com dependência química apresentam inabilidade para fazer escolhas relacionadas ao uso de drogas: uma pobre tomada de decisões é evidente quando indivíduos persistem em buscar a substância de abuso mesmo quando vivenciam efeitos adversos negativos (Bechara,

2005). Bechara et.al. (2002) descrevem o comprometimento como uma “miopia para o futuro”, ou “hipersensibilidade ao reforço imediato”.

Enfim, há a hipótese de que um prejuízo em controle dos impulsos teria como consequência o fracasso nas tentativas de abandono do uso, e, portanto, prognóstico negativo. Assim, é sugerido que a integridade dessa função é amplamente implicada no desfecho do tratamento dos transtornos por aditivos, seja na motivação para mudança, seja para manutenção da abstinência.

É estabelecido na literatura que o tabagismo está associado aos transtornos psiquiátricos (Grant et.al., 2004) bem como presença de sintomas pré-morbidos desses (Kirsten et.al., 2009; Businelle et.al., 2009; Zvolensky et.al., 2011). Quando comparado com não tabagistas, fumantes apresentaram escores mais elevados de traços de personalidade associados à ansiedade e ao transtorno depressivo maior (TDM) mesmo quando não preenchem critérios diagnósticos para ambos (Zvolensky et.al., 2011). Sugere-se que indivíduos mais ansiosos e/ou com sintomas de depressão são mais propensos ao tabagismo, onde o consumo de tabaco seria então uma estratégia desadaptada de enfrentamento (Leventhal, 2010; Kahler et.al., 2011,).

Com relação à personalidade associados à impulsividade, muitas pesquisas propõem a investigação de determinados traços e suas relações com o tabagismo: traços específicos que não necessariamente coocorrem com transtornos psiquiátricos ou de personalidade (Michael et.al., 2011). Diversos estudos observaram que indivíduos tabagistas mostram elevação de traços relacionados à desinibição comportamental,

ou seja, maior impulsividade¹ (Bardo et.al., 1996; Roberti, 2004; Tyndale, 2003, Terracciano et.al., 2008; Ibáñez et.al., 2010). A inibição comportamental (correspondente ao fenótipo neuropsicológico de controle de impulsos) possui forte componente genético e parece pouco modificar ao longo da vida. Sugere-se que podem ser tanto preditores da experimentação quanto obstáculo para o tratamento (ver revisão de Roberti, 2004; Antolin, 2009). No entanto, os achados ainda são inconclusivos, sendo necessários maiores investigações que corroboram essa hipótese.

Assim, a presença de sintomas pré-mórbidos de ansiedade e depressão, mesmo quando os sujeitos não preenchem os critérios diagnósticos, e de determinados traços de personalidade relacionados ao controle dos impulsos prejudicado tanto pode relacionar-se com a etiologia do transtorno (experimentação) quanto em relação gravidade da dependência (manutenção) e resposta a tratamento.

1.6. Tratamentos para Dependência de Nicotina

Cerca de 70% dos fumantes expressam vontade de parar de fumar, mas menos de 5% deles conseguem abster-se por longo prazo sem ajuda profissional. Com o

¹ Há diferentes construtos e respectivos instrumentos utilizados que resultam em denominações específicas de traços de personalidade relacionados à impulsividade. De maneira generalizada, o traço extroversão do modelo de Eysenck de personalidade corresponde ao busca por novidades no Modelo Psicobiológico de Personalidade de Cloninger, e à busca por sensações no modelo de Zuckerman. São relativos à inibição comportamental, componente essencial para sobrevivência, comuns a todos os mamíferos e de substrato neurobiológico semelhante (Cogdon & Canli, 2008).

entendimento dos efeitos neurais da nicotina, algumas opções terapêuticas efetivas já foram desenvolvidas (Nguyen & Anthenelli, 2008; Jiloha, 2010) e outras como a vacinação tem mostrado resultados promissores em ensaios terapêuticos (Leader et.al., 2010).

1.6.1. Tratamentos farmacológicos

Atualmente existem três medicamentos aprovados para o tratamento do tabagismo: bupropiona, terapia de reposição de nicotina (TRN) e a vareniclina (Jupp & Lawrence, 2010).

A TRN objetiva a abstenção de tabaco atenuando os sintomas da síndrome de abstinência e reduzindo a fissura. Em geral, TRN mostra aumento na taxa de cessação entre 50 a 70% quando comparado com placebo (Amodei & Lamb, 2010). No Brasil são disponibilizados as versões em goma de mascar e adesivos, com diferentes concentrações que podem ser administrados dependendo do nível de dependência que o paciente apresenta (Nguyen & Anthenelli, 2008).

A bupropiona é um antidepressivo monocíclico introduzido no mercado nos anos 80. Trata-se de um fraco inibidor de captação dopamina e norepinefrina na fenda sináptica do SNC e postula-se que poderia ter efeito antagonista nos receptores de nAChrs (Jump & Lawrence, 2010). Os mecanismos de ação da bupropiona na cessação do tabaco ainda não foram eluciados. Sugere-se que ela reduz a fissura e a quantidade de recaídas, associado com redução de ativação de regiões do CPF e

límbicas frente á estímulos que eliciam a busca compulsiva pelo fumo (Kahler et.al., 2011). O uso de bupropiona praticamente dobra as taxas de cessação de cigarro, quando comparados com placebo (Hughes, 2003).

A Vareniclina, aprovada desde o ano de 1996, é a mais recente medicação para tratamento do tabagismo (Hays & Ebbert, 2008). A vareniclina é um agonista parcial de nAChrs $\alpha 4\beta 2$ e, dependendo do estado destes receptores, pode agir como agonista ou antagonista. Ela ativa receptores nicotínicos elevando os níveis de dopamina no sistema mesolímbico o que, teoricamente, deveria diminuir alguns dos sintomas associados com síndrome de abstinência da nicotina. No entanto, na presença de nicotina, a ação da vareniclina mais provável é como um antagonista competitivo por ligação aos nAChRs $\alpha 4\beta 2$ e prevenção de nicotina a partir ocupação destes receptores. A hipótese é que o efeito deste antagonista suprime os efeitos reforçadores da nicotina (Faessel et.al., 2006). Em um ensaio randomizado, duplo- cego, controlado por placebo e/ou bupropiona realizado em amostra composta por indivíduos adultos que fumavam mais que 10 cigarros diariamente mostrou-se que os grupos que receberam a vareniclina tiveram taxa maior de abstenção (44,2%) quando comparados com aqueles que usaram bupropiona (29,7%), ou comparados com placebo (17.7%) (Jorenby et.al., 2006).

Por fim, a nortriptilina (Proschaska et.al., 1998) e a clonidina (Glassman et.al., 1984; Proschaska et.al., 1992) são considerados tratamentos de eficácia intermediária e por isso considerados de segunda linha. O primeiro trata-se de um antidepressivo tricíclico e o segundo possui uma ação agonista alfa adrenérgica inibindo atividade do sistema nervoso simpático. Ambos podem reduzir os sintomas de abstinência e são

utilizados quando há contraindicação no uso dos medicamentos considerados como sendo de primeira linha (Fiore et.al., 2000, INCA, 2004).

1.6.2. Tratamentos não farmacológicos

Além da farmacoterapia, nas últimas décadas, várias abordagens psicossociais têm sido testadas no tratamento da DN (Deihl et al, 2001). As mais estudadas foram a Entrevista Motivacional, a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Prevenção de Recaídas.

Entrevista Motivacional (EM) consiste em um conjunto de técnicas que visam principalmente à entrada em tratamento, por alterar o nível motivacional e a percepção dos problemas relacionados ao transtorno. Miller & Rollnick (2002) descrevem a EM como “estilo de aconselhamento que ajuda o paciente a explorar e resolver a ambivalência relacionada com a mudança de comportamento”. Assim, o objetivo da EM é alterar o estágio motivacional do paciente, levando-o a planejar e executar a mudança de comportamento e estilo de vida (Sales et.al., 2001). Em uma recente metanálise a EM mostrou-se eficaz na taxa de cessação de cigarros em tabagistas (Heckman et.al., 2010).

Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é definida como um conjunto de técnicas semiestruturadas, objetivas e orientadas para metas. Tem como pressuposto que pensamentos, crenças, sentimentos e circunstâncias desadaptativas são base do comportamento disfuncional (Beck & Beck, 2011). A TCC prioriza a utilização de

técnicas que visam o desenvolvimento de: motivação para mudança, identificação de situações de risco e estratégias de enfrentamento para prevenir ocorrência de recaídas, manejo de fissura e angústia, treinamento da assertividade, habilidades em resolução de problemas, planejamento e tomada de decisões e modificação do estilo de vida. No tratamento da DN, tais técnicas têm como objetivo final gerarem mais recursos cognitivos e comportamentais para manutenção da abstinência. Em uma meta análise que avaliou eficácia da TCC na cessação do tabagismo, a taxa de sucesso terapêutico foi em torno de 40%, resultado superior ($p < 0.05$) quando comparado a placebo (Lancaster et.al., 2000). A taxa de abstenção tem se mostrado diretamente proporcional ao tempo dedicado na abordagem do fumante durante a TCC (Fiore et.al., 2000; Killen et.al., 2008). Quando a intervenção é associada à farmacoterapia, a taxa de abstinência é maior que quando em tratamentos isolados (Azevedo et.al.2009; Strong et.al. 2009) se mantêm entre 25% a 30% durante o primeiro ano (Lancaster et.al., 2000). Porém tais resultados parecem não se manter por longo prazo (Prochaska, 2000), fazendo-se necessários outros estudos para maior esclarecimento dos fatores associados.

Prevenção de Recaída (PR) é uma das principais técnicas utilizadas para tratamento de todas as dependências químicas, e constitui umas das estratégias da TCC. Segundo Marlatt e Gordon (1985), a PR consiste em um conjunto de técnicas que visam à identificação de situações de risco e treinamento de estratégias de enfrentamento que objetivam aumentar a autoeficácia para lidar com situações futuras. Especificamente, o paciente deve ser apto a recuperar-se de um lapso a partir do desenvolvimento de habilidades de manejo do mesmo, prevenindo o retorno ao padrão inicial de uso. Um novo estilo de vida também deve ser implantado, no qual

haja equilíbrio entre as fontes de estresse e os recursos desenvolvidos para lidar com elas (Kirshenbaum, 2009).

1.7. Consenso para tratamento do tabagismo

Em agosto de 2000, durante o I Encontro de Consenso Nacional de Abordagem e Tratamento do Fumante, organizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) com a colaboração de outras instituições e especialistas do setor, estabeleceu um documento único (INCA, 2001) sobre as condutas a serem empregadas no tratamento do fumante no Brasil, tendo como eixo teórico a Abordagem Cognitiva-comportamental que “combina intervenções cognitivas, e treinamento de habilidades comportamentais, visando à cessação e a prevenção de recaídas” (US Department, 1992; Jarvik & Henningfield, 1993). Também foi estabelecido consenso para a utilização dos medicamentos que já possuem comprovada eficácia, bem como as diretrizes para sua utilização.

As diretrizes para o tratamento da DN seguem condutas internacionais (US Department, 1992; Jarvik & Henningfield, 1993) baseados em estudos que comprovam eficácia das intervenções. Assim, estabeleceu-se como abordagem psicossocial específica e intensiva o *Programa de Tratamento para o Tabagismo* (PTT) “Deixando de Fumar Sem Mistérios”, composto por sessões de grupo com acompanhamento especializado de até um ano. As sessões contêm material informativo, psicoeducação, técnicas de prevenção de recaídas, treinamento de

habilidades e técnicas de solução de problemas e de manejo do estresse e devem ser conduzidas por um profissional devidamente capacitado. (cap. 05: INCA, 2004).

1.8. Preditores de resposta no tratamento

Cerca de 70% dos fumantes manifestam a intenção de parar de fumar, mas poucos conseguem ter sucesso sem apoio de profissionais de saúde. Ao pararem de fumar, um terço dos indivíduos ficam abstêmios por apenas dois dias enquanto que 3 a 5% ficam sem fumar por pelo menos um ano e podem ser considerados como bem sucedidos (veja revisão de Jarvik, 1993).

1.8.1. Motivação

Embora haja alguma controvérsia, de maneira geral, motivação têm se mostrado como um dos principais fatores que garantem a cessação (Bardo & Schnur, 2009; Hughes, 2009; Tevyaw et.al., 2009; Martinez et.al., 2010; Amodei & Lamb, 2010), e apresenta-se como uns dos mediadores na eficácia da bupropiona (McCarthy et.al., 2008). Sabe-se que o processo motivacional e prontidão para mudança modulam o controle cognitivo, isto é, habilidade de resistir à tentação com a fim de alcançar objetivos em longo prazo (Pierce & Kumaresan, 2006). Porém, motivação pode estar relacionada com uma gama de características hereditárias, psicológicas, fisiológicas e ambientais (Leventhal, 2009).

