

FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

Tese de Doutorado

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE
NICOTINA**

PAULO RENATO VITÓRIA CALHEIROS

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Margareth da Silva Oliveira

Porto Alegre, março 2007

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

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE
NICOTINA**

Tese de Doutorado

PAULO RENATO VITÓRIA CALHEIROS

Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira
Orientadora

Porto Alegre, março de 2007

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

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE
NICOTINA**

PAULO RENATO VITÓRIA CALHEIROS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia.

Prof^a. Dr^a. Margareth da Silva Oliveira

Orientadora

Porto Alegre, março de 2007.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

C152e

Calheiros, Paulo Renato Vitória

Avaliação da efetividade do tratamento da dependência de nicotina.

Porto Alegre, 2007.

90 f.

Tese (Doutorado em Psicologia) - PUCRS, Fac. de Psicologia.

Professor orientador^(a): Dr^a. Margareth da Silva Oliveira.

1. Psicologia.
2. Psicoterapia de Grupo.
3. Nicotina – Dependência.
4. Estudos Longitudinais.
5. Tabagismo – Pesquisa.

CDD: 157.6
157.65
CDU: 159.9

Alessandra Pinto Fagundes
Bibliotecária
CRB10/1244

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

Paulo Renato Vitória Calheiros

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE
NICOTINA**

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a.Dr^a. Margareth da Silva Oliveira
Presidente

Prof. Irani Iracema de Lima Argimon
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS

Prof. Dr. Ricardo Gorayeb
Universidade de São Paulo - USP

Prof. Dr. Sérgio de Paula Ramos
Hospital Mãe de Deus - UDQ

Prof. Dr. Lisiane Araújo Bizarro
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Porto Alegre, março de 2007.

*Aos meus filhos Luciano e Marília e, meus
pais Alcides e Perpétua (in memoriam).*

AGRADECIMENTOS

Quanto mais tenho a oportunidade de conhecer pessoas mais tenho a agradecer, atrás desse trabalho há a colaboração de centenas de pessoas que me auxiliaram simplesmente porque quiseram ser carinhosas comigo. Certamente não há espaço para colocar o nome de todos. Foram muitos pacientes, instituições de ensino, estudantes, professores, colegas, veículos de comunicação, amigos e familiares. Meus agradecimentos a todos que ficaram anônimos nesse momento, poderia não ter espaço para citar tantas pessoas e o pior eu não conseguiria mais lembrar o nome de todos.

Algumas pessoas estiveram tão próximas e trabalharam tanto que tenho muito a agradecer como as estudantes do curso de psicologia que também foram pesquisadoras e me acompanharam em diversas etapas desse estudo, Daniela Sopezki, Fabiane Felix, Larissa Calheiros Becker e Karina Silva Matos.

Agradeço a colaboração das instituições que participaram na realização deste estudo, em especial ao Grupo de Intervenções Cognitivas e Comportamentos Dependentes da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) colegas e estagiários curriculares desse grupo que muito cooperaram no desenvolvimento desse estudo.

À Prof^a Dr^a Margareth da Silva Oliveira, que uniu os seus esforços somando capacitação à contribuição para contínua formação humana. Assim apoio, compreensão e orientação nunca me faltaram para a realização desse trabalho. Sou muito grato a sua amizade durante esses anos de convivência.

Ao Dr. Sérgio de Paula Ramos amigo e incentivador.

À Márcia Fortes Wagner pelo apoio.

À professora Elaine Tomasi pela excelente assessoria estatística e revisão do trabalho.

Aos meus professores e colegas do curso de doutorado em Psicologia Clínica, pela contribuição, incentivo e, principalmente pela oportunidade de poder compartilhar conhecimentos, dúvidas, angústias e alegrias na realização deste percurso.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, professores da área clínica e secretárias, pelo acolhimento e ensino recebidos.

A CAPES pelo apoio financeiro, que me possibilitou a realização do doutorado.

À minha banca, Prof. Dra. Irani Iracema de Lima Argimon, Prof. Dr. Ricardo Gorayeb, Prof. Dr. Sérgio de Paula Ramos, Prof. Dra. Lisiane Araújo Bizarro, por terem aceito o convite para examinarem este estudo.

MUITO OBRIGADO!

SUMÁRIO

Agradecimentos	6
Resumo.....	9
Abstract.....	11
Apresentação.....	13
1. Sessão I: estudo empírico “ Tabagismo e comorbidades associadas ”.....	16
2. Sessão II: estudo empírico “ Avaliação da efetividade do tratamento da dependência de nicotina: ensaio clínico longitudinal ”	48
3. Sessão III: estudo empírico “ Fatores associados à recaída em pacientes dependentes de nicotina sob tratamento psicoterápico ”	66
4. Considerações Finais.....	82
ANEXOS	
A. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas da PUCRS	86
B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	88

RESUMO

Esta tese visa entender as perspectivas atuais sobre o tema tabagismo e comorbidades psiquiátricas, investigar a avaliação da efetividade do tratamento da dependência de nicotina e variáveis relacionadas com o processo de cessação de fumar, assim como verificar o índice de recaídas entre os indivíduos que buscam a recuperação. No primeiro estudo foi realizada uma revisão não sistemática de literatura. Foram estudados os transtornos de humor, transtornos de ansiedade, esquizofrenia, outros transtornos por uso de substância psicoativa além outros transtornos psiquiátricos que também foram identificados na literatura como relacionados ao tabagismo. Discute-se a hipótese do uso da nicotina como automedicação nos transtornos mentais. São apresentadas possíveis contribuições dos conhecimentos para as intervenções clínicas no tratamento do tabagismo. No segundo estudo foi realizado um ensaio clínico longitudinal randomizado realizado para avaliar a efetividade de tratamento, a amostra foi escolhida por conveniência formada por pacientes dependentes de nicotina que procuraram tratamento ambulatorial em um hospital geral. Os instrumentos utilizados para dependência da nicotina foi o Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND), para a motivação para mudança foi utilizada a escala University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), para as comorbidades psiquiátricas a Escala International Neuropsychiatric Interview (MINI), e por fim, foi utilizado um questionário padronizado, semi-estruturado para avaliação de dados demográficos, história de tabagismo, apoio social, tentativas de parar, principais problemas orgânicos atribuídos ao tabagismo. Foram avaliadas duas formas de tratamento para o tabagismo. Um tratamento de intervenção mínima intensiva (grupo controle) e um programa de tratamento de psicoterapia grupal (grupo experimental). As duas modalidades de tratamento foram comparadas e associadas às variáveis, história, motivação para mudança, grau de adição, comorbidades psiquiátricas e características demográficas. Foram incluídos no estudo 181 pacientes, 93 no grupo intervenção e 88 no grupo controle. A maioria (63%) era do sexo feminino e 57% tinham entre 31 e 50 anos de idade, sem diferenças entre os grupos. 56% eram casados ou viviam com companheiro (a) – 14% viviam sozinhos. Foi observada diferença significativa ($p=0,002$) entre os grupos para a variável escolaridade. Observou-se que quase 60% começaram a fumar até os 15 anos e 66% começaram a fumar regularmente até os 18 anos, aproximadamente três quartos dos sujeitos fumavam 20 ou mais cigarros por dia e procuraram tratamento sem indicação. O grupo intervenção apresentou mais transtornos em co-morbidades (53%) do que o grupo controle (36%), predominando os transtornos de humor em ambos os grupos – 38% *versus* 25%, respectivamente. Os níveis de dependência da nicotina foram assim distribuídos: leve: 35%; moderado: 42% e alto: 23%. Quanto à motivação para mudança, 13% da amostra estava no estágio de pré-contemplação, 33% no estágio de contemplação, 50% no estágio de ação e 3%. Como conclusão destes dados podemos observar que a razão de prevalências era de 2,33, ou seja, 80% dos pacientes do grupo intervenção estavam abstinentes contra 34% do grupo controle, o que permite estimar uma efetividade neste momento de 57%. Aos 90 dias, esta razão subiu para 3,22, implicando em uma efetividade do tratamento de 69%; ao final do estudo, 180 dias após o início, esta razão subiu para 4,72, podendo-se atribuir ao tratamento realizado uma efetividade de 79%. A finalidade do terceiro estudo foi investigar fatores associados à recaída, como as características sociodemográficas, os estágios motivacionais e o grau de dependência à nicotina. Os sujeitos foram incluídos por conveniência a partir de serviços de tratamento ao tabagismo em Porto Alegre e Pelotas entre 2005 e 2006. Para avaliar a dependência da

nicotina utilizou-se a escala Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) e a motivação para abandonar o hábito de fumar foi avaliada pela escala URICA. As comorbidades psiquiátricas foram aferidas pela escala MINI e foi utilizado um questionário padronizado, para dados demográficos, história de tabagismo, apoio social, tentativas de parar e principais problemas orgânicos atribuídos ao tabagismo. Foram incluídos 181 pacientes, a maioria (63%) do sexo feminino, e 57% tinham entre 31 e 50 anos de idade. Aproximadamente 60% iniciou a fumar até os 15 anos de idade e 66% fumavam regularmente aos 18 anos. A maior parte fumava 20 ou mais cigarros por dia e procuraram tratamento sem indicação médica. Houve a predominância de transtornos de humor como comorbidade. Os níveis de dependência da nicotina foram assim distribuídos: leve 35%, moderado 42% e alto 23%. Quanto à motivação para abandonar o hábito de fumar, 13% da amostra estava no estágio de pré-contemplação, 33% no estágio de contemplação, 50% no estágio de ação e 3% na manutenção. Seis meses após a alta dos tratamentos, a recaída ao tabagismo foi de 69%, e os principais fatores associados foram a baixa escolaridade, a ausência de relato de sintomas físicos ao parar de fumar e a referência à família e grupo social como fonte de motivação.

Palavras Chave: tabagismo; dependência de nicotina; comorbidades psiquiátricas; efetividade de tratamento; recaída.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1

Sub-área conforme classificação CNPq: 7.07.10.00-7 (Tratamento e Prevenção Psicológica).

