

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

PAULA BEATRIZ GÜTHS

**PRONTIDÃO PARA MUDANÇA EM USUÁRIOS
DE CRACK E COCAÍNA QUE CONSOMEM
TABACO E QUE ESTÃO EM TRATAMENTO
EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA**

Prof^a. Dr^a. Irani Iracema de Lima Argimon

Orientadora

Porto Alegre
2012

PONTÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**PRONTIDÃO PARA MUDANÇA EM USUÁRIOS DE CRACK E
COCAÍNA QUE CONSOMEM TABACO E QUE ESTÃO
EM TRATAMENTO EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA**

PAULA BEATRIZ GÜTHS

ORIENTADOR: Prof(a). Dr(a). IRANI IRACEMA DE LIMA ARGIMON

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração Psicologia Clínica

Porto Alegre
Dezembro, 2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G984p Güths, Paula Beatriz
Prontidão para mudança em usuários de crack e cocaína que consomem tabaco e que estão em tratamento em uma comunidade terapêutica / Paula Beatriz Güths. – Porto Alegre, 2013.
105 f. : il.

Diss. (Mestrado em Psicologia) – Fac. de Psicologia, PUCRS.
Orientador: Prof^o. Dr^a. Irani Iracema de Lima Argimon.

1. Psicologia Clínica. 2. Drogas – Abuso – Tratamento.
3. Tabagismo. 4. Cocaína. 5. Cocaína Crack. I. Argimon, Irani Iracema de Lima. II. Título.

CDD 157.63

Ficha Catalográfica por Vanessa Pinent
CRB 10/1297

PONTÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**PRONTIDÃO PARA MUDANÇA EM USUÁRIOS DE CRACK E COCAÍNA QUE
CONSOMEM TABACO E QUE ESTÃO
EM TRATAMENTO EM UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA**

PAULA BEATRIZ GÜTHS

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof^ª Dr^ª IRANI IRACEMA DE LIMA ARGIMON

Presidente

Prof^ª Dr^ª HELENA MARIA TANNHAUSER BARROS

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Prof^º Dr^º SÉRGIO DE PAULA RAMOS

Hospital Mãe de Deus

Prof^º Dr^º FELIX HENRIQUE PAIM KESSLER

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre
Dezembro, 2012

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação:

Aos pacientes tabagistas, motivo pelo qual embarquei neste estudo.

A minha família e amigos, minha estrutura.

Ao Carlos Henrique, meu amor, meu porto seguro.

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste período de dois anos, pude reforçar minha idéia de que vivemos com melhor qualidade num ambiente onde a solidariedade mistura-se ao cotidiano. Sem a ajuda de inúmeras pessoas, não seria possível a execução e finalização deste trabalho. Tenho MUITO a quem agradecer!!!

Começando pela CAPES pelo apoio financeiro. Às instituições de tratamento que gentilmente nos permitiram a coleta de dados em seus locais de trabalho.

Irani, minha orientadora. Obrigada por entender meu ritmo de trabalho e seguir acreditando em mim. Tua empatia e aceitação foram determinantes para este processo como um todo. Margareth, obrigada por acolher e aceitar que eu realizasse este estudo em parceria contigo e com teu grupo. Valeu pela tutela! Sou muito grata!

Karen e Vivi, muito bacana esta parceria!! Obrigada pela acolhida, disponibilidade e ensinamentos!!! Sem palavras para agradecer as lembranças de artigos, interesse no meu estudo e “apagadas de incêndio” através de um turbilhão de e-mails. Às auxiliares de pesquisa. Gurias, vocês foram fundamentais!!!! Ane, Dani, Maiara, Ju, Laura, Márcia, Andressa: entre solavancos, buracos e risadas, valeram as idas à fazenda! Em especial Luisa, Marina e Letícia, vocês são ótimas. Sempre disponíveis e prontas para ajudar. Obrigada por tudo! Ceres, minha querida. Obrigada por acreditar no trabalho, enxugar minhas lágrimas e disponibilizar-se tanto!!! Devo muito dessa dissertação a ti!!! Daniel, que grata surpresa! Tuas palavras de sabedoria, conhecimento e aconselhamento fizeram grandessíssima diferença na conclusão deste estudo. Super obrigada! Leo, colega querido! Uma bela descoberta desta caminhada. Aos professores e equipe do Programa de Pós Graduação em Psicologia da PUCRS, obrigada pela dedicação e fomento de interesse pela ciência.

Pai e mãe, obrigada pela base e valores transmitidos. Henrique, obrigada pelas palavras de devido comprometimento e seriedade para com o mestrado. Obrigada por estares disponível quando eu precisei!!!

Meu amor, Carlos Henrique. Obrigada por ser e estar!!!! Obrigada por deixar este processo mais leve e divertido. Obrigada pela compreensão, amparo e incentivo. Meu mais nobre obrigado é para ti!!!

RESUMO

A prevalência de tabagismo entre os usuários de drogas ilícitas é significativamente mais alta do que a prevalência de tabagismo na população geral. Sabe-se que, em pacientes que consomem tabaco e cocaína, a exposição ao tabaco pode ativar a fissura e aumentar a administração de cocaína. Ao tratar paralelamente um paciente com dependências comórbidas é preciso entender as diferenças e especificidades de cada substância, assim como perceber o seu estágio motivacional e a sua prontidão para a mudança para cada uma, isoladamente. O objetivo do estudo empírico foi verificar, entre os pacientes que estavam em tratamento para uso de crack e cocaína e que eram tabagistas, a prontidão para mudança para as substâncias ilícitas e para o tabaco e sua possível associação. Foi utilizada uma metodologia descritiva, com delineamento correlacional, quantitativo e transversal. A partir de uma amostra aleatória simples foram avaliados 88 pacientes internados em uma Fazenda Terapêutica da região metropolitana de Porto Alegre. Os instrumentos utilizados para verificar a prontidão para mudança para substâncias ilícitas e para o tabaco foram o Algoritmo, a Régua de Prontidão e a URICA, utilizando-se, ainda, um questionário socio-econômico semi-estruturado e o Questionário de Fagerstrom para dependência de nicotina. Em relação aos resultados se identificou diferença significativa entre a prontidão para o tabaco e a para as substâncias ilícitas ($p < 0,001$). De acordo com os três instrumentos utilizados, os indivíduos encontram-se mais prontos para a mudança em relação às substâncias ilícitas do que em relação ao tabaco. Enquanto que a maior prevalência de pré-contemplação está entre os usuários de tabaco (79,5%), a maior prevalência de ação e manutenção está entre os usuários de substâncias ilícitas (33% e 28,4%) pela URICA. Em relação ao algoritmo, para o tabaco a amostra prevaleceu também no estágio de pré-contemplação (39,3%), ao passo que para as substâncias ilícitas, a grande maioria (75,3%) se encontrou em preparação. Assim se conclui que os usuários de tabaco estão menos prontos para mudar em relação à prontidão para mudança de usuários de crack e cocaína. Também foi realizada uma revisão sistemática, cujo objetivo foi verificar a associação do tabagismo no tratamento de usuários de cocaína e crack. Em relação aos resultados, se verificou uma associação direta entre seguir fumando ao longo do tratamento para cocaína e piores resultados no tratamento para a mesma, em curto e longo prazos. A partir da revisão sistemática se concluiu que consumir tabaco interfere negativamente no resultado de tratamento para usuários de cocaína. Dessa forma sugere-se que os tratamentos sejam oferecidos concomitantemente e que os profissionais da saúde também considerem a prontidão para mudança em abordagens motivacionais relacionadas ao consumo de tabaco.

Palavras-Chaves: tabagismo, cocaína, crack, prontidão para mudança, associação.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 - Psicologia

Sub-área conforme classificação CNPq: 70710015- Intervenção Terapêutica

ABSTRACT

The prevalence of smoking among illicit drug users is significantly higher than the prevalence of smoking in the general population. It is known that in patients who use tobacco and cocaine, tobacco exposure may activate and increase crack cocaine administration. When treating a patient in parallel with comorbid dependencies you need to understand the differences and specificities of each substance, and realize their internship and their motivational readiness to change for each one separately. The goal of the empirical study was to determine, among patients who were in treatment for cocaine and crack use and were smokers, readiness to change for illicit substances and tobacco and its possible association. A methodology descriptive and correlational design, quantitative and cross. From a simple probability sample of 88 patients were admitted to a Therapeutic Farm in the metropolitan region of Porto Alegre. The instruments used to check the readiness to change for illicit substances and tobacco were the Algorithm, the Ruler of Readiness and URICA, using also a socio-economic questionnaire semi-structured questionnaire and the Fagerstrom for nicotine dependence. Regarding the results identified significant differences between the readiness for tobacco and illicit substances ($p < 0.001$). According to the three instruments, individuals are more ready to change in relation to illicit substances than tobacco. While the prevalence of pre-contemplation is among tobacco users (79.5%), the highest prevalence of action and maintenance are among users of illicit substances (33% and 28.4%) for the URICA. In relation to the algorithm for the tobacco sample also prevailed in the stage of pre-contemplation (39.3%), whereas for illicit substances, the majority (75.3%) was found in the preparation. Thus concludes that tobacco users are less ready to change with regard to readiness to change in crack and cocaine. We also performed a systematic review, which was aimed to investigate the association of smoking on treatment of cocaine users and crack. Regarding the results, there was a direct association between following smoking during treatment for cocaine and worst results for the same treatment in the short and long term. From the systematic review concluded that consuming tobacco negatively affects the outcome of treatment for cocaine users. Thus it is suggested that treatments are offered concurrently and that health professionals also consider the readiness for change in motivational approaches related to tobacco consumption.

Key-words: nicotine, cocaine, crack, readiness to change, association

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1

Sub-área conforme classificação CNPq: 70710015

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Temática da Dissertação	13
1.2 Justificativa	20
1.3 Objetivo	21
1.4 Problema/Hipóteses e Questões da Pesquisa	22
1.5 Contexto/Campo da Pesquisa	23
1.6 Delineamento de Pesquisa	24
1.7 Referências.....	27
2. ARTIGOS	33
2.1 ARTIGO I - Revisão Sistemática.....	33
2.1.1 Introdução	34
2.1.2 Método	35
2.1.3 Resultados	36
2.1.4 Discussão	45
2.1.5 Conclusão	46
2.1.5 Referências	47
2.2 ARTIGO II - Estudo Empírico.....	52
2.2.1 Introdução	53
2.2.2 Método	56
2.2.3 Resultados	58
2.2.4 Discussão	68
2.2.5 Conclusão.....	71
2.2.6 Referências	72
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
4. ANEXOS	79
ANEXO A - Aprovação do comitê de ética	80
ANEXO B - Fluxograma detalhado Revisão Sistemática	82
ANEXO C - Instrumentos	84

RELAÇÃO DE TABELAS

Tabela 1 ARTIGO I.....	38
Tabela 1 ARTIGO II.....	58
Tabela 2 ARTIGO II.....	60
Tabela 3 ARTIGO II	61
Tabela 4 ARTIGO II	61
Tabela 5 ARTIGO II	62
Tabela 6 ARTIGO II.....	64
Tabela 7 ARTIGO II.....	65
Tabela 8 ARTIGO II.....	67

RELAÇÃO DE FIGURAS

Figura 1. ARTIGO I.....	36
Figura 1. ARTIGO II.....	63
Figura 2 ARTIGO II.....	63
Figura 3 ARTIGO II.....	66
Figura 4 ARTIGO II.....	68

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo surgiu a partir de uma parceria entre os grupos “Avaliação e Intervenção no Ciclo Vital” e “Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva” sob as coordenações da Prof^a Dr^a Irani Iracema Argimon e da Prof^a Dr^a Margareth da Silva Oliveira, respectivamente. Esta dissertação “Prontidão para mudança em usuários de crack e cocaína que consomem tabaco” faz parte de um estudo mais amplo - “Estudo da efetividade da intervenção do modelo transteórico para usuários de crack” - que consiste na elaboração de um programa de avaliação e intervenção psicoterápica para usuários desta droga.

O consumo de crack ainda é considerado um fenômeno recente, tendo surgido há cerca de 25 anos nos Estados Unidos e há 20 anos no Brasil. Na Europa a problemática evidenciou-se há pouco mais de 5 anos (ABP, 2012). Dados de um estudo epidemiológico nacional, realizado em 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, demonstram que, no período de 2001 a 2005, o uso na vida de crack aumentou de 0,4% para 0,7%, sendo que, na região sul, este aumento foi de 0,5% para 1,1% (Carlini, Galduróz, Noto, & Nappo, 2005). Apesar do aumento substancial do uso na vida de crack na região sul, a disseminação do consumo tem ocorrido ao longo de todo o país e, atualmente, não há distinção entre classes sociais envolvidas no consumo desta droga (Duailibi, Ribeiro, & Laranjeira, 2008; Guindalini, Vallada, Breen, & Laranjeira, 2006; Oliveira & Nappo, 2008).

Com o passar dos anos, os jovens tem iniciado o consumo de crack com idade cada vez mais precoce. Algumas das principais justificativas para o início do consumo são: custo reduzido da substância, busca por efeitos mais intensos e maior acessibilidade e disponibilidade da substância (Sanchez & Nappo, 2002; Werb et al., 2010). Indo ao encontro desta informação, outros autores observaram que o uso anterior de substâncias, lícitas e ilícitas, também aumenta o risco para o início do consumo de crack (Paquette, Roy, Petit, & Boivin, 2010).

Atualmente o tabagismo é a maior causa isolada de morte passível de ser evitada. Cinco entre cada dez adultos fumantes morrem por doenças tabaco-relacionadas, contabilizando mais de cinco milhões de mortes anuais ao longo do mundo (WHO, 2011b). A tendência é que isto ocorra no auge de produtividade do indivíduo, privando famílias de seus provedores e países de sua força de trabalho ativa. Os tabagistas são considerados indivíduos menos produtivos socialmente em função do maior índice de adoecimento (Eriksen, Mackay, & Ross, 2012). Apesar destes dados, o tabagismo é considerado uma “droga leve”, até mesmo por profissionais da saúde, quando comparada com dependências de outras substâncias (Gigliotti, Presman, & Aguilera, 2012).

Tais prejuízos ficam potencializados quando há comorbidade do tabagismo com dependência de outras substâncias (Patkar et al., 2005; Patkar, Sterling, Leone, Lundy, & Weinstein, 2002). Sabe-se que a ocorrência desta comorbidade é extremamente alta, ocorrendo entre 65 a 95% dos casos (Guydish et al., 2011).

Entretanto poucas ações motivacionais ou terapêuticas são oferecidas ao paciente tabagista que busca tratamento para dependência de crack ou cocaína. A dependência de tabaco, muitas vezes, fica negligenciada em detrimento da atenção dada ao tratamento da substância que motivou a busca inicial por tratamento (Baca & Yahne, 2009; Guydish, Passalacqua, Tajima, & Manser, 2007; Patkar et al., 2006; Ziedonis, Guydish, Williams, Steinberg, & Foulds, 2006). Sabe-se que pacientes que recebem intervenções de acordo com sua prontidão para mudança tem mais chance de sucesso em relação à cessação do consumo de tabaco. Quanto mais conhecimento sobre a prontidão para mudança, maior a habilidade do profissional para acertar na intensidade e tipo de intervenção que o paciente precisa (Rohren et al., 1994). Visando ampliar o conhecimento e criar oportunidades de desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas, este trabalho objetiva entender o cenário do indivíduo que busca tratamento para uso de crack e cocaína, e que também é tabagista, em relação à prontidão para mudança para tais substâncias.

1.1 TEMÁTICA DA DISSERTAÇÃO

Crack e cocaína

O cenário mundial e nacional em relação ao crack e à cocaína modificou ao longo dos últimos 25 anos. No Brasil, uma tendência de aumento de consumo tem sido observada entre estudantes e entre crianças e adolescentes em situação de rua. Os levantamentos epidemiológicos, até 1987, não identificavam o consumo de crack entre meninos em situação de rua. Já em 1997 foi verificado que 2% dos estudantes tinham feito uso na vida desta substância (Noto, Galduróz, Nappo, & Carlini, 2003). No período de 2001 e 2005, um levantamento domiciliar verificou que o consumo desta substância duplicou neste intervalo de tempo (Carlini et al., 2005). Atualmente, dados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, demonstram que 1,8 milhões de pessoas já consumiram crack na vida (LENAD, 2012).

O perfil dos usuários de crack é de maioria homens, jovens e adultos jovens, com baixa escolaridade, sem trabalho formal e com famílias desestruturadas e de baixa renda (Duailibi et al., 2008; Oliveira & Nappo, 2008). Quando comparado ao perfil do usuário de cocaína aspirada, o usuário de crack apresenta um consumo mais intenso e com consequências muito mais graves (Vaughn, Qiang, Perron, Bohnert, & Howard, 2010).

Normalmente o consumo de cocaína aspirada é a primeira via de administração desta substância. Sabe-se que é comum os indivíduos migrarem do consumo de cocaína aspirada para o consumo de crack, sem, necessariamente, abandonar a primeira (Dias, Ribeiro, & Laranjeira, 2011), sendo possível o consumo de ambas as substâncias por um período prolongado (Dias et al., 2011).

Os usuários de crack, usualmente, são poliusuários de substâncias que foram em busca de emoções mais intensas e usuários de cocaína aspirada que se sentiram atraídos pelo baixo preço (Oliveira & Nappo, 2008; Ribeiro & Laranjeira, 2012). Um estudo brasileiro qualitativo identificou que a progressão do consumo de drogas está mais relacionado à fatores externos do que à características pessoais. Na amostra deste estudo a progressão do consumo se dá inicialmente através do cigarro e/ou álcool, sendo a primeira droga ilícita a maconha, indo até, posteriormente, à cocaína aspirada e crack (Sanchez & Nappo, 2002). Além disso, outro estudo mais recente também identificou que as substâncias lícitas – álcool e tabaco – são as primeiras substâncias de experimentação de usuários de cocaína e crack (Sanchez & Nappo, 2007).

Sobre o abandono do consumo de crack as características são diversas. Em estudo longitudinal, com 1271 usuários de drogas, se identificou um período de nove anos entre a

procura inicial por tratamento e o último consumo de substância, sendo que, até a abstinência estabilizada, os indivíduos passavam por três a quatro tratamentos de longo período (Scott, Foss, & Dennis, 2005). Outro estudo, com 430 pacientes e um acompanhamento de oito anos, encontrou três grupos de pacientes: aqueles que seguem usando sem chance de abstinência, aqueles que oscilam entre consumo e abstinência e aqueles que passam ao uso mais brando e com grande chance de abstinência. Este dado indica que não há perfil de evolução de consumo e abstinência previsível (Falck, Wang, & Carlson, 2007). Entretanto se encontra uma associação direta entre abstinência e participação de atividades pós- tratamento e rede de amigos (Siegal, Li, & Rapp, 2002).

Tabaco

A dependência de tabaco é considerada uma pandemia de proporções históricas. Cerca de 1,4 bilhões de pessoas são fumantes no mundo e, no Brasil, a prevalência de tabagismo em indivíduos maiores de quinze anos é de cerca de 25 milhões (17,2%). A região sul é a detentora da maior concentração de fumantes, sendo 19% a prevalência de tabagistas na mesma (IBGE, 2009; WHO, 2011a).

No Brasil, dados de 1989, estimavam mais de 30 milhões de fumantes no país. Entre os indivíduos maiores de 15 anos, 33,1% fumavam, sendo o percentual entre homens de 40,3% e entre mulheres de 26,2% (INAN, 1990). Passados quase 20 anos, este cenário modificou. Em 2008 a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios encontrou entre os maiores de 15 anos de idade um percentual de fumantes de 17,2%, destes 21,6% eram homens e 13,1% eram mulheres (IBGE, 2009). A redução vertiginosa da prevalência - uma exceção entre os países em desenvolvimento - está associada às excelentes políticas nacionais de controle do tabagismo (INCA, 2003). No Brasil, que desde 2005 é signatário da Convenção Quadro para Controle do Tabaco (WHO, 2011a), exige-se a execução de medidas para reduzir a oferta e demanda de tabaco (ações educativas, promoção e apoio à cessação de fumar e mobilização de medidas legislativas e econômicas para controle do tabaco).

Os fatores associados ao tabagismo no Brasil são semelhantes aos mundiais. Homens, negros e pardos, pessoas com menor escolaridade e as populações mais desfavorecidas das cidades consomem mais cigarros e conseqüentemente apresentam mais problemas tabaco-relacionados (IBGE, 2009). O tabagismo é um grave problema de saúde pública e segue sendo a principal causa evitável de morte no mundo. Um em cada cinco adultos morre em função de doenças tabaco-relacionadas, contabilizando cerca de 5,4 milhões de mortes anuais. Caso as atuais tendências de consumo sejam mantidas, por volta de 2020, esse número

duplicará, sendo metade dos óbitos entre indivíduos em idade produtiva (entre 35 e 69 anos) (WHO, 2011b).

A carga econômica gerada pelo tabagismo deriva dos custos com assistência médica e da perda de produtividade por morbidade e morte prematura. Considerando apenas custos diretos atribuíveis ao tabagismo para o tratamento de três grupos de doenças tabaco-relacionadas (cânceres, doenças do aparelho circulatório e respiratório) para indivíduos com mais de 35 anos, estima-se que em 2005 foram gastos pelo Sistema Único de Saúde 338 milhões de reais (Pinto & Ugá, 2010). Em recente publicação se verificou que, de todos os óbitos do Brasil, 13% tem associação com o tabagismo (Pinto & Pichon-Riviere, 2012).

Segundo dados da WHO (2011b), mais da metade de todos os fumantes irão morrer de alguma doença relacionada ao consumo de tabaco. Apesar destas informações, a incidência global de tabagismo segue aumentando nos países em desenvolvimento e o início de consumo entre os jovens tem ocorrido cada vez mais cedo. Infelizmente dentre os indivíduos que começam a fumar antes dos 19 anos, 90% tornar-se-ão dependentes de nicotina. O tabagismo é uma condição crônica e recidivante. Intervenções preventivas com jovens, se efetivas, têm impacto em prevenir doenças em 30 a 50 anos e estratégias para parar de fumar apresentam um ganho em saúde mais rápido, em 20 a 30 anos (Eriksen et al., 2012; WHO, 2008). É orientação, e consenso, entre as diretrizes nacionais e internacionais de tratamento do fumante que tabagistas ativos ou passivos recebam abordagem para o cuidado de saúde em relação a esta condição (USPHS, 2008; INCA, 2001).

Relação entre crack, cocaína e tabaco

As taxas de prevalência de tabagismo na população de usuários de outras substâncias psicoativas são significativamente mais altas do que na população geral. Segundo dados do Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA a taxa de prevalência de tabagismo na população geral varia de 21 a 26% entre homens e mulheres, e entre os consumidores de substâncias psicoativas essa prevalência varia de 65 a 95% (Gyudish et al., 2011; SAMHSA, 2007).

A relação entre a dependência de tabaco e a dependência de outras substâncias psicoativas é algo ainda pouco estudado e compreendido. Há muitas questões a serem respondidas a respeito do impacto do tabagismo no curso da dependência de cocaína e seu tratamento (Meier, Lundy, Patkar, & Weinstein, 2005; Weinberger & Sofuoglu, 2009). Apesar disso, já se sabe que a exposição à nicotina pode aumentar a administração de cocaína e ativar a fissura por essa mesma droga (Reid, Mickalian, Delucchi, Hall, & Berger, 1998;

Zeni & Araújo, 2011). Os fatores associados ao consumo de ambas as substâncias são mecanismos neurobiológicos e alguns processos psicossociais em comum (Weinberger & Sofuoglu, 2009).

Ambas as substâncias são estimulantes do Sistema Nervoso Central e geram efeitos neuroquímicos semelhantes - rápidos e intensos (Di Chiara, 1995; Reid et al., 1998). O caminho comum da nicotina e de outros estimulantes é a liberação de dopamina no núcleo accumbens, ativando o sistema de recompensa. Enquanto outros estimulantes aumentam a sinapse dopaminérgica (inibindo a recaptção ou aumentando a liberação), a nicotina estimula o receptor nicotínico da área tegmental ventral que aumenta, conseqüentemente, também a atividade dopaminérgica (Weinberger & Sofuoglu, 2009).

Além dos mecanismos neurobiológicos e efeitos neuroquímicos, também há associação entre o consumo de tabaco e de cocaína a partir do ato de fumar cigarro, propriamente dito. Essa relação se evidencia em função deste comportamento ser um estímulo relacionado ao consumo de cocaína, podendo desencadear crenças antecipatórias de efeito positivo e, conseqüentemente, fissura pela droga. Em função do ato de fumar ser um estímulo condicionado para o consumo de cocaína, tal comportamento pode deixar o indivíduo mais vulnerável à recaída. Em se tratando de crack, as similaridades comportamentais de consumo entre estas drogas podem ser gatilho para a recaída, já que ambas precisam ser acesas, levadas à boca e fumadas (Wiseman & McMillan, 1996; Zeni & Araujo, 2011).

Sabe-se que o processo de cessação do tabagismo não prejudica os objetivos do tratamento de outras substâncias e, além disso, pode melhorar o resultado do mesmo (Baca & Yahne, 2009). A maioria (70%) dos fumantes adultos dos EUA sente desejo parar de fumar (CDC, 2005). Assim como os fumantes da população geral, alguns estudos demonstram que tabagistas usuários de outras substâncias também apresentam motivação para parar de fumar (Baca & Yahne, 2009; Rohsenow, Colby, Martin, & Monti, 2005).