Ainda, uma vez que a motivação antecipa funções como planejamento e tomada de decisões para interrupção do consumo, aspectos como tolerância ao estresse que decorre da síndrome de abstinência e padrão comportamental para solução de problemas são também importantes aspectos relacionados à manutenção da abstinência. Ou seja, vários componentes psicológicos associados ao funcionamento cognitivo e perfis de personalidade são recrutados e, portanto, diferenças nesses provavelmente são preditores de sucesso no tratamento (cap.07: INCA, 2004).

1.8.2. Sintomas clínicos

Além da falta de motivação, vários outros fatores se constituem como obstáculo no sucesso do tratamento. Alguns estão relacionados com características individuais tais como perfil sociodemográfico, comorbidades psiquiátricas de ansiedade e humor (MacPherson et.al., 2007; Piper et al., 2010; Piper et.al., 2011), codependência com álcool e outras drogas (MacPherson et.al., 2007; Kahler et.al., 2010). Outros fatores estão relacionados com gravidade da síndrome de abstinência e da ocorrência de fissura (Leventhal et.al., 2010, Gilbert et.al., 2000. Shapiro et.al., 2002; Shiffman, 2002). Alguns autores também apontam intolerância ao estresse como um fator relacionado à fissura (Doherty et.al., 1995; Brown et.al., 2008) e que aumenta o risco de relapso ao longo do primeiro ano após o tratamento para cessação de tabagismo (Cosci et.al., 2009).

1.8.3. Impulsividade

Em pesquisas que investigaram o impacto de determinadas características neuropsicológicas na cessação e manutenção da abstinência após intervenções para o tabagismo, observou-se que pacientes mais impulsivos, ou seja, com prejuízo de controle inibitório, possuem maiores dificuldades em manter a abstinência no período pós-intervenção (Kahler et al., 2009; Doran et al., 2007; Vanderveen et al., 2008). Uma vez que as funções executivas permitem ao indivíduo planejar, direcionar, executar, avaliar e monitorar seu comportamento para atingir objetivos, estas estão diretamente relacionadas aos comportamentos compulsivos de uso de drogas na medida em que aumentam a capacidade de se tolerar os efeitos negativos que ocorrem durante a síndrome de abstinência (Bechara, 2005).

Poucos estudos têm investigado o impacto da personalidade relacionada à impulsividade sobre a cessação do tabagismo. Leventhal et al. (2007) e Etter (2010) observaram que escore elevado do traço busca por novidades está associado à maior gravidade dos sintomas de abstinência do tabaco. Kahler et al., (2009) observaram que tabagistas com grau elevado do traço de busca por sensações relacionam-se com menor taxa de cessação, principalmente em adultos mais jovens. Cosci et al. (2009) observaram que altos escores de *neuroticismo* e *psicoticismo* (traços relacionados ao padrão ansioso de comportamento e inversamente relacionados à impulsividade) influenciaram negativamente a resposta no tratamento de pacientes que tentaram parar de fumar usando TRN. O traço persistência encontra resultados controversos (Brandon et al., 2003; Kalman et al., 2010), sugerindo a reavaliação do construto.

Há ainda outros fatores que se associam ao fracasso no tratamento: motivos inconsistentes para parar de fumar e percepção favorável quanto ao tabaco (Hughes, 2009), sedentarismo (Prochaska et.al., 2008), hostilidade (Kahler et.al., 2009) e afeto negativo (Toll et.al, 2007) e estratégias de enfrentamento do tipo esquivo/ ansioso mostraram relação com desfecho mal sucedido (Johnson et.al., 2009. Leventhal et.al., 2010). Porém, parece necessário um consenso acerca dos construtos de características psicológicas a fim de garantir generalização dos achados.

1.9. Considerações Gerais

As intervenções orientadas para a cessação de fumar apresentam relativo índice de sucesso. Porém, existem poucos dados na literatura que se propuseram a investigar características psicológicas – inerentes ao paciente – no desfecho do tratamento para DN, correspondendo, no entanto, á variáveis de grande impacto na modulação dos comportamentos relacionados à eficácia nos tratamentos. A maioria dos estudos sobre preditores de resposta no tratamento são transversais, sendo os longitudinais mais escassos e, nos últimos 30 anos, a maioria deles investigaram somente as

variáveis sociodemográficas, como renda, escolaridade, etnia e outros e de padrão e história de consumo (Brower & Perron, 2010).

A impulsividade pode ser um dos principais fatores que alteram a probabilidade de recaída, refletindo num pior prognóstico. O controle dos impulsos relacionado ao planejamento e a traços de personalidade correspondentes a ativação comportamental, possuem como substrato, entre outros, o sistema dopaminérgico (Bardo et.al., 1996; Antolin, 2009), que é, além disso, o sistema mais implicado em transtornos aditivos (Pierce & Kumaresan, 2006; Congdon & Canli, 2008). As disfunções desses parecem estar relacionadas tanto à maior probabilidade de experimentação (fator de risco de aquisição) quanto à um pior prognóstico no tratamento (Conde et.al. 2005; Bechara, 2005). Uma vez que os transtornos aditivos possuem como principal característica comportamental a compulsão na busca pela substância de abuso, nós hipotizamos que traços de personalidade correspondentes à ativação comportamental e controle inibitório (impulsividade) sejam importantes fatores implicados em desfechos relativos às intervenções para o tratamento do tabagismo.

Assim, nesse trabalho, o principal objetivo foi avaliar o impacto de variáveis clínicas e de características de personalidade relacionadas à impulsividade sobre o desfecho em um tratamento para dependência de nicotina.

1.10. Justificativa

O tabagismo é uma condição crônica, de alta morbidade e mortalidade, de custo social extremamente elevado. Alguns tratamentos para DN já possuem evidência de

eficácia e são amplamente disponibilizados no Sistema único de Saúde do Brasil, em acordo com as diretrizes do INCA. No entanto, restam questões acerca do perfil psicológico dos pacientes enquanto preditores de desfechos nos tratamentos, bem como implicações desses na eficácia das intervenções.

A identificação de características prevalentes em tabagistas associadas ao sucesso do tratamento poderá possibilitar melhor compreensão sobre o efeito de determinadas intervenções em interação com as peculiaridades dos sujeitos em tratamento. Nesse sentido, tal conhecimento poderá permitir o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de tratamento, na medida em que as intervenções poderão ser indicadas conforme o perfil dos pacientes. O impacto desse conhecimento se dará diretamente sobre a alocação dos recursos disponíveis para o tratamento do tabagismo de modo a garantir a otimização do serviço, bem como promover melhorias no atendimento e no tratamento do tabagismo.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Avaliar a influência de variáveis clínicas e de características de personalidade relacionadas à impulsividade no tratamento da dependência de nicotina.

2.2. Específicos

- Avaliar se existe correlação entre gravidade da dependência de nicotina e impulsividade;

- Identificar variáveis clínicas que influenciam no desfecho do tratamento da dependência de nicotina;
- Identificar características de personalidade relacionadas à impulsividade que influenciam no desfecho do tratamento da dependência de nicotina.
- Comparar as taxas de sucesso terapêutico entre o grupo que usou e o que não usou a bupropiona e/ou TRN.

3. HIPÓTESES

- (H1) Diferentes graus de dependência de nicotina associam-se com traços de personalidade associados à impulsividade;

(H0) Não há relação entre grau de dependência de nicotina com traços de personalidade associados à impulsividade.

- (H2) O uso de medicamentos bupropiona e/ou terapia de reposição de nicotina aumenta significativamente a taxa de cessação no tratamento;

(H0) A taxa de cessação no tratamento não possui relação com uso de medicamentos bupropiona e/ou terapia de reposição de nicotina.

- (H3) Pacientes com elevação de traços de personalidade associados à impulsividade alcançam menores taxas de cessação e adesão terapêutica.

(H0) Não há associação entre impulsividade e desfechos no tratamento.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1. Considerações éticas

Este estudo foi adequado às exigências do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP e aprovado sob o título: “Avaliação de Fenótipos Neuropsicológicos e Preditores de Desfecho do Tratamento em Pacientes com Diagnóstico de Dependência Química”, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Projeto CAAE – 0627.0.203.000 – 11.

Os sujeitos só foram incluídos no estudo após serem adequadamente informados sobre os procedimentos e preencherem o termo de consentimento livre e esclarecido.

4.2. Seleção da amostra

Neste estudo foram recrutados pacientes diagnosticados como tabagistas que procuraram o Ambulatório de Dependência Química (ADQ) no Anexo Bias Fortes (ABF) do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Minas Gerais, com o objetivo de parar de fumar, que deram início ao tratamento e adequavam-se aos critérios de inclusão/exclusão. Os critérios gerais de inclusão no estudo foram:

- Mínimo de cinco anos de escolarização formal;
- Idade entre 18 e 65 anos (inclusive);
- Diagnóstico de DN segundo o DSM-IV
- Não preencherem critérios diagnósticos para abuso e dependência de álcool e/ou outras drogas;
- Não ter sido submetido à Eletroconvulsoterapia nos seis meses que antecederam a avaliação;
- Não possuir histórico de Acidente Vascular Cerebral e/ou epilepsia.

4.3. Delineamento

De acordo com os objetivos, a pesquisa possui delineamento não experimental e prospectivo com intervenção após avaliação em linha de base. Nesse caso, posteriormente os pacientes foram alocados em diferentes grupos de acordo com o desfecho elegido.

A amostra foi composta por pacientes que deram início ao tratamento e responderam as avaliações. Para taxa de cessação de tabaco, foi realizada uma análise “Intenção ao Tratamento”, onde os pacientes que abandonaram o tratamento proposto (*abandono*) são considerados como ainda sendo fumantes. Este procedimento é comumente utilizado em pesquisas observacionais que avaliam taxa de resposta em tratamentos (Grant et.al., 2007).

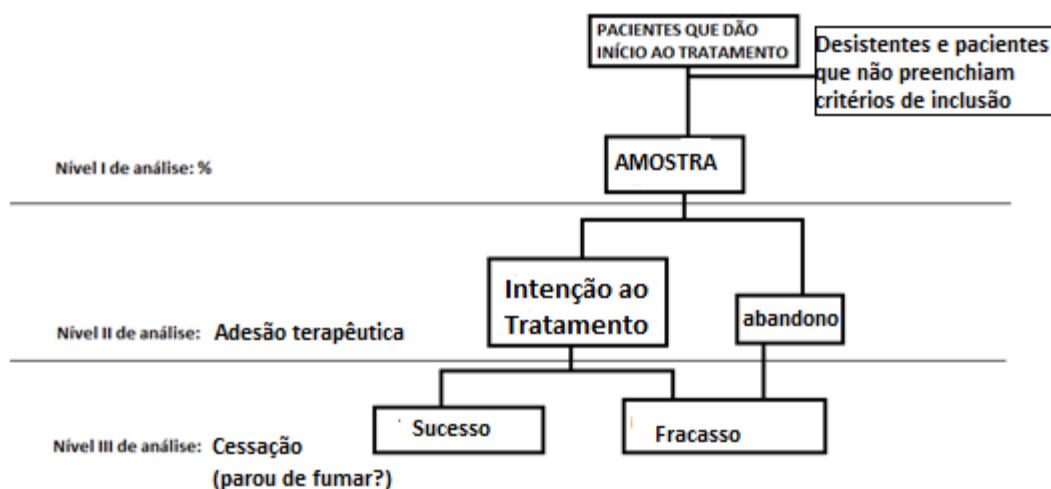


Figura 2 - Desenho do estudo e níveis de análise

Assim, os grupos foram definidos de acordo com as respostas ‘adesão terapêutica’ e ‘cessação’, correspondentes ao tratamento.

4.4. Definição da resposta ao tratamento

Duas respostas ao tratamento foram consideradas de maneira dicotômicas, sendo elas:

- *Adesão terapêutica (Intenção ao tratamento) (nível II)*: se compareceu ou não às quatro sessões do PTT e tomou medicamento conforme recomendação psiquiátrica quando aplicado;
- *Cessaçã o ao final do tratamento (nível III)*: tendo aderido ao tratamento proposto, se o paciente encontra-se abstinente ou não de cigarros.

4.5. Recrutamento

Os pacientes que procuram tratamento no ADQ são primeiramente atendidos pelo setor de psiquiatria, onde é avaliada a necessidade de uso de medicação, indicação para PTT e/ou tratamento de comorbidades psiquiátricas.

O uso das medicações, de acordo com as diretrizes, é indicado quando a DN é avaliada como moderada a grave, quando o indivíduo apresenta histórico de fracasso nas tentativas de abandono, e quando não há contraindicações.

Os pacientes são indicados para o PTT quando não apresentam outras comorbidades psiquiátricas graves (depressão maior, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar,

transtorno conversivo, transtornos de personalidade, dependência de álcool e outras drogas).

Para inclusão na amostra, pacientes que preencheram aos critérios de inclusão foram convidados para avaliação.

Os pacientes que não preenchiam os critérios de inclusão na pesquisa ou não aceitaram o convite em participar da pesquisa (não respondentes) receberam idêntico atendimento ambulatorial.