ABSTRACT

This thesis aims to understand the current perspectives on the subject tobaccoism and psychiatric comorbidities, to investigate the evaluation of the effectiveness of the treatment of the nicotine dependence and variable related with the ceasing process to smoke, as well as verifying the index of fallen again between the individuals that search the recovery. In the first study a not systematic revision of literature was carried through. The upheavals of mood, upheavals of anxiety, schizophrenia had been studied, other upheavals for psychoactive substance use beyond other psychiatric upheavals that had been also identified in literature as related to the tobaccoism. It is argued hypothesis of the use of the nicotine as self-medication in the mental upheavals. Possible contributions of the knowledge for the clinical interventions in the treatment of the tobaccoism are presented. In as the study a random longitudinal clinical assay was carried through carried through to evaluate the treatment effectiveness, the sample was chosen by convenience formed for dependent patients of nicotine who had looked clinic treatment in a general hospital. The instruments used for dependence of the nicotine were the Fagerström Test will be Nicotine Dependence (FTND), for the motivation for change were used the University scale of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA), for the psychiatric comorbidities Escale International Neuropsychiatric Interview (MINI), and finally, were used a standardized questionnaire, half-structuralized for evaluation of demographic data, history of tobaccoism, social support, attempts to stop, main organic problems attributed to the tobaccoism. Two forms of treatment for the tobaccoism had been evaluated. A treatment of intensive minimum intervention (group has controlled) and a program of treatment of group psychotherapy (experimental group). The two modalities of treatment had been compared and associates with the variable, history, motivation for change, degree of addition, demographic psychiatric and characteristic comorbidities. 181 patients had been enclosed in the study, 93 in the group intervention and 88 in the group have controlled. The majority (63%) was of the feminine sex and 57% had between 31 and 50 years of age, without differences between the groups. 56% were married or lived with friend- 14% lived alone. Significant difference was observed ($p=0,002$) enters the groups for the changeable school level. One observed that almost 60% had started to smoke until the 15 years and 66% had started to smoke regularly until the 18 years, approximately three rooms of the citizens they smoked 20 or more cigarettes per day and had looked treatment without indication. The group intervention presented more upheavals in comorbidities (53%) of what the group has controlled (36%), predominating the upheavals of mood in both groups - 38% versus 25%, respectively. The levels of dependence of the nicotine thus had been distributed: it has led: 35%; moderate: high 42% and: 23%. How much to the motivation for change, 13% of the sample were in the period of training of daily pay-contemplation, 33% in the period of training of contemplation, 50% in the period of training of action and 3%. As conclusion of these data we can observe that the reason of prevalences was of 2,33, that is, 80% of the patients of the group intervention were abstinentes against 34% of the group has controlled, what it allows esteem an effectiveness at this moment of 57%. To the 90 days, this reason went up for 3,22, implying in an effectiveness of the treatment of 69%; to the end of the study, 180 days after the beginning, this reason went up for 4,72, being able itself to attribute to the carried through treatment a 79% effectiveness. The purpose of the third study was to investigate factors associates to the fallen again one, as the social demographic characteristics, the motivational periods of training and the degree of dependence to the nicotine. The citizens had been enclosed for

convenience from services of treatment to the tobaccoism in Porto Alegre and Pelotas between 2005 and 2006. To evaluate the dependence of the nicotine it was used scales Fagerström Test will be Nicotine Dependence (FTND) and the motivation to abandon the habit to smoke was evaluated by scale URICA. The psychiatric comorbidities had been surveyed by scale MINI and were used a standardized questionnaire, for demographic data, history of tobaccoism, social support, attempts to stop and main organic problems attributed to the tobaccoism. 181 patients, the majority (63%) of the feminine sex had been enclosed, and 57% had between 31 and 50 years of age. Approximately 60% initiated to smoke until the 15 years of age and 66% smoked regularly to the 18 years. Most smoked 20 or more cigarettes per day and had looked treatment without medical indication. It had the predominance of mood upheavals as comorbidities. The levels of dependence of the nicotine thus had been distributed: it has taken 35%, moderate high 42% and 23%. How much to the motivation to abandon the habit to smoke, 13% of the sample were in the period of training of daily pay-contemplation, 33% in the period of training of contemplation, 50% in the period of training of action and 3% in the maintenance. Six months after the high one of the treatments, the fallen again one to the tobaccoism was of 69%, and the main factors associates had been low the school level, the absence of story of physical symptoms when stopping to smoke and the reference to the family and social group as motivation source.

Keywords: Tobaccoism; psychiatric dependence of nicotine; psychiatric comorbidities; effectiveness of the treatment; Relapse.

APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado está inserida na Linha de Pesquisa Intervenções em Psicologia Clínica, no Grupo de Pesquisa Intervenções Cognitivas e faz parte de um projeto maior de pesquisa intitulado “Intervenções em Comportamentos Dependentes”, coordenado pela Professora Dr^a. Margareth da Silva Oliveira, integrante do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS.

Existe um consenso de que a dependência de nicotina é um dos grandes problemas de saúde pública da atualidade. Apesar dos inúmeros recursos disponíveis para intervenção, ainda são poucos os estudos realizados em nosso país para avaliar a efetividade dos programas de tratamento. Essa realidade é particularmente evidente quando se refere aos estudos longitudinais para acompanhamento de pacientes expostos às intervenções terapêuticas nessa área.

Para atender essa necessidade neste estudo foram selecionados dois programas de tratamento de dependência de nicotina em local que segue as diretrizes preconizadas no. Foi organizado um ensaio clínico randomizado para avaliar resultados desses tratamentos. Esse recurso não é somente importante para avaliar efetividade de intervenções; é também, uma solução importante para identificar para quem e sobre que circunstâncias ocorre um determinado efeito de tratamento.

Este estudo objetivou avaliar a efetividade de duas formas de tratamento da dependência de nicotina. Os participantes foram divididos em dois grupos - intervenção e controle – a partir de uma amostra escolhida por conveniência, constituída por voluntários de um programa de tratamento do tabagismo. Foram coletadas informações sobre motivação para mudança, gravidade de dependência de nicotina e comorbidades

psiquiátricas.

Esse estudo está inserido na área de Intervenções CNPq número 7.07.00.00-1 subárea 7.07.10.00-7 Tratamento e Intervenção Psicológica. Foram elaborados três artigos sobre a temática, conforme a Resolução nº. 002/2004 de 25/03/2004 do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, a saber:

Sessão 1: “Tabagismo e comorbidades associadas”

Sessão 2: “Avaliação da efetividade do tratamento da dependência de nicotina: Ensaio clínico longitudinal”

Sessão 3: “Fatores Associados à Recaída em Pacientes Dependentes de Nicotina sob Tratamento Psicoterápico”

Entre alguns fatores associados à recaída se encontra a presença de comorbidades psiquiátricas, tema do primeiro artigo “tabagismo e comorbidades psiquiátricas” estudado através de uma revisão sistemática de literatura.

O segundo artigo objetivou realizar um estudo de avaliação de efetividade de intervenções psicoterápicas voltadas para o tratamento do tabagismo. Foram comparadas duas formas de intervenções para testar e avaliar procedimentos psicoterapêuticos em uma amostra de pacientes dependentes de nicotina que buscaram tratamento em um hospital geral. Estes pacientes foram separados em dois grupos; para cada para cada um deles foi oferecido um tipo específico de intervenção psicoterapêutica. Importantes achados na comparação de resultados entre essas intervenções são discutidos nesse artigo.

Apesar de todos os esforços e recursos atuais para intervenção nesse campo as taxas de recaídas são altas. Dessa forma, o terceiro artigo contempla o estudo desse fenômeno na mesma amostra de pacientes dependentes de nicotina. O objetivo nesse segundo momento foi analisar alguns fatores que se associam a recaída.

Para os dois últimos artigos foi utilizada uma mesma amostra formada por 93 pacientes do grupo experimental e 88 do grupo controle.

Espera-se que este estudo possa trazer importantes contribuições para a transmissão de informações científicas a respeito da efetividade de tratamento para o tabagismo, indicando possíveis respostas para a condução e a organização de programas de intervenção.

1. SESSÃO I: ESTUDO TEÓRICO

TABAGISMO E COMORBIDADES ASSOCIADAS

Introdução

Comorbidade psiquiátrica nos transtornos por uso de substâncias psicoativas pode ser definida como a presença concomitante de um outro transtorno mental no mesmo indivíduo (Forneiro, 1998).

A tentativa de síntese na compreensão desse fenômeno envolve além das características do efeito psicoativo da substância é preciso que se considere o envolvimento dos aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Cada um desses fatores tem o seu valor individual, mas é também possível a existência de um entrelaçamento entre eles; o que torna a questão da comorbidade psiquiátrica um fenômeno altamente complexo (Orford J, 1994).

Diferentes associações causais desse fenômeno podem ser encontradas. Assim, o uso abusivo de substâncias psicoativas pode ocasionar a manifestação de sintomatologia psiquiátrica como também desencadear a manifestação de transtornos mentais que estavam latentes. Por outro lado, a psicopatologia tanto pode levar ao abuso de substâncias como pode ser a expressão clínica de uma causa comum e, por último se constituir em uma coexistência fortuita de dois problemas freqüentes.

Embora não pareça haver qualquer consenso sobre a natureza dessas relações. O modelo bidirecional aparenta ser plausível. O tabagismo poderia ser reforçado pelo alívio na sintomatologia de um transtorno mental pré-existente. Portanto, poderia se constituir em uma forma de automedicação. Entretanto, pressupõe-se a existência um fator de predisposição genética comum (John U, et al 2004).

Premorbidade ou vulnerabilidade psicológica se associam com envolvimento

precoce com substâncias psicoativas. Nessa população estariam aquelas pessoas, cujo consumo com maior probabilidade evoluiria para o quadro de dependência. Na conexão entre esses fatores estaria a gênese da comorbidade psiquiátrica nos transtornos por uso de substâncias psicoativas.