Entretanto, é pouco frequente o tratamento concomitante em serviços de dependência química (Currie, Nesbitt, Wood, & Lawson, 2003; Fuller et al., 2007; Walsh, Bowman, Tzelepis, & Lecathelinais, 2005). Em um estudo americano, que investigou 348 clínicas de tratamento, se verificou que 69% destas não oferecia tratamento de tabagismo (Fuller et al., 2007). Em um estudo australiano foi verificado que apenas ¼ dos locais de tratamento ofereciam tratamento de tabagismo (Walsh et al., 2005). Alguns dos motivos pelos quais o tratamento do tabagismo é ignorado ou sub-inserido nos locais de tratamento de substâncias de abuso são a prevalência de tabagismo entre a equipe de trabalho, o pouco conhecimento sobre tabagismo e o seu tratamento, e crenças disfuncionais a respeito da implantação de

políticas de controle do tabaco (Asher et al., 2003; Ziedonis et al., 2006). Assim a falta de informações sobre a história do tabagismo e motivação atual do paciente também podem interferir na escassez de intervenções nesse sentido. Ao utilizar abordagem motivacional, e considerar estágios e prontidão para mudança, os profissionais podem acessar as barreiras individuais que interferem na dificuldade de cessação (Asher et al., 2003).

Sabe-se que a motivação para modificar um comportamento não necessariamente implica na motivação para modificar um segundo comportamento, mesmo que ambos sejam abusos de substância e relacionados entre si (DiClemente, Nidecker, & Bellack, 2008). Ao tratar paralelamente um paciente com transtornos comórbidos é preciso entender as diferenças e especificidades de cada transtorno, assim como, perceber o estágio motivacional de cada um, isoladamente (DiClemente, Schlundt, & Gemmell, 2004).

Prontidão para mudança

Prontidão para mudança é um conceito que está inserido no Modelo Transteórico de Mudança (MTT). O MTT, que foi criado por Prochaska e DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1982) enfatiza a mudança intencional e trabalha com a decisão de mudança em relação ao uso de substâncias. O processo de desenvolvimento do MTT baseou-se na premissa de que o sucesso na aquisição de mudanças individuais está relacionado à estratégias adequadas no momento certo (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992; Szupczynski & Oliveira, 2008b). Os autores acreditam que a modificação acontece ao longo de um processo, no qual as pessoas passam por diferentes níveis de motivação para mudança. Estes níveis de motivação foram denominados de *estágios de mudança*.

O conceito de motivação compreende a preocupação ou interesse sobre a necessidade de modificar um comportamento. Também se encaixam neste conceito a responsabilidade e o comprometimento do indivíduo com a mudança do comportamento, as razões e as intenções para o mesmo executar esta alteração e as condições para sustentá-la (DiClemente et al., 2008; DiClemente, et al., 2004). Os estágios de motivação para mudança ou, simplesmente, estágios de mudança, são divididos em: Pré-Contemplanção, Contemplanção, Determinação, Ação e Manutenção.

Os indivíduos que estão no estágio de pré-contemplanção não revelam interesse em mudar seu comportamento problema nem a percepção de que seu comportamento é ou poderá se tornar prejudicial. Os pré-contempladores dificilmente procuram ajuda para iniciar seu processo de mudança, acreditando que seu padrão de comportamento está sob controle. A ponderação sobre a possibilidade de mudança evidencia-se no estágio de contemplanção. Nesse

estágio, os indivíduos consideram os possíveis prejuízos associados ao seu comportamento, mas, ao mesmo tempo, temem a mudança ou percebem inúmeros obstáculos que dificultam a tomada de decisão. Esta avaliação é caracterizada pela ambivalência. O estágio de determinação é aquele onde a conduta é orientada na mesma direção da intenção de mudar. Os indivíduos estão dispostos a modificar o seu comportamento e já apresentam um plano de ações orientadas para mudança. O estágio de ação é caracterizado pela modificação, propriamente dita, do comportamento-problema. A permanência do comportamento saudável, evitando-se a recaída, é a marca do estágio de manutenção. Neste momento, é importante a vigilância e um trabalho ativo para prevenção da recaída (Prochaska & DiClemente, 1982; Prochaska et al., 1992; Prochaska & Velicer, 1997).

O MTT foi originalmente aplicado em pacientes tabagistas (Prochaska, DiClemente, & DiClemente, 1983). Após este período, a utilização do modelo foi amplamente difundida para outros comportamentos e aplicada à prevenção de saúde como obesidade e mamografia (Prochaska et al., 1994). Identificando em qual estágio de mudança o paciente se encontra, o profissional de saúde pode utilizar intervenções mais adequadas à prontidão do paciente. É importante salientar que os estágios de mudança (ou estágios de motivação para a mudança) são um *continuum* e que os pacientes podem voltar em estágios que já haviam passado anteriormente (Singer, 2007).

Outro conceito chave do modelo é a *prontidão para mudança*. Este é um entendimento mais amplo e genérico do que o conceito de estágios motivacionais. A prontidão para a mudança indica a disposição e “abertura” do indivíduo para o engajamento em um novo comportamento ou em um processo de mudança específico. Representa uma visão mais pragmática e focada sobre a preparação para mudança (DiClemente et al., 2004). Segundo Szupszynski & Oliveira (2008b, p. 168) “a prontidão não é definida como, somente, uma localização em um estágio ou outro, mas indica uma vontade de se inserir em um processo pessoal ou de adotar um novo comportamento, representando uma mudança paradigmática em relação ao comportamento-problema e o estabelecimento de um foco na motivação”.

DiClemente et al (2004) têm referenciado dois aspectos distintos, mas relacionados, sobre a prontidão: prontidão para a mudança e prontidão para o tratamento. Prontidão para mudança refere-se à combinação da percepção do paciente sobre a importância de modificar o padrão de comportamento e sobre o quanto ele acredita na sua capacidade de mudança. Prontidão para o tratamento indica a motivação do paciente para procurar ajuda e se engajar no tratamento, frequência e cumprimento de tarefas.

A motivação desempenha papel fundamental no reconhecimento que o indivíduo tem sobre a necessidade de mudança de comportamento, sobre a necessidade de busca de tratamento e sobre a possibilidade de ter sucesso com determinada ação. Conhecer o processo de mudança facilita a identificação das variáveis que influenciam a tomada de decisão para modificação de determinado comportamento. Nos últimos anos, o foco de investigação dos pesquisadores mudou de “se” os indivíduos dependentes químicos modificam seu comportamento para “como” eles modificam (DiClemente et al., 2004).

Por fim, cabe salientar que apesar de algumas críticas em relação ao MTT (West, 2005) e da permanente necessidade de aprimoramento do conhecimento científico, intervenções baseadas em estágios e prontidão de mudança apresentam mais sucesso no processo de modificação de comportamento do que intervenções que desconsideram este constructo (Prochaska, 2006; Spencer, Pagell, Hallion, & Adams, 2002).

1.2 JUSTIFICATIVA

O tabagismo, isoladamente, gera inúmeros prejuízos físicos, emocionais, sociais e econômicos. Nos indivíduos que consomem crack e cocaína e que também são tabagistas, tais prejuízos ficam potencializados. Entretanto é pouco frequente oferecer tratamento para a dependência de tabaco quando o indivíduo procura tratamento para dependência de crack e cocaína.

Este estudo justifica-se na medida em que a presença de tabagismo entre os usuários de cocaína e crack é extremamente alta e, em função de falta de abordagem específica, os pacientes seguem consumindo tabaco, independente do tratamento para outras substâncias. O conhecimento sobre a prontidão para mudança de indivíduos tabagistas que são usuários de outras substâncias pode proporcionar um entendimento deste cenário e abrir uma janela de discussão a respeito deste assunto.

1.3 OBJETIVO

Objetivo geral: verificar, entre os pacientes que estavam em tratamento para uso de crack e cocaína e que eram tabagistas, a prontidão para mudança para as substâncias ilícitas e para o tabaco e sua possível associação.

Objetivos específicos:

Da revisão sistemática:

- Verificar a associação do tabagismo no tratamento de usuários de cocaína e crack.

Do estudo empírico:

- Verificar se o consumo de tabaco precede o consumo das substâncias ilícitas.
- Relacionar a gravidade da dependência do tabaco com a prontidão para mudança para as substâncias ilícitas.
- Relacionar a gravidade da dependência de tabaco com a prontidão para mudança para o tabaco.
- Verificar a interferência de tratamentos prévios na prontidão para mudança para as substâncias ilícitas e para o tabaco.
- Quantificar a prevalência de consumo de outras substâncias psicoativas.
- Avaliar o número de substâncias psicoativas consumidas e a sua interferência na prontidão para mudança para as substâncias ilícitas e para o tabaco.
- Relacionar os fatores sociodemográficos e a prontidão para mudança para as substâncias ilícitas e para o tabaco.

1.4 PROBLEMA/HIPÓTESES E QUESTÕES DA PESQUISA

Problema

Existe associação entre a prontidão para mudança no uso de crack e cocaína e a prontidão para mudança no uso de tabaco no início do tratamento de usuários de crack e cocaína que consomem tabaco?

Hipóteses

HO: Prontidão para mudança no uso de crack e cocaína não está associada com prontidão para mudança no uso de tabaco em usuários de crack e cocaína que consomem tabaco.

H1: Prontidão para mudança no uso de crack e cocaína está associada com prontidão para mudança no uso de tabaco em usuários de crack e cocaína que consomem tabaco.

1.5 CONTEXTO/CAMPO DA PESQUISA

A partir de uma amostra clínica da população, foram recrutados indivíduos internados numa fazenda terapêutica, cujo motivo da internação era o consumo de cocaína ou crack. Todos os pacientes selecionados também eram tabagistas. A fazenda terapêutica encontra-se na região metropolitana da cidade de Porto Alegre, Brasil. Neste local, os pacientes não recebem tratamento para o tabagismo e é permitido fumar. A internação ocorre nas modalidades: voluntária, involuntária ou compulsória. O tratamento é oferecido de acordo com o estágio de mudança e tem duração de seis meses, quando completado integralmente. O programa possui atendimentos individuais e em grupos. Os pacientes podem receber visita dos familiares apenas uma vez por mês. A alta pode ser solicitada pelo paciente, caso ele tenha idade acima de 18 anos.

1.6 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Foi utilizada uma metodologia descritiva, com delineamento observacional transversal. A estrutura desse tipo de delineamento converge para os objetivos deste estudo, onde as medições foram realizadas em um único momento e visaram relacionar as variáveis, sem estabelecer relação de causa e efeito entre elas. Além disso, esse delineamento se presta para descrever as variáveis e seus padrões de distribuição (Hulley et al., 2006). A presente pesquisa teve apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (anexo A).

Os principais critérios de inclusão na amostra do estudo foram o motivo de busca pelo tratamento ser o uso de crack ou cocaína e ser usuário de tabaco. Outros critérios de inclusão na amostra foram vinculados à escolaridade e idade dos participantes. Foram incluídos no estudo participantes que estivessem na faixa etária dos 18 aos 59 anos e que possuíssem no mínimo quatro anos de estudo formal completos, com o intuito de minimizar possibilidades de incompreensão acerca das questões abordadas nos instrumentos. Além disso era necessário, para participar do estudo, que os pacientes estivessem com no mínimo duas semanas em abstinência de substâncias psicoativas ilícitas (este dado foi obtido a partir do relato do paciente). Os critérios de exclusão foram a presença de diagnóstico de transtornos psiquiátricos com funcionamento psicótico ou delirante e presença de prejuízos cognitivos significativos que dificultem no entendimento dos instrumentos. Tais características foram avaliadas através de um inventário auto-aplicável (ASR - *Adult Self Report*) que verifica aspectos do funcionamento adaptativo e psicopatológico dos participantes (Achenbach, Dumenci, & Rescorla, 2003) e do *screening* cognitivo do *Wechsler Adult Intelligence Scale III* – WAIS III (Cunha, 2000).

Os pacientes que iniciavam seu processo de internação na fazenda terapêutica e que preenchiam os critérios de inclusão foram convidados a participar do estudo, sendo explicado a cada um deles a proposta de trabalho. Aos pacientes que aceitaram participar foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo C). Os membros da equipe, treinados previamente, realizaram a avaliação dos sujeitos de forma individual. A aplicação dos instrumentos teve duração de aproximadamente duas horas (incluindo outros instrumentos utilizados apenas no projeto ampliado). A avaliação foi realizada no local da instituição descrita anteriormente.

Os instrumentos utilizados foram os seguintes (anexo C):

- Questionário sócio-econômico semi-estruturado: elaborado especificamente para este estudo. Objetivou obter dados sociais e econômicos dos participantes, assim como informações mais detalhadas relativas ao consumo de substâncias. As informações relativas

ao consumo de substâncias encontram-se neste instrumento e estão de acordo com os critérios do DSM IV Tr para diagnóstico de dependência e abuso (APA, 2008). Também se verificou informações relativas à idade de início, frequência, quantidade e forma de consumo.

- URICA Para SUBSTÂNCIAS ILICITAS (*University of Rhode Island Change Assesment Scale*): Esta escala é composta por 24 itens (versão reduzida) e se propõe a verificar os estágios motivacionais para mudança de comportamento. Estes estágios são descritos em pré-contemplação (6 itens), contemplação (6 itens), ação (6 itens) e manutenção (6 itens) (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983). Este instrumento possui validação para comportamentos dependentes e adaptação brasileira para usuários de substâncias ilícitas. Mostrou bons resultados de confiabilidade, apresentando um coeficiente de Cronbach de 0,657 (Szupzynski & Oliveira, 2008a; Szupzynski, 2006). Em artigos de revisão de instrumentos para avaliação dos estágios de mudança se verificou que esta escala é um instrumento confiável, válido e de boa consistência interna (Castro & Passos, 2005; Pantalon, Nich, Frankforter, & Carroll, 2002).

- URICA TABACO (*University of Rhode Island Change Assesment Scale*) – Versão tabaco, não validada. A importância da utilização deste instrumento é decorrente do fato de que, ao avaliar dois comportamentos, a URICA apresenta maior validade ao aplicá-la separada e especificamente para cada comportamento de mudança (DiClemente et al., 2008).

- Régua de prontidão para substância que motivou para tratamento (cocaína ou crack) e Régua de prontidão para o tabaco: é uma técnica analógico-visual, simples e eficaz, para averiguar em qual estágio de mudança o sujeito se encontra. O avaliador pergunta ao sujeito qual dos pontos da régua melhor reflete o quão pronto ele está, no presente momento, para mudar seu comportamento-problema (Velásquez, Maurer, & Crouch, 2001).

- Algoritmo para substância que motivou o tratamento (cocaína ou crack) e Algoritmo para o tabaco: baseado no Modelo Transteórico de Mudança (Prochaska & DiClemente, 1982), este instrumento é a sequência de atitudes e motivação de acordo com os estágios de mudança. Não há muitos estudos sobre confiabilidade e propriedades psicométricas deste instrumento, entretanto segue sendo um instrumento bastante utilizado (Bledsoe & Birkimer, 2004; Carey, Purnine, Maisto, & Carey, 2002; Morera et al., 1998).

- Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina: a gravidade da dependência da nicotina será avaliada pelo Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina, que se apresenta em 6 itens. Tal instrumento é amplamente utilizado na literatura como método para determinar a tolerância e dependência à nicotina (Meneses-Gaya, Zuardi, Loureiro, & Crippa,

2009). Foi desenvolvido por Karl Fagerström em 1978, e inicialmente tinha 8 itens. É um instrumento adaptado à realidade brasileira (Carmo & Pueyo, 2002). Após revisão pelo autor e colaboradores em 1991 sua versão atual com seis itens foi adotada (Heatherton, et al , 1991). De acordo com a soma de pontos obtida com as respostas, a dependência nicotínica pode ser classificada em cinco graus: Muito baixa (0 – 2 pontos), Baixa (3 – 4), Média (5), Elevada (6 - 7) e Muito Elevada (8 – 10).

Sabe-se que não há um único instrumento que melhor avalie a prontidão para mudança (Bledsoe & Birkimer, 2004; Carey, Purnine, Maisto, & Carey, 1999; Castro & Passos, 2005). Foram, então, utilizados três instrumentos para avaliar os estágios motivacionais e a prontidão para mudança para substâncias ilícitas e para o tabaco (URICA, régua de prontidão e algoritmo). Os instrumentos foram aplicados inicialmente para substância ilícita que motivou o tratamento do indivíduo e, na sequência, foram aplicados em relação ao tabaco.

1.7 REFERÊNCIAS

- ABP, A. B. d. P. (2012). Abuso e Dependência: Crack. *Revista da Associação Médica Brasileira* 58(2), 141-153.
- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2003). DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(3), 328-340.
- APA, A. P. A. (2008). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.
- Asher, M. K., Martin, R. A., Rohsenow, D. J., MacKinnon, S. V., Traficante, R., & Monti, P. M. (2003). Perceived barriers to quitting smoking among alcohol dependent patients in treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 24(2), 169-174.
- Baca, C. T., & Yahne, C. E. (2009). Smoking cessation during substance abuse treatment: What you need to know. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 205-219.
- Bledsoe, L. K., & Birkimer, J. C. (2004). Smoking cessation: Two pilot studies exploring the use of continuous response format algorithm to identify subgroups within stage. *Substance Use & Misuse*, 39(4), 527-550.
- Carey, K. B., Purnine, D. A., Maisto, S. A., & Carey, M. P. (2002). Correlates of stages of change for substance abuse among psychiatric outpatients. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(4), 283-289.
- Carey, K. B., Purnine, D. M., Maisto, S. A., & Carey, M. P. (1999). Assessing readiness to change substance abuse: A critical review of instruments. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 6(3), 245-266.
- Carlini, E., Galduróz, J. C., Noto, A. R., & Nappo, S. (2005). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília: SENAD/CEBRID.
- Carmo, J. T., & Pueyo, A. A. (2002). A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Revista Brasileira Médica*, 59(2), 73-80.
- Castro, M., & Passos, S. r. (2005). Entrevista Motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(5), 330-335.
- CDC, C. o. D. C. (2005). Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses -- United States, 1997-2001. *MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report*, 54(25), 625-628.
- Cunha, J. (2000). *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artmed.

- Currie, S. R., Nesbitt, K., Wood, C., & Lawson, A. (2003). Survey of smoking cessation services in Canadian addiction programs. *Journal of Substance Abuse Treatment, 24*(1), 59-65.
- Di Chiara, G. (1995). The role of dopamine in drug abuse viewed from the perspective of its role in motivation. *Drug and Alcohol Dependence, 38*(2), 95-137.
- Dias, A. C., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2011). Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Revista de Saúde Pública, 45*(5), 938-948.
- DiClemente, C. C., Nidecker, M., & Bellack, A. S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*(1), 25-35.
- Diclemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. *American Journal on Addictions, 13*(2), 103-119.
- Duailibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública, 24*(4), 545-557.
- Eriksen, M., Mackay, J., & Ross, H. (2012). *The Tobacco Atlas: Fourth Edition*. Atlanta: American Cancer Society.
- Falck, R. S., Wang, J., & Carlson, R. G. (2007). Crack cocaine trajectories among users in a midwestern American city. *Addiction, 102*(9), 1421-1431.
- Fuller, B. E., Guydish, J., Tsoh, J., Reid, M. S., Resnick, M., Zammarelli, L., & McCarty, D. (2007). Attitudes toward the integration of smoking cessation treatment into drug abuse clinics. *Journal of substance abuse treatment, 32*(1), 53-60.
- Gigliotti, A., Presman, S., & Aguilera, P. A. T. (2012). Tabagismo entre usuários de crack. In Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (Ed.), *O tratamento do usuário de crack* (pp. 607-618). Porto Alegre: Artmed.
- Guindalini, C., Vallada, H., Breen, G., & Laranjeira, R. (2006). Concurrent crack and powder cocaine users from Sao Paulo: Do they represent a different group? *BMC Public Health, 6*(10), 10-10.
- Guydish, J., Passalacqua, E., Tajima, B., Chan, M., Chun, J., & Bostrom, A. (2011). Smoking prevalence in addiction treatment: A review. *Nicotine & Tobacco Research, 13*(6), 401-411.
- Guydish, J., Passalacqua, E., Tajima, B., & Manser, S. T. (2007). Staff smoking and other barriers to nicotine dependence intervention in addiction treatment settings: A review. *Journal of Psychoactive Drugs, 39*(4), 423-433.

- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. (1991) The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal Addiction*, 86 (9), 119-127.
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. R., Grady, D., Hearst, N., & Newman, T. B. (2006). *Delineando a pesquisa clínica* Porto Alegre: Artmed.
- IBGE, I. B. d. G. e. E. (2009). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Tabagismo*, 2008. Rio de Janeiro:IBGE.
- INAN, I. N. d. A. e. N. (1990). *Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: Resultados preliminares*. Brasília: INAN.
- INCA, I. N. d. C. (2001). *Consenso Nacional de Abordagem e Tratamento do Fumante*. Brasília: Ministério da Saúde.
- INCA, I. N. d. C. (2003). *Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de Câncer*. Brasília: Ministério da Saúde.
- LENAD. (2012). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas*. São Paulo: INPAD, UNIAD: UNIFESP.
- McConaughy E. A., Prochaska J. O., Velicer W. E. (1983) Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- Meier, B. R., Lundy, A., Patkar, A. A., & Weinstein, S. (2005). The relationship between nicotine dependence and addiction severity amongst cocaine abusers. *Journal of Substance Use*, 10(5), 303-314.
- Meneses-Gaya, I. C. d., Zuardi, A. W., Loureiro, S. R., & Crippa, J. A. d. S. (2009). As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(1), 73-82.
- Morera, O. F., Johnson, T. P., Freels, S., Parsons, J., Crittenden, K. S., Flay, B. R., & Warnecke, R. B. (1998). The measure of stage of readiness to change: Some psychometric considerations. *Psychological Assessment*, 10(2), 182-186.
- Noto, A., Galduróz, J., Nappo, S., & Carlini, E. (2003). *IV Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP.
- Oliveira, L. G., & Nappo, S. (2008). Characterization of the crack cocaine culture in the city of the São Paulo: a controlled pattern of use. *Revista de Saúde Pública*, 42, 664-671.

- Pantalon, M. V., Nich, C., Frankforter, T., & Carroll, K. A. (2002). The URICA as a measure of motivation to change among treatment-seeking individuals with concurrent alcohol and cocaine problems. *Psychology of Addictive Behaviors, 16*(4), 299-307.
- Paquette, C., Roy, É., Petit, G., & Boivin, J.-F. (2010). Predictors of crack cocaine initiation among Montréal street youth: A first look at the phenomenon. *Drug and Alcohol Dependence, 110*(1-2), 85-91.
- Patkar, A. A., Batra, V., Mannelli, P., Casey, S. E., Vergare, M. J., & Leone, F. T. (2005). Medical symptoms associated with tobacco smoking with and without marijuana abuse among crack cocaine-dependent patients. *American Journal on Addictions, 14*(1), 43-53.
- Patkar, A. A., Mannelli, P., Peindl, K., Murray, H. W., Meier, B., & Leone, F. T. (2006). Changes in tobacco smoking following treatment for cocaine dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 32*(2), 135-148.
- Patkar, A. A., Sterling, R. C., Leone, F. T., Lundy, A., & Weinstein, S. P. (2002). Relationship between tobacco smoking and medical symptoms among cocaine, alcohol and opiate dependent patients. *The American Journal on Addictions, 11*(3), 209-218.
- Pinto, M. T., & Pichon-Riviere, A. (2012). *Carga das doenças tabaco-relacionadas para o Brasil*. Rio de Janeiro: ACTBR
- Pinto, M. T., & Ugá, M. A. (2010). The cost of tobacco-related diseases for Brazil's Unified National Health System. *Cadernos de Saude Pública, 26*(6), 1234-1245.
- Prochaska, J. O. (2006). Moving beyond the Transtheoretical Model. *Addiction, 101*(6), 768-778.
- Prochaska, J. O., & Diclemente, C. C. (1982). Transtheoretical Therapy - Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy-Theory Research and Practice, 19*(3), 276-288.
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & DiClemente, C. C. (1983). *Stages and Processes of Self- Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390-395.
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*(9), 1102-1114. Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion, 12*, 38-48.

- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S., Goldstein, M. G., Marcus, B. H., Rakowski, W., & Rossi, S. R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology, 13*(1), 39-46.
- Reid, M. S., Mickalian, J. D., Delucchi, K. L., Hall, S. M., & Berger, S. P. (1998). An acute dose of nicotine enhances cue-induced cocaine craving. *Drug and Alcohol Dependence, 49*(2), 95-104.
- Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed.
- Rohren, C. L., Croghan, I. T., Hurt, R. D., Offord, K. P., Marusic, Z., & McClain, F. L. (1994). Predicting smoking cessation outcome in a medical-center from stage of readiness - Contemplation versus action. *Preventive Medicine, 23*(3), 335-344.
- Rohsenow, D. J., Colby, S. M., Martin, R. A., & Monti, P. M. (2005). Nicotine and other substance interaction expectancies questionnaire: Relationship of expectancies to substance use. *Addictive Behaviors, 30*(4), 629-641.
- SAMHSA, S. A. a. M. H. S. A. (2007). *National Survey on Drug Use and Health: National Findings*. Results from the 2006. Rockville, MD.
- Sanchez, Z. v. d. M., & Nappo, S. (2002). Sequencia de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista de Saúde Pública, 36*(4), 420-430.
- Sanchez, Z. v. d. M., & Nappo, S. (2007). From the first drug to crack: The sequence of drugs taken in a group of users in the city of São Paulo. *Substance Use & Misuse, 42*(1), 177-188.
- Scott, C. K., Foss, M. A., & Dennis, M. L. (2005). Pathways in the relapse—treatment—recovery cycle over 3 years. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*(2, Supplement), 63-72.
- Siegal, H., Li, L., & Rapp, R. (2002). Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. *Addictive Behaviors, 27*(3), 437-449.
- Singer, E. A. (2007). The transtheoretical model and primary care: "The Times They Are A Changin'". *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 19*(1), 11-14.
- Spencer, L., Pagell, F., Hallion, M. E., & Adams, T. B. (2002). Applying the transtheoretical model to tobacco cessation and prevention: A review of literature. *American Journal of Health Promotion, 17*(1), 7-71.
- Szupszynski, K.P.D.R., & Oliveira, M.d.S. (2008a). Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF, 13*(1), 31-39.

- Szupczynski, K. P. D. R., & Oliveira, M. d. S. (2008b). O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: teoria e prática*, 10(1), 162-173.
- Szupczynski, K. P. D. R. (2006). *Validação da escala URICA para comportamentos dependentes*. Dissertação de mestrado não publicada: PUCRS Porto Alegre.
- USPHS, U. S. o. P. H. S. (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. *American journal of preventive medicine*, 35(2), 158-176.
- Vaughn, M. G., Qiang, F., Perron, B. E., Bohnert, A. S. B., & Howard, M. O. (2010). Is crack cocaine use associated with greater violence than powdered cocaine use? Results from a national sample. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 36(4), 181-186.
- Velásquez M, Maurer G., & Crouch C. (2001). *Group treatment for substance abuse: a stages-of-change therapy manual*. New York: The Guilford Press.
- Walsh, R. A., Bowman, J. A., Tzelepis, F., & Lecathelinais, C. (2005). Smoking cessation interventions in Australian drug treatment agencies: A national survey of attitudes and practices. *Drug & Alcohol Review*, 24(3), 235-244.
- Weinberger, A. H., & Sofuoglu, M. (2009). The impact of cigarette smoking on stimulant addiction. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(12), 12-17.
- Werb, D. A. N., Debeck, K., Kerr, T., Li, K., Montaner, J., & Wood, E. (2010). Modelling crack cocaine use trends over 10 years in a Canadian setting. *Drug and Alcohol Review*, 29(3), 271-277.
- West, R. (2005). Time for a change: putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, 100(8), 1036-1039.
- WHO, W. H. O. (2008). *MPOWER: um plano de medidas para reverter a epidemia de tabagismo*. Suíça: WHO.
- WHO, W. H. O. (2011a). *Framework Convention on Tobacco Control*. Suíça: WHO.
- WHO, W. H. O. (2011b). Report on the Global Tobacco Epidemic - Warning about the dangers about tobacco. Suíça: WHO.
- Wiseman, E. J., & McMillan, D. E. (1996). Combined use of cocaine with alcohol or cigarettes. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 22(4), 577-587.
- Zeni, T. C., & Araujo, R. B. (2011). Relação entre o *craving* por tabaco e o *craving* por crack em pacientes internados para desintoxicação. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(1), 28-33.
- Ziedonis, D. M., Guydish, J., Williams, J., Steinberg, M., & Foulds, J. (2006). Barriers and solutions to addressing tobacco dependence in addiction treatment programs. *Alcohol Research & Health*, 29(3), 228-235.

2.1 ARTIGO I

TABAGISMO ASSOCIADO AO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE COCAÍNA

- UMA REVISÃO SISTEMÁTICA -

2.1 INTRODUÇÃO

A prevalência de tabagismo entre usuários de cocaína é significativamente mais alta do que na população em geral (20% vs 65-95%) (Eriksen, Mackay, & Ross, 2012; Guydish et al., 2011). O tabagismo é responsável por 5,4 milhões de mortes ao ano no mundo (WHO, 2011). Devido à morbidade e à morte prematura, o tabagismo gera custos de assistência médica e perda de produtividade significativos para a economia de um país (Pinto & Pichon-Riviere, 2012). Conseqüentemente, usuários de outras substâncias são mais vulneráveis aos custos e prejuízos decorrentes do consumo de tabaco (Patkar et al., 2005).

Sabe-se que o consumo de tabaco pode ser um facilitador para o consumo de substâncias ilícitas (Lindsay & Rainey, 1997). Em modelo animal, a nicotina aumenta a auto-administração de cocaína, funciona como gatilho e desencadeia a fissura de cocaína em dependentes de ambas as substâncias (Bechtholt & Mark, 2002; Freeman & Woolverton, 2009; Reid, Mickalian, Delucchi, Hall, & Berger, 1998).

Alguns estudos verificam a implicação desta comorbidade no resultado do tratamento para dependência de cocaína (Baca & Yahne, 2009; Hunt, Cupertino, Garrett, Friedmann, & Richter, 2012; Weinberger & Sofuoglu, 2009) e referem que integrar o tratamento de tabagismo ao tratamento de outras substâncias, no caso a cocaína, pode melhorar o resultado do tratamento de ambas as substâncias. Apesar deste conhecimento, a maioria dos indivíduos segue fumando ao longo e após o tratamento para dependência de cocaína. Sabe-se que programas de cessação concomitante entre as substâncias são pouco oferecidos nos serviços de tratamento para dependências químicas (Friedmann, Jiang, & Richter, 2008; Fuller et al., 2007; Walsh, Bowman, Tzelepis, & Lecathelinais, 2005).

Tal prática parece ser decorrente de duas crenças dos profissionais de saúde: (a) que os pacientes apresentam desinteresse no tratamento de tabagismo e (b) que abordar esta dependência poderia interferir negativamente no tratamento da dependência de outras substâncias (Guydish, Passalacqua, Tajima, & Manser, 2007). Em contrapartida, alguns estudos sugerem que pacientes em tratamento para dependências de substâncias ilícitas estão interessados no tratamento para dependência de nicotina (McDonald, Roberts, & Descheemaeker, 2000; Rohsenow, Colby, Martin, & Monti, 2005).

O tratamento do tabagismo é uma intervenção amplamente custo-efetiva para a saúde pública e recomenda-se que todo o fumante seja abordado em relação a esta dependência (USPHS, 2008). Entretanto, mesmo em serviços de dependência química,

os pacientes usualmente não recebem abordagem motivacional ou tratamento formal específico para o tabagismo.

Esta revisão justifica-se em função da carência de tratamentos formais para o tabagismo em unidades de dependência química e pelo fato dos pacientes seguirem consumindo tabaco, independente do tratamento para uso de cocaína (Brown, Nonnemaker, Federman, Farrelly, & Kipnis, 2012; Ziedonis, Gwydish, Williams, Steinberg, & Foulds, 2006). Através deste estudo se pretende condensar o conhecimento sobre o assunto, disseminar os achados e ampliar a discussão a cerca da inclusão de uma abordagem motivacional baseada em estágios de mudança ou do tratamento formal do tabagismo concomitante ao tratamento da dependência de cocaína.

A pergunta que motivou esta revisão sistemática foi: “Seguir fumando cigarro durante o tratamento da dependência de cocaína interfere em que medida no tratamento da mesma?” Sendo, assim, o objetivo deste estudo é verificar a associação do tabagismo no tratamento de dependência de cocaína.

2.1.1 MÉTODO

Busca e seleção de estudos:

Para esta revisão sistemática foi realizada uma busca em cinco bases de dados: BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), PsycINFO, PubMed, Scopus e Web of Science. A busca foi realizada durante o período de 29 de agosto até 13 de setembro de 2012.

Objetivando um maior alcance de artigos, utilizou-se descritores como: “*nicotine*”, “*cocaine*”, “*relationship*”, em todos os campos das bases de dados e sem restrição de anos. Foram realizados diversos testes com outras combinações de descritores e sinônimos.

Para a busca e seleção de estudos, ensaios clínicos randomizados e não randomizados, bem como estudos observacionais, foram elegíveis para integrarem a revisão. Como critérios de inclusão os artigos deveriam apresentar amostra de indivíduos em tratamento do uso de cocaína, ou uso de substâncias, que apresentavam comorbidade com dependência de tabaco e não recebiam tratamento formal para o mesmo. Foram considerados artigos com amostras em tratamentos ambulatoriais e de internação, públicos e privados. Não houve restrição em relação às medidas de resultado dos estudos. Foram excluídos no processo de seleção artigos experimentais ou artigos que abordavam temas relacionados à genética, neuroquímica, gestantes e crianças. Também foram excluídos artigos que não estivessem no idioma inglês ou português e

artigos de revisão de literatura. Aqueles com delineamento descritivo, que apenas apresentavam dados de prevalência da comorbidade de ambas as substâncias, foram desconsiderados.

Três revisores participaram do processo de identificação dos estudos elegíveis. Após a busca inicial, cada revisor realizou o primeiro rastreamento de sua base de dados referencial. Este primeiro rastreamento ocorreu através do título dos artigos. Havendo concordância entre os avaliadores sobre a permanência dos artigos, neste momento, excluiu-se aqueles repetidos entre as bases de dados. A partir disso, o rastreamento seguiu através dos resumos e, por fim, através da leitura integral dos artigos. Também foram revisadas as referências bibliográficas dos artigos que foram eleitos para leitura na íntegra (Higgins & Green, 2011). Durante cada etapa do processo de seleção dos artigos houve cegamento dos revisores.

2.1.2 RESULTADOS

A Figura 1 apresenta o fluxograma resumido da seleção de estudos. No anexo B encontra-se um detalhamento desta seleção por cada base de dados.

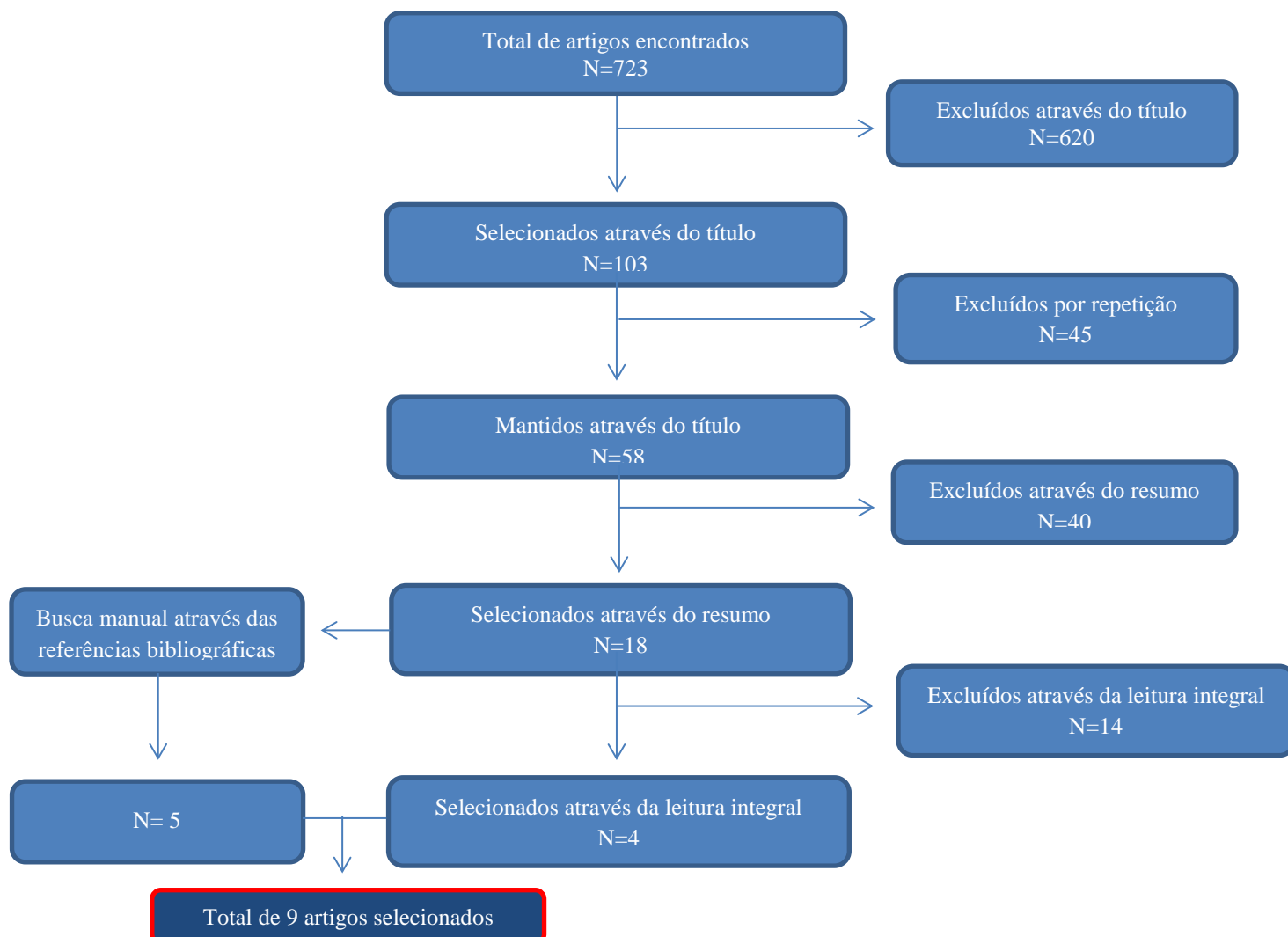


Figura 1: fluxograma resumido da seleção dos estudos.

Foi encontrado um total de 723 artigos, sendo 200 na Scopus, 186 na Pubmed, 193 na BVS, 111 na Web of Science, 33 na PsycINFO. Após o primeiro rastreamento permaneceram 103 artigos, sendo sete da PsycINFO, 26 da Pubmed, 20 da Web of Science e 30 da BVS. Com a exclusão daqueles repetidos, apenas 58 artigos permaneceram para a leitura de resumos, sendo sete da PsycINFO, 17 da Pubmed, 11 da Scopus, 16 da Web of Science e 7 da BVS.

A partir da leitura de resumos permaneceram 18 artigos para leitura integral (Becker & Hu, 2008; Epstein, Marrone, Heishman, Schmittner, & Preston, 2010; Everett, Malarcher, Sharp, Husten, & Giovino, 2000; Gerasimov et al., 2000; Harrell, Trezn, Scherer, Pacek, & Latimer, 2012; Higgins, Badger, & Budney, 2000; Martínez-Ortega, Jurado, Martínez-González, & Gurpegui, 2006; Meier, Lundy, Patkar, & Weinstiens, 2005; Patkar, Lundy, et al., 2002; Patkar, Sterling, Leone, Lundy, & Weinstein, 2002; Patkar et al., 2003; Rohsenow et al., 2005; Rounds-Bryant, Flynn, & Craighead, 1997; Schorling, Gutgesell, Klas, Smith, & Keller, 1994; Weinberger & Sofuoglu, 2009; Winhusen et al., 2012; Wiseman & McMillan, 1998; Zeni & Araújo, 2011). E, destes, apenas quatro foram identificados como adequados para o presente estudo (Epstein et al., 2010; Patkar et al., 2003; Wiseman & McMillan, 1998; Zeni & Araújo, 2011).

Outros cinco artigos (Frosch, Shoptaw, Nahom, & Jarvik, 2000; Harrell, Montoya, Preston, Juliano, & Gorelick, 2011; Kohn, Tsoh, & Weisner, 2003; Patkar et al., 2006; Satre, Kohn, & Weisner, 2007) foram encontrados através da busca manual nas referências bibliográficas dos 18 artigos acima citados.

A seguir, a análise destes nove artigos (tabela 1), os quais totalizam 1433 pacientes (dois artigos, por tratarem de um mesmo estudo, com seguimentos diferentes - Kohn et al., 2003 e Satre et al., 2007 - apresentam uma mesma amostra e contabilizou-se apenas o N inicial da *baseline*).

Descrição dos estudos (Tabela 1):

Os estudos foram divididos em subgrupos de acordo com o delineamento e nível de evidência. Como o objetivo desta revisão foi verificar a associação do tabagismo no tratamento de dependência de cocaína, o delineamento mais adequado ao problema é o ensaio clínico randomizado (Hulley et al., 2006). Dentre os estudos selecionados, apenas um deles possui este delineamento. Sete estudos são ensaios clínicos não controlados e um estudo é observacional. Como não houve restrição quanto ao ano de publicação na busca e seleção de artigos, foi identificado um estudo do ano de 1998.

Tabela 1

Descrição dos estudos selecionados para revisão sistemática

Nome do estudo	Autores/ Ano	Delineamento / Participantes	Instrumentos principais	Intervenções e Fator em estudo	Desfecho- resultados
Estudo observacional					
Relationship of cessation of cocaine use to cigarette smoking in cocaine-dependent outpatients	Wiseman,E; McMillan, D. 1998	Observacional Transversal N = 43 Todos eram usuários de cocaína e tabaco. Os pacientes foram divididos de acordo com o número de cigarros fumados por dia e nível de dep de nicotina.	- entrevista semi-estruturada - DSM III-R - FTQ - auto-relato de CPD durante o uso de uso de cocaína - auto-relato de CPD após cessação de uso de cocaína - escala visual analógica de fissura para tabaco e cocaína.	Entrevista de 30 minutos sobre seu histórico de consumo de substância.	Houve redução do consumo de cigarros após a cessação de cocaína, principalmente, pelos fumantes pesados. Pacientes mais graves reduziram menos e até aumentaram o número de cigarros fumados após cessação de cocaína. Entre fumantes moderados e leves, não houve diferença do número de cigarros fumados após cessação de cocaína e a duração da abstinência de cocaína.
Ensaio clínicos não controlados					
Associations between tobacco smoking and illicit drug use among methadone-maintained opiate-dependent individuals	Frosch, D.; Shoptaw, S; Nahom, D; Jarvik, M. 2000	Ensaio Clínico N = 32 Pacientes em programa de tratamento com metadona. Amostra de pacientes: fumantes pesados, fumantes não dependentes e não fumantes. - 34,3% eram fumantes.	- exame toxicológico de urina - CO através do ar expirado - FTND - questionário semi-estruturado sobre tabagismo.	7 dias de aplicação do exame toxicológico de urina + mensuração do CO. Recebiam metadona diariamente. Verificaram se o uso de substâncias ilícitas modificou entre: fumantes pesados, fumantes não dependentes e não fumantes.	O consumo de substâncias ilícitas aumenta proporcionalmente de acordo com a intensidade da dependência de nicotina. Há associação entre o uso de tabaco, opiáceo e cocaína.

<p>Nicotine dependence and treatment outcome among African American cocaine-dependent patients</p>	<p>Patkar, A.A.; Vergare, M.; Thornton, C.; Weinstein S; Murray, H.; Leone, F.T. 2003</p>	<p>Ensaio Clínico N = 105 (não cita N final) - 9 meses de seguimento. Pacientes em tratamento ambulatorial para dependência de cocaína. - 2 grupos na baseline: um deles de screening de urina positivo e outro negativo para cocaína. - 85,7% eram fumantes.</p>	<p>- exame toxicológico de urina - FTND + FTQ - SCID IV - ASI</p>	<p>Tratamento ambulatorial: - 12 semanas, com sessões em grupo 3x por semana + 1 sessão indiv por mês + - 6 meses com sessões semanais indivs Verificaram como cada um dos 2 grupos estava no final do tratamento em relação à cocaína, tendo o tabagismo como variável.</p>	<p>A severidade do tabagismo é preditor de resultado negativo para o tratamento de dependentes de cocaína que estão abstinentes no início do tratamento ambulatorial. Para aqueles que iniciaram o tratamento usando cocaína, estar fumando cigarro não fez diferença no resultado do tratamento. Para aqueles que já estavam abstinentes de cocaína no início do tratamento, estar fumando cigarro foi preditor de resultado negativo para o tratamento da dependência de cocaína.</p>
<p>Changes in smoking status among substance abusers: baseline characteristics and abstinence from alcohol and drugs at 12 month follow-up *</p>	<p>Kohn, C. S.; Tsoh, J. Y.; Weisner, C. 2003</p>	<p>Ensaio Clínico N baseline = 747 N final = 649 (86,9% de retenção) - 1 ano de seguimento. - Pacientes em tratamento ambulatorial para abuso de substâncias. - 52,9% eram fumantes na baseline.</p>	<p>- DSM IV - exame toxicológico de urina aos 6 meses em 55,6% da amostra inicial - ASI - SCL-90</p>	<p>Tratamento ambulatorial: - 8 semanas Seguimento: após 12 meses da admissão no tratamento, via ligação telefônica. Verificaram após 12 meses de tratamento para abuso de substâncias aqueles que: a) permaneceram fumantes b) pararam de fumar c) começaram a fumar d) permaneceram não fumantes.</p>	<p>Aqueles que seguiram fumando ou que começaram a fumar apresentaram menos dias de abstinência em relação ao álcool e outras substâncias. Seguir fumando ou começar a fumar após o tratamento para abuso de substância pode ser fator de risco para recaída. O número de dias de abstinência para álcool e outras substâncias foi maior em pacientes que tinham parado de fumar após o início do tratamento ou que permaneciam sem fumar.</p>

<p>Changes in tobacco smoking following treatment for cocaine dependence</p>	<p>Patkar, A. A.; Manneli, P.; Peindl, K.; Murray, H.; Meier, B.; Leone, F.</p> <p>2006</p>	<p>Ensaio Clínico</p> <p>N = 168 N final= 99 (58,9% de retenção)</p> <p>- 9 meses de seguimento.</p> <p>Pacientes em tratamento ambulatorial intensivo para abuso de cocaína e crack.</p> <p>- avaliações pré e pós tratamento + seguimento.</p> <p>- 82,7% eram fumantes na baseline.</p>	<p>- SCID para Eixo I - FTND + FTQ - exame toxicológico de urina da admissão do tratamento e após 9 meses - ASI</p>	<p>Tratamento ambulatorial: - 12 semanas, com sessões em grupo 3x por semana + 1 sessão indiv por mês.</p> <p>Seguimento: 9 meses após admissão no tratamento.</p> <p>Verificaram se a cessação do uso de cocaína aumenta o número de cigarros fumados por dia.</p>	<p>Não houve mudança significativa no número de cigarros fumados por dia ou do escore de Fagerstrom após tratamento para dependência de cocaína.</p> <p>Não houve evidência de que parar de usar cocaína aumentasse o consumo de tabaco.</p>
<p>Cigarette smoking and long-term alcohol and drug treatment outcomes: a telephone follow up at five years *</p>	<p>Satre, D; Kohn, C. S; Weisner, C.</p> <p>2007</p>	<p>Ensaio Clínico</p> <p>N baseline = 747 N final = 598 (80% de retenção)</p> <p>- 5 anos de seguimento</p> <p>- Pacientes em tratamento ambulatorial para abuso de substâncias.</p> <p>- 2 grupos: fumantes e não fumantes.</p> <p>- 52,7% eram fumantes no seguimento.</p>	<p>- DSM IV - exame toxicológico de urina semanal (por 4 semanas), mensal (por 1 ano) e randomizadas no seguimento. - ASI - questionário semi-estruturado</p>	<p>Tratamento ambulatorial: - 8 semanas</p> <p>Seguimento: via ligação telefônica</p> <p>Verificaram o consumo de tabaco e o resultado do tratamento por uso de substâncias após 5 anos.</p>	<p>Os fumantes tiveram pior resultados de tratamento ao final dos 5 anos: menor período de abstinência, mais problemas relacionados com substâncias, saúde mais prejudicada e mais sintomas depressivos.</p> <p>Parar de fumar na admissão do tratamento ou não ser fumante foi associado com período mais longo de abstinência ao longo destes 5 anos.</p>

<p>Tobacco, cocaine, and heroin: craving and use during daily life</p>	<p>Epstein, D.; Marrone, G.; Heishman, S.; Schmittner, J; Preston, K.L.</p> <p>2010</p>	<p>Avaliação momentânea ecológica</p> <p>N = 106</p> <p>- 20 semanas de seguimento</p> <p>Pacientes em tratamento ambulatorial com metadona.</p> <p>Usuários de cocaína, heroína e tabaco.</p> <p>- 93% eram fumantes.</p>	<p>- “tablet” - exame toxicológico de urina 3x por semana</p>	<p>Tratamento ambulatorial: Eram atendidos diariamente ao longo de 20 semanas. Recebiam metadona diariamente. Screening de urina 3x por semana. Recebiam gratificações pela abstinência.</p> <p>Verificaram a diferença entre a episódios de fissura e uso/lapso através dos registros no “tablet”.</p> <p>Os registros eram sobre fissura e uso de cocaína e heroína e, neste momento, aproveitavam para registrar sobre o tabaco.</p>	<p>A fissura e o consumo de tabaco, estão fortemente associados com o a fissura e uso de cocaína e heroína.</p> <p>Quando o paciente está abstinente de cocaína, ele fuma menos cigarros.</p> <p>O número de cigarros fumados aumenta de acordo com o aumento de fissura por cocaína, heroína e a própria nicotina.</p>
<p>Relação entre o <i>craving</i> por tabaco e o <i>craving</i> por <i>crack</i> em pacientes internados para desintoxicação</p>	<p>Zeni, T; Araújo, R.B.</p> <p>2011</p>	<p>Ensaio Clínico</p> <p>N = 32</p> <p>Pacientes internados em Unidade de Desintoxicação Masculina.</p> <p>- 100% eram usuários de crack e tabaco.</p>	<p>- entrevista semi-estruturada - FTND - CCQB - QSUB</p>	<p>9 sessões em grupo (método de exposição de imagens) + entrevistas individuais.</p>	<p>Os dados indicam que houve uma associação significativa entre a fissura por crack e por tabaco.</p> <p>Sugere-se que a abstinência de nicotina pode auxiliar no resultado positivo do tratamento de crack.</p>

Ensaio clínico randomizado					
Cigarette smoking and short-term addiction treatment outcome	Harrel, P.T; Montoya, I.D; Preston, K.L; Juliano, L.M; Gorelick, D.A. 2011	Ensaio Clínico Randomizado Duplo-cego N = 200 - 13 semanas de seguimento. Pacientes usuários de cocaína, heroína em tratamento para buprenorfina. - 3 grupos: fumantes, fumantes não dependentes e não fumantes. - 66% eram fumantes.	- DSM III R - exame toxicológico de urina 3x por semana	Tratamento ambulatorial: Atendimento individual semanal baseado na psicoterapia interpessoal + medicação	Resultados sugerem que o tabagismo está associado com resultado empobrecido de tratamento de cocaína, em curto prazo.