4.6. Procedimento

Para avaliação inicial (linha de base), foi utilizado um protocolo composto por um roteiro estruturado de anamnese, uma entrevista semiestruturada sobre dependência e/ou abuso de substâncias e cinco instrumentos de autopreenchimento. O protocolo segue o mesmo roteiro a todos os pacientes até que se inicie o plano de tratamento, conforme indicado na Figura 3. A aplicação das escalas é feita em um dia, com intervalo máximo de 15 dias entre o dia de entrevista psiquiátrica inicial e início do PTT. Em todos os quatro dias que compõem o grupo, os pacientes são avaliados e devidamente registrados quanto ao comparecimento, uso da medicação e condição de abstenção de cigarros (Anexo 02).



Figura 3 - Procedimento geral

Todos os procedimentos foram realizados em ambiente calmo, sem distratores auditivos e visuais. A aplicação das escalas foi realizada pela pesquisadora principal deste trabalho e por estagiárias alunas de psicologia, sob a supervisão do Prof. Dr. Leandro Fernandes Malloy- Diniz. Os grupos foram coordenados pelas mesmas estagiárias alunas de psicologia, devidamente treinadas e supervisionadas pelo Dr. Valdir Ribeiro Campos, preceptor do ADQ.

4.7. Instrumentos de coleta de dados

4.7.1. Avaliação Inicial – Anamnese

Cada sujeito foi entrevistado a partir de um roteiro estruturado envolvendo questões sobre a saúde geral, histórico de doença psiquiátrica, dados sócio-demográficos (ex.: escolaridade, estado civil, profissão) através dos seguintes instrumentos:

- Questionário de Classificação Socioeconômica Brasil 2008 (ABEP, 2008). Este questionário fornece uma estimativa do nível socioeconômico do indivíduo por meio de informações sobre seu poder aquisitivo. A classificação socioeconômica geral resultante desse critério se deve ao somatório dos pontos alcançados, que possibilitará a inclusão da família numa determinada classe, que varia de A a E
- *Questionário de Registro e Identificação do Paciente Tabagista* (Anexo 01). Relativo ao PTT, o questionário possui os seguintes tópicos: I- Identificação do paciente, II- exame físico, III- história patológica pregressa IV- história tabagística, V- teste de Fargestron e VI- grau de motivação.
- *Teste de Fargeströn*. É uma escala com boa validade de construto (Japuntich et.al., 2009) que avalia o grau de dependência de nicotina através de seis aspectos relativos ao uso de cigarros: horário do primeiro cigarro, quantidade de cigarros fumados por dia, tolerância a lugares em fumar é proibido, uso de cigarros mesmo quando doente, se a frequência de consumo é maior pela manhã e qual cigarro do dia traz mais satisfação. Os resultados produzem um escore que varia de 0 a 10, sendo que 0 a 4 = dependência baixa; 5 = dependência média; 6 a 7 = dependência elevada; e 8 a 10 = dependência muito elevada. Validado para o contexto brasileiro por Carmo e Pueyo (2002).

4.7.2 Triagem

- Mini International Neuropsychiatric Interview (Mini- Plus) 5.0. O Mini-Plus 5.0 consiste em um roteiro de entrevista neuropsiquiátrica, baseado nos critérios do DSM-IV, em que cada um dos critérios diagnósticos do eixo I é avaliado a partir das respostas dos avaliados (versão brasileira 5.0 (Shehan et.al., 1998)). Aos pacientes foram aplicadas somente as partes K e L, relativos à *Abuso e Dependência de Álcool Atual e vida Inteira e Abuso de Dependência de Substâncias Psicoativas (outras que não álcool) Atual e Vida Inteira*, respectivamente, com o objetivo de confirmar o diagnóstico de dependência de tabaco e somente.

4.7.3. Avaliação Clínica e da Personalidade

- Inventário de Depressão de Beck (BDI). O BDI é uma escala de autoaplicação com 21 itens que avaliam a presença ou ausência de sintomas depressivos. Cada item possui uma pontuação que varia entre zero e três que refletem a gravidade dos sintomas. Versão traduzida e adaptada em português por Gorestein & Andrade (1998).
- Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). A BAI é inventário constituído de 21 itens de autoaplicação. Este inventário expressa o grau de ansiedade a partir da pontuação

dos sintomas em que sua ocorrência na última semana varia entre 0 (ausente) a 3 (severo) pontos. A adaptação e validação para o contexto brasileiro por Cunha (2001).

- Inventário de Ideação Suicida de Beck (BSI). O BSI é uma escala de autoaplicação com 21 itens que detecta a presença de ideação suicida, mede a extensão da motivação e planejamento de um comportamento suicida. Adaptação brasileira por Cunha (2001).
- Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger (TCI). Escala de autopreenchimento com 240 questões que avaliam os traços de Busca de Novidades, Esquiva ao Dano, Dependência de Gratificação, Persistência, Autodirecionamento, Cooperatividade e Autotranscendência. Cada um desses traços é dividido em fatores específicos. A elevação nos escores de Busca de Novidade e Dependência de Gratificação está relacionada ao comportamento impulsivo. A diminuição dos escores na escala de Esquiva ao Dano também está associada à impulsividade. Segundo Cloninger et.al., (1993; 1994) as medidas de temperamento, estão relacionadas a subfatores heredo-genéticos, ao contrário das medidas de caráter, que seriam mais influenciadas por subfatores ambientais. Além disso, as medidas de caráter estão menos associadas à impulsividade que as medidas de temperamento (em particular a busca de novidades, esquiva a danos e dependência de gratificação). Versão em português de Fuentes et.al. (2000).
- “Escala de Impulsividade de *Barratt*” – BIS 11. Escala de autopreenchimento composta por 30 frases que abordam três componentes da impulsividade: impulsividade atencional, motora e por não de planejamento. O sujeito deve avaliar a frequência do comportamento descrito na frase em relação ao seu dia-a-dia, classificando cada item de acordo com uma escala em que: 1 = raramente ou nunca,

2 = de vez em quando, 3 = frequentemente, 4 = quase sempre/sempre. A pontuação máxima da escala é de 120 pontos. A partir da análise dos resultados são fornecidos os escores para três subtipos de impulsividade: por desatenção, motora e por falta de planejamento. Adaptado e validado para o contexto brasileiro por Diemen et.al., 2007.

4.8. Intervenção

A intervenção psicossocial seguiu o modelo proposto pelo INCA *Deixando de Fumar sem Mistérios* do PTT (INCA, 2001), que possui como base teórica a Abordagem Cognitivo-Comportamental. O programa é composto por quatro sessões semanais, em grupos de 10 a 15 pessoas, com duração de 90 minutos. As sessões contêm material informativo psicoeducação, técnicas de prevenção de recaídas, treinamento de habilidades e técnicas de solução de problemas e de manejo do estresse (*Manual do Participante, 2012*), e são conduzidas por um profissional devidamente capacitado.

4.8.1. Conteúdo das sessões

As sessões do PTT possuem uma estrutura pré-definida formada de quatro etapas: atenção individual, estratégias e informações, revisão e discussão e tarefas de casa. Na primeira parte do grupo, os participantes são convidados a partilhar suas experiências recentes bem como esclarecer quaisquer dúvidas que tenham surgido ao longo da semana. Em seguida, informações e estratégias são discutidas de acordo com os objetivos de cada sessão. Na fase de revisão e discussão, todas as informações são revistas com o objetivo de incentivar a discussão do material

apresentado. Por fim, os participantes são orientados quanto às tarefas que devem fazer entre uma sessão e outra e que geralmente se resumirá na leitura do folheto que abordam o conteúdo tratado durante o grupo. De modo geral, as técnicas utilizadas são: psicoeducação, treinamento de habilidades sociais, técnicas de solução de problemas e de manejo do estresse e estratégias de prevenção de recaídas (Tabela 3).

Tabela 3 - Diretrizes das sessões do Programa de Tratamento para o Tabagismo

Sessões de grupo	1ª: "Entender por que se fuma e como isso afeta sua saúde"	2ª: "Os primeiros dias sem fumar"	3ª: "Como vencer obstáculos para permanecer sem fumar"	4ª: "Benefícios obtidos após parar de fumar"
Intervenções	Informações sobre o tabagismo	Revisão da sessão anterior	Revisão da sessão anterior	Troca de experiências
	Psicoeducação: trabalhando a ambivalência	Ensino de técnicas de enfrentamento/solução de problemas para lidar com fissura	Troca de experiências: como os que pararam viveram seus dias?	Psicoeducação: prevenindo recaídas
	Apresentação dos métodos para parar de fumar (abrupta ou gradual)	Psicoeducação: o que é a síndrome de abstinência, quais os sintomas, tempo de duração	Listagem dos benefícios de parar de fumar	Listagem dos benefícios de longo prazo
	Tarefas: escolher o dia para parar de fumar	Modificação de cognições/descrição de pensamentos alternativos construtivos	Informações sobre possível ganho de peso	Encorajamento aos que não pararam ainda a continuarem tentando
	Disponibilização dos medicamentos (quando aplicado)	Treino de assertividade para lidar com situações de estresse Tarefas: técnicas de respiração profunda e relaxamento	Encorajar os que não pararam a continuar tentando	Tarefa: Cartão de enfrentamento

A cada sessão, são registrados i) presença, ii) uso ou não de medicação iii) status *fumando* ou não *fumando*. Apenas a taxa de cessação dos pacientes na quarta sessão de grupo é considerada para análise (Anexo 02).

4.8.2. Sessões de Manutenção

Decorridas as quatro sessões, onde se espera que os pacientes já tenham dado início as tentativas de cessação, são previstas duas sessões quinzenais e uma sessão mensal de acompanhamento, até completar um ano, com o objetivo de prevenir recaídas. No ADQ – HC estabeleceu-se a taxa de pelo menos cinquenta por cento dos participantes que estavam presentes na 4ª sessão do grupo (ou seja, pelo menos duas pessoas) como critério para execução das sessões de manutenção. A cada sessão de manutenção, caso critério seja violado, essas são dadas por encerradas e o paciente continua o tratamento – como previsto – nas consultas psiquiátricas (Anexo 03).

4.9. Análise Estatística

Para avaliar a taxa cessação no tratamento em relação ao uso ou não de medicamento como coadjuvante, considerou-se apenas os pacientes que correspondiam ao grupo “*Intenção ao Tratamento*”. O teste qui-quadrado foi utilizado para análise devido á natureza dicotômica de ambas as variáveis (medicamento x cessação). Para cálculo da medida de associação foi calculada para a razão de

chances, ou *odds ratio*, definida como a razão entre a chance de um evento ocorrer em um grupo e a chance de ocorrer em outro grupo. Considera-se ambas probabilidades do evento 'parar de fumar' em cada um dos grupos, enquanto p (primeiro grupo) e q (segundo grupo), sendo a razão de chances avaliada através da seguinte fórmula:

$$\frac{p/(1-p)}{q/(1-q)} = \frac{p(1-q)}{q(1-p)}$$

Uma razão de chances de 1 indica que a condição ou evento sob estudo é igualmente provável de ocorrer nos dois grupos. Uma razão de chances maior do que 1 indica que a condição ou evento tem maior probabilidade de ocorrer no primeiro grupo. Finalmente, uma razão de chances menor do que 1 indica que a probabilidade é menor no primeiro grupo do que no segundo. A razão de chances precisa ser igual ou maior que zero. Se a chance do primeiro grupo ficar próxima de zero, o O.R. fica próximo de zero. Se a chance do segundo grupo se aproximar de zero, o O.R. tende a aumentar ao infinito positivo. O intervalo de confiança será apresentado.

Teste de correlação de *Pearson* foi utilizado para avaliar se há a associação entre gravidade da DN e parâmetros de impulsividade.

Modelo de regressão logística, considerando que as variáveis de desfecho são dicotômicas, foi utilizada para verificar os resultados obtidos nas escalas clínicas e de personalidade como tendo ou não valor preditivo de cessação no tratamento. Para taxa de cessação de tabaco, nós fizemos uma análise "*Intenção ao Tratamento*", onde

aqueles que abandonaram o tratamento antes da data prevista foram assumidos como ainda sendo fumantes.

Nível de significância foi fixado em 0.05 *alfa*. Variáveis contínuas foram expressas como média \pm desvio padrão e variáveis categóricas em porcentagem. As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 17.0.

5. RESULTADOS

Ao longo de dezesseis meses, foram realizados onze grupos. Do primeiro dia de avaliação psiquiátrica até o dia da 1ª sessão do grupo, houve uma taxa de desistência, ou seja, pacientes que procuram o serviço, mas que não deram início ao tratamento, foi de 29,5% (Tabela 4). Um total de 32% de indivíduos não foi incluído na amostra e correspondem àqueles que não preencheram critérios de inclusão na e/ou não estavam disponíveis para avaliação psicológica.