Existem evidências demonstrando uma alta prevalência de transtornos psiquiátricos entre a população que faz uso de substâncias psicoativas. São encontrados altos coeficientes de dependência de nicotina e álcool entre os dependentes de outras drogas (Farrel et al, 2001).

Kandel et al 2001, em um estudo realizado com uma amostra do National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA) nos Estados Unidos, encontraram uma forte correlação entre abuso de drogas e comorbidade psiquiátrica.

No recente estudo de âmbito nacional nos EUA, realizado por Grant BF, 2004 para avaliar comorbidades psiquiátricas em dependentes de nicotina (segundo os critérios do DSM-IV). Entre os adultos norte-americanos (N= 43 093), 12.8% (95% intervalo de confiança, 12.0-13.6) foram diagnosticados como dependentes de nicotina. Considerando a população total de homens e mulheres foi significativa a associação entre transtornos específicos do eixo I e II e dependência de nicotina ($P < .05$). 12.8% (95% intervalo de confiança, 12.0-13.6).

A população nicotino-dependente consome 57,5% de todos os cigarros produzidos nos Estados Unidos. Entre esses foram encontradas 7,1% de indivíduos com comorbidade psiquiátrica (95% intervalo de confiança, 6.6-7.6). Esses pacientes consomem 34.2% do total de cigarros produzidos (Grant BF et al, 2004).

Entre os transtornos por uso de substâncias psicoativas, o tabagismo é a causa mais freqüente de morbimortalidade encontrada na população geral (Valença, 2001).

Essas constatações evidenciam um campo que carece de mais estudos científicos para a sua melhor compreensão. E, igualmente confirmam o seu decisivo mérito na clínica, pois esses pacientes com muita frequência não respondem positivamente à intervenção psiquiátrica tradicional e, muito menos, aos dispositivos de tratamento da drogadição (Forneiro, 1998).

Em virtude do exposto, será objeto do presente estudo especificamente a questão da comorbidade psiquiátrica na dependência de nicotina.

O objetivo é fazer uma revisão não sistemática da literatura sobre o tema tabagismo e comorbidades psiquiátricas. Foram utilizadas as palavras-chaves “tabagismo”, “dependência de nicotina” “comorbidade psiquiátrica” e “transtornos psiquiátricos” para revisão pelo sistema *Medline, Lilacs PsycINFO* de todas referências mais importantes sobre o tema estudado. Foram selecionados para elaboração desta revisão os artigos mais atualizados encontrados e que preenchiam os requisitos definidos pelos autores. Algumas referências dos artigos encontrados também foram consultadas.

Comorbidades psiquiátricas no tabagismo

Quando se utiliza o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV TR da American Psychiatry Association (APA, 2004) para o diagnóstico de tabagismo não se pode descartar a avaliação de outros transtornos mentais simultâneos, como acontece também com os demais transtornos por uso de substâncias psicoativas. Especialmente, devido às evidências de uma estreita associação entre dependência à nicotina e presença concomitante de transtornos psiquiátricos (Schmitz et al, 2003; Upadhyaya et al, 2002).

Breslau N (1995) utilizando os dados de um estudo epidemiológico norte-

americano realizado com uma amostra de jovens de ambos os sexos, encontrou a prevalência de dependência de nicotina em 20% dessa população. Entre os dependentes houve um aumento do *odds* para álcool, transtorno de uso substâncias ilícitas, depressão maior, transtorno de ansiedade e história de manifestação de transtorno de conduta precoce quando comparados com os não dependentes e não fumantes combinados. Depressão maior e qualquer transtorno de ansiedade foram associados especificamente com a dependência. Também foram encontrados aumentos do *odds* para álcool e drogas ilícitas entre aqueles que fumavam, mas não manifestavam dependência de nicotina. Nessa amostra foram encontradas fortes associações entre o uso de substância, transtorno por uso de substância com qualquer transtorno mental.

A forte correlação entre a presença de comorbidades psiquiátricas na vida e sintomatologia psiquiátrica atual em pacientes tabagistas, também foi relatada por Keuthen, NJ et al, 2000. Esses autores encontraram em 62.3% da amostra estudada, transtorno de humor na vida, transtorno de ansiedade e outros transtornos de uso de substâncias psicoativas. A presença de comorbidade psiquiátrica na vida mostrou-se relacionada a um nível maior de dependência, maior consumo de cigarros e também ao relato de mais ansiedade e humor depressivo.

A clara relação entre dependência de nicotina, álcool e outras drogas e comorbidade psiquiátrica foi ainda evidenciada no estudo de comorbidade psiquiátrica realizado com uma amostra de 10.018 sujeitos representativa da população da Grã-Bretanha. Na população britânica não-dependente, foram encontrados 12% de presença de qualquer transtorno psiquiátrico em comparação com 22% na população de dependentes de nicotina, 30% entre os dependentes de álcool e 45% entre dependentes de outras drogas (Farrel et al, 2001).

Mesmo quando o caminho escolhido é o inverso, ou seja, quando a partir de

amostras com indivíduos com transtornos mentais ou outras adições investiga-se o tabagismo, mais uma vez, encontra-se um grave problema que tem sido negligenciado há muito tempo. Entre as pessoas com mais vulnerabilidades para dependência de nicotina, estão os pacientes psiquiátricos.

Estudos sobre genética, neuroimagem e receptores de nicotina dão o suporte neurobiológico da relação entre tabagismo, dependência de álcool, dependência de outras drogas, esquizofrenia, depressão, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e transtornos de ansiedade (Williams JM e Ziedonis D, 2004; Salin-Pascual RJ et al, 2003).

Existem evidências que se assemelham entre diferentes estudos realizados, a partir de amostras com pacientes psiquiátricos na pesquisa da associação entre transtornos psiquiátricos e tabagismo. Dessa forma, no estudo realizado em uma amostra de 4.414 sujeitos entre 15-54 anos de idade, foi verificado que os transtornos psiquiátricos ativos são preditores de aumento de risco do uso diário de tabaco e posterior progressão para o tabagismo. O aumento de risco de tabagismo foi considerado para maioria dos transtornos estudados incluindo Transtornos de Humor, Transtornos de Ansiedade e Transtorno de Uso de Substâncias Psicoativas (Breslau N et al, 2004).

O aumento de risco de tabagismo foi considerado para maioria dos transtornos psiquiátricos estudados incluindo transtornos de humor, transtornos de ansiedade, transtorno de uso de substâncias psicoativas e esquizofrenia; sendo que, alguns desses autores, também sugerem que pacientes psiquiátricos apresentam dependência mais intensa que fumantes sem comorbidade (Breslau, N. et al, 2004; Rondina RC et al, 2003; Pomerleau CS e Pormeleau OF, 2000).

Apesar evidências científicas, muitas vezes o diagnóstico de tabagismo não é

realizado nos pacientes de unidades psiquiátricas e os sintomas de abstinência de nicotina (ansiedade, irritabilidade, humor deprimido, insônia) podem ser, nessas circunstâncias, confundidos com os sintomas que levaram à internação.

Entretanto, alguns pesquisadores brasileiros alertados para o problema realizaram importantes estudos como o do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que avaliou a prevalência de tabagismo na Unidade de Internação Psiquiátrica. Foram realizados três censos consecutivos, com intervalo de trinta dias, em pacientes internados na Unidade (n=103), utilizando o Questionário de Fagerström. A prevalência de tabagismo foi de 46,7%, 54,3% e 38,9% no primeiro, segundo e terceiro censos, respectivamente ($p>0,05$). A dependência foi considerada grave em aproximadamente 50% dos tabagistas nos três censos (De Boni, R e Pechansky, F, 2003).

Em dois outros estudos realizados com amostra clínica de pacientes psiquiátricos foram indicados os transtornos de humor e ansiedade como os mais prevalentes, entretanto não foram descartados outros transtornos psiquiátricos (Silveira, DX e Jorge, MR 1999). No segundo estudo, o alcoolismo foi o transtorno com maior razão de prevalência (RP) entre fumantes e não fumantes, seguido por depressão, esquizofrenia e a menor nos transtornos de ansiedade (Acioli, MD e Feitosa, MF de M. 2004).

Dependência de nicotina e transtornos de humor

A depressão é a comorbidade psiquiátrica mais comumente associada à dependência de nicotina. A relação entre tabagismo e depressão é bidirecional. Recentes estudos focalizaram o impacto neurobiológico da nicotina no cérebro e como isso se relaciona com a depressão. Fatores genéticos também são importantes e podem

ocorrer em mais de 67% dos indivíduos ao longo do processo de iniciação, manutenção e dependência de nicotina (Paperwalla et al, 2004).

Em um estudo longitudinal, ao longo de treze anos, realizado com o intuito de examinar a relação entre tabagismo e sintomas depressivos em uma amostra de 688 adolescentes e jovens adultos indicou que a história de consumo precoce de cigarros em adolescentes é preditor de quadro depressivos até a fase adulta, ainda que não se relacione à gravidade desse quadro (Johnson JG et al, 2000).

Tabagismo e depressão são dois fenômenos que se alimentam reciprocamente; fumantes deprimidos podem fumar para aliviar seus sintomas e dessa forma reforçam o desejo de fumar (Glassman, 1990). Estes pacientes têm menor possibilidade de sucesso em suas tentativas de parar de fumar, quando tentam parar são submetidos a um risco elevado de recaída. A abstinência de tabaco se constitui em um fator de risco para a manutenção ou desenvolvimento do quadro depressivo uma vez que a nicotina ajuda a manter a homeostase interna (Laje et al. 2001). A nicotina interfere nos sistemas neuroquímicos (neurorreguladores como acetilcolina, dopamina e norepinefrina), que, por seu turno, afetam circuitos neurais, tais como mecanismos reforçadores associados à regulação de humor (Windle e Windle, 2001).