Nota. * estudos que se referem à mesma amostra; **amostra total de 1433 pacientes, desconsiderando amostra repetida;
FTQ=questionário de tolerância de Fagerstrom; CPD=cigarros por dia; FTND=teste de Fagerstrom de dependência de nicotina;
SCID= entrevista estruturada DSM IV; CCQB=cocaine craving questionnaire brief; QSUB=questionnaire of smoking urges.

Em quatro estudos foram identificadas amostras com usuários de crack (Patkar et al., 2006; Patkar et al., 2003; Wiseman & McMillan, 1998; Zeni & Araújo, 2011). A descrição da prevalência de tabagistas entre as amostras fica comprometida em função dos diferentes delineamentos e metodologias dos estudos.

Dentre os nove artigos, em dois estudos se comentou que não era permitido fumar nas áreas internas do local de tratamento (Kohn et al., 2003; Satre et al., 2007). Em apenas dois estudos se mencionou intervenções para cessação do tabagismo. Nestes não havia tratamento formal para o tabagismo, apenas acesso à TRN, bupropiona e psicoeducação. Entretanto caso os pacientes tivessem interesse, eles teriam um custo mais acessível para o tratamento em outro local (Kohn et al., 2003; Satre et al., 2007). Os outros cinco artigos não comentam sobre o assunto.

Medidas de avaliação inicial:

A dependência de cocaína foi diagnosticada através de uma avaliação clínica baseada no DSM III-R e DSM-IV em cinco estudos (Harrell et al., 2011; Kohn et al., 2003; Patkar et al., 2003; Wiseman & McMillan, 1998; Zeni & Araújo, 2011). O nível de dependência do tabaco foi verificado através do Teste de Fagerstrom em cinco estudos (Frosch et al., 2000; Patkar et al., 2006; Patkar et al., 2003; Wiseman & McMillan, 1998; Zeni & Araújo, 2011). Além disso, em sete estudos, um dos critérios de mensuração da eficácia do tratamento foi através de exames de urina pré e pós intervenções terapêuticas (Frosch et al., 2000; Harrell et al., 2011; Patkar et al., 2003). Também foi utilizado a SCID: (Patkar et al., 2006; Patkar et al., 2003), ASI: (Kohn et al., 2003; Patkar et al., 2006; Patkar et al., 2003; Satre et al., 2007), perguntas específicas sobre a história do tabagismo (Satre et al., 2007; Wiseman & McMillan, 1998) e avaliação do monóxido de carbono: (Frosch et al., 2000)

Medidas de avaliação de resultado:

Como medidas de avaliação de resultado foi identificado, em três estudos, uma similaridade de fatores: número de screenings negativos para cocaína, dias em tratamento, número de sessões e desistências do tratamento (Harrell et al., 2011; Patkar et al., 2006; Patkar et al., 2003). Nos outros seis estudos, tais medidas foram diferentes entre si.

Associação do tabagismo no tratamento da dependência de cocaína:

Foi possível identificar, dentre os ensaios clínicos, que o consumo de substâncias ilícitas aumenta proporcionalmente de acordo com a intensidade da dependência de nicotina, indicando uma associação direta entre dependência de nicotina e consumo de cocaína (Epstein et al., 2010; Frosch & Shoptaw, 2000; Harrell et al., 2011; Kohn et al., 2003; Patkar et al., 2006; Satre et al., 2007). Aqueles pacientes que seguem fumando são mais suscetíveis a usar cocaína do que aqueles pacientes que estão sem fumar (Frosch et al., 2000). E a severidade do tabagismo é preditor de resultado negativo para o tratamento de dependência de cocaína em pacientes que estão abstinentes de cocaína no início do tratamento (Harrell et al., 2011; Patkar et al., 2003).

Fumantes apresentaram mais testes de urina-positiva para cocaína do que os não-fumantes em estudo de 13 semanas de acompanhamento (Harrell et al., 2011). Este dado é corroborado pelo estudo de Kohn e colaboradores (Kohn et al., 2003) que verificou, no seguimento de um ano, que os pacientes que seguiram fumando após o início do tratamento apresentaram menos dias de abstinência de cocaína quando comparados àqueles que pararam de fumar ou já não fumavam. Em outro estudo semelhante, porém com acompanhamento de cinco anos, os fumantes apresentaram taxas menores de abstinência de cocaína ao final do período em relação àqueles que não fumavam (33,3% vs. 60,5%). Em relação à adesão ao tratamento, os fumantes permanecem menos tempo em tratamento para outras dependências quando comparados aos não fumantes (Satre et al., 2007).

Fumar cigarros e a fissura pelos mesmos estão fortemente associados com o uso e fissura por cocaína e heroína. Os dados de dois estudos sugerem que o consumo de tabaco e cocaína pode aumentar a fissura para ambas as substâncias, com efeitos que podem não se limitar a uma única substância (Epstein et al., 2010; Zeni & Araújo, 2011). Os dados indicam que houve uma associação entre a fissura por cocaína e crack e por tabaco, sugerindo que a abstinência de nicotina pode auxiliar no resultado positivo do tratamento de crack.

Dentre os nove estudos, apenas dois deles evidenciaram que o padrão do consumo de cigarros permaneceu estável ao longo do tratamento de dependência de cocaína e que não houve diferença entre número de cigarros fumados pós-tratamento e no período de duração da abstinência de cocaína. Entretanto em um dos estudos, com seguimento de seis meses, a taxa de retenção do seguimento foi de 58%, podendo-se

inferir que os pacientes mais graves não continuaram no estudo (Patkar et al., 2006). No outro estudo, apenas entre os pacientes com maior número de internações anteriores houve aumento do consumo de cigarros após o tratamento para dependência de cocaína.

2.1.1 DISCUSSÃO

Dentre os estudos selecionados, foi identificado dois níveis de evidência. Chama atenção que, ao longo dos anos, houve um aprimoramento metodológico, já que o estudo mais antigo é um estudo observacional e o mais recente é um ensaio clínico randomizado duplo-cego.

Usuários de cocaína apresentam características específicas que contribuem para um resultado de tratamento mais pobre. Sintomas depressivo e o consumo de álcool e de tabaco estão associados ao risco de recaída (Polling, Kosten, & Sofuoglo, 2007). Na presente revisão, foi possível identificar uma associação direta entre o consumo de tabaco e o consumo de cocaína. Quanto mais intensa a dependência de nicotina, maior será o consumo de substâncias ilícitas e pior será o resultado de tratamento para tais substâncias. Entre aqueles que consomem cocaína, os que são tabagistas a consomem com mais frequência e em maior quantidade, apresentam período de abstinência mais curto e o número de cigarros fumados é maior quando o indivíduo está sob efeito de cocaína. Além disso, os pacientes dependentes de cocaína tabagistas permanecem menos tempo em tratamento e apresentam menos dias de abstinência de cocaína. Entende-se, a partir destes estudos analisados, que o tabagismo prejudica o resultado do tratamento de cocaína a curto, médio e longo prazos.

A partir dos achados desta revisão, concluí-se que o consumo de tabaco propicie o desencadeamento da fissura por cocaína e facilite a recaída por esta substância. Os estudos indicam que indivíduos que param de fumar durante o tratamento de outras substâncias geralmente apresentam melhores resultados de tratamento quando comparados com aqueles que não pararam de fumar. Embora ainda seja controverso o momento ideal para oferecer o tratamento de tabagismo (Fu et al., 2008; Joseph & Willenbring, 2004), os resultados desta revisão revelam que o tratamento concomitante deste é efetivo para dependentes de outras substâncias.

Assim se sugere a inserção do tratamento do tabagismo concomitante ao tratamento de dependência de outras substâncias. Além disso, se verifica a necessidade de intervenção motivacional para o tratamento do tabagismo como medida de sucesso para o tratamento de dependência de crack e cocaína.

Algumas limitações encontradas nos estudos são as seguintes: 1) Alguns estudos não restringiram sua amostra à pacientes usuários de cocaína e também em dois estudos os pacientes estavam em tratamento com metadona (Frosch et al., 2000). Desta forma os dados não puderam ser generalizados somente para usuários de cocaína. 2) Outra importante limitação é a falta de padronização na classificação dos fumantes o que dificulta que os dados sejam comparados e extrapolados para a população. 3) Estudos com medidas de auto-relato (Wiseman & McMillan, 1998). 4) Nem todos os estudos apresentaram marcadores biológicos (Kohn et al., 2003; Wiseman & McMillan, 1998).

Uma das limitações desta revisão é o número restrito de estudos. Infere-se que este dado seja decorrente da característica da amostra que não permite mais ensaios clínicos randomizados.

2.1.2 CONCLUSÃO

A partir desta revisão foi identificado que seguir fumando, ao longo do tratamento de cocaína, associa-se com piores resultados no tratamento para cocaína e outras substâncias, em curto e longo prazos. Tal achado sugere a necessidade de inserção de abordagem motivacional e tratamento de tabagismo concomitante ao tratamento de outras substâncias. Por fim, futuros ensaios clínicos randomizados com múltiplos grupos podem contribuir para indicar a eficácia do tratamento do tabagismo e suas repercussões na motivação dos pacientes, no manejo das equipes de tratamento e na eficácia para a abstinência.

2.1.6 REFERÊNCIAS

- Baca, C. T., & Yahne, C. E. (2009). Smoking cessation during substance abuse treatment: What you need to know. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 205-219.
- Bechtholt, A. J., & Mark, G. P. (2002). Enhancement of cocaine-seeking behavior by repeated nicotine exposure in rats. *Psychopharmacology*, 162(2), 178-185.
- Becker, J. B., & Hu, M. (2008). Sex differences in drug abuse. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 29(1), 36-47.
- Brown, E., Nonnemaker, J., Federman, E. B., Farrelly, M., & Kipnis, S. (2012). Implementation of a tobacco-free regulation in substance use disorder treatment facilities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(3), 319-327.
- Epstein, D. H., Marrone, G. F., Heishman, S. J., Schmittner, J., & Preston, K. L. (2010). Tobacco, cocaine, and heroin: Craving and use during daily life. *Addictive Behaviors*, 35(4), 318-324.
- Eriksen, M., Mackay, J., & Ross, H. (2012). *The tobacco atlas - Fourth Edition*. Atlanta: American Cancer Society.
- Everett, S. A., Malarcher, A. M., Sharp, D. J., Husten, C. G., & Giovino, G. A. (2000). Relationship between cigarette, smokeless tobacco, and cigar use, and other health risk behaviors among U.S. high school students. *The Journal of school health*, 70(6), 234-240.
- Freeman, K. B., & Woolverton, W. L. (2009). Self-administration of cocaine and nicotine mixtures by rhesus monkeys. *Psychopharmacology*, 207(1), 99-106.
- Friedmann, P. D., Jiang, L., & Richter, K. P. (2008). Cigarette smoking cessation services in outpatient substance abuse treatment programs in the United States. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(2), 165-172. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2007.02.006>
- Frosch, D. L., & Shoptaw, S., DeborahJarvik, Murray E. (2000). Associations between tobacco smoking and illicit drug use among methadone- maintained opiate-dependent individuals. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8(1), 97-103.
- Fu, S. S., Kodl, M., Willenbring, M., Nelson, D. B., Nugent, S., Gravely, A. A., & Joseph, A. M. (2008). Ethnic differences in alcohol treatment outcomes and the effect of concurrent smoking cessation treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 92(1-3), 61-68.

- Fuller, B. E., Guydish, J., Tsoh, J., Reid, M. S., Resnick, M., Zammarelli, L., & McCarty, D. (2007). Attitudes toward the integration of smoking cessation treatment into drug abuse clinics. *Journal of substance abuse treatment, 32*(1), 53-60.
- Gerasimov, M. R., Franceschi, M., Volkow, N. D., Rice, O., Schiffer, W. K., & Dewey, S. L. (2000). Synergistic interactions between nicotine and cocaine or methylphenidate depend on the dose of dopamine transporter inhibitor. *Synapse, 38*(4), 432-437.
- Guydish, J., Passalacqua, E., Tajima, B., Chan, M., Chun, J., & Bostrom, A. (2011). Smoking prevalence in addiction treatment: A review. *Nicotine & Tobacco Research, 13*(6), 401-411.
- Guydish, J., Passalacqua, E., Tajima, B., & Manser, S. T. (2007). Staff smoking and other barriers to nicotine dependence intervention in addiction treatment settings: A review. *Journal of Psychoactive Drugs, 39*(4), 423-433.
- Harrell, P. T., Montoya, I. D., Preston, K. L., Juliano, L. M., & Gorelick, D. A. (2011). Cigarette smoking and short-term addiction treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence, 115*(3), 161-166.
- Harrell, P. T., Trezn, R. C., Scherer, M., Pacek, L. R., & Latimer, W. W. (2012). Cigarette smoking, illicit drug use, and routes of administration among heroin and cocaine users. *Addictive Behaviors, 37*(5), 678-681.
- Higgins, J., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of interventions* (Vol. Version 5.1.0).
- Higgins, S. T., Badger, G. J., & Budney, A. J. (2000). Initial abstinence and success in achieving longer term cocaine abstinence. *Experimental and clinical psychopharmacology, 8*(3), 377-386.
- Hulley, S. B., Cummings, S., Browner, W. S., Grady, D., Hearst, N., & Newman, T. (2006). *Delineando a pesquisa clínica - Uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Hunt, J. J., Cupertino, A. P., Garrett, S., Friedmann, P. D., & Richter, K. P. (2012). How is tobacco treatment provided during drug treatment? *Journal of Substance Abuse Treatment, 42*(1), 4-15. doi: 10.1016/j.jsat.2011.06.007
- Joseph, A. M., & Willenbring, M. L., Sean MNelson, David B. (2004). A randomized trial of concurrent versus delayed smoking intervention for patients in alcohol dependence treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 65*(6), 681-691.

- Kohn, C. S., Tsoh, J. Y., & Weisner, C. M. (2003). Changes in smoking status among substance abusers: Baseline characteristics and abstinence from alcohol and drugs at 12-month follow-up. *Drug and Alcohol Dependence, 69*(1), 61-71.
- Lindsay, G. B., & Rainey, J. (1997). Psychosocial and pharmacologic explanations of nicotine's "gateway drug" function. *Journal of School Health, 67*(4), 123-126.
- Martínez-Ortega, J. M., Jurado, D., Martínez-González, A., & Gurpegui, M. (2006). Nicotine dependence, use of illegal drugs and psychiatric morbidity. *Addictive Behaviors, 31*(9), 1722-1729.
- McDonald, C. A., Roberts, S., & Descheemaeker, N. (2000). Intentions to quit smoking in substance-abusing teens exposed to a tobacco program. *Journal of Substance Abuse Treatment, 18*(3), 291-308. doi: 10.1016/S0740-5472(99)00067-7
- Meier, B. R., Lundy, A., Patkar, A. A., & Weinstiens, S. (2005). The relationship between nicotine dependence and addiction severity amongst cocaine abusers. *Journal of Substance Use, 10*(5), 303-314.
- Patkar, A. A., Batra, V., Mannelli, P., Casey, S. E., Vergare, M. J., & Leone, F. T. (2005). Medical symptoms associated with tobacco smoking with and without marijuana abuse among crack cocaine-dependent patients. *American Journal on Addictions, 14*(1), 43-53.
- Patkar, A. A., Lundy, A., Leone, F., Weinstein, S., Gottheil, E., & Steinberg, M. (2002). Tobacco and alcohol use and medical symptoms among cocaine dependent patients. *Substance Abuse, 23*(2), 105-114.
- Patkar, A. A., Mannelli, P., Peindl, K., Murray, H. W., Meier, B., & Leone, F. T. (2006). Changes in tobacco smoking following treatment for cocaine dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 32*(2), 135-148.
- Patkar, A. A., Sterling, R. C., Leone, F. T., Lundy, A., & Weinstein, S. P. (2002). Relationship between tobacco smoking and medical symptoms among cocaine, alcohol and opiate dependent patients. *The American Journal on Addictions, 11*(3), 209-218.
- Patkar, A. A., Vergare, M. J., Thornton, C. C., Weinstein, S. P., Murray, H. W., & Leone, F. T. (2003). Nicotine dependence and treatment outcome among African American cocaine-dependent patients. *Nicotine Tobacco Research, 5*(3), 411-418.

- Pinto, M. T., & Pichon-Riviere, A. (2012). Carga das doenças tabaco-relacionadas para o Brasil. http://actbr.org.br/uploads/conteudo/721_Relatorio_Carga_do_tabagismo_o_Brasil.pdf: ACTBR, Aliança de Controle do Tabaco.
- Polling, J., Kosten, T., & Sofuoglo, M. (2007). Treatment Outcome Predictors for Cocaine Dependence. *The American Journal of Drugs and Alcohol Abuse*, 33(2), 191-206.
- Reid, M. S., Mickalian, J. D., Delucchi, K. L., Hall, S. M., & Berger, S. P. (1998). An acute dose of nicotine enhances cue-induced cocaine craving. *Drug and Alcohol Dependence*, 49(2), 95-104. doi: 10.1016/S0376-8716(97)00144-0
- Rohsenow, D. J., Colby, S. M., Martin, R. A., & Monti, P. M. (2005). Nicotine and other substance interaction expectancies questionnaire: Relationship of expectancies to substance use. *Addictive Behaviors*, 30(4), 629-641.
- Rounds-Bryant, J. L., Flynn, P. M., & Craighead, L. W. (1997). Relationship between self-efficacy perceptions and in-treatment drug use among regular cocaine users. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 23(3), 383-395.
- Satre, D. D., Kohn, C. S., & Weisner, C. (2007). Cigarette smoking and long-term alcohol and drug treatment outcomes: A telephone follow-up at five years. *American Journal on Addictions*, 16(1), 32-37.
- Schorling, J. B., Gutgesell, M., Klas, P., Smith, D., & Keller, A. (1994). Tobacco, alcohol and other drug use among college students. *Journal of Substance Abuse*, 6(1), 105-115.
- USPHS, U. S. o. P. H. S. (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. *American journal of preventive medicine*, 35(2), 158-176.
- Walsh, R. A., Bowman, J. A., Tzelepis, F., & Lecathelinais, C. (2005). Smoking cessation interventions in Australian drug treatment agencies: A national survey of attitudes and practices. *Drug & Alcohol Review*, 24(3), 235-244.
- Weinberger, A. H., & Sofuoglu, M. (2009). The impact of cigarette smoking on stimulant addiction. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(1), 12-17.
- WHO, W. H. O. (2011). Report on the Global Tobacco Epidemic - Warning about the dangers about tobacco. Suiça: WHO.
- Winhusen, T., Stitzer, M., Woody, G., Brigham, G., Kropp, F., Ghitza, U., & Somoza, E. (2012). Design considerations for a study to evaluate the impact of smoking

cessation treatment on stimulant use outcomes in stimulant-dependent individuals. *Contemporary Clinical Trials*, 33(1), 197-205.

Wiseman, E. J., & McMillan, D. E. (1998). Relationship of cessation of cocaine use to cigarette smoking in cocaine-dependent outpatients. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(4), 617-625

Zeni, T. C. d., & Araújo, R. B. (2011). Relação entre o craving por tabaco e o craving por crack em pacientes internados para desintoxicação. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 60 (1), 28-33

Ziedonis, D. M., Guydish, J., Williams, J., Steinberg, M., & Foulds, J. (2006). Barriers and solutions to addressing tobacco dependence in addiction treatment programs. *Alcohol Research & Health*, 29(3), 228-235.

2.2 ARTIGO II

PRONTIDÃO PARA MUDANÇA EM USUÁRIOS DE CRACK, COCAÍNA E TABACO E SUA ASSOCIAÇÃO

- UM ESTUDO EMPÍRICO -

2.2.1 INTRODUÇÃO

A prevalência de tabagismo entre os usuários de substâncias ilícitas é extremamente alta quando comparada com a população geral. É estimado que cerca de 20% da população mundial é consumidora de tabaco, enquanto estudos sugerem que 65% a 95% dos indivíduos usuários de outras substâncias também são tabagistas (Eriksen, Mackay, & Ross, 2012; Guydish et al., 2011). Como resultado os usuários de outras substâncias são exponencialmente expostos às consequências de saúde relacionadas ao consumo de tabaco. Estudos referem que tais indivíduos apresentam mais doenças clínicas do que aqueles não tabagistas, como problemas respiratórios, cardiovasculares, gastrointestinais e de garganta (Patkar et al., 2005; Patkar, Sterling, Leone, Lundy, & Weinstein, 2002). Alguns estudos, inclusive, já relataram que a dependência de tabaco foi identificada como primeira causa de morte entre indivíduos tabagistas tratados inicialmente para dependência de álcool (Hurt et al., 1994; Hurt & Offord, 1996).

Além disso, a literatura tem evidenciado que usuários de substâncias ilícitas que são tabagistas apresentam uma gravidade mais intensa de dependência de nicotina (Guydish et al., 2011). Somando a este dado, estudos clínicos e laboratoriais têm mostrado que o tabagismo, entre os consumidores de cocaína e crack, é associado com início mais precoce, uso mais frequente e intenso de cocaína e dificuldades laborais ou legais mais severas (Epstein, Marrone, Heishman, Schmittner, & Preston, 2010; Reid, Mickalian, Delucchi, Hall, & Berger, 1998; Roll, Higgins, & Tidey, 1997; Winhusen et al., 2012).

Esta comorbidade também interfere negativamente em relação ao tratamento das substâncias. Alguns estudos referem que o consumo de nicotina está associado com taxas de recaída mais elevadas entre os usuários de cocaína (Epstein et al., 2010; Weinberger & Sofuoglu, 2009). Complementando este dado, verificou-se que seguir fumando cigarros é um gatilho e desencadeia fissura por crack e cocaína, prejudicando a manutenção da abstinência e sucesso de tratamento (Zeni & Araújo, 2011). Dessa forma usuários de cocaína que são tabagistas apresentam probabilidade de sucesso de tratamento mais baixa quando comparado com usuários de cocaína que não são tabagistas.

A despeito destas informações sobre os riscos relacionados à saúde e ao tratamento do indivíduo tabagista e usuários de outras substâncias, profissionais da saúde têm investido, escassamente, em intervenções de tratamento concomitante do

tabagismo (Friedmann, Jiang, & Richter, 2008; Richter, Choi, McCool, Harris, & Ahluwalia, 2004). Por exemplo, a maioria (54%) dos locais de tratamento do Canadá oferece apenas uma abordagem informal para o tabagismo, e somente 10% oferece tratamento específico em grupo ou individual (Currie, Nesbitt, Wood, & Lawson, 2003). Um estudo australiano estimou que os programas de tratamento para substâncias de abuso não oferecem intervenções sistemáticas para o tabagismo e apenas 26% dos pacientes recebem aconselhamento para cessação (Walsh, Bowman, Tzelepis, & Lecathelinais, 2005).

Alguns estudos identificam os motivos pelos quais há pouco tratamento concomitante (Fuller et al., 2007; Guydish, Passalacqua, Tajima, & Manser, 2007; Walsh et al., 2005). Um artigo de revisão sistemática, que identificou 23 estudos que abordavam este tema, constatou que entre as barreiras para não haver intervenções para o tabagismo em serviços de tratamento para outras dependências estão o conhecimento limitado da equipe de trabalho dos serviços de saúde e o seu treinamento precário sobre esta comorbidade. É possível que os profissionais de saúde desconheçam as possibilidades e vantagens do tratamento concomitante. Também foi verificada uma alta prevalência de tabagismo entre as equipes de trabalho (Guydish et al., 2007).