Tabela 4 - População de indivíduos que procuram o serviço no Ambulatório de Dependência Química – HC – UFMG

	N	(%)
Desistência	34	29,5
Indivíduos não incluídos na amostra que deram início ao tratamento	37	32
Indivíduos incluídos na amostra que deram início ao tratamento	44	38,2

Total | **115** | **100**

Tabela 5 - Pacientes que deram início ao tratamento: taxa de cessação total

DESFECHOS	Sujeitos Amostra N	(%)	Sujeitos não incluídos na amostra n	(%)	$\sum n$	Total (%)
Abandono	10	22,7	19	51,35	29	35,80%
Não cessação	17	38,6	8	21,6	25	30,80%
Cessação	17	38,6	10	27	27	33,33%
Total	44	100	37	100	81	100,00%
Fracasso (∑ não cessação e abandono)	27	61,3	27	73	54	66,70%
Cessação	17	38,6	10	27	27	33,33%
Intenção ao Tratamento (∑ cessação e não cessação)	34	77,2	18	48,6	52	64,20%

Foram 81 pacientes no total que deram início ao PTT. A Tabela 5 apresenta a taxa de cessação, mostrando que essa não é diferente (33,33%) entre aqueles que foram e não incluídos na amostra.

5.1. Características sociodemográficas da Amostra

A amostra do estudo foi composta pelos quarenta e quatro sujeitos que preencheram os critérios de inclusão. A Tabela 6 ordena e apresenta os dados. De acordo com os desfechos elegidos, a amostra composta por paciente tabagistas foi primeiramente dividida de acordo com o desfecho 'adesão terapêutica' (Intenção ao Tratamento): 10 indivíduos abandonaram o tratamento, e 34 sujeitos deram continuidade. Logo, dos que aderiram ao PTT, dividiu-se novamente os grupos de acordo com o desfecho 'cessação': 17 indivíduos no grupo 'cessação' e 17 no grupo 'não cessação', dado

correspondente ao *status* fumando ou não fumando na última sessão do grupo. Por fim, os pacientes que abandonaram o tratamento foram realocados juntamente com aqueles 'não cessação', correspondendo então ao grupo 'fracasso' n= 27. Quanto às características sociodemográficas, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os grupos descritos acima ($p > 0,05$; dados não apresentados).

Tabela 6 - Características sociodemográficas da amostra

Aspectos sócio demográficos		Foi até a última sessão?										Missings	TOTAL	
		Sim					Não							
		"Intenção ao tratamento" (Σ cessação e não cessação)	Parou de fumar?				Abandono	"Fracassos" (Σ não cessação e abandono)						
			Cessação		Não cessação									
Idade	média	d.p.	média	d.p.	média	d.p.	média	d.p.	Média	d.p.	*	média	d.p.	
	50,9	1,1	49	1,8	52	1,5	52,9	2,2	52,5	1,8	*	51,5	7	
		f	%	f	%	f	%	f	%	F	%	f	f	%
Sexo	mulher	30	88,2	15	88	15	88,2	7	70	22	81,5	0	37	84,1
	homem	4	11,7	2	12	2	11,7	3	30	5	18,5	0	7	15,9
Total		34	77,3	17	38,6	17	38,6	10	22,7	27	61,3	0	44	100
Escolaridade (em anos de estudos completados)	2	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0		1	2,3
	3	1	3	0	0	1	5,9	0	0	1	3,7		1	2,3
	4	2	6	1	6,2	1	5,9	0	0	1	3,7		2	4,6
	7	5	15	2	13	3	17,6	3	30	6	22,2		8	18,6
	8	4	12	1	6,2	3	17,6	1	10	4	14,8		5	11,6
	9	3	9	2	13	1	5,9	2	20	3	11,1		5	11,6
	10	2	6	0	0	2	11,8	0	0	2	7,4		2	4,6
	11	9	27,3	6	38	3	17,6	0	0	3	11,1		10	23,3
	12	4	12	3	19	1	5,9	1	0	2	7,4		4	9,3
	13	1	3	0	0	1	5,9	0	0	1	3,7		1	2,3

		15	1	3	1	6,2	0	0	2	20	2	7,4		3	6,9
		17	0	0	0	0	0	0	1	10	1	3,7		1	2,3
Total		33		16		16		10		26		1	43	100	
Ocupação	empregado	20	60,6	11	69	9	52,9	5	50	14	51,8		25	60,6	
	desempregado	2	6	1	6,2	1	5,9	3	30	4	14,8		5	6,1	
	aposentado	5	15,5	3	19	2	11,8	0	0	2	7,4		5	15,2	
	afastado	2	6	0	0	2	11,8	0	0	2	7,4		2	6,1	
	do lar	4	12,1	1	6,2	3	17,6	2	20	5	18,5		6	12,1	
Total		33		16		17		10		27		1	43	100	
Etnia	branca	11	33,33	3	19	8	47,1	2	22,2	10	38,4		13	33,3	
	negra	9	27,27	5	31	4	23,5	2	22,2	6	23		11	27,3	
	parda / mulata	13	39,4	8	50	5	29,4	5	55,5	10	38,4		18	39,4	
Total		33		16		17		9		26		2	42	100	
Classe Socio econômica	B1	5	15,6	1	6,2	4	25	2	20	6	23		7	15,6	
	B2	11	34,4	6	38	5	31,2	4	40	9	34,6		15	34,4	
	C1	9	28,1	6	38	3	18,8	3	30	6	23		12	28,1	
	C2	5	15,6	3	19	2	12,5	1	10	3	11,5		6	15,6	
	D	2	6,25	0	0	2	12,5	0	0	2	7,7		2	6,2	
Total		32		16	100	16		10		26		2	42	100	

A amostra apresenta prevalência de mulheres (84,1%), idade média de 51 anos ($d.p.=7,0$). Quanto aos dados sociodemográficos, a maioria dos indivíduos tem entre 07 a 11 anos de escolaridade (70%); 88% empregados, aposentados ou do lar; se declararam pardos/ mulatos (40%), e correspondiam à classe socioeconômica entre B e C (94%).

5.2. Dependência de Nicotina e impulsividade

Para que a comparação dos escores da escala que avalia grau de DN (Fargestron) com resultados das escalas BIS-11 e TCI fosse avaliada de forma mais fidedigna e que a homogeneidade da variância ocorresse, os dados foram padronizados transformamos em escore z , onde o teste de correlação entre as variáveis foi realizado sob esse parâmetro (dados não apresentados).

A hipótese de que diferentes graus de dependência de nicotina associam-se com traços de personalidade associados à impulsividade foi aceita (Tabela 7).

No teste de correlação de Pearson, grau mais elevado de nicotina se correlacionou positivamente com um Impulsividade Total na BIS-11 ($R^2 = (0.293)^2 = 0,086$) (Tabela 7). Não encontramos correlação do grau de DN com os outros parâmetros relacionados à inibição comportamental do TCI. Assim, a impulsividade tem 8,6% de variabilidade no consumo de cigarros.

Tabela 7 - Correlação entre Impulsividade e Gravidade da Dependência de Nicotina

		Impulsividade (BIS-11 total)	Pontuação Total no Fargestron
Impulsividade total)	(BIS-11		
	Correlação de Pearson	1	,293*
	Sig. (1-tailed)		,030
	N	43	42
Pontuação Total	Correlação Pearson	,293*	1
	Sig. (1-tailed)	,030	
	N	42	43

*. Correlação é significativa ao nível de 0.01 (unilateral).

O gráfico abaixo ilustra a correlação:

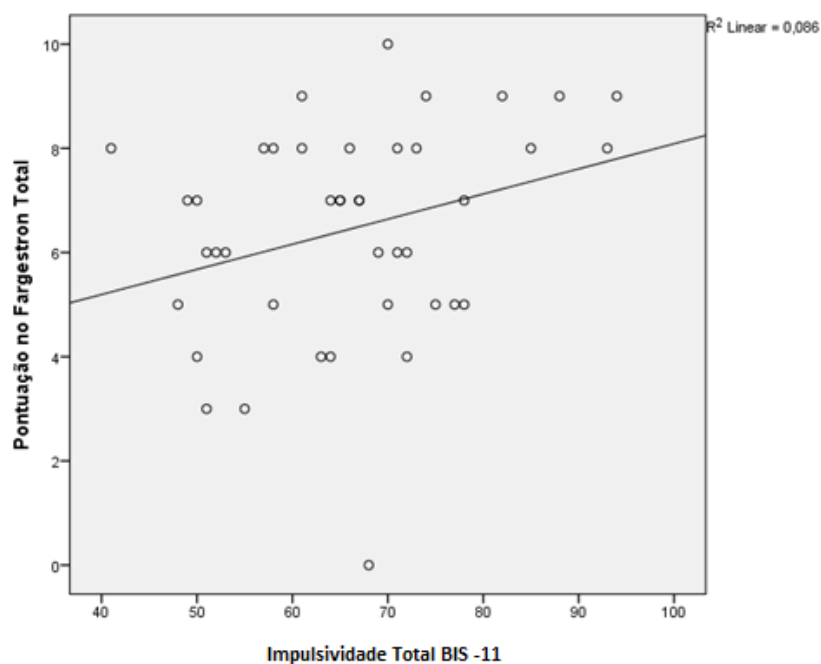


Figura 4 - Correlação entre Impulsividade e Gravidade da Dependência de Nicotina

Assim, a hipótese de que diferentes graus de dependência de nicotina associam-se com impulsividade foi aceita.

5.3. Fatores clínicos e de personalidade relacionados á resposta ao tratamento

5.3.1. Uso de medicamentos bupropiona e/ou TRN na taxa de cessação

Para análise de cessação, foram considerados 52 pacientes correspondentes a 'Intenção ao Tratamento', ou seja, que aderiram à terapêutica.

Tabela 8 - Crosstabs: Cessação & Medicação

		Utilizou medicamento sim ou não?		Total
		Não	Sim	
Cessação	Não	12	13	25
	Sim	5	22	27
Total		17	35	52

Tabela 9 - Teste qui-quadrado

	Valor	Exact Sig. (1-sided)
Qui-quadrado de <i>Pearson</i>	5,127	
Teste exato de <i>Fisher</i>		,024
Nº casos válidos	52	

Tabela 10 - Mensurações Simétricas e Magnitude de Efeito

		Valor	Sig Aprox.
Nominal por Nominal	Phi	,314	,024
	Cramer's V	,314	,024
Nº casos válidos		52	

Tabela 11 - Risco Estimado

	Valor	95% Intervalo de Confiança	
		Lower	Upper
<i>Odds Ratio</i> Cessação	4,062	1,166	14,154
Nº casos válidos	52		

O *odds ratio* foi de 4,06 (I.C. 1,16 – 14,15; $p=0,024$) (Tabelas 9 e 11) isto é, quando associado à grupoterapia para tratamento do tabagismo, o uso de medicamento bupropiona e/ou TRN aumenta em quatro vezes as chances de abstenção de cigarros. Ou seja, foi comprovada a hipótese de que o uso de medicamentos

bupropiona e/ou terapia de reposição de nicotina aumenta significativamente a taxa de abstenção. Ainda, o valor *Cramer's V* (Tabela 10) exprime a magnitude de efeito da medicação. O valor 0,314 indica que a significância estatística observada possui magnitude moderada entre medicação e cessação como desfecho no tratamento.

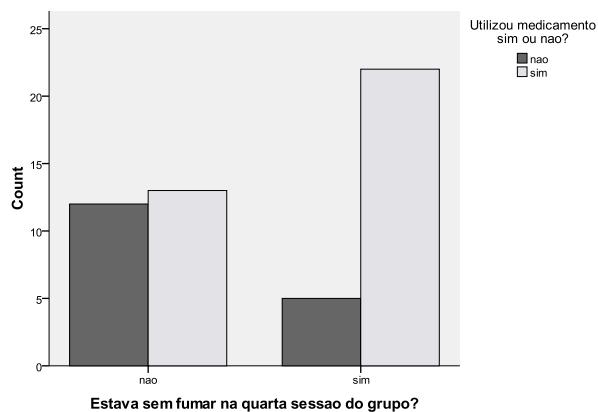


Figura 5 - Pacientes que pararam de fumar tendo ou não usado medicamentos bupropiona e/ou TRN

5.3.2. Fatores de impulsividade e resposta ao tratamento

Nenhum parâmetro de impulsividade correlacionou-se com cessação no tratamento (Tabela 12).

Tabela 12 - Análise de regressão logística binária: Impulsividade e cessação

Passos	Variáveis da equação	-2 Log verossimilhança	X ² (qui-quadrado) do modelo	Sig.
Passo 1	BIS11_MOTORA BIS_11_ATENCIONAL BIS11_NAOPLANEJAMENTO TCI_BUSCA POR NOVIDADES TCI_ESQUIVA A DANOS TCI_DEPENDÊNCIA DE REFORÇO TCI_PERSISTÊNCIA CONSTANTE	53,351	3,340	,852
Passo 2	BIS11_MOTORA BIS_11_ATENCIONAL BIS11_NAOPLANEJAMENTO TCI_BUSCA POR NOVIDADES TCI_DEPENDÊNCIA DE REFORÇO TCI_PERSISTÊNCIA CONSTANTE	53,374	3,317	,768
Passo 3	BIS11_MOTORA BIS_11_ATENCIONAL BIS11_NAOPLANEJAMENTO TCI_BUSCA POR NOVIDADES TCI_DEPENDÊNCIA DE REFORÇO CONSTANTE	53,415	3,276	,657
Passo 4	BIS11_MOTORA BIS_11_ATENCIONAL TCI_BUSCA POR NOVIDADES TCI_DEPENDÊNCIA DE REFORÇO CONSTANTE	53,527	3,164	,531
Passo 5	BIS11_MOTORA BIS_11_ATENCIONAL TCI_BUSCA POR NOVIDADES CONSTANTE	53,668	3,023	,388
Passo 6	BIS_11_ATENCIONAL TCI_BUSCA POR NOVIDADES CONSTANTE	54,710	1,982	,371
Passo 7	BIS_11_ATENCIONAL CONSTANTE	55,291	1,400	,237
Passo 8	CONSTANTE	56,691	-1,400	,237

Também, não foram observadas associações entre os parâmetros de impulsividade e adesão terapêutica (Tabela 13).