Sintomas depressivos estão relacionados à dependência de nicotina (John U et al, 2004; Degenhardt L e Hall W, 2001; McKee et al, 2003; Keuthen, NJ et al, 2000). Tem sido bem documentado que indivíduos com depressão tendem a ter um nível maior de consumo de cigarros e de dependência de nicotina quando comparados aqueles sem depressão (Fergusson, D.M et al. 2003).

A depressão maior ativa está associada com consumo diário de tabaco e progressão para dependência (Breslau N et al, 2004).

Estudos realizados com populações específicas como a de jovens, mulheres e amostras clínicas também demonstram que a associação entre depressão maior e tabaco.

Essa associação pode aparecer muito cedo na vida do ser humano como constatado no estudo de Fergusson DM et al, 2003. Esses autores investigaram jovens de 16 a 21 anos e nessa amostra foi encontrada uma associação significativa entre depressão maior e dependência de nicotina. Os adolescentes com depressão tendem a ter um nível maior de consumo de cigarros e de dependência de nicotina quando comparados aqueles sem depressão. O estudo de Windle et al. (2001) concluiu que adolescentes que fumam pesadamente tem uma possibilidade de desenvolver quadros depressivos e de que os adolescentes que revelavam sintomas de depressão eram mais propensos a fumar.

Em um estudo prospectivo duplo-cego com uma amostra randomizada com um total de 784 fumantes, 17% apresentaram história de depressão maior (Cox, LS et al, 2004). Entre os pacientes bipolares foi encontrado diagnóstico de tabagismo em 55.1% contra 47.3% do grupo de controle (Uck, et al, 2004).

Turner LR, 2002 investigando uma amostra clínica verificou que não foi maior a prevalência de depressão em mulheres com dependência de nicotina quando comparadas aquelas sem dependência. Esses resultados foram confirmados em um estudo com população geral por (Breslau, et al, 2004) Entretanto a depressão foi considerada como uma influência negativamente à cessação de fumar.

Em um estudo para examinar os efeitos de comorbidades psiquiátricas na sintomatologia da síndrome de abstinência de nicotina, foi observado que fumantes com altos escores nas medidas de depressão e ansiedade, têm um risco maior de apresentar um nível mais elevado de um padrão de sintomas na abstinência de nicotina.

Esses sintomas foram incorporados aos de craving bem como manifestações afetivas e cognitivas que estavam primariamente associados ao transtorno psiquiátrico específico. Os resultados sustentaram a hipótese de que alguns indivíduos usam a nicotina como uma forma de automedicação (Pomerleau CS e Pormeleau OF, 2000).

Murphy et al 2003 procuraram investigar a associação entre tabagismo e depressão comparando dados de estudos populacionais utilizados os dados de um período de 40 anos. Foram entrevistadas uma amostra da população adulta em 1952, 1970 e 1992. Concluíram que os sujeitos depressivos se envolviam mais com nicotina do que aqueles que nunca manifestaram depressão tinham ainda mais probabilidade de iniciar a fumar, continuar fumando e de não parar.

Tabagismo está associado com um alto risco de suicídio e de tentativas de suicídio (Malone et al, 2003)

Apesar das importantes informações obtidas nos estudos citados anteriormente, existem outros pesquisadores que tem demonstrado que o tabagismo não está significativamente associado à depressão, depois do ajuste para comorbidades (Black et al, 1999; Federman EB et al, 1997; Brown RA et al, 1996). Começa haver um suporte para a hipótese de presença indireta de uma relação entre tabagismo e depressão. Por exemplo, em um estudo longitudinal investigando afro-americanos jovens, Miller-Johnson et al (1998) encontraram depressão associada com subsequente uso de tabaco, mas somente na presença da associação com transtorno de conduta. Similarmente, aos achados de Breslau et al (1998) demonstraram que a história de problemas de conduta é preditor de ambos, tabagismo e depressão. Patton et al (1998) também acharam depressão como preditor de tabagismo, mas somente na presença de pares fumantes.

Dependência de nicotina e transtornos de ansiedade

Estudos epidemiológicos e clínicos têm demonstrado uma associação positiva

entre tabagismo e transtornos de ansiedade (Isensee et al, 2003; Peltzer et al, 2002; Degenhardt, L e Hall, W, 2001; Himle et al, 1988).

Glassman, 1993; Takemura et al, 1999 sugeriram que a relação tabagismo-ansiedade depende do tipo ou diagnóstico do distúrbio de ansiedade. A direção dessa associação e a sua relação com transtornos específicos não estão bem determinadas.

Na expectativa de esclarecer melhor essa questão pode-se utilizar as conclusões do prospectivo longitudinal realizado com uma amostra de adolescentes e adultos jovens. Os achados desse estudo indicaram que fumar 20 ou mais cigarros na adolescência está significativamente correlacionado com risco maior de agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de pânico durante o início da fase adulta. No entanto, também foi verificado que transtorno de ansiedade durante adolescência não está significativamente associado com tabagismo na fase de adulto jovem. Quatorze por cento dos adolescentes com transtorno de ansiedade e 15% sem transtorno ansiedade, fumavam no mínimo 20 cigarros por dia durante a fase de adulto jovem. Os dados desse estudo indicam que jovens tabagistas apresentam um risco aumentado para determinados transtornos de ansiedade durante a adolescência tardia e fase de adulto jovem (Johanson JG et al 2000). Em síntese, o tabagismo entre jovens é preditor para alguns transtornos de ansiedade. Por outro lado, transtorno de ansiedade na juventude não é preditor de tabagismo na fase posterior do desenvolvimento.

Embora, atualmente exista pouco suporte teórico ou empírico para explicar o tabagismo nas pessoas com transtorno de ansiedade o estudo recente McCabe RE et al, 2004 procurou avaliar essa relação. Assim, com o objetivo de verificar a teoria de Zvolensky et al. 2003 que propõe a associação mais específica do tabagismo com transtorno de pânico do que com os outros transtornos de ansiedade. Esses autores examinaram o tabagismo em três transtornos de ansiedade: transtorno de pânico com e

sem agorafobia, fobia social e transtorno no grupo de transtorno de pânico (40,4%), comparado com (20%) no grupo com fobia social e (22.4%) no grupo com transtorno obsessivo compulsivo. No grupo com transtorno de pânico foi verificada ainda mais probabilidade de relato consumo pesado de cigarros de tabaco (consumo de mais do que 10 cigarros por dia) do que nos outros grupos. Os fumantes tiveram maiores escores do que os não fumantes nas escalas que mediam depressão e ansiedade. As diferenças na ansiedade entre fumantes e não fumantes foram significativas e sugeriram uma ligação específica com transtorno de pânico. Os dados desse estudo dão suporte a teoria citada anteriormente.

Transtorno de stress pós-traumático pode ser um fator casual de risco para dependência de nicotina como também pode ser também uma comorbidade. E ainda, indivíduos expostos a eventos traumáticos têm um risco modestamente maior de desenvolverem dependência de nicotina, mesmo quando não apresentam sintomas de transtorno de stress pós-traumático (TSPT) (Breslau N et al 2003).

Transtorno de stress pós-traumático e fobia social foram preditores de uso diário de tabaco e dependência de nicotina nas situações de casos ativos e remitentes. No caso da agorafobia e transtorno de pânico nenhuma das duas foi preditora de consumo diário de cigarros ou dependência de nicotina. Entretanto, história anterior de transtorno de pânico mostrou-se associada a um aumento do risco de dependência de nicotina (Breslau N et al, 2004).

Nesse campo encontra-se um número de pessoas desproporcionalmente grande com transtorno de pânico que fumam cigarros comparados aos indivíduos com outros transtornos de ansiedade e indivíduos da população geral. Pacientes com transtorno de pânico que fumavam regularmente relataram sintomas de ansiedade mais graves e maior prejuízo social quando comparados a pacientes com transtorno de pânico que não

fumavam (Zvolensky MJ et al, 2003).

A nicotina pode um gatilho para ansiedade como também pode aumentar os seus sintomas. Supõe-se que esses efeitos sejam importantes na etiologia de alguns casos de transtorno de pânico. Um dos fatores etiológicos é explicado pelo modelo teórico do alarme falso de sufocação (Klein DF, 1994). A hipótese dessa teoria é que prejuízos causados pelo cigarro no sistema respiratório podem ser a causa subjacente dos ataques de pânico. Este mecanismo pode ser especialmente importante para pânico e menos relevante para outros transtornos de ansiedade (Isensee, et al, 2003).

Existem boas evidências mostrando a relação causal entre fumar e primeiro ataque de pânico. Transtorno de pânico e ataques de pânico foram significativamente associados ao consumo ocasional, regular de tabaco e à dependência de nicotina (Wittchen IB et al, 2003).

Johnson et al. (2000) revelaram através de um estudo longitudinal, com uma amostra de 668 sujeitos, que o tabagismo pesado (consumo de um ou mais maços de cigarro por dia) durante a adolescência está associado a um risco maior para o aparecimento de transtornos ansiosos como o pânico, agorafobia e ansiedade generalizada no início da vida adulta. O mesmo estudo não encontrou relação com TOC e fobia social.

A nicotina provavelmente regula as funções envolvidas na rota de resposta ao stress e ansiedade no cérebro normal o que resulta na alteração dos níveis de ansiedade. Os transtornos de ansiedade podem não estar particularmente associados com o consumo de tabaco. Entretanto, o tabagismo é mais freqüente entre esses pacientes. A compreensão dos mecanismos subjacentes neurobiológicos e comportamentais entre tabagismo e transtorno de ansiedade, pode melhorar a habilidade do clínico na assistência ao tabagista que está se esforçando para parar de fumar.