Além disso o pouco conhecimento sobre a motivação e prontidão para mudança, em relação ao tabaco destes pacientes, podem ser algumas das razões que justificam a carência de tratamento para cessação do tabagismo em programas de tratamento para dependência química (Fuller et al., 2007). Visto que, justamente, um fator complicador para o tratamento de indivíduos usuários de substâncias e outras comorbidades é a sua prontidão para a mudança e como a mesma interage com os transtornos comórbidos (DiClemente, Nidecker, & Bellack, 2008).

Sabe-se que intervenções que desconsideram os estágios de mudança podem ser prejudiciais para o indivíduo, pois o afastam da mudança criando um obstáculo que sustenta e fortalece o comportamento de risco. Além disso ações terapêuticas incompatíveis com a prontidão do paciente demandam tempo e recursos que poderiam ser empregados em intervenções mais eficazes (Prochaska, Diclemente, & DiClemente, 1983; Prochaska, Diclemente, & Norcross, 1992). Pacientes que recebem intervenções de acordo com sua prontidão para mudança tem mais chance de sucesso em relação à cessação do consumo de tabaco. Quanto mais conhecimento sobre a prontidão para mudança, maior a habilidade do profissional para acertar na intensidade e tipo de

intervenção que o paciente precisa (Rohren et al., 1994; Spencer, Pagell, Hallion, & Adams, 2002).

O modelo transteórico de mudança (MTT) baseia seu constructo a partir do entendimento de que a modificação de comportamento se dá através de um processo temporal. Neste modelo os aspectos motivacionais são organizados ao longo de cinco estágios de mudança (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção). Ainda relacionado ao MTT, os mesmos autores desenvolveram o conceito de prontidão para mudança. Esta é uma noção mais abrangente e representa uma associação entre a percepção do comportamento, enquanto um problema, e a confiança na sua capacidade de mudança (DiClemente, Schlundt, & Gemmell, 2004; Szupczynski & Oliveira, 2008b).

De acordo com o Center for Disease Control (CDC, 2005), cerca de 70% dos usuários de tabaco na população geral referem intenção de parar de fumar a cada ano, mas apenas 21% recebe intervenção para a cessação do tabagismo. Profissionais de saúde de atenção primária possuem uma janela de oportunidade para conduzir os tabagistas através da mudança de comportamento e a avaliação da prontidão para mudança pode ser um dos primeiros passos. Sabe-se que intervenções que desconsiderarem a prontidão de mudança do paciente tendem a falhar (Prochaska et al., 1983). O consenso americano de tratamento para fumantes (USPHS, 2008) e o consenso e diretrizes nacionais (INCA, 2001; Marques et al., 2001; Reichert et al., 2008) sugerem intervenções baseadas no conceito de estágios de mudança.

O objetivo principal deste estudo foi verificar, entre os pacientes que estavam em tratamento para uso de crack e cocaína e que eram tabagistas, a prontidão para mudança para as substâncias ilícitas e para o tabaco e sua possível associação. A hipótese é de que existe associação entre a prontidão para mudança de tais substâncias. Os objetivos secundários foram verificar se o consumo de tabaco precede o consumo de substâncias ilícitas, relacionar a gravidade da dependência de tabaco com a prontidão para a mudança para as substâncias ilícitas e para o tabaco, verificar a associação de tratamentos prévios, quantidade de substâncias diferentes consumidas e outros fatores sociodemográficos na prontidão para mudança de ambas as substâncias.

2.2.2 MÉTODO

Delineamento

Foi utilizada metodologia descritiva, com delineamento observacional transversal (Hulley et al., 2006). Cabe ressaltar que este estudo faz parte de um programa mais amplo, um ensaio clínico sobre efetividade da intervenção no Modelo Transteórico para pacientes usuários de crack. Neste grande projeto, os pacientes foram avaliados em dois momentos, pré e pós-intervenção. Já no presente estudo se utilizaram dados apenas da avaliação pré-intervenção.

Local e amostra

A partir de uma amostra clínica da população foram recrutados indivíduos internados numa fazenda terapêutica, cujo motivo da internação foi o consumo de crack e cocaína. Para este estudo foram selecionados apenas aqueles pacientes que também eram tabagistas.

A fazenda terapêutica encontra-se na região metropolitana. Neste local, os pacientes não recebem tratamento formal para o tabagismo e é permitido fumar. A avaliação dos pacientes foi realizada no período de setembro de 2011 a novembro de 2012.

Os principais critérios de inclusão da amostra do estudo foram: o motivo de busca pelo tratamento ser o uso de crack e cocaína e ser usuário de tabaco. Também foram incluídos no estudo participantes que estivessem na faixa etária dos 18 aos 59 anos e que possuíssem no mínimo quatro anos de estudo formal completos, com o intuito de minimizar possibilidades de incompreensão acerca das questões abordadas nos instrumentos. Além disso era necessário, para participar do estudo, que os pacientes estivessem com no mínimo duas semanas de abstinência de substâncias ilícitas (este dado foi obtido a partir do relato do paciente). Os critérios de exclusão foram a presença de diagnóstico de transtornos psiquiátricos com funcionamento psicótico ou delirante e presença de prejuízos cognitivos significativos que dificultassem no entendimento dos instrumentos. Tais características foram avaliadas através de um inventário auto-aplicável (ASR - *Adult Self Report*) que verifica aspectos do funcionamento adaptativo e psicopatológico dos participantes (Achenbach, Dumenci, & Rescorla, 2003) e do screening cognitivo do *Wechsler Adult Intelligence Scale III* – WAIS III (Cunha, 2000). Aos pacientes que aceitaram participar do estudo foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Inicialmente a amostra foi composta por 96 participantes. Foram excluídos pacientes que não estavam fumando atualmente (n=1), que não haviam respondido os instrumentos específicos para o tabagismo (Fagerstrom, URICA-tabaco, régua e algoritmo tabaco) (n=4), pacientes que a substância responsável pela procura do serviço não era crack ou cocaína (n=2) e pacientes com a URICA-substâncias ilícitas incompleta (n=1). A amostra final, então, foi composta por 88 usuários de crack e cocaína que buscaram tratamento devido a estas substâncias e que haviam respondido aos instrumentos específicos do tabagismo. Toda a amostra era tabagista.

Instrumentos

A identificação de dependência, abuso ou uso esporádico de crack e cocaína foram através de uma avaliação clínica com questões referentes ao DSM IV (APA, 2008). A avaliação do grau de dependência física da nicotina foi através da escala Fagerstrom (Heatherton, et al , 1991; Carmo & Pueyo, 2002; Meneses-Gaya, Zuardi, Loureiro, & Crippa, 2009). Os instrumentos utilizados para responder aos objetivos foram: questionário sócio-econômico semi-estruturado, URICA (University of Rhode Island Change Assesment Scale) para substâncias ilícitas (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983; Szupszynski & Oliveira, 2008a), URICA-tabaco, Régua de Prontidão para substâncias ilícitas e para o tabaco, algoritmo para substâncias ilícitas e para o tabaco.

Análises estatísticas

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica, para os casos de distribuição assimétrica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para comparar as médias entre os grupos foram aplicados o teste *t Student* ou a Análise de Variância *one-way* (ANOVA).

Na comparação de proporções foram utilizados o teste qui-quadrado de Pearson ou o exato de Fisher. Para avaliar a associação entre as variáveis contínuas e ordinais foi aplicado o teste da correlação de Spearman. Na comparação entre os estágios de prontidão para mudança do tabaco e o de drogas ilícitas foram utilizados os testes *t Student* para amostras pareadas, Wilcoxon e qui-quadrado de McNemar. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 18.0.

2.2.3 RESULTADOS

Descrição da amostra

Quanto às características da amostra (tabela 1), a média de idade dos participantes foi de 27,1 anos (DP=6,8) e a média de anos de escolaridade foi de 9,59 anos (DP=3,02). Quanto ao sexo, 80,7% eram homens. Quanto ao estado civil, 63,5% eram solteiros, 29,5% casados ou com companheiro e 6,8% separados. Quanto ao nível de escolaridade, o maior percentual tinha o ensino fundamental incompleto (26,1), seguidos de médio incompleto (20,5%), médio completo (19,3%), superior incompleto (18,2%), fundamental completo (13,6%) e superior completo (2,3%). Os dados revelam que, em relação à renda familiar, 43,2% possuem uma renda que varia de um e três salários mínimos, 33% mais de cinco salários mínimos, 17% entre três e cinco salários mínimos e 5,7% menos de 1salários mínimo. A maioria da amostra relatou perda de algum ente querido (71,6%) e histórico familiar positivo para problemas com álcool ou outras substâncias (84,1%). Do total de 88 participantes, 58 indivíduos buscaram tratamento em função do crack e 30 em função da cocaína.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica de pacientes internados em uma fazenda terapêutica

Variáveis	n=88
Idade (anos) – média ± DP	27,1 ± 6,8
Sexo – n(%)	
Masculino	71 (80,7)
Feminino	17 (19,3)
Nível de escolaridade – n (%)	
Fundamental incompleto	23 (26,1)
Fundamental completo	12 (13,6)
Médio incompleto	18 (20,5)
Médio completo	17 (19,3)
Superior incompleto	16 (18,2)
Superior completo	2 (2,3)
Escolaridade (anos) – média ± DP	9,59 ± 3,02
Renda familiar (s.m.) – n (%)	

≤ 1	5 (5,7)
1,01 - 2	19 (21,6)
2,01 – 3	19 (21,6)
3,01 – 5	15 (17,0)
> 5	29 (33,0)
Não sabe	1 (1,1)
Estado civil – n(%)	
Solteiro	56 (63,6)
Casado/com companheiro	26 (29,5)
Separado	6 (6,8)
Praticante de religião – n(%)	
Sim	40 (45,5)
Não	48 (54,5)
Filhos – n(%)	
Sim	45 (51,5)
Não	43 (48,9)
Trabalha atualmente – n(%)	
Sim	54 (61,4)
Não	33 (37,5)
Não sabe	1 (1,1)
Relato de perdas significativas – n(%)	
Sim	63 (71,6)
Não	25 (28,4)
Tempo que está no tratamento (dias) –md (P25 – P75)	
	40 (9,5 – 83)
Alguém da família tem ou teve probl com drogas ou álcool – n(%)	
Sim	74 (84,1)
Não	14 (15,9)
Tratamentos anteriores – n (%)	
Internação hospitalar	59 (67,0)
Fazenda	60 (68,2)
Ambulatório	48 (54,5)
Emergência	22 (25,0)
Consultório particular	34 (38,6)

AA	35 (39,8)
Psicoterapia	30 (34,1)
Outros tratamentos	6 (6,8)
Substância que o levou a buscar este tratamento – n(%)	
Crack	58 (65,9)
Cocaína	30 (34,1)

Nota. DP=desvio padrão; s.m.=salários mínimos; md=mediana;

Em relação ao uso de substâncias ilícitas (tabela 2), de acordo com o consumo no último ano, 100% usou tabaco, 83% álcool, 68,2% crack, 60,2% cocaína e 60,2% maconha. Sobre o uso do tabaco (tabela 3), a média de idade de início foi 15,1 anos (DP=3,8), a maioria (90,9%) fumava diariamente e em relação ao grau de dependência, através do teste de Fagerstrom, 34,1% apresentaram dependência baixa, 21,6% média e 21,6% elevada, 13,6% muito baixa e 9,1% muito elevada. Os dados referentes ao consumo de cocaína (tabela 4) demonstram que a média de idade de início de consumo foi 17,5 anos (DP=2,5) e a maioria (51,1%) se considerou dependente de cocaína. Os dados referentes ao consumo de crack (tabela 5) revelam que a idade média de início do consumo foi 22 anos (DP=7,3) e a maioria 69,3% se considerou dependente.

Tabela 2

Uso de substâncias lícitas e ilícitas de pacientes internados em uma fazenda terapêutica

Substâncias	Usei no último ano	Já usei na minha vida	Nunca usei
	n (%)	n (%)	n (%)
Tabaco	88 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)
Álcool	73 (83,0)	11 (12,5)	4 (4,5)
Sedativos	8 (9,1)	13 (14,8)	67 (76,1)
Anfetaminas	4 (4,5)	12 (13,6)	72 (81,8)
Solventes	4 (4,5)	43 (48,9)	41 (46,6)
Alucinógenos	5 (5,7)	24 (27,3)	59 (67,0)
Maconha	53 (60,2)	31 (35,2)	4 (4,5)
Cocaína	53 (60,2)	31 (35,2)	4 (4,5)
Crack	60 (68,2)	12 (13,6)	16 (18,2)

Tabela 3

Dados sobre o consumo de tabaco de pacientes internados em uma fazenda terapêutica

Tabaco	n=88
Idade que usou pela primeira vez (anos) – média ± DP	15,1 ± 3,8
Frequência no último ano – n(%)	
Todos os dias	80 (90,9)
5 a 6 dias por semana	1 (1,1)
3 a 4 dias por semana	4 (4,5)
1 a 2 dias por semana	3 (3,4)
Grau de dependência por Fagerstrom – n(%)	
Muito baixo	12 (13,6)
Baixo	30 (34,1)
Médio	19 (21,6)
Elevado	19 (21,6)
Muito elevado	8 (9,1)
Tempo de abstinência (dias) – md (P25 – P75)	35 (4 – 92)

Nota. DP=desvio padrão; md=mediana.

Tabela 4

Dados sobre o consumo de cocaína de pacientes internados em uma fazenda terapêutica

Cocaína	n=88
Idade que usou pela primeira vez (anos) – média ± DP	17,5 ± 2,5
Frequência no último ano – n(%)	
Não usou no último ano	17 (19,3)
Usou todos os dias	17 (19,3)
5 a 6 dias por semana	4 (4,5)
3 a 4 dias por semana	10 (11,4)
1 a 2 dias por semana	8 (9,1)
Mensal	18 (20,5)
Eventualmente	9 (10,2)
Nunca usei na vida	5 (5,7)
Grau de dependência – n(%)	
Dependente	45 (51,1)

Abusador	14 (15,9)
Uso esporádico	10 (11,4)
Não usa	19 (21,6)
Tempo de abstinência (dias) – md (P25 – P75)	60 (30 – 120)

Nota. DP=desvio padrão; md=mediana.

Tabela 5

Dados sobre o consumo de crack de pacientes internados em uma fazenda terapêutica

Crack	n=88
Idade que usou pela primeira vez (anos) – média ± DP	22,0 ± 7,3
Frequência no último ano – n(%)	
Não usou no último ano	12 (13,6)
Usou todos os dias	37 (42,0)
5 a 6 dias por semana	6 (6,8)
3 a 4 dias por semana	9 (10,2)
1 a 2 dias por semana	3 (3,4)
Mensal	2 (2,3)
Eventualmente	3 (3,4)
Nunca usei na vida	16 (18,2)
Grau de dependência – n(%)	
Dependente	61 (69,3)
Abusador	1 (1,1)
Uso esporádico	2 (2,3)
Não usa	24 (27,3)
Tempo de abstinência (dias) – md (P25 – P75)	50 (22 – 121)

Nota. DP=desvio padrão; md=mediana.

Os indivíduos iniciaram o uso de substâncias psicoativas prevalentemente com o tabaco (36,4%) seguido do álcool (22,7%) e com essas duas substâncias simultaneamente (12,5%), ou seja, o álcool e o tabaco precedem o uso de substâncias ilícitas em 71,6% dos casos (Figura 1). Analisando as três drogas ilícitas mais prevalentes (crack, cocaína e maconha), identificou-se um percentual mais elevado para o uso das três conjuntamente (29,5%) quando considerado o uso atual de drogas (Figura 2).

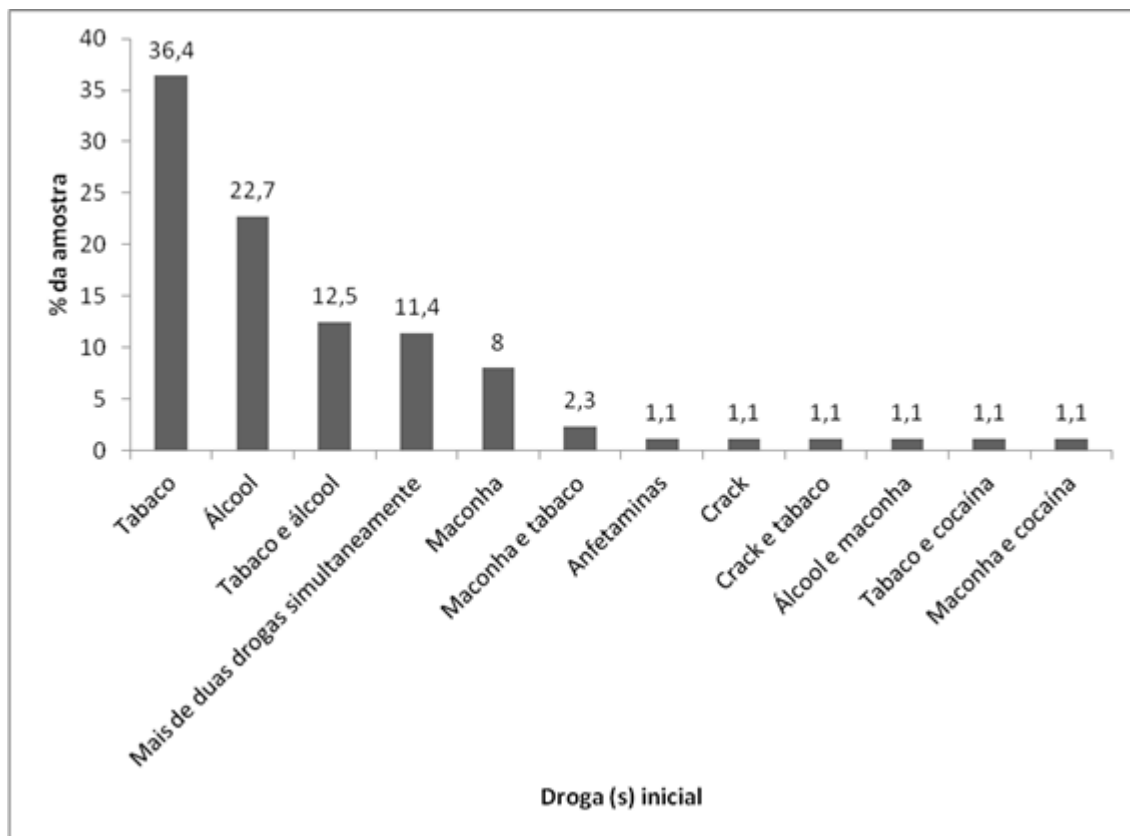


Figura 1 – Distribuição da amostra quanto a substância de consumo inicial.

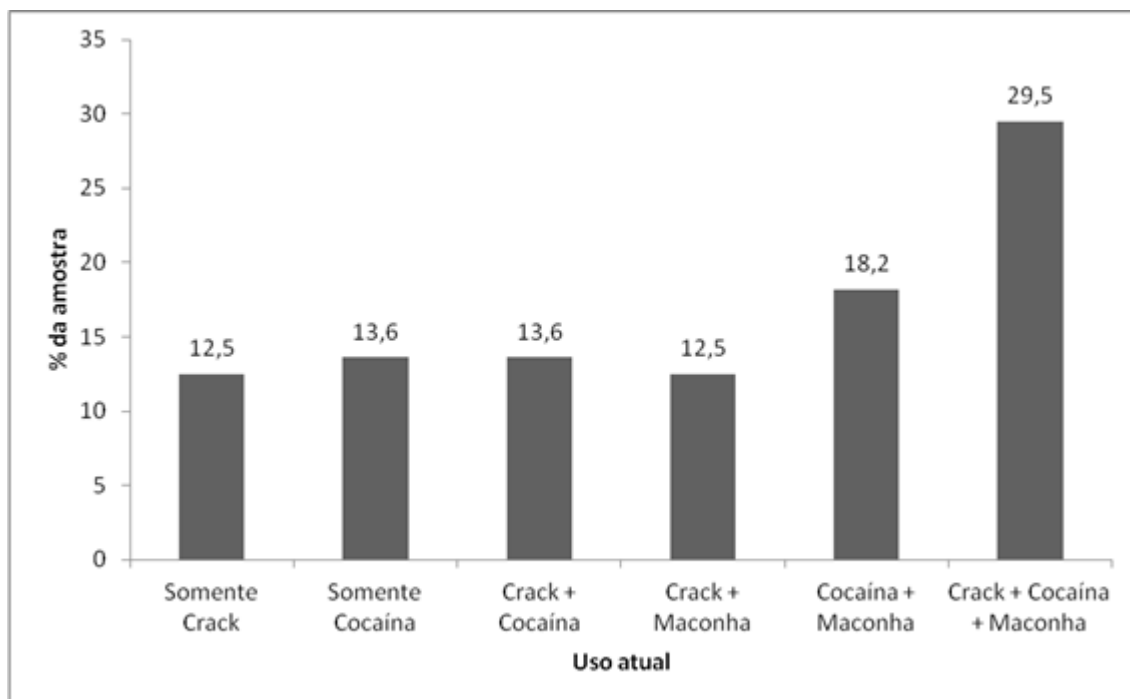


Figura 2 – Distribuição da amostra quanto ao uso atual de substâncias ilícitas.

Prontidão para mudança em relação ao tabaco e às substâncias ilícitas

Houve diferença significativa entre a prontidão para o tabaco e a para as substâncias ilícitas ($p < 0,001$). De acordo com os três instrumentos utilizados, os indivíduos encontram-se mais prontos para a mudança em relação às substâncias ilícitas do que em relação ao tabaco (Tabela 6). Enquanto que a maior prevalência de pré-contemplação está entre os usuários de tabaco (79,5%), a maior prevalência de ação e manutenção está entre os usuários de substâncias ilícitas (33% e 28,4%) pela URICA. Em relação ao algoritmo, para o tabaco a amostra prevaleceu também no estágio de pré-contemplação (39,3%), ao passo que para as substâncias ilícitas, a grande maioria (75,3%) se encontrou em preparação.

Tabela 6

Prontidão para a mudança em relação ao tabaco e às substâncias ilícitas (cocaína e crack) através da URICA, algoritmo e régua

Variáveis	Tabaco	Cocaína e/ou Crack	<i>p</i>
Régua – média ± DP [md]	4,11 ± 2,68 [4,0]	7,72 ± 2,12 [8,0]	<0,001
URICA escores – média ± DP [md]			
Pré-contemplação	58,0 ± 8,5 [57,5]	52,9 ± 8,7 [50]	<0,001
Contemplação	35,5 ± 12,1 [40]	43,2 ± 8,5 [45]	<0,001
Ação	27,6 ± 13,4 [27,5]	51,1 ± 9,6 [55]	<0,001
Manutenção	39,8 ± 10,7 [40]	50,3 ± 7,8 [50]	<0,001
URICA estágios – n(%)			<0,001
Pré-contemplação	70 (79,5)	34 (38,6)	
Contemplação	3 (3,4)	0 (0,0)	
Ação	1 (1,1)	29 (33,0)	
Manutenção	14 (15,9)	25 (28,4)	
Algoritmo estágios* – n(%)			<0,001
Pré-contemplação	24 (39,3)	0 (0,0)	
Contemplação	22 (36,1)	4 (4,7)	
Preparação	15 (24,6)	64 (75,3)	
Ação	0 (0,0)	7 (8,2)	
Manutenção	0 (0,0)	10 (11,8)	

Nota. DP=desvio padrão; md=mediana; * Tabaco (n=61) e substâncias ilícitas (n=85)

Prontidão para mudança em relação ao tabaco

A prontidão para o tabaco associou-se significativamente com alguns fatores sociodemográficos e clínicos (Tabela 7). Indivíduos de mais alta escolaridade tiveram maior grau de prontidão pela URICA tabaco ($p<0,05$).

O grau de dependência por Fagerstrom se associou significativamente com a régua de prontidão para o tabaco. Quanto menor o grau de dependência, maior a prontidão para a mudança ($p<0,05$).

O estágio da URICA para substâncias ilícitas (URICA SI) se associou com o algoritmo tabaco ($p<0,05$). Sujeitos com maior grau de prontidão para substâncias ilícitas apresentaram menor prontidão para o tabaco pelo algoritmo.

Tabela 7

Associação das variáveis contínuas e ordinais com a prontidão para a mudança do tabaco através do coeficiente de correlação de Spearman (r_s)

Variáveis	Régua	URICA estágios	Algoritmo
Idade (anos)	-0,047	0,142	-0,123
Escolaridade (anos)	-0,102	0,261*	-0,220
Renda familiar (s.m.)	-0,085	0,105	-0,243
Tempo que está no tratamento (dias)	-0,100	-0,175	-0,101
Tempo de abstinência atual (dias)	-0,084	-0,134	-0,158
Número de tratamentos	-0,168	0,119	-0,236
Dependência – DSM			
Cocaína	-0,055	-0,179	-0,093
Crack	0,046	0,133	0,230
Grau de dependência – FARGESTORM			
Régua prontidão SI	-0,099	0,043	-0,235
URICA estágio SI	-0,190	0,198	-0,268*
Algoritmo SI	-0,169	-0,107	-0,054

Nota. * $p<0,05$; s.m.=salários mínimos.

Por fim houve associação significativa entre o estágio de prontidão para mudança pelo algoritmo tabaco com a situação do tabaco ter ou não precedido o uso de

substâncias ilícitas ($p=0,023$). Sujeitos que iniciaram o uso do tabaco previamente ao uso de substâncias ilícitas estão mais prevalentemente em estágio de pré-contemplação pelo algoritmo tabaco (Figura 3).