Tabela 13 - Análise de regressão logística binária: Impulsividade e adesão terapêutica

Passos	Variáveis da equação	-2 Log verossimilhança	X ² (qui-quadrado) do modelo	Sig.
Passo 1	BIS11_MOTORA BIS_11_ATENCIONAL BIS11_NAOPLANEJAMENTO TCI_BUSCA POR NOVIDADES TCI_ESQUIVA A DANOS TCI_DEPENDENCIA DE REFORÇO TCI_PERSISTÊNCIA Constante	36,293 ^a	7,351	,393
Passo 2	BIS11_MOTORA BIS_11_ATENCIONAL BIS11_NAOPLANEJAMENTO TCI_BUSCA POR NOVIDADES TCI_DEPENDENCIA DE REFORÇO TCI_PERSISTÊNCIA Constante	36,303 ^a	7,342	,290
Passo 3	BIS11_MOTORA BIS_11_ATENCIONAL BIS11_NAOPLANEJAMENTO TCI_BUSCA POR NOVIDADES TCI_DEPENDENCIA DE REFORÇO Constante	36,347 ^a	7,298	,199
Passo 4	BIS11_MOTORA BIS_11_ATENCIONAL TCI_BUSCA POR NOVIDADES TCI_DEPENDENCIA DE REFORÇO Constante	36,406 ^a	7,239	,124
Passo 5	BIS11_MOTORA BIS_11_ATENCIONAL TCI_BUSCA POR NOVIDADES Constante	37,462 ^a	6,182	,103
Passo 6	BIS_11_ATENCIONAL TCI_BUSCA POR NOVIDADES Constante	39,478 ^a	4,166	,125
Passo 7	BIS_11_ATENCIONAL Constante	40,257 ^a	3,388	,066

Finalmente, as variáveis clínicas de ansiedade, depressão, ideação suicida e DN, avaliadas pelas escalas BAI, BDI, BSI e Fargestron, respectivamente, não apresentaram significância no modelo de regressão logística com os desfechos 'adesão terapêutica' e 'cessação' (dados não apresentados).

6. DISCUSSÃO

Em nosso estudo, a taxa de cessação foi de 33,3%. Os resultados de pesquisas realizadas pelo INCA encontram taxa semelhante, que varia de 30% a 40%. Então, nossos resultados mostram que o serviço do ADQ-HC para tratamento do tabagismo está em acordo com as diretrizes propostas pelo Consenso Nacional (INCA, 2001; INCA, 2004).

Embora haja proporcionalmente mais fumantes do sexo masculino no mundo (WHO, 2000), nossa amostra foi composta majoritariamente por mulheres (88%). Alguns estudos sugerem que as mulheres buscam tratamento com mais frequência que os homens (Gomes et.al., 2007). Tal fato pode ser explicado por uma maior percepção delas quanto aos problemas relacionados ao transtorno.

Observamos que pacientes tabagistas que possuem grau elevado de DN apresentam concomitantemente maior impulsividade: na análise de correlação de *Pearson*, o grau de nicotina avaliado pelo teste de Fargestron se correlacionou diretamente com impulsividade total na BIS-11 ($R^2 = (0.293)^2 = 0,086$ $p=0.03$). No entanto, não encontramos correlação do grau elevado de DN com os outros parâmetros, relacionados à inibição comportamental, avaliados pelo TCI. Assim, nossos dados estão parcialmente de acordo com pesquisas que sugerem a relação entre tabagismo e impulsividade (Flory et.al., 2009; Vanderveen, 2008).

Não observamos que a personalidade impulsiva prediz cessação no tratamento, como sugerido por Bechara (2005) e Conde e cols. (2005) e demonstrado por diversos autores (Leventhal et.al., 2007; Etter, 2010; Kahler et.al., 2009; Doran et.al., 2007; Vanderveen et.al., 2008 Cosci et.al. 2009). Uma possível explicação é que o uso da medicação poderia ter atuado no sentido de reduzir os níveis de impulsividade. A

bupropiona, por exemplo, possui ação no SDR (Culbertson et.al., 2011) através da inibição da recaptação da dopamina, um dos neurotransmissores implicados na modulação das funções executivas (Bardo, 1996; Antolin, 2009). Conforme observamos, o uso de medicamentos bupropiona e TRN foram preditores de cessação no tratamento. Além disso, pacientes que apresentam taxas mais elevadas de DN são aqueles que possuem indicação para medicação como coadjuvante no tratamento (INCA, 2001; 2004). Assim, uma vez que tabagistas mais impulsivos são aqueles com maior DN é provável que tabagistas impulsivos sejam aqueles indicados para uso de medicação e, portanto, suas chances para sucesso no tratamento são alteradas. Admite-se ainda a necessidade de estudo com amostra suficiente com o objetivo de avaliar a taxa de cessação e personalidade impulsiva em pacientes que não fazem uso de medicamento, controlando a gravidade da DN. De qualquer maneira, uma vez que uso de medicamento aumenta a probabilidade de cessação, devem-se avaliar os benefícios do uso mesmo em tabagistas com grau leve e médio de DN.

Os traços mais replicados e bem estabelecidos, quanto ao desfecho no tratamento para tabagismo, de fato são aqueles envolvidos no controle de impulsos (veja revisão de Brewer & Potenza, 2008). O traço persistência, diferente dos achados de Brandon et al., (2003), não correlacionou-se com a taxa de cessação no estudo no presente trabalho e no estudo de Kalman et.al. (2010). Esse último autor sugere a necessidade de maiores investigações acerca da validade desse construto. No modelo de personalidade de Cloninger (124, 125), 'persistência' é uma tendência a persistir em determinada situação mesmo diante de dificuldades, e seria relacionado inversamente com falta de determinação. No entanto, na perspectiva neuropsicológica, persistência significa prejuízo em flexibilidade cognitiva, ou mais

respostas perseverativas, e que dificultaria o aprendizado de novos comportamentos (Buchsbaum et.al., 2005). Nessa perspectiva, persistência seria então um preditor de fracasso no tratamento.

Neste estudo, os desfechos no tratamento foram analisados de maneira dicotômica. Poucas pesquisas sobre avaliação da eficácia dos tratamentos considera redução do consumo de cigarros como resposta esperada ao tratamento (131). No entanto, quando em casos de outras dependências químicas, como dependência de cocaína, álcool (Ahmadi et.al., 2009) ou jogo patológico (Álvarez-Moya et.al., 2011), a perspectiva é diferente: admite-se que redução da quantidade de recaídas e uso por semana é um desfecho desejável em termos de saúde pública. Também, é sugerido que o comparecimento às sessões propostas, bem como participação e cumprimento das tarefas relacionadas à intervenção psicossocial sejam importantes preditores de desfecho, conforme demonstrado por Gonzales et.al. (2009), e poderão, portanto, serem considerados em nossos estudos futuros.

Assim, há a probabilidade de que nossos achados não tiveram significância estatística quanto aos parâmetros clínicos e de personalidade devido à eleição de desfecho 'cessação', relativa à abstenção total de tabaco, além do tamanho restrito da amostra.

Conforme o procedimento geral (figura 3) o uso da bupropiona iniciou-se após as avaliações psicológicas. A bupropiona é um antidepressivo dopaminérgico e amplamente indicado a pacientes que, além de apresentarem alto grau de DN, possuem sintomatologia depressiva – principalmente com anedonia (Leventhal et.al., 2009; Piper et.al., 2010). Assim, uma vez que não encontramos que resposta no tratamento relaciona-se com sintomas de depressão (dados não apresentados),

admite-se que a bupropiona pode ter sido uma variável confundidora que não pôde ser controlada devido ao tamanho da amostra.

Por fim, no presente estudo não foram avaliados aspectos relacionados à motivação. Os pacientes que não deram continuidade ao tratamento foram considerados como não possuindo intenção para o tratamento e analisados como ainda sendo fumantes. Assim, embora '*Intenção ao Tratamento*' pudesse ser considerado como uma medida indireta de motivação para parar de fumar, não se pode concluir que adesão terapêutica foi fator preditor, ou seja, não foi nosso objetivo avaliar a eficácia das sessões de PTT.

7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E IMPLICAÇÕES EM PESQUISAS FUTURAS

A amostra total de 44 sujeitos, embora tenha apresentado normalidade nas variáveis contínuas (dados não apresentados), pode ter afetado o poder estatístico, tornando os dados inconclusivos.

O estudo baseou-se em uma amostra de conveniência: tabagistas que procuram tratamento no ADQ-HC. Portanto, não podemos generalizar os achados para a população de tabagistas em geral.

Os aspectos como motivação e autoeficácia, descritos como preditores de cessação no tratamento, não foram contemplados no presente estudo. Esses podem estar envolvidos aos desfechos no tratamento.

O desenho de nosso estudo não previu a avaliação da taxa de cessação em diferentes tempos, ou a quantidade de recaídas ao longo do tratamento. Assim, não pudemos concluir acerca da relação entre variáveis clínicas e de personalidade em desfechos de longo prazo. Considerando que a retirada da medicação é prevista três meses após início no tratamento, sugerimos que pode haver diferenças psicológicas entre aqueles que se mantêm abstinentes e os que retomam o consumo decorrido determinado tempo.

8. CONCLUSÃO

8.1. Em relação às hipóteses

a) Diferentes graus de dependência de nicotina associam-se com traços de personalidade associados à impulsividade.

Hipótese aceita pela correlação encontrada entre impulsividade total na BIS-11 e grau elevado DN avaliado pelo Fargestron ($R^2 = (0.293)^2 = 0,086$ $p=0.03$).

b) O uso de medicamentos bupropiona e/ou terapia de reposição de nicotina aumenta significativamente a taxa de cessação no tratamento.

Hipótese aceita: o uso de medicamento aumenta cerca de quatro vezes as chances de cessação (OR 4,06; I.C. 1,1 – 14,15; $p= 0.02$) (magnitude de efeito da medicação $Cramer's V = 0,314$).

c) Pacientes com elevação de traços de personalidade associados à impulsividade alcançam menores taxas de cessação e adesão terapêutica.

Hipótese rejeitada pelo modelo de Regressão Logística ($p > 0,05$).

8.2. Principais conclusões

- 1) Pacientes com maior gravidade de DN são também mais impulsivos;
- 2) O uso de medicamentos bupropiona e/ou TRN aumenta significativamente a taxa de cessação;
- 3) A impulsividade não prediz desfecho na taxa de cessação;
- 4) Os estudos devem considerar a redução de consumo de cigarros como desfecho ao tratamento.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(ABEP) Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2008). **Critério de classificação socioeconômica Brasil 2008**. São Paulo: ABEP, 2008.

(APA) American Psychiatric Association. American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-IV, 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

(CID-10) Classificação Internacional das Doenças 10. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>.

(INCA) Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA: Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001

(INCA) INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA **A situação do tabagismo no Brasil: Dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. -- Rio de Janeiro : Inca, 2011. 76 p.

(INCA): **Diretrizes para cessação do Tabagismo**. Jornal Brasileiro de Pneumologia 30(Supl 2) – agosto de 2004.

(OMS) Organização Mundial de Saúde. **Neurociência do Uso e Dependência de Substâncias Psicoativas**. Genebra Ed. Roca 2007

(OPS) Organización Panamericana de la Salud, **Guías para el Control y Monitoreo de la Epidemia Tacaquica**, 1995.

(US) Department of Health and Human Services. Public Health Service/National Institutes of Health. **How to help your patients stop** smoking. A National cancer Institute Manual for Psysicians, 1992 September.

(WHO)The World Bank and World Health Organization. In Prabhat JHA, Chaloupka FJ: **Tobacco control in Developing Countries**. Oxford: Oxford University Press, 2000.

Ahmadi J, Kyle M. Kampman, David M. Oslin, Helen M. Pettinati, Charles Dackis, Thorne Sparkman. **Predictors of Treatment Outcome in Outpatient Cocaine and Alcohol Dependence Treatment**. The American Journal on Addictions , 18: 81–86, 2009.

Álvarez-Moya Eva M.; Cristian Ochoa; Susana Jiménez-Murcia; Maria Neus Aymamí; Mónica Gómez-Peña; Fernando Fernández-Aranda; Juanjo Santamaría; Laura Moragas; Francesca Bove; José M. Menchón. **Effect of executive functioning, decision-making and self-reported impulsivity on the treatment outcome of pathologic gambling**. Psychiatry Neurosci 2011;36(3):165-75.