Tabagismo e esquizofrenia

Embora o consumo de tabaco esteja decrescendo na população como um todo o mesmo não vem acontecendo entre a população de esquizofrênicos nos Estados Unidos, de 70% a 80% dos pacientes esquizofrênicos são fumantes, prevalências altas quando comparada à média de 50% nos outros tipos de transtornos, e com de 25% na população geral (Herrán et al., 2000; Uck, et al, 2004). No entanto, tais evidências não se comprovam na esquizofrenia catatônica que tem se mostrado com exceção à regra (Unrod, 2004). Patkar AA et al 2002, realizaram um estudo na tentativa de entender as razões que elevam a alta prevalência de tabagismo entre esquizofrênicos. Esses autores verificaram que altos escores na escala Fagerström foram significativamente associados com prejuízos na atenção, orientação, pensamento e controle de impulsos. Os sintomas positivos não foram associados ao tabagismo. As combinações de sintomas negativos com a duração da doença e uso de álcool foram os mais importantes preditores para o tabagismo.

Outras razões, relatadas por pacientes esquizofrênicos estão a produção de relaxamento, redução da ansiedade e dos efeitos colaterais das medicações e, ainda, o próprio reflexo do processo de institucionalização como o tédio (Rondina RC et al, 2003).

Tabagismo álcool e outras drogas

A iniciação no uso de álcool e outras drogas aumentam o risco de co-ocorrência de dependência de nicotina (Dierker et al 2001; Degenhardt, L e Hall, W, 2001). Como poderia se esperar o tabagismo é endêmico entre dependentes de drogas ilícitas (Lemon et al, 2003;). Existe associação muito significativa entre consumo de *cannabis* e tabaco (Degenhardt, L e Hall, W, 2001). Indivíduos dependentes de uma única classe

de drogas apresentam níveis semelhantes de comorbidade psiquiátrica Kandel et al 2001.

Dependentes de nicotina apresentaram um risco particularmente alto de probabilidade para dependência de álcool (John U et al, 2003). Transtorno por uso de álcool, abuso ou dependência pode aumentar a probabilidade de dependência de tabaco ao longo do processo de desenvolvimento humano. O alcoolismo é preditor de consumo persistente de cigarros (Breslau, N et al, 2004; Jackson et al, 2000).

O alcoolismo está fortemente associado ao tabagismo conforme foi evidenciado no estudo realizado com a população geral de Porto Alegre. Foi constatada ainda uma maior predominância de fumantes entre os alcoolistas e maior predominância de não-fumantes entre os não-alcoolistas (Chaieb e Catellarin, 1998).

Tabagismo e comorbidades psiquiátricas em crianças e adolescentes

São fortes as evidências que demonstram um alto índice de comorbidade psiquiátrica em crianças e adolescentes fumantes principalmente os transtornos de comportamentos disruptivos (tais como transtorno negativista desafiante, transtorno de conduta, depressão maior e transtorno por uso de substâncias psicoativas. Tabagismo na adolescência parece ser um forte indicador de psicopatologia futura (Upadhyaya et al, 2002). Burke et al, 2001 realizaram um estudo longitudinal com uma amostra de 177 meninos com idade entre 7 e 12 anos. Avaliados anualmente até a idade de 15 anos. Nessa amostra encontraram um risco de 2.2 maior de co-ocorrência de tabagismo e Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH).

Os jovens com TDAH estão expostos a uma vulnerabilidade maior ao tabagismo (Wilens TE, Dodson W, 2004; Tercyak KP e Audrain-McGovern J, 2003; Upadhyaya HP et al 2002).

Outros transtornos psiquiátricos associados ao tabagismo

O tabagismo apresenta-se relacionados a outros transtornos psiquiátricos, tais como, transtorno de conduta (Upadhyaya HP et al 2002), transtornos de alimentação (Pomerleau CS e Pormealeu OF, 2000), transtorno de déficit de atenção (TDAH) (Williams JM, Ziedonis D, 2004).

Cerca de dois terços dos jogadores patológicos que procuram tratamento são fumantes e o tabagismo está associado com sintomas severos desse transtorno Petry NM, Oncken C. 2002.

Implicações clínicas no tabagismo e comorbidades psiquiátricas

O tabagismo está associado significativamente com um aumento na possibilidade de comorbidade com múltiplos transtornos psiquiátricos. Essa população tem menor êxito em manter-se livre do tabaco. (Ferguson et al, 2003; Farrel et al, 2001).

É proporcionalmente alto número de pessoas com doença mental que fumam. A prevalência de fumantes na população geral é estimada em aproximadamente 20%, enquanto entre indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia sobe para aproximadamente 90% (Glassman, 1993).

Muitos fumantes fazem várias tentativas infrutíferas de parar de fumar. Aqueles que apresentam história de depressão ou ansiedade presente ou no passado são menos propensos a parar de fumar. A relação entre tabagismo e depressão maior sugere uma continuidade do comportamento de fumar e ainda a relação com um elevado risco de mortalidade devido a doenças arteriocoronarianas (Brummett BH et al, 2003).

Há relação entre tabagismo e transtornos de ansiedade (Lopes, FL et al. 2002).

Os múltiplos efeitos positivos reforçadores da nicotina como melhoria do estado

de humor, diminuição da ansiedade; aumento de concentração, pensamento e aprendizagem (Lopes FL et al, 2002) têm a capacidade de auxiliar, pelo menos momentaneamente, as pessoas com transtornos mentais. Para ilustrar, pode-se utilizar especialmente a esquizofrenia, enfermidade na qual os pacientes com muita frequência apresentam problemas cognitivos; por causa da doença ou mesmo pelo uso da medicação. Entre esses indivíduos, os efeitos da nicotina podem produzir um esperado alívio para o mal-estar. Além do mais, a nicotina pode reduzir por um período curto de tempo os sintomas positivos como a alucinação.

Em pacientes com transtornos de humor a nicotina pode ser utilizada por seu efeito antidepressivo (Rondina et al. 2003) ajuda o indivíduo nas situações de estresse a relaxar, reduzir a ansiedade, tensão e raiva. Assim, reduzir a ansiedade nas várias manifestações desse transtorno (Wiseman, 1999). O fumar pode ser uma distração para pessoas que tem uma vida com poucas fontes de gratificação e pode promover a interação social (Rethik, 2004).

Tabagistas com comorbidade psiquiátrica, detectáveis ou não no momento da consulta, apresentam um maior risco de manifestação ou intensificação dos sintomas da comorbidade durante a abstinência de nicotina. A síndrome de abstinência de nicotina pode exacerbar os sintomas dos transtornos psiquiátricos. Por exemplo, devido à síndrome de abstinência de nicotina pode se assemelhar e pode até mesmo induzir a um quadro depressivo.

Esses pacientes estão mais propensos a maior dificuldade na obtenção e manutenção da abstinência, e aderem menos ao tratamento. Necessitam de cuidados mais intensivos, inclusive a avaliação cuidadosa para utilização de farmacoterapia adequada para o controle da comorbidade, não esquecendo da possibilidade de interação da nicotina com inúmeros medicamentos (Brasil, Ministério da Saúde –

INCA – 2001).

Devido a isso, a avaliação clínica e tratamento apropriado são essenciais para reduzir as altas taxas de morbidade e mortalidade associadas ao tabagismo nos pacientes com transtornos psiquiátricos. Dessa forma, pode-se maximizar os resultados no tratamento desses pacientes.

Modelo de automedicação

O modelo de automedicação na dependência de drogas postula que o transtorno de uso de substâncias psicoativas pode ser uma forma de enfrentamento ou evitação do estresse emocional que antecederia ao uso de drogas (Carmody, 1989).

Apesar do interesse na questão da automedicação existem poucas evidências científicas que sustentem essa hipótese, exceto a possibilidade da regulação do humor e consumo de nicotina (Cooney et al, 1998).

No tabagismo a hipótese comum em direção à hipótese da automedicação está focalizada nas propriedades químicas da nicotina sugerindo que fumantes podem reduzir a disforia (Khantzian, 1997; Murphy et al. 2003). Uma outra suposição indica que fatores genéticos comuns podem predispor a ambos, tanto ao tabagismo como a depressão (Dierker LC et al. 2002).

Esse modelo enfatiza que o adicto evita ou automedica um determinado estado emocional. Além disso, associa o efeito farmacológico específico a um determinado estado emocional; opiáceos atenuam a violência, depressores (incluindo o álcool) diminuem a ansiedade, estimulantes aliviam o mal-estar do humor depressivo e paradoxalmente melhoram a hiperatividade e a labilidade emocional (Khantzian, 1997).

Dessa forma, todos os dependentes de drogas podem ter um outro diagnóstico psiquiátrico concomitante. Entretanto, o estado emocional que pode levar ao uso de

drogas pode estar ou não associado a um transtorno psiquiátrico.

Ainda que nem sempre fique explicitado o modelo de automedicação, em alguns estudos esse fato fica subtendido de acordo com a compreensão do fenômeno. O abuso de substâncias pode algumas vezes ocorrer como uma resposta ao stress em uma tentativa de regulação do humor independente da dimensão do efeito ser positiva ou negativa. O tabagismo seria uma forma de aumentar o efeitos positivos e de diminuir os negativos (Brandon et al, 2004).

As evidências nas quais se apóiam esse modelo vêm de estudos com pacientes dependentes de drogas com outros diagnósticos psiquiátricos (comorbidade psiquiátrica) e de estudos longitudinais que acompanharam indivíduos com diagnósticos psiquiátricos ao longo do tempo. Tais estudos indicaram relação causal entre diagnóstico psiquiátrico prévio e subsequente abuso de substâncias (Dierker et al. 2001). Entretanto existem autores não sustentam a hipótese de uma relação causal, considerando pouca clara a relação entre comorbidade psiquiátrica e abuso de substância (Raimo e Schuckit, 1998). Dessa forma, a relação causa-efeito se inverte quando são levadas em consideração as evidências apontam o uso de tabaco, por si só, como causa de aumento de ansiedade. Para exemplificar pode-se citar o estigma social associado com o tabagismo na atualidade, que por si só pode servir como uma causa de *stress* negativo (Laurie et al, 2002). O tabagista também está submetido a um aumento do estresse como resultado dos sintomas agudos da síndrome de privação que se manifestam no espaço de tempo entre o consumo de um cigarro e o próximo (Gigiote A, 2002).