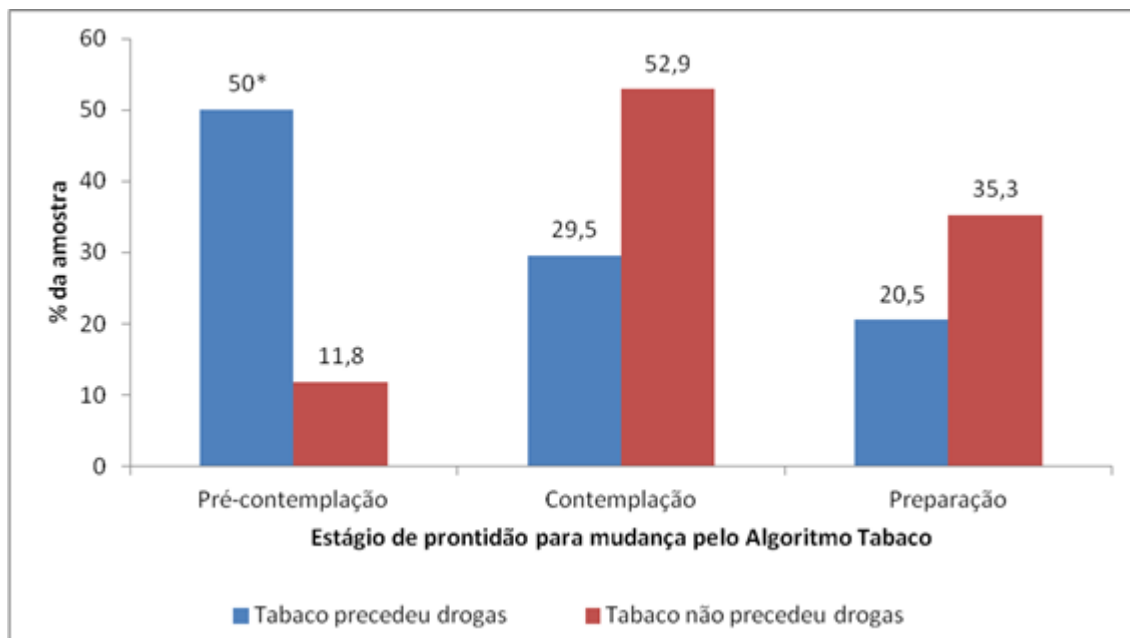


Figura 3 – Associação entre o estágio de prontidão para mudança pelo algoritmo tabaco com a situação do tabaco ter ou não precedido o uso de substâncias.

Nota. * associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Prontidão para mudança em relação às substâncias ilícitas

A prontidão para substâncias ilícitas associou-se também significativamente com alguns fatores sociodemográficos e clínicos (Tabela 8). Indivíduos mais velhos apresentaram um grau maior de prontidão pela URICA SI ($p<0,05$). Quanto maior o tempo de tratamento e de abstinência das substâncias ilícitas, maior a prontidão para cessar com o crack ou a cocaína pelo algoritmo ($p<0,01$).

O número de tratamentos se associou significativamente com os estágios da URICA SI e algoritmo ($p<0,001$), indicando que quanto maior o número de tratamentos, maior o grau de prontidão pelos dois instrumentos.

Tabela 8

Associação das variáveis contínuas e ordinais com a prontidão para a mudança de substâncias ilícitas através do coeficiente de correlação de Spearman (r_s)

Variáveis	Régua	URICA estágios	Algoritmo
Idade (anos)	0,030	0,246*	0,156
Escolaridade (anos)	0,134	0,153	0,083
Renda familiar (s.m.)	0,039	0,170	0,012
Tempo que está no tratamento (dias)	0,140	-0,015	0,291**
Tempo de abstinência atual (dias)	0,118	-0,136	0,313**
Número de tratamentos	0,061	0,407***	0,313**
Dependência – DSM			
Cocaína	-0,001	0,059	0,112
Crack	-0,080	-0,071	-0,112
Grau de dependência – FARGESTORM	-0,118	0,069	0,050

Nota. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; s.m.=salários mínimos.

O estado civil se associou com o estágio de prontidão para mudança para substâncias ilícitas pela URICA ($p=0,001$). Sujeitos casados ou com companheiro estão mais prevalentemente em fase de pré-contemplação e os separados estão em fase de manutenção (Figura 4).

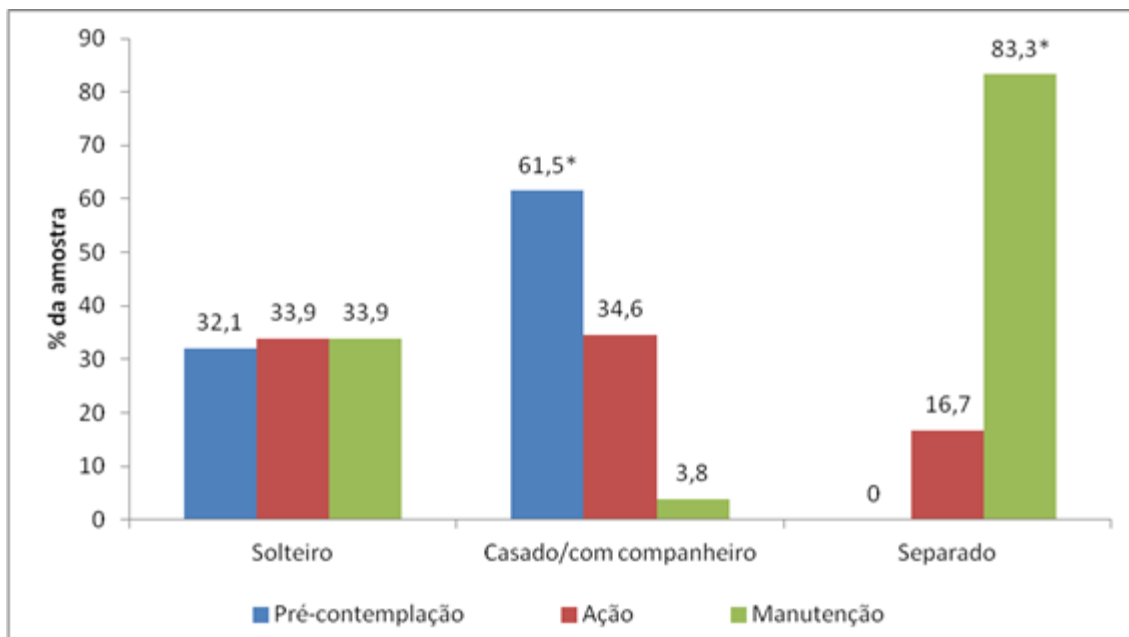


Figura 4 – Associação entre o estágio de prontidão para a mudança pela URICA para drogas ilícitas e o estado civil.

Nota. * associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância

Sexo, religião, filhos, trabalho, familiar usuário de substância e se teve perdas significativas não se associaram com a prontidão para a mudança em nenhum dos instrumentos utilizados.

2.2.4 DISCUSSÃO

Os achados deste estudo confirmam a hipótese inicial de que há associação entre a prontidão para mudança entre usuários crack ou cocaína e a prontidão para mudança em usuários e tabaco. Foi identificado que, nesta amostra, quanto mais prontos os indivíduos estão para cessar com o crack ou a cocaína, menos prontos estão para cessar com o tabaco. Em se tratando dos estágios de mudança, os tabagistas estavam mais em pré-contemplação enquanto que os usuários de crack e cocaína mais em preparação, ação e manutenção. Um estudo com 542 indivíduos em tratamento para abuso de substâncias que eram tabagistas identificou que 72,5% de sua amostra pretendia parar de fumar apenas no futuro. Este mesmo estudo identificou que 75,6% dos pacientes acreditavam que o tratamento do tabagismo deveria ser oferecido concomitantemente àqueles que queriam parar com o tabaco, entretanto apenas 20,9% o queriam, ou seja, acreditavam ser necessário o tratamento concomitante de tabagismo e outras

substâncias, mas naquele momento não estavam prontos para mudar em relação ao tabaco (Toussaint, VanDeMark, Silverstein, & Stone, 2009). Um estudo longitudinal realizado em serviço especializado em tratamento de tabagismo identificou que 29,5% dos pacientes passaram do estágio de contemplação, na avaliação inicial, para ação a partir da intervenção do profissional de saúde (Rohren et al., 1994). Pensa-se, então, que através de intervenções motivacionais e considerando a prontidão para mudança dos indivíduos é possível facilitar o processo de mudança em relação ao tabaco (Asher et al., 2003).

Outra possibilidade de entendimento para a baixa prontidão para cessar com o tabaco pode estar relacionada à crença que os indivíduos têm sobre o parar de fumar, sobre si mesmos e sobre o tratamento concomitante (Asher et al., 2003). Rohsenow et al, em 2005, em estudo sobre as expectativas do consumo de tabaco, verificaram que, na sua amostra, o consumo de tabaco está associado com aumento do consumo e fissura por substâncias ilícitas. Entretanto a percepção dos pacientes é de que esta interação pouco ocorre. E, entre aqueles pacientes com maior intensidade de dependência de nicotina, a crença associada ao consumo de tabaco foi de efeito positivo, alívio de sentimentos negativos, forma de aliviar fissura por outras substâncias, melhores relações sociais e controle de peso. Tais crenças foram percebidas como obstáculos para possibilidade de cessação (Rohsenow, Colby, Martin, & Monti, 2005). Ainda relacionado às crenças individuais, sabe-se que aqueles pacientes que confiam na sua capacidade de parar de fumar têm mais probabilidade de acreditar que o tratamento concomitante seja interessante e que o mesmo irá ajudá-los no tratamento para outras substâncias (Seidner, Burling, Gaither, & Thomas, 1996). Além disso, um ensaio clínico com 350 indivíduos identificou que oferecer intervenções específicas para o tabagismo é efetivo para o encorajamento e aumento da intenção de parar de fumar (Armitage & Arden, 2008).

Em relação à prontidão para cessar o tabaco, os dados demonstraram que quanto menor o grau de dependência de nicotina pelo teste de Fagerstrom, maior a prontidão para mudança do tabaco. Estudo realizado em local especializado em tratamento de tabagismo corrobora este dado. Foi verificado que há uma relação inversa entre prontidão para mudança e nível de dependência de nicotina e o número de cigarros fumados por dia (Rohren et al., 1994). Em um estudo longitudinal com adolescentes foi identificado que no momento da avaliação inicial, 69,2% encontravam-se no estágio de pré-contemplação. E aqueles com um grau elevado de dependência de nicotina estavam

direta e significativamente associados com menor probabilidade de cessação após um ano de acompanhamento (Kleinjan et al., 2008). Um estudo populacional espanhol (Fu et al., 2011), não confirmando o achado do presente estudo, verificou uma relação direta entre o nível de dependência de nicotina e a prontidão para mudança. Foi descrito que 74,1% dos indivíduos apresentaram um grau de dependência de nicotina baixo e que a maioria dos fumantes (64,3%) estavam em pré-contemplação (Fu et al., 2011).

Foi demonstrado que 71,6% da amostra iniciou seu consumo de substâncias através de tabaco e álcool. Sabe-se que as substâncias lícitas normalmente são as de primeira escolha e que, quanto mais cedo se inicia este consumo, maior a tendência de progredir para substâncias ilícitas e chance de maior gravidade da dependência (Duailibi, Ribeiro, & Laranjeira, 2008; Oliveira & Nappo, 2008; Sanchez & Nappo, 2007). Entretanto um estudo com uma amostra de 710 participantes e acompanhamento de três anos sugeriu que, com o passar da idade, a probabilidade de redução do consumo melhora (Booth et al., 2010).

Outro dado relevante deste estudo foi que indivíduos que iniciaram o consumo de tabaco antes de consumir substâncias ilícitas estão mais pré-contempladores para o tabaco do que aqueles que iniciaram o consumo desta substância após. Sabe-se que 90% daqueles que começaram a fumar até os 19 anos tornar-se-ão dependentes de nicotina. E quanto mais jovem se inicia o consumo desta, maior a intensidade de dependência de nicotina quando adulto (Fu et al., 2011; Meyers & Dick, 2010; Rosemberg, Rosemberg, & Moraes, 2003). Mesmo aqueles que iniciam seu consumo de tabaco na adolescência de maneira gradual apresentam risco de tornarem-se adultos dependentes de nicotina (Riggs, Chih-Ping, Chaoyang, & Pentz, 2007).

Em relação à prontidão para cessar com as substâncias ilícitas, os achados mostraram que idade, tempo de tratamento e número de tratamentos anteriores estão diretamente relacionados com a prontidão para mudança para crack e cocaína. Assim quanto maior a idade, mais tempo de tratamento e maior o número de tratamento anteriores, maior é a prontidão para mudança. Em estudo longitudinal com 923 usuários de crack que não estavam em tratamento se identificou que, na *baseline* da pesquisa, 89% estavam em contemplação (Schlosser, Ben Abdallah, Callahan, Bradford, & Cottler, 2008). Em outro estudo sobre prontidão de mudança, com usuários de cocaína e crack que estavam em tratamento, relatou-se que os pacientes que se encontravam no estágio de manutenção eram aqueles que haviam passado por tratamento prévio para álcool e outras substâncias (Siegal, Li, Rapp, & Saha, 2001).

Em relação às limitações deste estudo, pensa-se na falta de um instrumento de avaliação diagnóstica para verificar a associação da severidade do uso e comorbidades psiquiátricas na prontidão para mudança. Em função disso, a neutralização de outros diagnósticos e dependências químicas ficou prejudicada. A utilização de alguns instrumentos com poucos estudos sobre confiabilidade, especificidade e validade também pode ser uma limitação. Além disso, o fato de o local de tratamento utilizado para o estudo não oferecer tratamento para o tabagismo, pode ser um viés que interfere no desfecho. Sugere-se que este estudo possa ser replicado em algum local onde o tratamento concomitante seja oferecido e com uma amostra maior, havendo maior controle de comorbidades e vieses de interferência. E, finalmente, em função da amostra ser restrita e a seleção da amostra ter sido por conveniência, a generalização dos dados torna-se impraticável.

2.2.5 CONCLUSÃO

Como se identificou que os indivíduos estão menos prontos para cessar com o tabaco, sugere-se novos estudos, com outros delineamentos, para identificar os fatores causais deste desfecho.

Se recomenda que os serviços de saúde que trabalham com tratamento de dependência química utilizem o entendimento da prontidão para mudança na abordagem motivacional. Também se faz necessário a psicoeducação em relação ao consumo de tabaco entre pacientes e equipe de trabalho. Proporcionar aos profissionais de saúde informações para identificar e reconhecer a prontidão para mudança no momento da avaliação e embasar o processo de implantação de tratamento concomitante é indispensável.

Por fim, é fundamental que ambientes livres do tabaco sejam difundidos e que se incorpore o tratamento de tabagismo concomitante ao tratamento de outras substâncias.

2.2.6 REFERÊNCIAS

- Achenbach, T. M., Dumenci, L., & Rescorla, L. A. (2003). DSM-oriented and empirically based approaches to constructing scales from the same item pools. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*(3), 328-340. doi: 10.1207/s15374424jccp3203_02
- APA, A. P. A. (2008). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.
- Armitage, C. J., & Arden, M. A. (2008). How useful are the stages of change for targeting interventions? Randomized test of a brief intervention to reduce smoking. *Health Psychology, 27*(6), 789-798. doi: 10.1037/0278-6133.27.6.789
- Asher, M. K., Martin, R. A., Rohsenow, D. J., MacKinnon, S. V., Traficante, R., & Monti, P. M. (2003). Perceived barriers to quitting smoking among alcohol dependent patients in treatment. *Journal of substance abuse treatment, 24*(2), 169-174.
- Booth, B. M., Curran, G., Han, X., Wright, P., Frith, S., Leukefeld, C., & Carlson, R. G. (2010). Longitudinal relationship between psychological distress and multiple substance use: Results from a three-year multisite natural-history study of rural stimulant users. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 71*(2), 258-267.
- Carmo, J. T., & Pueyo, A. A. (2002). A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Revista Brasileira Médica, 59*(2), 73-80.
- CDC, C. o. D. C. (2005). Annual smoking-attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses -- United States, 1997-2001. *MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report, 54*(25), 625-628.
- Cunha, J. (2000). *Psicodiagnóstico-V*. Porto Alegre: Artmed.
- Currie, S. R., Nesbitt, K., Wood, C., & Lawson, A. (2003). Survey of smoking cessation services in Canadian addiction programs. *Journal of Substance Abuse Treatment, 24*(1), 59-65.
- DiClemente, C. C., Nidecker, M., & Bellack, A. S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*(1), 25-35.
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. *American Journal on Addictions, 13*(2), 103-119.

- Duailibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 545-557.
- Epstein, D. H., Marrone, G. F., Heishman, S. J., Schmittner, J., & Preston, K. L. (2010). Tobacco, cocaine, and heroin: Craving and use during daily life. *Addictive Behaviors*, 35(4), 318-324.
- Eriksen, M., Mackay, J., & Ross, H. (2012). *The Tobacco Atlas: Fourth Edition*. Suíça: American Cancer Society.
- Friedmann, P. D., Jiang, L., & Richter, K. P. (2008). Cigarette smoking cessation services in outpatient substance abuse treatment programs in the United States. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34(2), 165-172.
- Fu, M., Martinez-Sanchez, J. M., Lopez, M. J., Nebot, M., Raich, A., & Fernandez, E. (2011). Nicotine dependence and readiness to quit smoking in the Spanish population. *Adicciones*, 23(2), 103-109.
- Fuller, B. E., Guydish, J., Tsoh, J., Reid, M. S., Resnick, M., Zammarelli, L., & McCarty, D. (2007). Attitudes toward the integration of smoking cessation treatment into drug abuse clinics. *Journal of substance abuse treatment*, 32(1), 53-60.
- Guydish, J., Passalacqua, E., Tajima, B., Chan, M., Chun, J., & Bostrom, A. (2011). Smoking prevalence in addiction treatment: A review. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(6), 401-411.
- Guydish, J., Passalacqua, E., Tajima, B., & Manser, S. T. (2007). Staff smoking and other barriers to nicotine dependence intervention in addiction treatment settings: A review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(4), 423-433.
- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. (1991) The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal Addiction*, 86 (9), 119-127
- Hulley, S. B., Cummings, S., Browner, W. S., Grady, D., Hearst, N., & Newman, T. (2006). *Delineando a pesquisa clínica - Uma abordagem epidemiológica*. Porto Alegre: Artmed.
- Hurt, R. D., Eberman, K. M., Croghan, I. T., Offord, K. P., Davis, L. J., Morse, R. M., & Bruce, B. K. (1994). Nicotine Dependence Treatment During Inpatient Treatment For Other Addictions - Aprospective Intervention Trial. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 18(4), 867-872. doi: 10.1111/j.1530-0277.1994.tb00052.x

- Hurt, R. D., Offord, K. P., & T., C. I. (1996). Mortality following inpatient addictions treatment: Role of tobacco use in a community-based cohort. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 275(14), 1097-1103. doi: 10.1001/jama.1996.03530380039029
- INCA, I. N. d. C. (2001). *Programa Nacional de Controle do Tabagismo e outros fatores de risco de Câncer*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Kleinjan, M., Brug, J., van den Eijnden, R. J. J. M., Vermulst, A. A., van Zundert, R. M. P., & Engels, R. C. M. E. (2008). Associations between the transtheoretical processes of change, nicotine dependence and adolescent smokers' transition through the stages of change. *Addiction*, 103(2), 331-338.
- Marques Ana Cecilia, P. R., Campana, A., Gigliotti Analice De, P., Lourenço Maria Teresa, C., Ferreira Montezuma, P., & Laranjeira, R. (2001). Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 200-214.
- McConaughy E. A., Prochaska J. O., Velicer W. E. (1983) Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- Meneses-Gaya, I. C. d., Zuardi, A. W., Loureiro, S. R., & Crippa, J. A. d. S. (2009). As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 35(1), 73-82.
- Meyers, J. L., & Dick, D. M. (2010). Genetic and environmental risk factors for adolescent-onset substance use disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(3), 465-477.
- Oliveira, L. G., & Nappo, S. (2008). Characterization of the crack cocaine culture in the city of the São Paulo: A controlled pattern of use. *Revista de Saúde Pública*, 42, 664-671.
- Patkar, A. A., Batra, V., Mannelli, P., Casey, S. E., Vergare, M. J., & Leone, F. T. (2005). Medical symptoms associated with tobacco smoking with and without marijuana abuse among crack cocaine-dependent patients. *American Journal on Addictions*, 14(1), 43-53.
- Patkar, A. A., Sterling, R. C., Leone, F. T., Lundy, A., & Weinstein, S. P. (2002). Relationship Between Tobacco Smoking and Medical Symptoms Among Cocaine, Alcohol and Opiate Dependent Patients. *The American Journal on Addictions*, 11(3), 209-218.

- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self- change of smoking: Toward an Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(3), 390-395.
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47*(9), 1102-1114. doi: 10.1037/0003-066x.47.9.1102
- Reichert, J., Araújo, A. J. d., Gonçalves, C. M. C., Godoy, I., Chatkin, J. M., Sales, M. d. P. U., & Santos, S. R. R. d. A. (2008). Smoking cessation guidelines. *Jornal Brasileiro de Pneumologia, 34*(10), 845-880.
- Reid, M. S., Mickalian, J. D., Delucchi, K. L., Hall, S. M., & Berger, S. P. (1998). An acute dose of nicotine enhances cue-induced cocaine craving. *Drug and Alcohol Dependence, 49*(2), 95-104. doi: 10.1016/S0376-8716(97)00144-0
- Richter, K. P., Choi, W. S., McCool, R. M., Harris, K. J., & Ahluwalia, J. S. (2004). Smoking cessation service in US methadone maintenance facilities. *Psychiatric Services, 55*(11), 1258-1264. doi: 10.1176/appi.ps.55.11.1258
- Riggs, N. R., Chih-Ping, C., Chaoyang, L., & Pentz, M. A. (2007). Adolescent to emerging adulthood smoking trajectories: When do smoking trajectories diverge, and do they predict early adulthood nicotine dependence? *Nicotine & Tobacco Research, 9*(11), 1147-1154. doi: 10.1080/14622200701648359
- Rohren, C. L., Croghan, I. T., Hurt, R. D., Offord, K. P., Marusic, Z., & McClain, F. L. (1994). Predicting smoking cessation outcome in a medical-center from stage of readiness - Contemplation versus action. *Preventive Medicine, 23*(3), 335-344. doi: 10.1006/pmed.1994.1047
- Rohsenow, D. J., Colby, S. M., Martin, R. A., & Monti, P. M. (2005). Nicotine and other substance interaction expectancies questionnaire: Relationship of expectancies to substance use. *Addictive Behaviors, 30*(4), 629-641.
- Roll, J. M., Higgins, S. T., & Tidey, J. (1997). Cocaine use can increase cigarette smoking: Evidence from laboratory and naturalistic settings. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 5*(3), 263-268.
- Rosemberg, J., Rosemberg, A. M. A., & Moraes, M. A. (2003). *Nicotina: droga universal*. São Paulo: Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica.
- Sanchez, Z. v. d. M., & Nappo, S. (2007). From the first drug to crack: The sequence of drugs taken in a group of users in the city of São Paulo. *Substance Use & Misuse, 42*(1), 177-188.

- Schlosser, A. V., Ben Abdallah, A., Callahan, C. L., Bradford, S., & Cottler, L. B. (2008). Does readiness to change predict reduced crack use in human immunodeficiency virus prevention? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(1), 28-35. doi: 10.1016/j.jsat.2007.08.001
- Seidner, A. L., Burling, T. A., Gaither, D. E., & Thomas, R. G. (1996). Substance-dependent inpatients who accept smoking treatment. *Journal of Substance Abuse*, 8(1), 33-44.
- Siegal, H. A., Li, L., Rapp, R. C., & Saha, P. (2001). Measuring readiness for change among crack cocaine users: A descriptive analysis. *Substance Use & Misuse*, 36(6-7), 687-700. doi: 10.1081/ja-100104085
- Spencer, L., Pagell, F., Hallion, M. E., & Adams, T. B. (2002). Applying the transtheoretical model to tobacco cessation and prevention: A review of literature. *American Journal of Health Promotion*, 17(1), 7-71.
- Szupczynski, K.P.D.R., & Oliveira, M. (2008a). Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*, 13(1), 31-39.
- Szupczynski, K. P. D. R., & Oliveira, M. (2008b). O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: teoria e prática*, 10(1).
- Toussaint, D. W., VanDeMark, N. R., Silverstein, M., & Stone, E. (2009). Exploring factors related to readiness to change use for clients in substance abuse treatment. *Journal of Drug Issues*, 39(2).
- USPHS, U. S. o. P. H. S. (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. *American journal of preventive medicine*, 35(2), 158-176.
- Walsh, R. A., Bowman, J. A., Tzelepis, F., & Lecathelinais, C. (2005). Smoking cessation interventions in Australian drug treatment agencies: a national survey of attitudes and practices. *Drug & Alcohol Review*, 24(3), 235-244.
- Weinberger, A. H., & Sofuoglu, M. (2009). The impact of cigarette smoking on stimulant addiction. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 35(1), 12-17.
- Winhusen, T., Stitzer, M., Woody, G., Brigham, G., Kropp, F., Ghitza, U., & Somoza, E. (2012). Design considerations for a study to evaluate the impact of smoking cessation treatment on stimulant use outcomes in stimulant-dependent individuals. *Contemporary Clinical Trials*, 33(1), 197-205.