Amodei, Nancy R. J. Lamb. **The role of nicotine replacement therapy in early quitting success**. Nicotine Tob Res. 2010 January; 12(1): 1–10.

Antolin Tim, Steven M. Berman, Bradley T. Conner, Tulin Z. Ozkaragoz, Courtney L. Sheen, Terry L. Ritchie, Ernest P. Noble. **D2 dopamine receptor (DRD2) gene, P300, and personality in children of alcoholics**. Psychiatry Research 166 (2009) 91 –101.

AZEVEDO, RSC et.al.. **Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos**. Ver Assoc Med Bras 2009; 55(5): 593-6

Baker Timothy B., Megan E. Piper, Danielle E. McCarthy, Daniel M. Bolt, Stevens S. Smith, Su-Young Kim, Suzanne Colby, David Conti, Gary A. Hatsukami Giovino, Dorothy, Andrew Hyland, Suchitra Krishnan-Sarin, Raymond Niaura, Kenneth A. Perkins, Benjamin A. Toll, Transdisciplinary Tobacco Use Research Center (TTURC). **Tobacco Dependence Phenotype Workgroup. Time to first cigarette in the morning as an index of ability to quit smoking: Implications for nicotine dependence**. Nicotine Tob Res. 2007 November; 9(Suppl 4): S555–S570.

Balfour DJ. **The effects of nicotine on brain neurotransmitter systems.** *Pharmacol Ther* 1982;16:269-82.

Ball, D. (2008). **Addiction science and its genetics.** *Addiction*, 103(3): 360-7.

Bardo a M.T., R.L. Donohew b, N.G. Harrington b. **Psychobiology of novelty seeking and drug seeking behavior.** *Behavioural Brain Research* 77 (1996) 23-43.

Bardo Michael T., Paul Schnur. **THE MOTIVATIONAL IMPACT OF NICOTINE AND ITS ROLE IN TOBACCO USE: FINAL COMMENTS AND PRIORITIES.** *Nebr Symp Motiv.* 2009; 55: 199–205.

Bechara A. **Decision making, impulsive control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective.** *Nature Neuroscience* 2005 Volume 8, number 11.

Bechara Antoine, Hanna Damasio. **Decision-making and addiction (part I): impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences.** *Neuropsychologia* 40 (2002) 1675–1689.

Bechara Antoine, Sara Dolan, Andrea Hinds. **Decision-making and addiction (part II): myopia for the future or hypersensitivity to reward?** *Neuropsychologia* 40 (2002) 1690–1705.

Berman, S.; Ozkaragoza T.; McD. Young R.; Noble, E.P. (2002). **D2 dopamine receptor gene polymorphism discriminates two kinds of novelty seeking.** *Personality and Individual Differences*, 33: 867–882.

Brandon TH, Herzog TA, Juliano LM, Irvin JE, Amy B. Vani L, Simmons N. **Pretreatment Task Persistence Predicts Smoking Cessation Outcome.** *Journal of Abnormal Psychology* 2003, Vol. 112, No. 3, 448 – 56.

Breslau N, Johnson EO, Hiripi E, Kessler R: **Nicotine dependence in the United States: prevalence, trends, and smoking persistence.** Arch Gen Psychiatry 2001, 58:810–816.

Brewer Judson A., JA, Potenza, MN. (2008) **The neurobiology and genetics of impulse control disorders: Relationships to drug addictions.** *biochemical pharmacology*: 7563– 75.

Brick J. **Handbook of the Medical Consequences of Alcohol and Drug Abuse.** New York: The Howarth Press; 2008.

Brower KJ, Perron BE. **Sleep disturbance as a universal risk factor for relapse in addictions to psychoactive substances.** Med Hypotheses. 2010 May;74(5):928-33. Epub 2009 Nov 11.

Brown Richard A., Kathleen M. Palm, David R. Strong, Carl W. Lejuez, Christopher W. Kahler, Michael J. Zvolensky, Steven C. Hayes, Kelly G. Wilson, Elizabeth V. Gifford. **Distress Tolerance Treatment for Early-Lapse Smokers: Rationale, Program Description, and Preliminary Findings.** Behav Modif. 2008 May; 32(3): 302–332.

Buchsbaum BR, Greer S, Chang WL, Berman KF. **Meta-analysis of neuroimaging studies of the Wisconsin card-sorting task and component processes.** Human Brain Mapping 2005;25(1):35–45.

Businelle, Michael S., Darla E. Kendzor, Tracy J. Costello, Ludmila Cofta-Woerpel, Yisheng Li, Carlos A. Mazas, Jennifer Irvin Vidrine, Lorraine R. Reitzel, Paul M. Cinciripini, Jasjit S. Ahluwalia, David W. Wetter. **Light versus Heavy Smoking among African American Men and Women.** Addict Behav. 2009 February; 34(2): 197–203.

CARMO, J. T. e PUEYO, A. A. **A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina**

em fumantes brasileiros. Revista Brasileira de Medicina; 59 (1/2): 73-80, jan-fev, 2002.

Carpenter Matthew J., Kevin M. Gray. **A pilot randomized study of smokeless tobacco use among smokers not interested in quitting: Changes in smoking behavior and readiness to quit.** Nicotine Tob Res. 2010 February; 12(2): 136–143.

Caryn E. Lerman, Robert A. Schnoll, Marcus R. Munafò. **Genetics and Smoking Cessation: Improving Outcomes in Smokers at Risk.** Am J Prev Med. 2007 December; 33(6 Suppl): S398–S405.

CLONINGER CR, PRZYBECK TR, SVRAKIC DM, WETZEL RD. **The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use.** Missouri Center for Psychobiology of Personality. St. Louis, MO: Washington University Press; 1994.

CLONINGER, C.R.; SVRAKIC, D.M.; PRZYBECK, T.R. (1993). **A psychobiological model of temperament and character.** Archives of General Psychiatry, 50: 975–990.

Comings, D.; Gade, R.; Wu, S.; Chiu, C.; Muhleman, D.; Saucier, G.; Ferry, L.; Rosenthal, R. Lesleur, H.; Ruggle, L.; MacMurray, P. (1997). **Studies of the potential role of the dopamine D1 receptor gene in addictive behaviors.** *Mol Psychiatry*, 2: 44-56.

Comings, D.E.; Ferry, L.; Bradshaw-Robinson, S.; Burchette, R.; Chiu, C.; Muhleman, D. (1996a) **The dopamine D2 receptor (DRD2) gene: A genetic risk factor in smoking.** *Pharmacogenetics*, 6: 73– 79.

Comings, D.E.; Wu, S.; Chiu, C.; Ring, R.H.; Gade, R.; Ahn, C.; MacMurray, J.P.; Dietz, G.; Muhleman, D. (1996b). **Polygenic inheritance of Tourette syndrome, stuttering, attention deficit-hyperactivity, conduct and oppositional defiant disorder: The additive and subtractive effect of the three dopaminergic genes—DRD2, DbH and DAT1.** *Am. J. Med. Genet.*, 67: 264–288.

Conde IL; J AVIER T IRAPU Ustárroz, JT; Landa N; López-Goñi JJ. **Deshabitación de drogas y funcionamiento cerebral: una visión integradora.** ADICCIONES, 2005 VOL.17 NÚM. 2 • PÁGS. 121 -129.

Congdon Eliza, Turhan Canli. **A Neurogenetic Approach to Impulsivity.** J Pers. 2008 December; 76(6): 1447–1484.

COSCI, F., CORLANDO, A., FORNAI, E., PISTELLI, F., PAOLETTI, P., CARROZZI, L. **Nicotine dependence, psychological distress and personality traits as possible predictors of smoking cessation. Results of a double-blind study with nicotine patch.** Addictive Behaviors 34 (2009) 28–35.

Culbertson Christopher S., Jennifer Bramen, Mark S. Cohen, Edythe D. London, Richard E. Olmstead, Joanna J. Gan, Matthew R. Costello, Stephanie Shulenberger, Mark A. Mandelkern, Arthur L. Brody. **Effect of Bupropion Treatment on Brain: Activation Induced by Cigarette-Related Cues in Smokers.** Arch Gen Psychiatry. 2011 May; 68(5): 505–515.

CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das Escalas Beck.** Casa do Psicólogo, São Paulo, 2001.

Deihl, A, Cordeiro CD, Laranjeira R. **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas.** Porto Alegre; 2001 Ed.Artmed.

DIEMEN, L.V.; SZOBOT C.M.; KESSLER, F.; PECHANSKY, F. (2007). **Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents.** (Brief Report) Rev Bras Psiquiatr., 29(2): 153-156.

DiFranza JR, Rigotti NA, McNeill AD, et.al.: **Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents.** Tob Control 2000, 9: 313–319.

Disponível em: <http://surgeongeneral.gov/library/smokingconsequencies/>

Disponível em: [HTTP://www.who.int/tobacco/en/tobaccofreeinitiative](http://www.who.int/tobacco/en/tobaccofreeinitiative)

DOHERTY, K., KINNUNEN, T., MILITELLO, F. S., & GARVEY, A. J. (1995). **Urges to smoke during the first month of abstinence: RELATIONSHIP to relapse and predictors.** *Psychopharmacology*, 119(2), 171–178.

DORAN, N., SPRING, B., & MCCHARGUE, D. (2007). **Effect of impulsivity on craving and behavioral reactivity to smoking cues.** *Psychopharmacology*, 194, 279–288.

ETTER, J.F. **Smoking and Cloninger's Temperament and Character Inventory.** *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 12, Number 9 (September 2010) 919–926

Faessel HM, Gibbs MA, Clark DJ, et.al.: **Multiple-dose pharmacokinetics of the selective nicotinic receptor partial agonist, varenicline, in healthy smokers.** *J Clin Pharmacol* 2006, 46:1439 –1448.

Fagen ZM, Mansvelder HD, Keath JR, et.al.. **Short- and long-term modulation of synaptic inputs to brain reward areas by nicotine.** *Ann N Y Acad Sci* 2003, 1003:185–195.

FIORE M. C. , BAILEY, W.C., COHENS, S. J. et.al.. **Treating tobacco use and dependence.** Clinical practice guideline. U.S. Department of health and Human Services, Public Health Service, 2000.

Flory Janine D., Stephen B. Manuck. **Impulsiveness and cigarette smoking.** *Psychosom Med.* 2009 May; 71(4): 431–437.

FUENTES, D.; TAVARES, H.; CAMARGO, C.H.P.; GORENSTEIN, C. (2000). **Inventário de Temperamento e Caráter de Cloninger- validação da versão em Português.** In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia; Ed. Lemos.

GILBERT, D. G., SHARPE, J. P., RAMANAIAH, N. V., DETWILER, F. R., & ANDERSON, A. E. (2000). **Development of a situation X trait adaptive response (STAR) model-based smoking motivation questionnaire.** *Personality and Individual Differences*, 29, 65–84.

Glassman Ah, Jackson WK, Walsh BT, et.al.. **Cigarette craving, smoking withdrawal and clonidine.** *Science* 1984; 226:864.

Gomes Romeu, Elaine Ferreira do Nascimento, Fábio Carvalho de Araújo. **Why do men use health services less than women? Explanations by men with low versus higher education.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007.

Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et.al.: **Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial.** *JAMA* 2006, 296: 47–55.

Gonzales David, Douglas E Jorenby, Thomas H Brandon, Carmen Arteaga, Theodore C Lee. **Immediate versus delayed quitting and rates of relapse among smokers treated successfully with varenicline, bupropion SR or placebo.** *Addiction*. 2010 November; 105(11): 2002–2013.

GORESTEIN, C. E ANDRADE, E. **Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português.** *Rev. Psiquiátrica clínica (São Paulo)*; 25 (5): 245-50, 1998.

Grant BF, Hasin DS, Chou SP, et.al.: **Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions.** *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61:1107–1115.

Grant Jon E., Marc N. Potenza, Aviv Weinstein, David A. Gorelick. **Introduction to Behavioral Addictions**. Am J Drug Alcohol Abuse. 2010 September; 36(5): 233–241.

Grant Kathleen M., Stephanie Sinclair Kelley, Lynette M. Smith, Sangeet Agrawal, James R. Meyer and Debra J. Romberger. **Bupropion and Nicotine Patch as Smoking Cessation Aids in Alcoholics**. Alcohol. 2007 August ; 41(5): 381–391.

Hall W, Madden P, Lynskey M. **The genetics of tobacco use: methods, findings and policy implications**. Tob Control 2002;11:119-24.

HALPERN, S.C. - **O abuso de substâncias psicoativas: repercussões no sistema familiar**. Pens famílias 3: 120-5, 2002.

Hays J. Taylor, Jon O. Ebbert. **Varenicline for Tobacco Dependence**. N Engl Med. 2008 November 6; 359(19): 2018–2024.

Heckman Carolyn J., Brian L. Egleston, Makary T. Hofmann. **Efficacy of Motivational Interviewing for Smoking Cessation: A Systematic Review and Meta-Analysis**. Tob Control. 2010 October; 19(5): 410–416. Published online 2010 July 30.