Não existe uma sustentação lógica para a relação de causa e efeito quando o diagnóstico psiquiátrico existe, os dois diagnósticos podem estar co-ocorrendo coincidentemente ou podem estar relacionados a um terceiro fator desconhecido.

Outros fatores não são relacionados à nicotina (p.ex.gênero e outros fatores contextuais) podem contribuir na percepção do alívio da sensação de estresse e afetos negativos atribuídos ao tabaco.

Entretanto componentes comportamentais do modelo de automedicação podem também contribuir para reduzir o afeto negativo, particularmente na administração de drogas lícitas tais como, álcool, cafeína e nicotina. Mesmo antes do advento de áreas especiais para uso de cigarro (fumódromos), o fumante tem na rotina de auto-administração de nicotina, um momento de “parar” para fumar, engajando-se em comportamentos que afasta, pelo menos temporariamente, a situação estressante. Nessas circunstâncias a administração de nicotina pode não ser necessariamente o evento primário reforçador, mais do que isso o parar para esse fim poderia ser o redutor de estresse. O uso repetido de tabaco e a consequente administração de nicotina podem se tornar estímulos condicionados que se associam com a redução de estresse e podem eliciar estas respostas até mesmo na ausência de estressores (Eissenberg, 2004).

Em síntese, modelo de automedicação considera que uso de drogas é iniciado e mantido, no mínimo por algum período, como uma forma de fugir ou evitar os efeitos negativos de estados afetivos. No tabagismo permanece inconclusivo, constituindo-se em uma importante fonte de pesquisa para quem busca a resposta sobre que condições e para que afeto, negativo ou positivo, está relacionado o alívio do mal-estar provocado pelo tabagismo. Assim o modelo de automedicação pode desempenhar um papel importante na compreensão de certas condições no desenvolvimento da dependência de nicotina.

Discussão

A presença comorbidade psiquiátrica em tabagistas é um dos fatores que pode

comprometer a eficácia das diversas modalidades de intervenção terapêutica sendo fundamental o correto diagnóstico das patologias envolvidas.

Qualquer transtorno psiquiátrico, os transtornos de humor, alguns dos transtornos de ansiedade, outros transtornos de uso de substância psicoativa e esquizofrenia foram aqueles que apareceram nessa revisão como as comorbidades mais freqüentemente associadas ao tabagismo.

Embora entre alguns estudos apareçam referências claras da associação entre tabagismo e níveis aumentados de ansiedade e depressão. Não há a mesma associação com tabagismo e os transtornos de ansiedade e depressão (Degenhardt, L e Hall, W, 2001). Possivelmente, devido ao fato desses estudos não terem sido delineados para avaliar a sintomatologia mais particularizada de cada uma das diferentes formas de manifestações desses transtornos.

A hipótese de automedicação é uma das duas propostas existentes para explanação da associação entre fumo e depressão. A primeira, sugerindo a associação como um reflexo de um processo de automedicação no qual o indivíduo depressivo fuma para aliviar os seus sintomas de depressão, este comportamento conseqüentemente tem o efeito de aumentar, em longo prazo, o consumo de cigarros e os riscos de dependência a nicotina (Ludman et al. 2002). Entretanto a dependência de nicotina aumenta a suscetibilidade individual à depressão. Embora se possa evidenciar uma clara relação entre o comportamento de fumar e depressão ainda permanece inconclusiva a direção dessa relação (Choi WS et al, 1997).

A nicotina é uma droga estimulante faz com que o cérebro libere uma grande variedade de neurotransmissores. Alguns deles, como a beta-endorfina e a norepinefrina podem propiciar ao fumante uma sensação de bem-estar. O ato de fumar pode afastar momentaneamente alguma situação estressante, pode distrair o indivíduo

de seus problemas. Ainda a pessoa dependente de nicotina irá se sentir melhor depois de fumar, porque esse ato aliviará seus sintomas de abstinência.

Dessa forma, é plausível a hipótese que fumantes com comorbidade psiquiátrica podem estar fazendo uma tentativa de automedicação dos sintomas do transtorno psiquiátrico, ou também buscando alívio de efeitos colaterais de medicação. No entanto, essa continuará sendo somente uma hipótese que pode ser comprovada segundo uma abordagem específica do problema.

Como já foi dito anteriormente tabagismo e comorbidade psiquiátrica são problemas humanos complexos que necessitam ser vistos, também por diferentes correntes do pensamento científico atual como a introdução de técnicas de pesquisa qualitativa. Para que se somem às informações quantitativas os sentimentos, as diferentes formas de percepção da realidade e outros achados qualitativos.

Não obstante, Chassin et al, 2002 encontraram em seguimento de pacientes tabagistas que haviam obtido sucesso em parar de fumar uma significativa diminuição nos sintomas de stress e perda do estado de humor negativo. Os benefícios em parar foram tão substanciais que no final os “ex-tabagistas” não se distinguiam daqueles que nunca haviam fumado.

A abordagem da questão da comorbidade psiquiátrica oferece inúmeros benefícios aos pacientes. Apesar disso, poucas pesquisas têm sido realizadas sobre o tratamento do tabagismo entre esses pacientes. Sugere-se para esse grupo de pacientes a organização de programas de tratamento especialmente construídos para contemplar essa relação (Hughes JR, 2003; Patkar et al, 2003).

Entretanto, no estudo realizado por Prochaska, J et al, foi constatado que pacientes psiquiátricos fumantes hospitalizados não haviam recebido o diagnóstico de dependência de nicotina e o status de fumante não havia sido incluído no *programa de*

tratamento de qualquer um dos pacientes!

O correto diagnóstico pode facilitar a abordagem terapêutica e as estratégias de prevenção de recaída. Os estágios de mudança sugeridos por Prochaska e DiClemente, 1986 e amplamente empregados no tratamento da dependência de nicotina podem ser influenciados, por exemplo, por estados depressivos ou psicóticos. Esses estágios (pré-contemplação, contemplação, preparação para mudança, ação e manutenção) podem ser facilitados pela correta medicação, melhora do convívio e adaptação familiar e social prejudicadas pela comorbidade psiquiátrica. (Prochaska e DiClemente, 1986; Prochaska e col, 1992).

Os clínicos necessitam não só avaliar o estágio de mudança para o problema primário, mas também examinar o estágio de mudança para outros transtornos psiquiátricos. Sugere-se que o terapeuta focalize primeiramente o problema que está mais acessível à intervenção, tendo em mente que cada paciente pode estar em um estágio diferente para o(s) outro(s) problema(s).

Referências Bibliográficas:

Acioli, MD e Feitosa, MF de M. (2004). Prevalência de tabagismo entre pacientes portadores de transtorno mental em tratamento ambulatorial. *J Bras Dep Quim.* 5(1): 19-26

American Psychiatry Association. (1995). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-IV. 4ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas.

Black DW, Zimmerman M, Coryell WH: Cigarette smoking and psychiatric disorder in a community sample. *Ann Clin Psychiatry* 1999; 11:129-136.

Brummett BH, Babyak MA, Siegler IC, Mark DB, Williams RB, Barefoot JC. (2003). Effect of smoking and sedentary behavior on the association between depressive symptoms and mortality from coronary heart disease. *Am J Cardiol.* Sep 1;92(5):529-32.

Breslau, N. (1995). Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behav Genet.* Mar; 25(2): 95-101.

Breslau N, Peterson EL, Schultz LR, Chilcoat HD, Andreski P (1998). Major depression and stages of smoking: a longitudinal investigation. *Arch Gen Psychiatry*; 55:161-166.

Breslau N, Davis GC, Schultz LR. (2003) Posttraumatic stress disorder and incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Arch Gen Psychiatry* Mar; 60(3) 289-94.

Breslau, N. Novak, S.P., Kessler R.C. (2004). Psychiatric Disorders and stages of Smoking. *Biol Psychiatric*, 55:69-76.

Breslau, N. Novak, S.P., Kessler R.C. (2004) Daily smoking and the subsequent onset of psychiatric disorders. *Psychol Med*; 34(2):323-33.

Brown RA, Lewinsohn PM, Seeley JR, Wagner EF (1996). Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 35:1602-1610.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. (2001) Coordenação de Prevenção e Vigilância (COMPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante. -Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 38p. II

Burke JD, Loeber R, Lahey BB. (2001). Which aspects of ADHD are associated with tobacco in early adolescence?. *J Child Psychol Psychiatry.* May;42(4):493-502.

Carmody, TP (1989) Affect regulation, nicotine addiction, and smoking

cessation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 331-342.

Chaieb, J e Castellarin, C (1998). Associação tabagismo-alcoolismo: introdução as grandes dependências humanas. *Ver. Saúde Pública vol 32 no. 3* São Paulo.

Chassin L, Presson C, Sherman S, Kim Kyung (2002). Long-Term Psychological sequelae of Smoking Cessation and Relapse. *American Psychological Association*. Vol. 21(5) p 438-443.

Choi WS, Patten CA, Gillin JC, Kaplan RM, Pierce JP (1997). Cigarette smoking predicts development of depressive symptoms among US adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*. Vol.19, p. 42-50.

Cooney J, Stevens T, Cooney N. (1998). Comorbidity of nicotine dependence with psychiatric and substance use disorders. *In Dual Diagnosis and Treatment. Substance Abuse and Comorbid Medical and Psychiatric Disorders* (eds. Kranzler, HR, Rounsaville, BJ). Pp.223-264. New York: *Marcel Delder*

Cox LS, Patten CA, Niaura RS, Decker PA, Rigotti N, Sachs DPL, Buist AS, Hurt RD. Efficacy of Bupropion for Relapse Prevention in Smokers With and Without a Past History of Major Depression. *J Gen Intern Med*. 19: 828-834.