Zeni, T. C. d., & Araújo, R. B. (2011). Relação entre o craving por tabaco e o craving por crack em pacientes internados para desintoxicação. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 60 (1), 28-33

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo pretendeu verificar as prontidões para mudança do indivíduo que é tabagista, mas que procura tratamento para o consumo de crack e cocaína. A partir de uma revisão sistemática sobre o tabagismo e sua associação com a dependência de cocaína foi identificado, para aqueles que seguiram fumando ao longo do tratamento para cocaína, uma associação direta com piores resultados no tratamento, em curto e longo prazos. Os resultados do estudo empírico demonstram que os indivíduos usuários de crack, cocaína e tabaco estão menos prontos para cessar com o tabaco do que para cessar com as substâncias ilícitas. Indivíduos que iniciam seu consumo de tabaco mais precocemente e que possuem uma dependência de nicotina elevada, apresentam menor prontidão para mudança em relação ao tabaco.

Questiona-se se este dado é devido ao viés da falta de abordagem motivacional para o consumo de tabaco. Entretanto, tais achados sugerem a necessidade de inserção de tratamento de tabagismo concomitante ao tratamento de outras substâncias. Recomenda-se que os serviços de saúde que trabalham com tratamento de dependência química utilizem o entendimento da prontidão para mudança na abordagem motivacional de seus pacientes. Também se faz necessária a inserção da psicoeducação entre pacientes e equipe de trabalho sobre o consumo de tabaco. Proporcionar aos profissionais de saúde informações para identificar e reconhecer a prontidão para mudança no momento da avaliação e embasar o processo de implantação de tratamento concomitante é fundamental. Além disso, é indispensável a implantação de ambientes livres do tabaco nas unidades de tratamento. Assim se sugere novos estudos, com outros delineamentos, para identificar os fatores associados com a escassez de tratamento concomitante. Realizar futuros estudos em locais onde o tratamento de tabagismo é oferecido concomitantemente pode revelar achados interessantes em relação às prontidões para mudança.

4. ANEXOS

ANEXO A

Aprovação do Comitê de Ética



OF.CEP-370/11

Porto Alegre, 28 de fevereiro de 2011.

Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 11/05322 intitulado "**Estudo da efetividade da intervenção do modelo transteórico para pacientes dependentes de crack**".

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

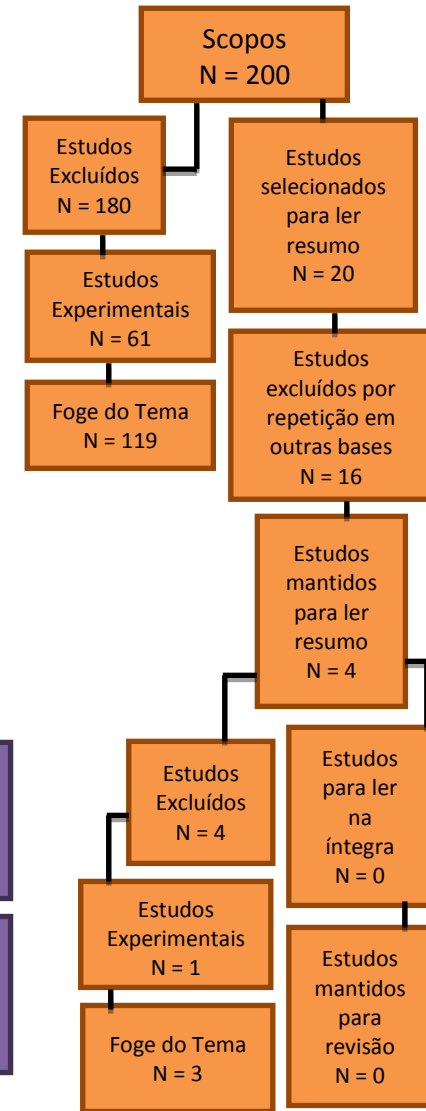
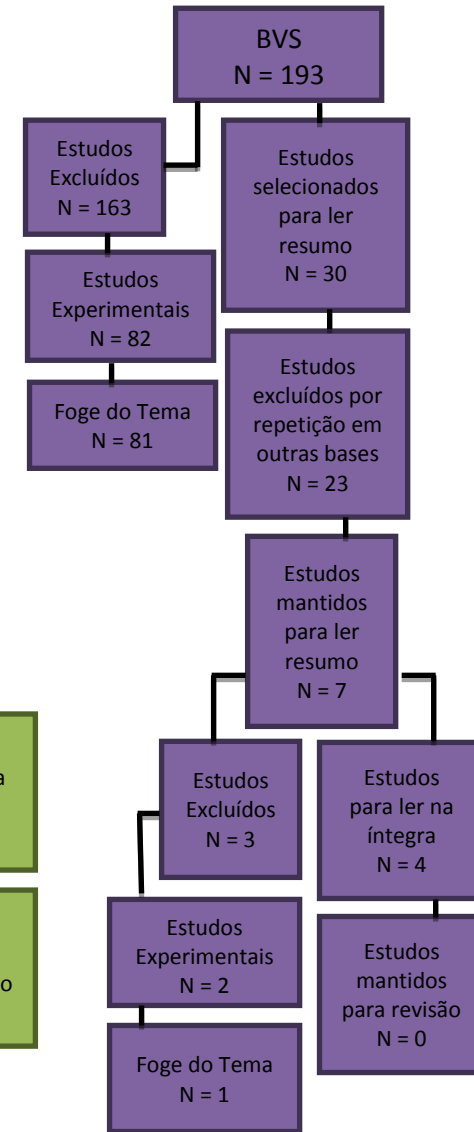
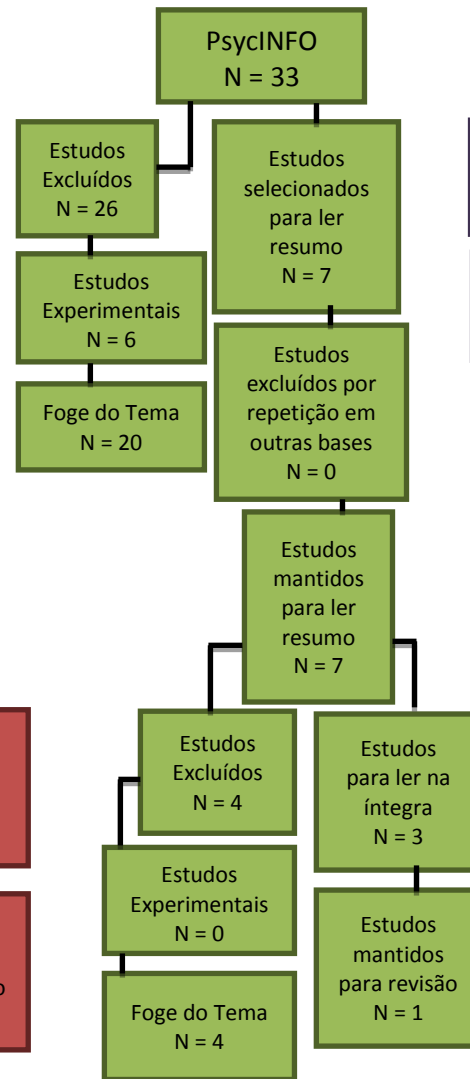
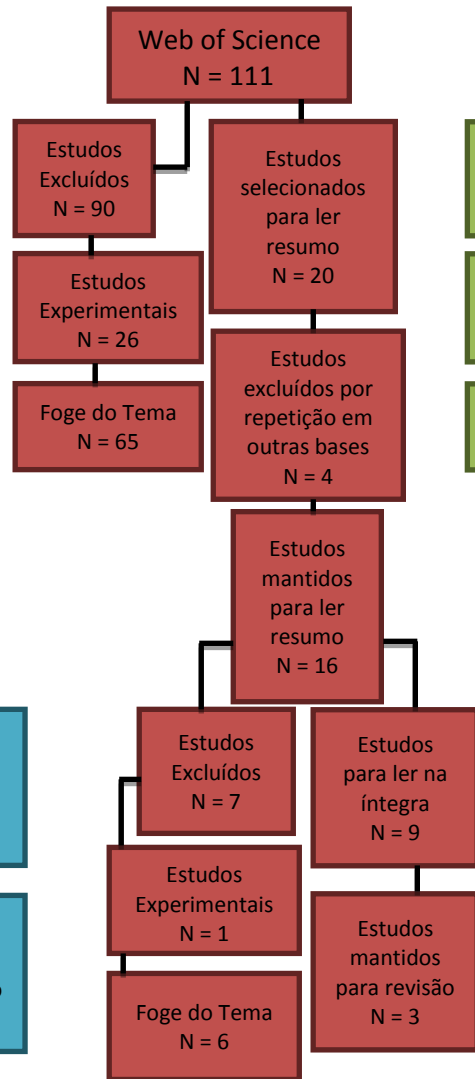
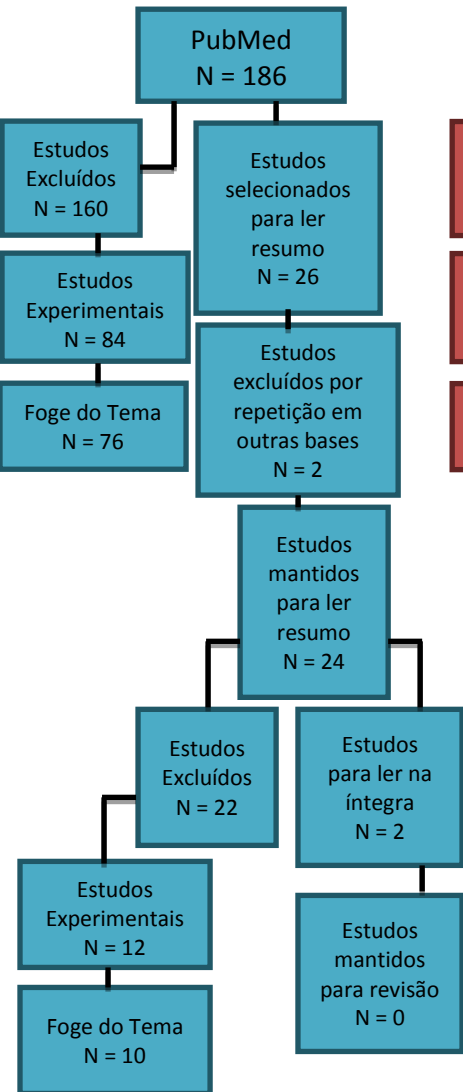
Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira
FAPSI
Nesta Universidade

ANEXO B

Fluxograma detalhado por cada base de dados da seleção

Estudos Identificados N = 723



ANEXO C

Termo de consentimento e instrumentos utilizados



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar das pesquisas: "Processos de Mudança em Dependentes de crack" e "Processos de Mudança em Dependentes de substâncias psicoativas ilícitas". Fui informado que esse estudo faz parte do projeto de doutorado da psicóloga Viviane Samoel Rodrigues e da psicóloga Karen Priscila Del Rio Szupszynski, respectivamente, do Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS.

Essa pesquisa estudará os processos pelo quais a pessoa passa durante sua mudança de comportamento. Fui devidamente informado que precisarei comparecer a encontro(s) com duração de aproximadamente 1 hora e meia, no qual será realizado o preenchimento de questionários e testes. Foi-me assegurado:

- rigoroso sigilo de minha identidade na publicação desta pesquisa;
- possíveis esclarecimentos a quaisquer dúvidas que eu possa ter sobre minha participação nesta pesquisa;
- poderei solicitar meu desligamento da pesquisa a qualquer momento.

Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza. Diante de novos questionamentos poderei entrar em contato com a Profª Drª Margareth da Silva Oliveira pelo fone (51) 3320-3500 Ramal 7749 ou com a entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone (51)3320-3345.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura participante: _____

Data ____/____/____

Margareth da Silva Oliveira
Orientadora
CRP 07/01105

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar das pesquisas: "Processos de Mudança em Dependentes de crack" e " Processos de Mudança em Dependentes de substâncias psicoativas ilícitas". Fui informado que esse estudo faz parte do projeto de doutorado da psicóloga Viviane Samoel Rodrigues e da psicóloga Karen Priscila Del Rio Szupszynski, respectivamente, do Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS.

Essa pesquisa estudará os processos pelo quais a pessoa passa durante sua mudança de comportamento. Fui devidamente informado que precisarei comparecer a encontro(s) com duração de aproximadamente 1 hora e meia, no qual será realizado o preenchimento de questionários e testes. Foi-me assegurado:

- rigoroso sigilo de minha identidade na publicação desta pesquisa;
- possíveis esclarecimentos a quaisquer dúvidas que eu possa ter sobre minha participação nesta pesquisa;
- poderei solicitar meu desligamento da pesquisa a qualquer momento.

Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza. Diante de novos questionamentos poderei entrar em contato com a Profª Drª Margareth da Silva Oliveira pelo fone (51) 3320-3500 Ramal 7749 ou com a entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, fone (51)3320-3345.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura participante: _____

Data ____/____/____

Margareth da Silva Oliveira
Orientadora
CRP 07/01105



1. ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data da Entrevista: ___/___/___ Local: _____ Entrevistador: _____

Paciente entrevistado em: () 1. Internação () 2. Ambulatório () 3. Outro: _____

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: _____ Sexo: _____

Etnia: () 1. Afrodescendente () 2. Asiático () 3. Indígena () 4. Branco () 5. Mulato/Pardo () 6. Outro _____

Telefones: Residencial: _____ Celular: _____ Recados: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Escolaridade: (1) 1º grau incompleto (2) 1º grau completo (3) 2º grau incompleto (4) 2º grau completo (5) Ensino superior incompleto (6) Ensino superior completo (7) Pós Graduação.

Anos de estudo(“Até qual série vocês estudou? Chegou a completá-la”): _____ (NÃO CONTAR REPETÊNCIAS)

Número de repetências(“Você já rodou? Quantas vezes?”): _____ (SE A RESPOSTA É NÃO, COLOCAR UM ZERO!)

Renda familiar: (1) 200,00 a 500,00 (2) 501,00 a 1000,00 (3) 1001,00 a 1500,00 (4) 1501,00 a 2000,00 (5) acima de 2000,00 (6) não sabe.

Renda em salários mínimos:

1- () até 1 salário mínimo 2- () até 2 salários mínimos 3- () até 3 salários mínimos 4- () até 4 salários mínimos 5- () até 5 salários mínimos 6- () mais de 5 salários mínimos 7- () não sabe.

Com quem mora: 1- () Sozinho. 2- () Com pai E mãe apenas. 3- () Com pai OU com mãe apenas. 4- () Com pais, mãe e outros. 5- () Com companheiro apenas. 6- () Com mais uma pessoa que não seja pai, mãe ou companheiro.

7- () Com mais de uma pessoa que não sejam os pais ou companheiro.

Obs: MADRASTA e PADRASTO entram como OUTROS e não como pai e mãe

Estado civil:

- (1) solteiro (5) com companheiro(a)
(2) casado (6) separado
(3) viúvo (7) outro: _____
(4) divorciado

Religião: Praticante? () sim () não

- (1) Não tem (5) Judaica
(2) Católica (6) Evangélica/Protestante
(3) Espírita (7) Oriental / Budismo
(4) Afro-brasileira (8) Outra: _____

Tem Filhos? () sim () não. Quantos? _____

Trabalha (va) atualmente? (antes da internação) () Sim. Atividade: _____

() Não. Ocupação / porque não trabalhava? _____

Estuda (va) atualmente? (antes da internação) () Sim. () Não. O que estuda? _____

Relato de doenças: () Sim. () Não. Quais? _____

Relato de perdas significativas (entes queridos, empregos, relacionamentos): _____

Tempo que está neste tratamento: _____ (dias). Tempo de abstinência atual: _____ (dias).

Você tomou medicamentos nos últimos 5 dias? () Sim. () Não. Quais e para que? (*De preferência olhar no prontuário do paciente, só o nome, não necessita das dosagens*): _____

Critério de Classificação Econômica Brasil (Sistema de Pontos)

• Posse de itens

-----	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em Cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
-----	0	1	2	3	4 ou +
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9



Empregada Mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de Lavar	0	2	2	2	2
Vídeo Cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe da família

Analfabeto / Primário Incompleto	Analfabeto / Até a 3ª série fundamental	0
Primário Completo / Ginásial Incompleto	Até 4ª série fundamental	1
Ginásial Completo / Colegial Incompleto	Fundamental Completo	2
Colegial Incompleto / Superior Incompleto	Médio Completo	4
Superior Completo	Superior Completo	8

Cortes do Critério Brasil

Classe	Pontos	Total Brasil (%)
(1)A1	42 – 46	0,9%
(2)A2	35 – 41	4,1%
(3)B1	29 – 34	8,9%
(4)B2	23 – 28	15,7%
(5)C1	18 – 22	20,7%
(6)C2	14 – 17	21,8%
(7)D	8 – 13	25,4%
(8)E	0 – 7	2,6%

Na sua opinião, alguém da sua família **tem ou teve** problemas associados ao uso de **drogas ou bebidas alcoólicas**?

1 - () Sim 2 - () Não

Se a resposta for sim, indique quais familiares na sua opinião **apresentam ou apresentaram** problemas associados ao uso de **drogas, tabaco ou álcool**: (É possível assinalar mais de uma alternativa)

Pai (1) sim (2) não: () álcool () maconha () cocaína () crack () solvente () outros (ex. sedativos) () tabaco

Mãe (1) sim (2) não: () álcool () maconha () cocaína () crack () solvente () outros (ex. sedativos) () tabaco

Avós (1) sim (2) não: () álcool () maconha () cocaína () crack () solvente () outros (ex. sedativos) () tabaco

Tem irmãos? (0) não (1) sim

Quantos irmãos têm problemas? _____

Irmãos (1) sim (2) não: () álcool () maconha () cocaína () crack () solvente () outros (ex. sedativos) () tabaco

Tios (1) sim (2) não: () álcool () maconha () cocaína () crack () solvente () outros (ex. sedativos) () tabaco

Comp. (1) sim (2) não: () álcool () maconha () cocaína () crack () solvente () outros (ex. sedativos) () tabaco

Outros (1) sim (2) não: () álcool () maconha () cocaína () crack () solvente () outros (ex. sedativos) () tabaco

Quem? _____

Você já fez outro tipo de atendimento ou tratamento para o uso de DROGAS?

(1) Internação hospitalar. () sim () não. Quantas vezes: _____ (contando essa internação também)

(2) Fazenda terapêutica. () sim () não. Quantas vezes: _____

(3) Ambulatório (posto de saúde, CAPS...). () sim () não. Quantas vezes: _____

(4) Serviço de emergência (pronto socorro) () sim () não. Quantas vezes: _____

(5) Consultório particular. () sim () não. Quantas vezes: _____

(6) AA ou NA. () sim () não. Quantas vezes: _____



(7) Psicoterapia em consultório. () sim () não. Quantas vezes fez terapia: _____

(8) Outros: _____. Quantas vezes: _____

Qual a droga que o levou a buscar esse tratamento / ajuda?

Obs: MARCAR APENAS UMA.

(1) crack **OU** (2) cocaína **OU** (3) Álcool **OU** (4) maconha **OU** (5) solvente **OU** (6) Outra. Qual? _____

Obs: Perguntar e responder sobre todas.

TABACO

T 1(1) Usei no último ano (2) A última vez foi há mais de 1 ano (PASSAR PARA A PRÓXIMA DROGA)(3) Nunca Usei

T 2 – Com que idade você fumou pela 1ª vez na vida? _____ anos

T 3 – Qual a frequência do uso de tabaco no **último ano**?

_____ **dias por semana**

(1) Não fumei no último ano (2) Fumo todos os dias (3) Fumo de 5-6 dias/semana (4) Fumo de 3-4 dias/semana
(5) Fumo de 1-2 dias/semana (6) Nunca usei tabaco.

T 4 – Quantos cigarros você fuma atualmente na internação?

_____ **cigarros**

(1) Atualmente não fumo (2) 01-10 cigarros por dia (3) 11-20 cigarros por dia (4) 21-30 cigarros por dia
(5) 31-40 cigarros por dia (6) mais que 2 maços por dia. (7) Nunca usei tabaco.

T5 – Quantos cigarros você fumava antes da internação? **OBS: Perguntar somente para quem está internado**

_____ **cigarros**

(1) Atualmente não fumo (2) 01-10 cigarros por dia (3) 11-20 cigarros por dia (4) 21-30 cigarros por dia
(5) 31-40 cigarros por dia (6) mais que 2 maços por dia (7) Nunca usei tabaco.

T 6 - Tempo de abstinência do tabaco:

_____ **dias (se a pessoa der em meses ou semanas converter!)**

(1) Não está abstinente (2) até 1 dia (3) até 1 semana (4) até 1 mês (5) até 6 meses
(6) até 1 ano (8) Não usa atualmente (9) Nunca usei tabaco.

T7 – Você começou a fumar durante alguma intervenção?

(1) Sim (2) Não

T8 – Se sim, continuou fumando após internação?

(1) Sim (2) Não (3) Não se aplica

ÁLCOOL

A 1-(1) Usei no último ano (2) A última vez foi há mais de 1 ano (PASSAR PARA A PRÓXIMA DROGA)(3) Nunca Usei

A 2 – Com que idade experimentou qualquer bebida alcoólica pela 1ª vez na vida? _____ anos

A 3 – Com que frequência bebia no **último ano**?

_____ **dias por semana**

(1) Não bebi no último ano (2) Bebi todos os dias (3) Bebi de 5-6 dias/semana
(4) Bebi de 3-4 dias/semana (5) Bebi de 1-2 dias/semana (6) Bebi de 3-4 dias/mês
(7) Bebi de 1-2 dias/mês (8) Bebi menos que 1 vez/mês (9) Nunca usei álcool.

A 4 – Qual é o tipo de bebida alcoólica **que você costuma usar mais**?

Obs: MARCAR APENAS UMA.

(1) cachaça (2) cerveja (3) vinho (4) champanhe (5) Whisky
(6) Vodka (7) Tequila (8) Licor (9) Não usa atualmente (10) Nunca usei álcool.

A 5 – Num dia típico em que bebia, quanto você bebia?

_____ **ml (se ele der em garrafas ou em latas anotar e depois converter em ml)**



- (1) Até 50ml (2) Até 350ml (3) Até 750ml
(4) Até 1500ml (5) Mais de 1500ml (6) Não usa atualmente (7) Nunca usei álcool.

A 6 – Tempo de abstinência da bebida alcoólica:

_____ dias (se a pessoa der em meses ou semanas converter!)

- (1) Não está abstinente (2) até 1 dia (3) até 1 semana (4) até 1 mês (5) até 6 meses
(6) até 1 ano (8) Não usa atualmente (9) Nunca usei álcool.

A 7 – Que idade você tinha quando passou a beber com regularidade? _____ anos
(pelo menos 1 vez/semana)

SEDATIVOS (tranquilizantes, benzodiazepínicos) **SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA**

Ex: Diazepam®, Rivotril®, Valium®, Rohypnol®, Lexotan®, outros.

SD 1 – (1) Usei no último ano (2) A última vez foi há mais de 1 ano (PASSAR PARA A PRÓXIMA DROGA) (3) Nunca Usei

SD 2 – Idade em que usou sedativos (s/ orientação médica) pela 1ª vez na vida? _____ anos

SD 3 – Com que frequência usava sedativos no último ano?

_____ dias por semana

- (1) Não usei no último ano (2) Todos os dias (3) 5-6 dias/semana (4) 3-4 dias/semana (5) 1-2 dias/semana (6) 3-4 dias/mês (7) 1-2 dias/mês (8) Menos que 1 vez/mês (9) nunca usei sedativos sem orientação médica.

SD 4 – Tempo de abstinência:

_____ dias (se a pessoa der em meses ou semanas converter!)

- (1) Não está abstinente (2) 1 dia (3) 1 semana (4) 1 mês (5) 6 meses (6) 1 ano
(8) Não usa atualmente (9) nunca usou sedativos

Num dia típico:

SD 5 - Quantos comprimidos usava? _____

SD 6 - Qual sedativo? _____

SD 7 - Quantas miligramas? _____

ANFETAMINAS (estimulantes) **SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA**

Ex: Hipofagin®, Inibex®, Dualid®, Desobesi®, Anfepamona, Ritalina...

AN 1 – (1) Usei no último ano (2) A última vez foi há mais de 1 ano (PASSAR PARA A PRÓXIMA DROGA) (3) Nunca Usei

AN 2 – Idade em que usou qualquer anfetamina (s/ orientação médica) pela 1ª vez? _____ anos

AN 3 – Com que frequência usava qualquer destas anfetaminas no último ano?

_____ dias por semana

- (1) Não usei no último ano (2) Todos os dias (3) 5-6 dias/semana (4) 3-4 dias/semana
(5) 1-2 dias/semana (6) 3-4 dias/mês (7) 1-2 dias/mês (8) Menos que 1 vez/mês
(9) nunca usei anfetaminas sem orientação médica.