HOOTEN, W. M., AMES, S. C., VICKERS, K. S., HAYS, J. T., WOLTER, T. D., HURT, R. D., et al.. (2005). **Personality correlates related to tobacco abstinence following treatment**. International Journal of Psychiatry in Medicine, 35, 59–74.

Hughes John R.. **Smokers' Beliefs About The Inability to Stop Smoking**. Addict Behav. 2009 December; 34(12): 1005–1009.

Hughes JR, Stead LF, Lancaster T: **Antidepressants for smoking cessation**. Cochrane Database Syst Rev 2003, (2): CD000031.

Ibáñez Manuel I., Jorge Moya, Helena Villa, Laura Mezquita, Ángeles Ruipérez, Generós Ortet. **Basic personality dimensions and alcohol consumption in young adults.** *Personality and Individual Differences* 48 (2010) 171–176.

Japuntich S. J., M. E. Piper, T. R. Schlam, D. M. Bolt, T. B. Baker. **Do Smokers Know What We're Talking About? The Construct Validity of Nicotine Dependence Questionnaire Measures.** *Psychol Assess.* 2009 December; 21(4): 595–607.

Jarvik ME, Henningfield JE. **Pharmacological adjuncts for the treatment of tobacco dependence.** In: Orleans CT, Slade J. (eds.). *Nicotine addiction. Principles and management.* New York: Oxford University Press, 1993.

Jiloha R. C.. **Biological basis of tobacco addiction: Implications for smoking-cessation treatment.** *Indian J Psychiatry.* 2010 Oct-Dec; 52(4): 301 307.

Johnson Kirsten A., Sherry H. Stewart, Michael J. Zvolensky, Dan Steeves. **Evaluating the mediating role of coping-based smoking motives among treatment-seeking adult smokers.** *Nicotine Tob Res.* 2009 November; 11(11): 1296–1303.

Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, et.al.: **Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial.** *JAMA* 2006, 296: 56–63.

Judith S. Beck, Aaron T. Beck. **Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond.** The Guilford Press 2011: 2nd ed.

Jupp B & Lawrence AJ. **New horizons for therapeutics in drug and alcohol abuse.** *Pharmacology & Therapeutics* 2010;125: 138–68.

Kahler Christopher W., Nichea S. Spillane, Adam M. Leventhal, David R. Strong, Richard A. Brown, Peter M. Monti. **Hostility and Smoking Cessation Treatment Outcome in Heavy Social Drinkers.** Psychol Addict Behav. 2009 March; 23(1): 67–76.

Kahler Christopher W., Nichea S. Spillane, Jane Metrik, Adam M. Leventhal, Peter M. Monti. **Sensation Seeking as a Predictor of Treatment Compliance and Smoking Cessation Treatment Outcomes in Heavy Social Drinkers.** Pharmacol Biochem Behav. 2009 September; 93(3): 285–290.

Kahler Christopher W., Stacey B. Daughters, Adam M. Leventhal, Michelle L. Rogers, Melissa A. Clark, Suzanne M. Colby, Julie Boergers, Susan E. Ramsey, David B. Abrams, Raymond Niaura, Stephen L. Buka. **Personality, psychiatric disorders, and smoking in middle-aged adults.** Nicotine Tob Res. 2009 July; 11(7): 833–841.

Kahler W. Christopher, Nichea S. Spillane, Jane Metrik **Alcohol use and initial smoking lapses among heavy drinkers in smoking cessation treatment.** Nicotine Tob Res. 2010 July; 12(7): 781–785.

Kalman David, Randall Hoskinson, Usha Sambamoorthi, Arthur J. Garvey **A prospective study of persistence in the prediction of smoking cessation outcome: results from a randomized clinical trial.** Addict Behav. 2010 February; 35(2): 179.

KILLEN, J. D., FORTMANN, S. P., SCHATZBERG, A.F., ARREDONDO, C., MURPHY,G., HAYWARD, C., CELIO, M., CROMP, D., PANDURANGI, D.F.M., **Extended cognitive behavior therapy for cigarette smoking cessation.** Addiction,103, (2008) 1381–1390.

Kirshenbaum AP, Olsen DM, Bickel WK. **A quantitative review of the ubiquitous relapse curve.** J Subst Abuse Treat. 2009 36(1):8-17.

Koehnke, M. D. (2008). **Approach to the genetics of alcoholism: A review based on pathophysiology.** *biochemical pharmacology*, 75: 160 – 177.

Kotke TE. **Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: a meta-analysis of 39 controlled trials.** JAMA 1988; 259:2885-9.

LANCASTER, T., STEAD, L., SILAGY, C., & SOWDEN, A. (2000). **Effectiveness of interventions to help people stop smoking: Findings from the Cochrane.** Library British Medical Journal, 323, 355–358.

Leader Amy E., Caryn Lerman, & Joseph N. Cappella. **Nicotine vaccines Will smokers take a shot at quitting?** Nicotine & Tobacco Research, Volume 12, Number 4 (April 2010) 390–397.

Leventhal Adam M, Lavonda Mickens, Genevieve Dunton, Mary Ann Pentz, Nathaniel R Riggs, Steve Sussman. **Tobacco Use Moderates the Association between Major Depression and Obesity.** Health Psychol. 2010 September; 29(5): 521–528.

Leventhal Adam M., Andrew J. Waters, Christopher W. Kahler, Lara A. Ray, Steve Sussman. **Relations between anhedonia and smoking motivation.** Nicotine Tob Res. 2009 September; 11(9): 1047–1054.

Leventhal Adam M., Andrew J. Waters, Eric T. Moolchan, Stephen J. Heishman, Wallace B. Pickworth. **A Quantitative Analysis of Subjective, Cognitive, and Physiological Manifestations of the Acute Tobacco Abstinence Syndrome.** Addict Behav. 2010 December; 35(12): 1120–1130.

LEVENTHAL, A.M., WATERS, A.J., BOYD, S., MOOLCHAN, E. T., HEISHMAN, S.J., LERMAN, C., PICKWORTH, W.B. **Associations between Cloninger's temperament dimensions and acute tobacco withdrawal.** Addictive Behaviors 32 (2007) 2976–2989.

MacPherson Laura, David R. Strong, Christopher W. Kahler, Ana M. Abrantes, Susan E. Ramsey, Richard A. Brown. **Association of post-treatment smoking change with future smoking and cessation efforts among adolescents with psychiatric comorbidity.** *Nicotine Tob Res.* 2007 December; 9(12): 1297-1307.

Malcon M, Menezes AMB, Chatkin M. **Prevalência e fatores de risco para o tabagismo em adolescentes.** *Rev Saúde Pública* 2003;37:1-7.

Manuais do participante, disponível em <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=manual&link=index.htm>

Marlatt AG, Gordon J. **Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors.** New York: Guilford Press; 1985.

Mars Sarah G., Pamela M. Ling. **MEANINGS & MOTIVES Experts Debating Tobacco Addiction.** *Am J Public Health.* 2008 October; 98(10): 1793–1802.

Martinez Elisa, Kristina L. Tatum, Marcella Glass, Albert Bernath, Daron Ferris, Patrick Reynolds, Robert A. Schnoll. **Correlates of Smoking Cessation Self-efficacy in a Community Sample of Smokers.** *Addict Behav.* 2010 February; 35(2): 175–178.

McCarthy Danielle E., Thomas M. Piasecki, Daniel L. Lawrence, Douglas E. Jorenby, Saul Shiffman, Timothy B. Baker. **Psychological Mediators of Bupropion SR Treatment for Smoking Cessation.** *Addiction.* 2008 September; 103(9): 1521–1533.

Megan E. Piper, Jessica W. Cook, Tanya R. Schlam, Douglas E. Jorenby, Timothy B. Baker. **Anxiety Diagnoses in Smokers Seeking Cessation Treatment: Relations with Tobacco Dependence, Withdrawal, Outcome, and Response to Treatment.** *Addiction.* 2011 February; 106(2): 418–427.

Mico JA, Brea MRM, Vinardell AR, Corrales MOR, Alvaro AO. **Neurobiología de la adicción a la nicotina. Prevención Del Tabaquismo.** 2000;130:28-40.

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

Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. **Psychiatric aspects of impulsivity.** Am J Psychiatry 2001;158(11):1783–93. (PubMed: 11691682).

Nguyen Thomas A., and Robert M. Anthenelli. **The Neurobiology and Treatment of Tobacco Dependence.** Current Cardiovascular Risk Reports 2008, 2: 427 – 433.

Pahl Kerstin, David W. Brook, Neo K. Morojele, Judith S. Brook. **Nicotine Dependence and Problem Behaviors Among Urban South African Adolescents.** J Behav Med. 2010 April; 33(2): 101–109.

Pierce R.C., V. Kumaresan. **The mesolimbic dopamine system The final common pathway for the reinforcing effect of drugs of abuse.** Neuroscience and Biobehavioral Reviews 30 (2006) 215–238.

Piper Megan E., Stevens S. Smith, Tanya R. Schlam, Michael F. Fleming, Amy A. Bittrich, Jennifer L. Brown, Cathlyn J. Leitzke, Mark E. Zehner, Michael C. Fiore, Timothy B. Baker. **Psychiatric Disorders in Smokers Seeking Treatment for Tobacco Dependence: Relations with Tobacco Dependence and Cessation.** J Consult Clin Psychol. 2010 February; 78(1): 13.

Prochaska Judith J., Sharon M. Hall, Gary Humfleet, Ricardo F. Muñoz, Victor Reus, Julie Gorecki, Dixie Hu. **Physical Activity as a Strategy for Maintaining Tobacco Abstinence: A Randomized Trial.** Prev Med. 2008 August; 47(2): 215–220.

Prochazka AV, Petty, TL, Nett L, et.al.. **Transdermal clonidine reduce some withdrawal symptoms but did not increase smoking cessation.** Arch Intern Med 1992; 152:2065.

Prochazka AV, Waever MJ, Keller RT, et.al.. **A randomized trial os nortriptyline for smoking cessation.** Arch Intern Med 1998; 158:2035.

Prochazka, A. (2000). **New Developments in Smoking Cessation.** *Chest*, 117, 169-175.

Raven, J.C. (2002). **Matrizes Progressivas: escala geral.** São Paulo: Casa do Psicólogo.

Roberti Jonathan W.. **A review of behavioral and biological correlates of sensation seeking.** Journal of Research in Personality 38 (2004) 256–279

Sales, Cristiane, Neliana Buzi Figlie. Cap. 24 - **Entrevista motivacional. Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas.** Porto Alegre: Ed.Artmed, 2001.

SHAPIRO, D., JAMNER, L. D., DAVYDOV, D. M., & PORSHA, J. (2002). **Situations and moods associated with smoking in everyday life.** Addictive Behaviors, 16, 342–345.

Sheehan, DV.; Lecrubier, Y.; Sheehan, K.H.; Amorim, P.; Javavs, J.; Weiller, E.; Hergueta, T.; Baker, R.; & Dunbar, G.C. (1998) **The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10.** *J Clin Psychiatry*, 59: 22-33.

SHIFFMAN, S., PATY, J. A., GWALTNEY, C. J., & DAND, Q. (2004). **Immediate antecedents of cigarette smoking: An analysis of unrestricted smoking patterns.** Journal of Abnormal Psychology, 113, 166–171.

STEAD, L.F., BERGSON, G., LANCASTER, T., 2008. **Physician advice for smoking cessation.** Cochrane Database Syst. Rev., CD000165.

Steinberg Michael B.. & Amy C. Schmelzer. **Smoking as a chronic disease**. *Curr Cardio Risk Rep* (2010) 4:413– 420.

Strong David R., Christopher W. Kahler, Adam M. Leventhal, Ana M. Abrantes, Elizabeth Lloyd-Richardson, Raymond Niaura, Richard A. Brown. **Impact of bupropion and cognitive–behavioral treatment for depression on positive affect, negative affect, and urges to smoke during cessation treatment**. *Nicotine Tob Res*. 2009 October; 11(10): 1142–1153.

Terracciano Antonio, Corinna E Löckenhoff, Rosa M Crum, O Joseph Bienvenu, Paul T Costa, Jr. **Five-Factor Model personality profiles of drug users**. *BMC Psychiatry*. 2008; 8: 22.

Tevyaw Tracy O’L., Suzanne M. Colby, Jennifer W. Tidey, Christopher W. Kahler, Damaris J. Rohsenow, Nancy P. Barnett, Chad J. Gwaltney, Peter M. Monti. **Contingency management and motivational enhancement: A randomized clinical trial for college student smokers**. *Nicotine Tob Res*. 2009 June; 11(6): 739–749.

Toll Benjamin A., Ty S. Schepis, Stephanie S. O’Malley, Sherry A. McKee, Suchitra Krishnan-Sarin. **Subjective Reactivity to the First Cigarette of the Day as a Predictor of Smoking Relapse: A Preliminary Study**. *Drug Alcohol Depend*. 2007 July 10; 89(2-3): 302–305.