De Boni, R. & Pechansky, F. (2003). Prevalência de tabagismo em uma unidade de internação psiquiátrica de Porto Alegre. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*. [online]. dez, vol.25, no.3 [citado 19 Dezembro 2004], p.475-478. Disponível na World WideWeb:<http://www.scielo.br>.

Degenhardt L, Hall W. (2001). The relationship between tobacco use, substance-use, disorders and mental health: results from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Nicotine Tob Res*. Aug; 3(3): 225-34. Abstract Pub Med

Dierker LC, Avenevoli S, Merikangas KR, Flaherty BP, Sto M. Association between psychiatric disorders and the progression of tobacco use behaviors. 2001. *J Am*

Acad Child Adolesc Psychiatric. Oct;40 (10): 1159-67.

Dierker LC, Avenevoli S, Stolar M, Merikangas KR.(2002) Smoking and depression: an examination of mechanisms of comorbidity. *Am J Psychiatry*; 159:947-953

Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G, Marsden J, Taylor C, Heltzer H (2001). Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity: Results of a notional household survey. *British Journal of Psychiatric.* 179, 432-437.

Federman EB, Costello EJ, Angold A, Farmer EMZ, Erkanli A: Development of substance use and psychiatric comorbidity in an epidemiologic study of white and American Indian young adolescents: the Great Smoky Mountains Study. *Drug Alcohol Depend* 1997; 44:69-78.

Ferguson JA, Patten CA, Schroeder KP, Eberman KM, Hurt RD. (2003) Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addictive Behaviors.* 28 1203-1218.

Fergusson, N.R., Goodwin, R.D., Horwood, L.J. Major depression and cigarette smoking: result of a 21-year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 2003, v 33, p. 1357-1367.

Forneiro, J C. Patologia Dual (1998) *Ediciones Gráficas Delos SL.* Madrid.

Glassman, A.H. (1993) Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am. J. Psychiatry.* 150: 546-53.

Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, Johnson J. (1990). Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA*, 26;264(12):1546-

Gigliotti, A; Montezuma, E. Tratamento do Tabagismo. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

Grant BF, Hasin DS, Chou SP, Stinson FS, Dawson DA (2004) Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* Nov;61(11):1107-15.

Herrán A, Santiago A, Sandoya M, Fernández, MJ, Diéz-Manrique, JF, Vazquez-Baquero JL. (2000) Determinants of smoking behaviour in outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res* 41: 373-81.

Himle J, Thyer BA, Fischer DJ. (1988) Prevalence of smoking among anxious outpatients. *Phob. Pract. Res. J.* 1.25-31

Hughes, jR (2003) Motivating and Helping Smokers to Stop Smoking. *J Gen Inter Med.* 18:1053-1057

Isenhardt, CE. (1994). Motivational subtypes in an inpatient sample of substance abusers. *Addictive Behaviors*, v.19, n.5, p.497-507.

Isensee B, Wittchen HU, Stein MB, Hofler M, Lieb R. (2003). Smoking increases the risk of panic: findings from a prospective community study. *Arch Gen Psychiatry.* Jul; 60(7):692-700.

Jackson KM, Sher KJ, Wood PK (2000) Trajectories of concurrent substance use disorders: a developmental, typological approach to comorbidity. *Alcoholism clinical and Experimental Research*, 24. 902-911.

John U, Meyer C, Rumpf HJ; Hapke U (2003). Probabilities of alcohol high-risk drinking, abuse or dependence estimated on grounds of tobacco smoking and nicotine dependence. *Addiction*, 98, 805-814.

John U, Meyer C, Rumpf HJ; Hapke U (2004) Depressive disorders are related to nicotine dependence in the population but do not necessarily hamper smoking cessation. *J Clin Psychiatric*; Feb,65(2) 169-76.

Johnson JG, Cohen P, Pine DS, Klein DF, Kasen S, Brook JS.(2000) Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *JAMA*. Nov 8;284(18):2348-51

Khantzian EJ (1997) The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harv Rev Psychiatry*; 4:231-244

Kandel DB, Huang FY, Davies M. (2001). Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. *Drug and Alcohol Dependence*. 64 213-241.

Klei DF (1994) Testing the suffocation false alarm theory of panic disorder. *Anxiety*.1:1-7.

Keuthen NJ, Niaura RS, Borrelli B, Goldestein M, DePue J, Murphy C, Gastfriend D, Reiter SR, Abrams D. (2000). Comorbidity, smoking behavior and treatment outcome. *Psychother Psychosom*. Sep-Oct;69 (5)244-50.

Laguerre G, Dupont P, Fakhfakh R.,(2000). Anxiety and depressive disorders in tobacco dependence, *Encephale*, 28 (4): 374-7

Laje RP, Berman JA, Glassman AH. (2001). Depression and nicotine: preclinical and clinical evidence for common mechanisms. *Curr Psychiatry Rep* 3(6): 470-4.

Lemon, SC, Friedmann PD, Stein MD. (2003) The impact of smoking on drug abuse treatment outcome. *Addictive-Behaviors*. Sep; vol 28(7): 1323-1331.

Lopes, FL ; Nascimento I, Zin WA; Valença AM; Mezzasalma MA; Figueira I e Nardi A.E. (2002). Smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey. *Braz J Med Biol Res*, August, Volume 35(8) 961-967

Ludman EJ, Curry SJ, Grothaus LC, Graham E, Stout J, Lozano P. (2002). Depressive symptoms, stress, and weight concerns among African American and

European American low-income female smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*. Vol.16. p. 68-71.

Malone KM, Waternaux C, Haas GL, Cooper TB, Li S, Mann JJ (2003). Cigarette smoking, suicidal behavior, and serotonin function in major psychiatric disorders. *Am J Psychiatric*; 160(4):773-9.

Marques ACPR, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23(4):200-14.

McCabe RE, Chudzik SM, Antony MM, Young L, Swinson RP, Zolvensky MJ. (2004). Smoking behaviors across anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2004;18(1):7-18.

McKee SA, Maciejewski PK, Falba T, Mazure CM. (2003). Sex differences in the effects of stressful life events on changes in smoking status. *Addiction*. 98, 847-855.

Menezes, PR; Mann, A. H. The social adjustment of patients with schizophrenia: implications to the mental health policy in Brazil. *Rev. Saúde Pública*, Oct 1993, vol.27, no.5, p.340-349. ISSN 0034-8910.

Miller-Johnson S, Lochman JE, Coie JD, Terry R, Hyman C. (1998) Comorbidity of conduct and depressive problems at sixth grade: substance use outcomes across adolescence. *J Abnorm Child Psychol*; 26:221-23.

Mino Y, Shigemi J, Otsu T, Tsuda T, Babazono A. (2000) Does smoking cessation improve mental health? *Psychiatric and Clinical Neurosciences*. 84, 169-172.

Murphy JM, Horton NJ, Monson NML. (2003) Cigarette smoking in relation to depression: historical trends the Stirling County Study. *The American Journal of Psychiatry*. Washington, set, vol 160, num.9 pg 1663.

Orford, J (1994) Em busca de uma síntese no estudo da natureza da

dependência de drogas: enfrentando as complexidades. In Edwards G; Lader Malcon e col. A natureza da dependência de drogas. Porto Alegre *Artes Médicas*.Cap 9 p.252.

Patkar AA, Gopalakrishnan R, Kundy A, Leone FT, Certa KM, Weinstein SP (2002). Relationship between tobacco smoking and positive and negative symptoms in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*, 190(9):604-10Sep.

Patkar AA, Vergare MJ, Batra V, Weinstein SP, Leone FT. (2003) Tobacco smoking current concepts in etiology and treatment. Comment On: *Psychiatric*.66(3):200-1.

Paperwalla KN, Levin TT, Weiner J, Saravay SM. (2004). Smoking and depression. *Med Clin North Am*. Nov;88(6):1483-94, x-xi.

Patton GC, Carlin JB, Coffey C, Wolfe R, Hibbert M, Bowes G: Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *Am J Public Health* 1998; 88:1518-1522.

Peltzer K, Malaka DW, Phaswana N.(2002) Sociodemographic factors, religiosity, academic performance, and substance use among first-year university students in South Africa. *Psychol Rep*; 91(1): 105-13.

Petry NM, Oncken C. (2002) Cigarette smoking is associated with increased severity of gambling problems in treatment-seeking gamblers. *Addiction*. 2002 Jun;97(6):745-53.

Pomerleau CS, Marks JL, Pomerleau OF. (2000). Who gets what symptom? Effects of psychiatric cofactors and nicotine dependence on patterns of smoking withdrawal symptomatology. *Nicotine Tob Res*. v.2(3) p.275-80. Abstract PMID: 11082828[PubMed – indexed for MEDLINE].

Prochaska JJ, Gill P, Hall SM. Treatment of Tobacco Use in an Inpatient Psychiatric Setting

Prochaska, JO e DiClemente, CC. (1986) Toward a comprehensive model of change. *In* Treating addictive behaviors : Process of change. Miller, WR e Heather N. (Eds.) New York: *Plenum*, p 3-27.

Prochaska, JO; DiClemente, CC; Norcross, JC.(1992) In search of how people change .Application to addictive behaviors. *Am Psychologist*, 47: 1102-1114.

Reiger DA, Meyers JK, Kramer M. The NIMH Epidemiologic Catchment Área program. Historical context, major objectives, and study population characteristics. (1984). *Asch Gen Psychiatry* 41: 934-941.

Rethink (2004) disponível em URL:<http://www.rethink.org/> National Advice Service

Rondina R C, Gorayeb R, Botelho C. (2003).Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos .Rev. psiquiatr. clín. v.30 n.6 São Paulo.

Tercyak, KP e Audrain-McGovern J. (2003) Personality differences associated with experimentation among adolescents with and without comorbid symptoms of ADHD *Subst Use Misuse*. Dec;38(14): 1953-70.