AN 4 – Tempo de abstinência:

_____ dias (se a pessoa der em meses ou semanas converter!)

- (1) Não está abstinente (2) até 1 dia (3) até 1 semana (4) até 1 mês (5) até 6 meses
(6) até 1 ano (8) Não usa atualmente (9) Nunca usei anfetaminas sem orientação médica

Num dia típico:

AN 5 - Quantos comprimidos usava? _____

AN 6 - Qual anfetamina? _____

AN 7 - Quantas miligramas? _____

SOLVENTES (inalantes)

Ex: lança-perfume, loló, cola de sapateiro, benzina, tiner, removedor de tinta, éter, tinta...



S 1 – (1) Usei no último ano (2) A última vez foi há mais de 1 ano (PASSAR PARA A PRÓXIMA DROGA) (3) Nunca Usei

S 2 – Idade em que cheirou qualquer destes solventes pela 1ª vez na vida? ____ anos

S 3 – Com que frequência cheirava qualquer destes solventes no último ano?

____ dias por semana

(1) Não usei no último ano (2) Todos os dias (3) 5-6 dias/semana (4) 3-4 dias/semana (5) 1-2 dias/semana (6) 3-4 dias/mês (7) 1-2 dias/mês (8) Menos que 1 vez/mês (9) nunca usei solventes.

S 4 – Que tipo de solvente você costuma utilizar mais?

(1) Lança perfume (2) Loló (3) Cola (4) Gasolina (5) Benzina
(6) Acetona (7) Removedor de tinta (8) Tiner (9) Água-Raz (10) Não usa atualmente (11) Nunca usei solventes

S 5 – Tempo de abstinência:

____ dias (se a pessoa der em meses ou semanas converter!)

(1) Não está abstinente (2) até 1 dia (3) até 1 semana (4) até 1 mês (5) até 6 meses
(6) até 1 ano (8) Não usa atualmente (9) Nunca usei solventes.

Num dia típico:

S 6 - Quantos miligramas ou litros usava? _____

S 7 - Qual solvente? _____

ALUCINÓGENOS

Ex: êxtase, ácido, LSD, chá de cogumelo, ketamina, chá de santo daime, dama da noite...

AL 1 – (1) Usei no último ano (2) A última vez foi há mais de 1 ano (PASSAR PARA A PRÓXIMA DROGA) (3) Nunca Usei

AL 2 – Idade em que usou qualquer destes alucinógenos pela 1ª vez na vida? ____ anos

AL 3 – Com que frequência usava qualquer destes alucinógenos no último ano?

____ dias por semana

(1) Não usei no último ano (2) Todos os dias (3) 5-6 dias/semana (4) 3-4 dias/semana (5) 1-2 dias/semana (6) 3-4 dias/mês (7) 1-2 dias/mês (8) Menos que 1 vez/mês (9) nunca usei alucinógenos.

AL 4 – Tempo de abstinência:

____ dias (se a pessoa der em meses ou semanas converter!)

(1) Não está abstinente (2) até 1 dia (3) até 1 semana (4) até 1 mês (5) até 6 meses
(6) até 1 ano (8) Não usa atualmente (9) Nunca usei alucinógenos.

Num dia típico:

AL 5 – Qual a quantidade que usava? _____

AL 6- Qual alucinógeno? _____

MACONHA

M 1 – (1) Usei no último ano (2) Já usei na minha vida, há mais de 1 ano (OBS: Passar para a próxima) (3) Nunca Usei

M 2 – Com que idade experimentou maconha pela 1ª vez na vida? ____ anos

M 3 – Com que frequência fumou maconha no último ano?

____ dias por semana

(1) Não usei no último ano (2) Todos os dias (3) 5-6 dias/semana (4) 3-4 dias/semana (5) 1-2 dias/semana (6) 3-4 dias/mês (7) 1-2 dias/mês (8) Menos que 1 vez/mês (9) nunca usei maconha.

M 4 – Num dia típico em que fuma (va), quantos baseados usa (va)?

____ baseados



- (1) 1 a 10 (2) 11 a 20 (3) 21 a 30 (4) 31 a 40 (5) Mais de 40 por dia (6) Não uso (7) Nunca usei maconha.

M 5 – Tempo de abstinência:

_____ dias (se a pessoa der em meses ou semanas converter!)

- (1) Não está abstinente (2) até 1 dia (3) até 1 semana (4) até 1 mês (5) até 6 meses
(6) até 1 ano (8) Não usa atualmente (9) Nunca usei maconha.

COCAÍNA

C 1 –(1) Usei no último ano (2) A última vez, foi há mais de 1 ano (PASSAR PARA A PRÓXIMA DROGA) (3) Nunca Usei

C 2 – Com que idade experimentou cocaína pela 1ª vez na vida? _____ anos

C 3 – Qual a via de administração da droga que você utiliza?

- (1) Misturado com álcool (2) Pó (aspirado, cafungado) (3) Injetado na veia
(4) Outras (5) Não usa atualmente (6) Nunca usei cocaína.

C 4 – Com que frequência usou cocaína no último ano?

_____ dias por semana

- (1) Não usei no último ano (2) Todos os dias (3) 5-6 dias/semana (4) 3-4 dias/semana (5) 1-2 dias/semana (6) 3-4 dias/mês (7) 1-2 dias/mês (8) Menos que 1 vez/mês (9) nunca usei cocaína.

C 5 – Num dia típico em que usava: Quantos gramas? _____

C 6 – No dia em que mais usou (último ano), quantos gramas usou? _____ gramas

C 7 – Tempo de abstinência:

_____ dias (se a pessoa der em meses ou semanas converter!)

- (1) Não está abstinente (2) até 1 dia (3) até 1 semana (4) até 1 mês (5) até 6 meses
(6) até 1 ano (8) Não usa atualmente (9) Nunca usei cocaína.

CRACK

CK 1 –(1) Usei no último ano (2) A última vez, foi há mais de 1 ano (PASSAR PARA A PRÓXIMA DROGA) (3) Nunca Usei

CK 2 – Com que idade experimentou crack pela 1ª vez na vida? _____ anos

CK 3 – Com que frequência fumou pedra (no último ano)?

_____ dias por semana

- (1) Não usei no último ano (2) Todos os dias (3) 5-6 dias/semana (4) 3-4 dias/semana (5) 1-2 dias/semana
(6) 3-4 dias/mês (7) 1-2 dias/mês (8) Menos que 1 vez/mês (9) nunca usei crack.

CK 4 – Num dia típico em que fuma (va): Quantas “pedras” você utiliza (va) por dia?

Quantas pedras pequenas (= 0,03 grama cada) = _____

OU

Quantas pedras grandes (=0,1 grama cada) = _____

TOTAL EM GRAMAS: _____

- (1) Até 0,1 grama (2) Até 0,3 grama (3) Até 1,5 gramas (4) Até 3,0 gramas (5) mais de 3,0 gramas
(6) Não uso diariamente (7) Nunca usei crack



CK 5 – No dia em que mais usou quantas pedras fumou? _____ pedras pequenas(= 0,03 gramas cada) ou _____ pedras grandes (= 0,1 gramas cada) → Reverter para gramas:_____

CK 6 – Tempo de abstinência:

_____ **dias (se a pessoa der em meses ou semanas converter!)**

- (1) Não está abstinente (2) até 1 dia (3) até 1 semana (4) até 1 mês (5) até 6 meses
(6) até 1 ano (8) Não usa atualmente (9) Nunca usei crack.

Obs: Perguntar TODOS os critérios para CADA droga.

Diagnóstico de Dependência
Por quais drogas você sente um forte desejo/uma vontade muito grande de usar? <i>Forte desejo/ Compulsão para consumo</i> () Tabaco () Álcool () Sedativos () Anfetaminas () Solventes () Alucinógenos () Maconha () Cocaína () Crack
Tinha dificuldade de usar pouco ou por pouco tempo? <i>Dificuldade em controlar o consumo quanto à duração, quantidade ou frequência</i> () Tabaco () Álcool () Sedativos () Anfetaminas () Solventes () Alucinógenos () Maconha () Cocaína () Crack
Conseguia usar somente o planejado ou acabava usando mais? <i>Desejo persistente ou esforço sem sucesso de diminuir ou controlar o consumo</i> () Tabaco () Álcool () Sedativos () Anfetaminas () Solventes () Alucinógenos () Maconha () Cocaína () Crack
Nos dias em que usava, passava muito tempo procurando, bebendo ou se recuperando dos efeitos da droga ? <i>Grandes períodos de tempo usado para procurar, usar e recuperar-se dos efeitos</i> () Tabaco () Álcool () Sedativos () Anfetaminas () Solventes () Alucinógenos () Maconha () Cocaína () Crack
Precisou usar mais para ter o mesmo efeito, a mesma sensação de quando começou a usar? <i>Necessidade de doses crescentes para alcançar efeitos antes obtidos com doses menores</i> () Tabaco () Álcool () Sedativos () Anfetaminas () Solventes () Alucinógenos () Maconha () Cocaína () Crack
Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os outros por causa da droga? <i>Redução/ Abandono de atividades sociais, recreacionais ou ocupacionais devido ao uso</i> () Tabaco () Álcool () Sedativos () Anfetaminas () Solventes () Alucinógenos () Maconha () Cocaína () Crack
Continuou a usar mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos? <i>Uso continuado apesar de já perceber suas conseqüências negativas, físicas ou psicológicas</i> () Tabaco () Álcool () Sedativos () Anfetaminas () Solventes () Alucinógenos () Maconha () Cocaína () Crack

TABACO: () Dependente () uso esporádico () Não usa => OLHAR FARGESTROM

ALCOOL: () Dependente () Abusador () uso esporádico () Não usa

SEDATIVOS: () Dependente () Abusador () uso esporádico () Não usa

ANFETAMINAS: () Dependente () Abusador () uso esporádico () Não usa

SOLVENTES: () Dependente () Abusador () uso esporádico () Não usa

ALUCINÓGENOS: () Dependente () Abusador () uso esporádico () Não usa

MACONHA: () Dependente () Abusador () uso esporádico () Não usa

COCAÍNA: () Dependente () Abusador () uso esporádico () Não usa

CRACK: () Dependente () Abusador () uso esporádico () Não usa



SU1- Existe história de suicídio (Tentativas e/ou Suicídio Consumado) em sua família?

Sim Não

Tentativas: Quem? _____ Há quanto tempo? _____

Suicídio Consumado: Quem? _____ Há quanto tempo? _____

SU2- Você conhece alguém, fora de sua família que tenha tentado se matar ou que tenha cometido suicídio:

Sim Não

Se sim: Especificar tentativa ou

suicídio: _____

Quem? _____ Há quanto tempo? _____

SU3- Você pensa em se matar?

Sim Não.

Se sim, o que exatamente pensa? _____

Como faria? _____

SU5- Você já pensou em se matar?

Sim Não.

Se sim, o que exatamente pensou? _____

Como faria? _____

SU4- Você já realizou alguma tentativa de suicídio?

sim Não

Se sim, quantas vezes tentou?: _____ Há quanto tempo: _____

Que método utilizou: _____

BDI II - “Em qual dessas frases você mais se encontra?”

BDI II/2-

- 0. Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.
- 1. Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do futuro do que de costume.
- 2. Não espero que as coisas dêem certo para mim.
- 3. Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.

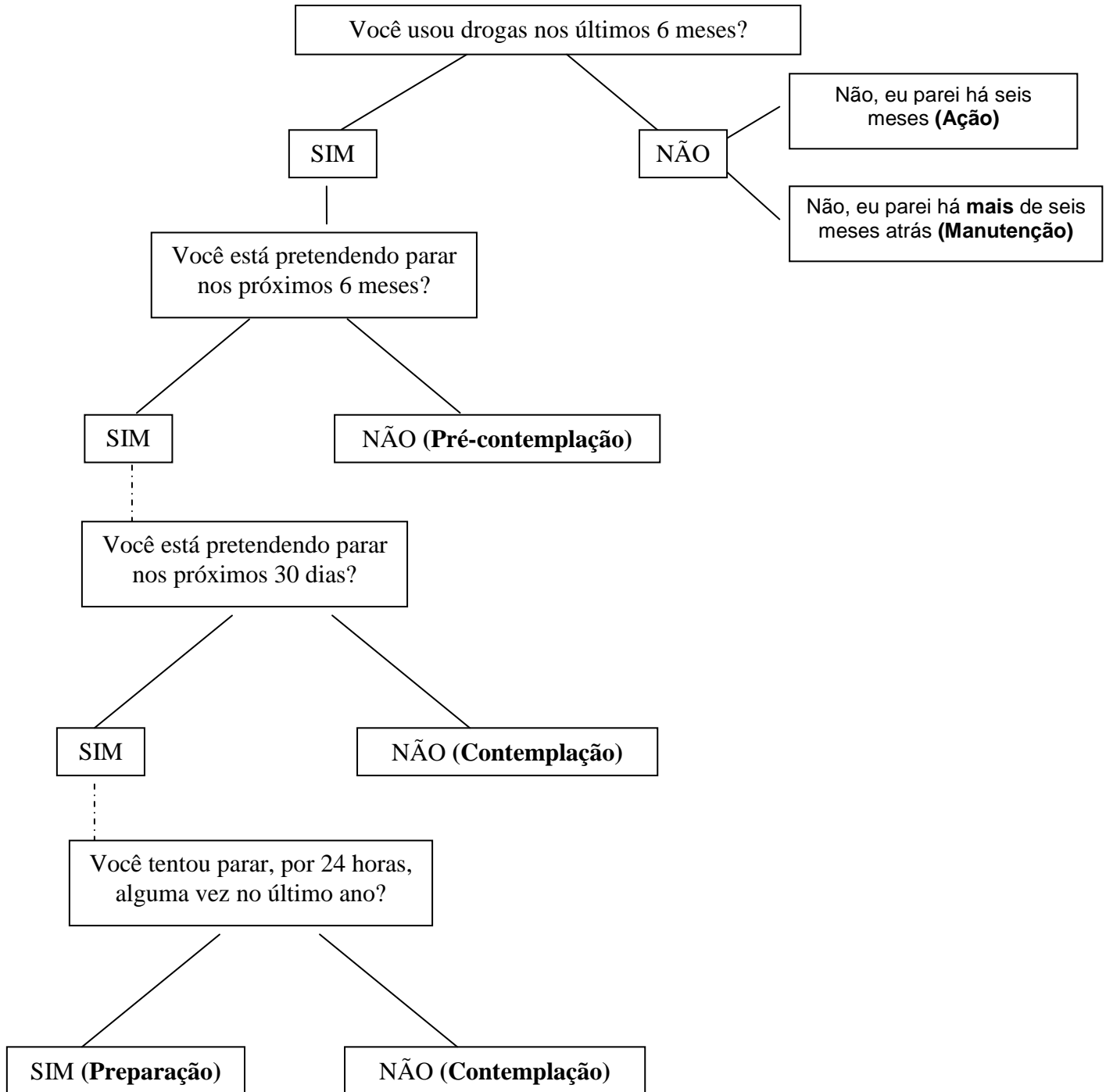
BDI II/9-

- 0. Não tenho nenhum pensamento de me matar
- 1. Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.
- 2. Gostaria de me matar.
- 3. Eu me mataria se tivesse oportunidade.



- Qual a droga que você se sente mais pronto para mudar o comportamento? _____

ALGORÍTIMO (CIRCULE A RESPOSTA)





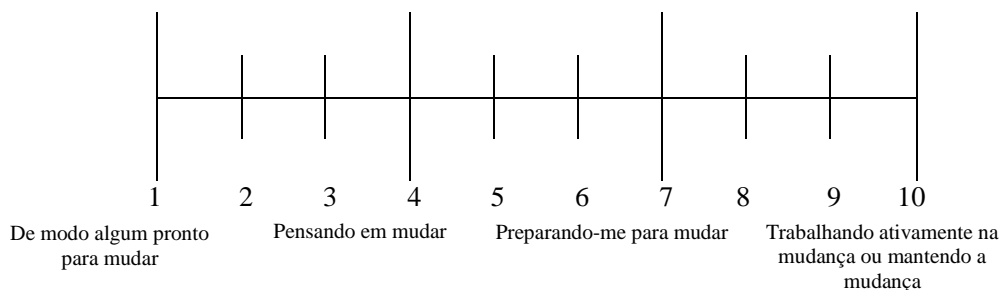
RÉGUA DE PRONTIDÃO

1) Qual a droga que você **MAIS** se considera pronto *neste momento* para mudar o seu comportamento?
_____ *Obs: Escolher UMA.*

2) O quanto você se considera pronto *neste momento* para mudar o seu comportamento com relação a esta droga?

Marque um ponto na linha que melhor expressa a sua resposta para a pergunta (*observando a pontuação de 0 -10*):

DROGAS ÍLICITAS



Você tem mais amigos (FORA DA INTERNAÇÃO) que:

(1) usam drogas (2) não usam drogas

Porque você procurou tratamento? _____

O que sua família acha de seu problema com o uso de drogas? _____

Já teve algum problema com a justiça ou com a polícia em virtude do uso de drogas? () Sim () Não.

Se sim, qual (is) crime cometeu?

- () Homicídios.
- () Roubos.
- () Assaltos.
- () porte de drogas ilícitas.
- () porte ilegal de arma.
- () outros.

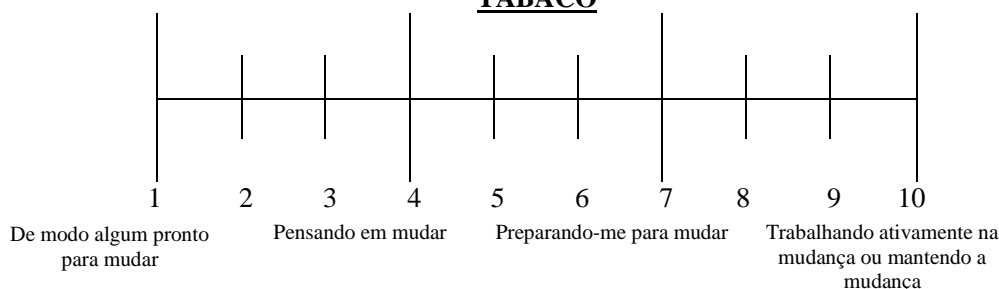
Já fez alguma destas coisas para sustentar o uso de drogas? () Sim. () Não. Se sim, quais:

- () roubos.
- () assaltos.
- () prostituição.
- () venda de coisas de casa (móveis, roupas, celular, eletrodomésticos, carro, bicicleta, entre outros).
- () envolvimento com tráfico de drogas.

O quanto você se considera pronto *neste momento* para mudar o seu comportamento em relação ao cigarro?

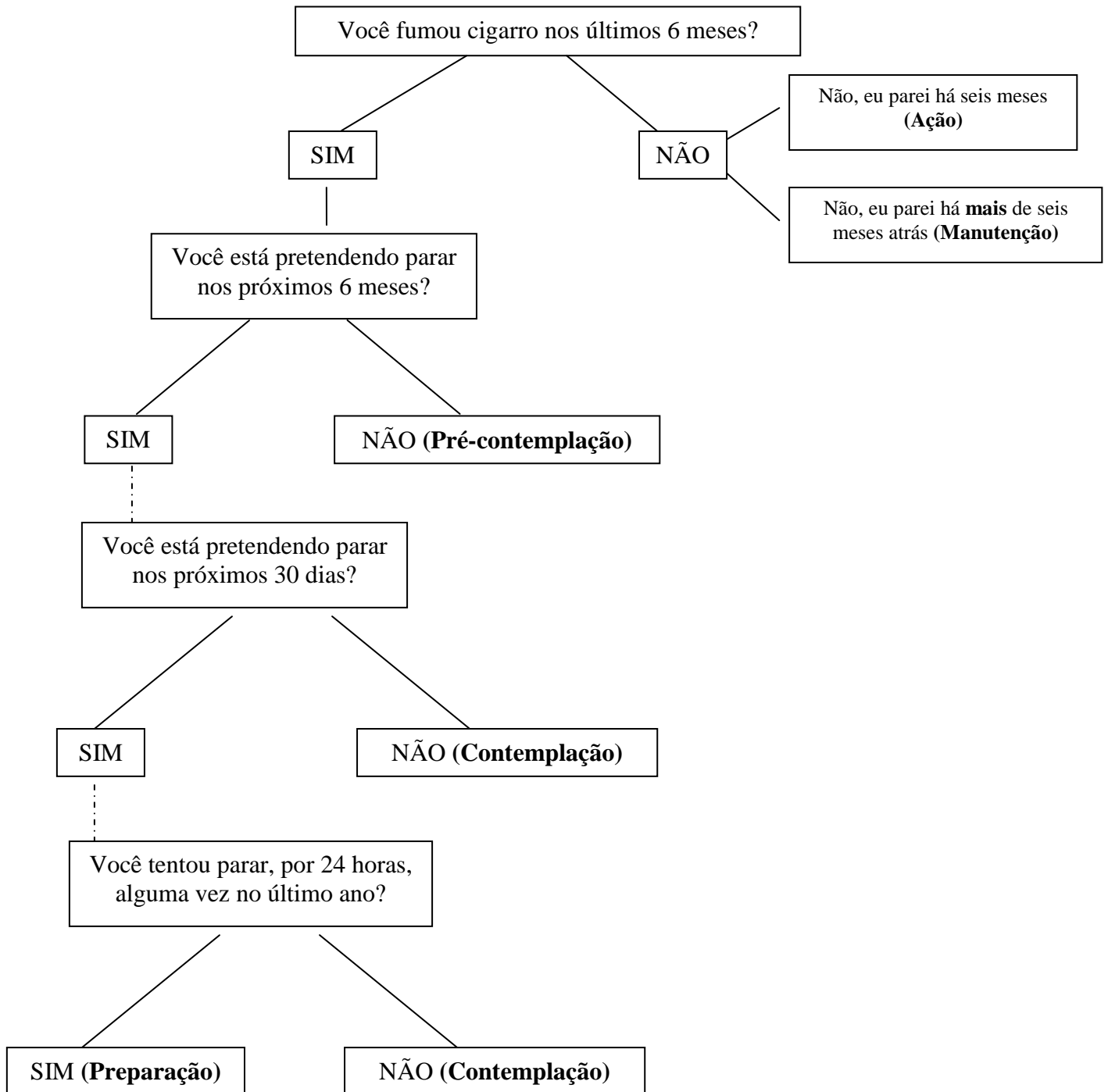
Marque um ponto na linha que melhor expressa a sua resposta para a pergunta (*observando a pontuação de 0 -10*):

TABACO





ALGORÍTIMO - TABACO (CIRCULE A RESPOSTA)





**AValiação DO GraU DE DEPENDêNCIA à NICOTINA - ESCALA DE FAGERSTROM
(APLICAR SE FUMOU TABACO NOS ÚLTIMOS 6 MESES)**

1 - Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?

3. Dentro de 5 minutos
 2. Entre 6-30 minutos
 1. Entre 31-60 minutos
 0. Após 60 minutos

2 - Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus, etc?

1. Sim
 0. Não

3 - Qual o cigarro do dia lhe traz mais satisfação?

1. O primeiro da manhã
 0. Outros

4 - Quantos cigarros você fuma por dia?

0. Menos de 10
 1. De 11 a 20
 2. De 21 a 30
 3. Mais de 31

5 - Você fuma mais frequentemente pela manhã?

1. Sim
 0. Não

6 - Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

1. Sim
 0. Não

TOTAL PONTOS: _____

Conclusão sobre o grau de dependência

- De 0 a 2 pontos = muito baixo
 De 3 a 4 pontos = baixo
 Igual a 5 pontos = médio
 De 6 a 7 pontos = elevado
 De 8 a 10 pontos = muito elevado.

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



URICA – DROGAS ÍLICITAS

<u>1</u>	
<u>2</u>	
<u>3</u>	
<u>4</u>	
<u>5</u>	
<u>6</u>	
<u>7</u>	
<u>8</u>	
<u>9</u>	
<u>10</u>	
<u>11</u>	

<u>12</u>	
<u>13</u>	
<u>14</u>	
<u>15</u>	
<u>16</u>	
<u>17</u>	
<u>18</u>	
<u>19</u>	
<u>20</u>	
<u>21</u>	
<u>22</u>	
<u>23</u>	
<u>24</u>	

SCREENING CONITIVO WAIS:

TESTES	BRUTO	PONDERADO POP. BRASILEIRA	PONDERADO POP. AMERICANA
Vocabulário			
Cubos			
Código			
Dígitos			

CLASSIFICAÇÃO SUBTESTES WAIS:

Sub-testes	(1) Inferior (6 ou -)	(2) Médio Inferior (6 ou 7)	(3) Médio (8-12)	(4) Médio Superior (13 ou 14)	(5) Muito Superior (15 ou +)
Vocabulário					
Cubos					
Códigos					
Dígitos					

URICA TABACO

<u>1</u>	
<u>2</u>	
<u>3</u>	
<u>4</u>	
<u>5</u>	
<u>6</u>	
<u>7</u>	
<u>8</u>	
<u>9</u>	
<u>10</u>	

<u>11</u>	
<u>12</u>	
<u>13</u>	
<u>14</u>	
<u>15</u>	
<u>16</u>	
<u>17</u>	
<u>18</u>	
<u>19</u>	
<u>20</u>	

<u>21</u>	
<u>22</u>	
<u>23</u>	
<u>24</u>	