Tyndale RF: **Genetics of alcohol and tobacco use in humans**. *Ann Med* 2003, 35:94–121.

VANDERVEEN, J. W., COHEN, L. M., CUKROWICZ, K. C., & TROTTER, D. R. **The role of impulsivity on smoking maintenance**. *Nicotine & Tobacco Research*, 10, (2008). 1397–1404.

Vanyukov, M.M.; Tarter, R.E. (2000). **Genetic studies of substance abuse**. *Drug and Alcohol Dependence*, 59: 101–123.

Williams, W.A. & Potenza M.N. (2008). **Neurobiologia dos transtornos do controle do impulso**. *Rev Bras Psiquiatr.*, 30(Supl I): 24-30.

Zvolensky Michael J., Elizabeth F. Jenkins, Kirsten A. Johnson, Renee D. Goodwin. **Personality Disorders and Cigarette Smoking among Adults in the United States**. *J Psychiatr Res.* 2011 June; 45(6): 835–841.

ANEXO 01

Registro e Identificação do Paciente Tabagista

**PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO
Abordagem e Tratamento do Tabagismo**

I - Identificação do Paciente

Nome: _____ Nº Prontuário: _____

Sexo: Feminino Masculino

II - Exame Físico: Peso _____ - Altura _____ - PA _____
 - ACV _____ - AR _____ - Abd _____ - CO _____ HbCO _____ Há quanto tempo fumou o último
 cigarro _____ Hora do exame: _____

III - História Patológica Progressiva:

	SIM	NÃO	TRATAMENTO
1. Você tem ou teve freqüentemente aftas, lesões (<i>feridas</i>), e/ou sangramento na boca?	()	()	
2. Você tem diabetes mellitus? Está em tratamento?	()	()	
3. Você tem hipertensão arterial? Está em tratamento?	()	()	
4. Você tem ou teve algum problema cardíaco? Está em tratamento?	()	()	
5. Você tem ou teve freqüentemente queimação, azia, dor no estômago ou úlcera ou gastrite?	()	()	
6. Você tem ou teve algum problema pulmonar? Qual? Está em tratamento?	()	()	
7. Você tem alergia respiratória? Está em tratamento?	()	()	
8. Você tem alergias cutâneas? Está em tratamento?	()	()	
9. Você tem ou teve alguma lesão ou tumor maligno? Onde? Está em tratamento?	()	()	
10. Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia? Está em tratamento?	()	()	
11. Você tem anorexia nervosa ou bulimia? Está em tratamento?	()	()	
12. Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade? Está em tratamento?	()	()	
13. Você faz ou já fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?	()	()	

Caso tenha respondido sim para as duas questões anteriores (12 e 13), fazer as perguntas sobre depressão

- 1) Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com que frequência durante a semana?
 Nunca Todos os dias Finais de semana Raramente

Caso responda "todos os dias" ou "finais de semana", aplicar o teste CAGE

- 2) Você tem ou teve algum outro problema de saúde sério, que não foi citado?

Qual? _____

- 3) Algum medicamento em uso atual ?
 Sim. Qual (is)? _____
 Não
- 4) Tem prótese dentária móvel?
 Sim
 Não

Se for do sexo feminino:

- 5) Está grávida?
 Sim. Quantos meses? _____
 Não
- 6) Está amamentando?
 Sim
 Não

PERGUNTAS SOBRE DEPRESSÃO:

- a) Já fez uso de alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar?
 Não
 Sim. Qual? _____
- b) No último mês você sentiu:
- b.1) tristeza perda de interesse e prazer energia reduzida ou grande cansaço
- b.2) concentração e atenção reduzidas auto-estima e auto-confiança reduzida
 sentimento de culpa e inutilidade pessimista ou deslocado
 idéias ou atitudes auto-lesivos ou de suicídio sono alterado
 apetite diminuído inquietação
- c) Há história de transtorno psiquiátrico na família?
 Não
 Sim. Quem e que tipo? _____
- d) O paciente apresentou durante a consulta:
 agitação pensamento e fala lentificados ou acelerados
 falta de concentração nenhuma alteração

Para avaliação do grau de depressão, queira considerar as respostas assinaladas nas letras b.1) e b.2) das perguntas acima.

Depressão leve => Dois sintomas b.1) e dois sintomas b.2). Além disso, o paciente apresenta dificuldade com o trabalho do dia-a-dia e atividades sociais, mas não interrompe as funções.

Depressão moderada => Dois sintomas b.1) e três sintomas b.2). Além disso, o paciente apresenta dificuldade considerável em continuar com as atividades sociais, laborativas ou domésticas.

Depressão grave => Critério de dependência moderada, mais angústia ou agitação considerável. Perda de auto-estima. Sentimento de inutilidade ou culpa e suicídio é um perigo marcante.

CAGE :

- a) Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?
 Não Sim
- b) As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?
 Não Sim
- c) Você se sente culpado ou chateado consigo mesmo pela maneira como costuma beber?
 Não Sim
- d) Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?
 Não Sim

Três ou quatro respostas positivas no CAGE mostram uma tendência importante para o alcoolismo.

IV - História tabagística:

- 1) Com que idade você começou a fumar? _____
- 2) Em quais das situações o cigarro está associado no seu dia-a-dia? (**pode escolher vários**)
 ao falar no telefone após refeições com bebidas alcoólicas
 com café no trabalho ansiedade
 tristeza alegria nenhum
 outros _____
- 3) Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para fumar: (**pode escolher vários**)
- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| - Fumar é um grande prazer | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> às vezes |
| - Fumar é muito saboroso | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> às vezes |
| - O cigarro te acalma | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> às vezes |
| - Acha charmoso fumar | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> às vezes |
| - Você fuma porque acha que fumar emagrece | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> às vezes |
| - Gosta de fumar para ter alguma coisa nas mãos | <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não | <input type="checkbox"/> às vezes |

- Outras _____
- 4) Quantas vezes você tentou deixar de fumar?
 de 1 a 3 vezes + de 3 vezes
 tentou mas não conseguiu parar **(seguir para pergunta 7)**
 nunca tentou **(seguir para pergunta 9)**
- 5) Quantas vezes você ficou sem fumar por pelo menos 1 dia?
 1 vez 2 vezes 3 vezes mais de 3 vezes
- 6) Quais foram os motivos que levaram você a voltar a fumar?

- 7) Alguma vez na vida você utilizou algum recurso para deixar de fumar?
 Nenhum Medicamento. Qual? _____
 Apoio de Prof. Saúde Leitura de orientações em folhetos, revistas, jornais, entre outros
Outros _____
- 8) Você já participou de algum grupo de apoio para abordagem e tratamento do tabagismo nessa unidade?
 Sim Não
- 9) Por que você quer deixar de fumar agora? **(pode escolher vários)**
 Porque está afetando minha saúde Eu estou preocupado com minha saúde no futuro
 Outras pessoas estão me pressionando Porque meus filhos pedem
 Pelo bem-estar da minha família Porque não gosto de ser dependente
 Fumar é anti-social Fumar é um mal exemplo para as crianças
 Porque gasto muito dinheiro com cigarro Por conta das restrições de fumar em ambientes fechados
- 10) Você convive com fumantes em sua casa?
 Sim, qual o grau de parentesco? _____ Não
- 11) Você se preocupa em ganhar peso ao deixar de fumar?
 Sim Não

ANEXO 02

Registro das sessões

ANEXO 03

Protocolo de Funcionamento do Programa de Tratamento para o Tabagismo do Ambulatório de Dependência Química do Hospital das Clínicas

PROTOCOLO GRUPOS DE TRATAMENTO PARA O TABAGISMO

I - Dos deveres:

1ª ETAPA
MUTIRÃO TABAGISMO
DE RESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO MUTIRÃO

1.1- Os pacientes são atendidos em conjunto, às nove horas, na sala 711. Lá, eles receberão:

- a) lápis
- b) folha de registro do paciente tabagista
- c) bis-11
- d) BSI
- e) BDI
- f) BAI

1.2- Os pacientes que apresentarem alteração na folha de registro, isto é: problemas de depressão e ansiedade, indícios de alcoolismo; faz uso de medicação psiquiátrica, é paciente de outro ambulatório, ou possui fargestron > 6 deverão ser encaminhados pra psiquiatria. Para isso, faz-se uma lista de pacientes a serem atendidos pelos residentes.

2ª etapa
DIVULGAÇÃO DO GRUPO E MEDICAMENTOS
DE RESPONSABILIDADE DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NO MUTIRÃO

- 2.1- A data para início do grupo correspondente ao mutirão já deve estar estabelecida (pelo menos 15 dias depois do mutirão), deve ser informada, no mesmo dia do mutirão, aos pacientes.
- 2.2- Deve-se entregar folha de retorno com data, horário e sala do primeiro dia do grupo.
- 2.3- Produzir, no dia do mutirão, a lista de pacientes que receberão medicamento. Entregar a lista na farmácia do Bias Fortes no MESMO dia.

3ª etapa – DIAS ANTES DO INICIO DO GRUPO
FASE DE PREPARAÇÃO
DE RESPONSABILIDADE DO COORDENADOR DO GTT

- 3.1- Conferir, um dia antes do inicio do grupo, se as medicações e as apostilas chegaram.
- 3.2- Conferir se a quantidade de apostilas disponíveis corresponde à quantidade de pacientes;
- 3.3- Conferir se há agendinha para todos os pacientes;
- 3.4- Conferir se há lápis ou caneta para todos os pacientes. Se não houver, providenciar;
- 3.5- A segunda sessão precisa de computador e música de relaxamento para as técnicas que serão dadas no dia: providenciar.
- 3.6- Providenciar cartaz (folha A4) com a seguinte informação:
 GRUPO DE TRATAMENTO PARA O TABAGISMO
 SALA 711 HORARIO XX:XX
 E este deve ser colocado no mural da secretaria do sexto andar.
- 3.7- Providenciar a lista dos pacientes que irão ao grupo, com as quatro datas e a sala, devendo ela ser entregue aos porteiros do Bias.
- 3.8- LIGAR PRA TODOS OS PACIENTES, CASO A MEDICAÇÃO NÃO TENHA CHEGADO, AVISANDO O ATRASO DE UMA SEMANA PARA INICIO DO GRUPO.

II- Das sessões

1- NA PRIMEIRA SESSÃO É IMPRESCINDIVEL:

- 1.1- Que as medicações estejam disponíveis aos pacientes;
- 1.2- Que eles sejam informados de que, se houver falta em uma das primeiras quatro sessões, não poderão continuar o tratamento e, portanto, não terão disponibilidade as medicações dos meses seguintes;
- 1.3- Que todos os pacientes já tenham dado inicio a avaliação neuropsicológica.

2- NAS SESSÕES SEGUINTE:

- Caso algum paciente realmente precise faltar, o coordenador deve combinar com ele que, na próxima sessão, ele deva chegar 20 minutos antes, onde será passado o conteúdo da sessão perdida. As informações deste paciente devem ser mantidas na folha de registro, a respeito de sua situação como fumante e presença.

3- NA ÚLTIMA SESSÃO – INFORMAÇÕES SOBRE A MANUTENÇÃO:

- Na última sessão, será informado o próximo dia da manutenção, ou seja, quinze dias depois. A REGRA GERAL A SER INFORMADA É QUE, caso não venham mais ou igual a 50% dos participantes que estiveram na 4ª sessão, as sessões de manutenção serão encerradas.

4- NAS SESSÕES DE MANUTENÇÃO:

- 4.1- As manutenções terão a mesma regra a cada encontro: caso não venham mais ou igual a 50% dos participantes, as sessões de manutenção serão encerradas.
 - 4.2- Somente na atual manutenção é que se deve divulgar data do próximo encontro.
 - 4.3- É DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO COORDENADOR DO GTT AS RESPECTIVAS SESSOES DE MANUTENCAO: NA AUSENCIA DELE, POR QUALQUER MOTIVO, É DE SUA INTEIRÍSSIMA RESPONSABILIDADE O AVISO AOS PACIENTES SOBRE O FUTURO DOS PROXIMOS ENCONTROS.
-

II- Dos não-deveres:

- a) Não caberá ao coordenador do GTT providenciar medicação para pacientes que, por algum motivo, tiveram sua consulta em dia diferente do mutirão e que, portanto, seus nomes não entraram na lista;
 - b) Não é de responsabilidade do coordenador do grupo providenciar receitas que, por algum motivo, não estão com o paciente. A esses, deve ser informado que a receita somente é liberada pelos médicos, que devem ser procurados as segundas e quartas de manha, ou em seu retorno.
 - c) O coordenador não pode marcar consultas a terceiros, a amigos de pacientes etc. Esses devem se dirigir ao ambulatório para marcação de sua consulta, com algum tipo de encaminhamento em mãos.
-

III- Dos direitos:

- a) Estar envolvido na produção científica gerada pelos dados dos grupos.
- b) Todo o material (folha de registro dos pacientes, folha para pedido de medicamento, lápis, xerox das folhas de respostas dos testes) estará na pasta denominada GTT's do ADQ, na versão original para xerox ou, quando se aplica, em quantidades suficientes.