Salin-Pascual RJ, Alcocer-Castillejos NV, Alejo-Galarza G. (2003) Nicotine dependence and psychiatric disorders. *Rev Invest Clin*. Nov-Dec;55(6):677-93.

Schmitz N; Kruse J; Kugler J. (2003). Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. *Am J Psychiatric*; 160(9):1670-6 Sep.

Silveira, D X.; Jorge, MR. (1999). Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. jul./set, vol.21, no.3 [citado 19 Dezembro 2004], p.145-151. Disponível em: <http://www.scielo.br/>

Turner, L (2002). The role of depression in women's attempts to stop smoking.

Dissertation-Abstracts-International: Section-B: The Sciences and Engineering Jun;
Vol 62(11-B): 5396.

Takemura Y, Kanuma M, Kikuchy S, Inaba Y. (1999) Cross-sectional study on the relationship between smoking or smoking cessation and trait anxiety. *Prevent Med.* 29: 496-500.

Uck A, Polat A, Bozkurt O, Meteris H. (2004). Cigarette smoking among patients with schizophrenia and bipolar disorders. *Psychiatry Clin Neurosci.* Aug;58(4):434-7.

Upadhyaya HP, Deas D, Brady KT, Kruesi M. (2002). Cigarette smoking and psychiatric comorbidity in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 41(11): 1294-305.

Unrod M, Cook T, Myers MG, Brown, SA (2004). Smoking cessation efforts among substance abusers with and without psychiatric comorbidity. *Addict Behav*; 29(5): 1009-13.

Valença AM, Nardi AE, Nascimento I, Mezzasalma MA, Lopes FL, Zin Walter. Transtorno de pânico e tabagismo (2001) *Rev. Brasil. Psiquiatria*; 23(4): 229-32.

Wilens TE, Dodson W. (2004) A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *J Clin Psychiatry* Oct;65(10):1301-13

Windle, M.; Windle R.C.(2001) Depressive symptoms and cigarette smoking middle adolescents: prospective associations and interpersonal influences. *J. Consult Clin Psychol* 69: 215-26.

Williams JM, Ziedonis D (2004) Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addict Behav.* Aug;29(6):1067-83.

Wiseman EJ (1999). Cessation and anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 156: 336a.

Zvolensky MJ, Schmidt NB, McCreary BT (2003) The impact of smoking on panic disorder: an initial investigation of a pathoplastic relationship. *J Anxiety Disord.* 2003;17(4):447-60.

2. SESSÃO II: ESTUDO EMPÍRICO

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE NICOTINA: ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO.

Introdução

O tabagismo tem sido identificado com a mais importante causa evitável de morbidade e de mortalidade prematura em todo o mundo. O consumo de tabaco é responsável por aproximadamente um quinto das mortes nos Estados Unidos da América. Entre 1999 a 2001 o tabagismo matou aproximadamente 438.000 pessoas, somente nos EUA, a cada ano. Nesta estimativa estão incluídos 259.494 homens e 178.408 mulheres. Entre adultos a principal causa de morte foi câncer de pulmão (123.836), doenças cardiovasculares (86.801) e doença pulmonar obstrutiva crônica e outras formas de obstrução respiratória (90.582). Excluindo as mortes em adultos e por exposição secundária (fumantes passivos), a perda média em anos de vida para adultos foi de 13,2 para os homens e 14,5 para as mulheres, respectivamente. Estima-se que 6,4 milhões de crianças morram prematuramente por doenças relacionadas ao tabagismo. O custo para economia é de mais de 167 bilhões de dólares anuais em cuidados de saúde e perda de produtividade (American Lung Association, 2007).

Existe aproximadamente 1,1 bilhão de fumantes no mundo com idade acima de 15 anos, cerca de um terço da população adulta mundial (American Thoracic Society, 1996). No Brasil, a proporção é semelhante, sendo que o número de fumantes corresponde a aproximadamente 33,6% da população adulta. A prevalência de tabagistas no Brasil varia conforme as regiões do país, que apresentam as seguintes proporções: 42% na região Sul, 41% na região Sudeste, 40% na região Norte, 38% na região Centro-Oeste e 31% na região Nordeste (INCA, 1998).

No Primeiro Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil foi constatado o uso de tabaco alguma vez na vida por 40% da população. Ainda de acordo com esse estudo, 9% dos entrevistados preencheram os critérios para estimar dependência (Carlini, Galduróz, Noto & Nappo, 2002).

Apesar de serem muitos os tabagistas que desejam parar de fumar (80%), destes 35% tentam de fato e somente de 5% a 3% conseguem êxito sem qualquer intervenção especializada (Planeta & Cruz, 2005). Esses fatos evidenciam a dificuldade enfrentada pelos pacientes ao longo do processo de cessação. A recuperação de fumantes poderia ser aumentada para 20% ou 30% se os métodos de tratamentos atuais fossem acessíveis a essa população (Small & Kennedy, 2001).

O cigarro e outras formas de uso do tabaco são capazes de provocar dependência decorrente da ação da nicotina. Os processos farmacológicos e comportamentais na dependência de nicotina são similares àqueles da dependência de outras drogas. A nicotina é liberada com a queima do tabaco e tem um alto poder aditivo. Trata-se de uma amina terciária volátil capaz de estimular, deprimir ou perturbar o sistema nervoso central e todo o organismo, dependendo da dose e da frequência de como é utilizada (Henningfield & Keenan, 1993). É possível que os indivíduos que se iniciam no uso acreditem na sua capacidade de parar quando desejarem. No entanto essa situação tende a não ser tão simples assim, para pelo menos 60% das pessoas que fumam pelo período de seis semanas ou mais, pois elas acabam tendo a expectativa de continuar fumando por 30 anos ou mais (Marques & Ribeiro, 2003).

Para a compreensão desse fenômeno é necessário considerar duas formas de dependência associadas ao tabagismo: a comportamental e a farmacológica. Em geral quem fuma busca os efeitos estimulantes que são qualitativamente semelhantes aos da

cocaína e da anfetamina, como o aumento do estado de alerta, bem-estar, sensação de aumento de concentração e de energia, modulação do humor e diminuição do apetite (USDHHS, 1988). Muitos dos sintomas de retirada da nicotina estão associados às mudanças influenciadas pelo seu consumo nos processos de regulação de neurotransmissores. Entretanto com o desenvolvimento da dependência, atenua-se a distinção entre os efeitos primários da droga e o alívio dos sintomas de abstinência (Gigliotti, Carneiro & Ferreira, 2001).

O método da abordagem cognitivo-comportamental é indicado para o tratamento das dependências químicas em geral (Knapp, Luz & Baldisserotto, 2001). Consiste na combinação de intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais para a prevenção de recaída. Utiliza ainda uma abordagem educativa sobre dependência de substâncias psicoativas, riscos do tabagismo e os benefícios de parar de fumar. Importante também o apoio ao paciente durante o processo de mudança de comportamento, fornecendo orientações para que ele possa lidar com a síndrome de abstinência, com a dependência psicológica e os condicionamentos associados ao comportamento de fumar (DHHS, 2000; WHO, 2004). A proporção de abstinência relacionada à terapia cognitivo-comportamental chega a ser 2,5 vezes maior do que a de um grupo controle sem aconselhamento, após um seguimento mínimo de cinco meses a partir da cessação (DHHS, 2000).

As ações que se voltam para intervenção na dependência de nicotina são prioridades de saúde pública, em virtude da amplitude dos problemas e das doenças causadas ou agravadas pelo tabagismo. Apesar da magnitude do tema ainda são raros os estudos prospectivos, em nosso meio, que tenham sido delineados com o objetivo de acompanhar os efeitos de um tratamento psicoterápico ao longo do tempo. Soma-se a esta condição as características peculiares aos transtornos por uso de substâncias

psicoativas, tais como distintos modos de manifestações de sintomatologia e a alta incidência de recaídas. Dessa forma, há necessidade de efetivação de estudos nesse campo, particularmente a pesquisa de seguimento. Estes estudos poderão satisfazer a necessidade premente de subsídios para a busca de alternativas de tratamento que tenham uma relação de custo e benefício satisfatória, e ainda, que favoreça a utilização de técnicas de intervenções psicoterápicas mais efetivas.

Este estudo busca atender essa necessidade, avaliando a efetividade da intervenção psicoterápica cognitivo-comportamental breve grupal em sujeitos dependentes de nicotina, comparado-a com a abordagem de intervenção mínima intensiva. A hipótese testada foi a de que existiriam diferenças entre os grupos de intervenção e controle quanto à manutenção da abstinência, os estágios motivacionais, o grau de dependência e as características sócio-demográficas dos sujeitos que procuraram tratamento.

Material e Métodos

Trata-se de um ensaio clínico randomizado planejado para verificar a efetividade de tratamento ao longo de um período de seis meses após o término da intervenção para dependentes de tabaco.

A amostra foi calculada, estimando-se encontrar uma prevalência de 50% de recaída após o terceiro mês do início do tratamento, o que, com um erro total estimado em 20% e um nível de confiança de 95%, resultou em 96 pacientes para cada grupo. Neste estudo a amostra foi escolhida “por conveniência” ou “não aleatória” (Pereira, 1995), constituída por pacientes de ambos os sexos que procuraram o serviço de tratamento do tabagismo de uma instituição hospitalar universitária, domiciliados na cidade de Pelotas e região. Foram critérios para inclusão no estudo; a escolaridade mínima de 5ª série, estar fumando e desejar parar de fumar. Foram excluídos os

indivíduos que demonstraram incapacidade para responder adequadamente o protocolo de atendimento e demais questões.

Todos os pacientes incluídos entraram em contato com a proposta de trabalho e, após a leitura de uma carta informativa sobre o projeto, decidiram por participar ou não da pesquisa. Os que optaram por integrar a proposta assinaram o termo de consentimento informado como comprovação de sua participação intencional no estudo.

Obedecendo à ordem de entrada no estudo, os pacientes foram alocados aleatoriamente para os grupos de intervenção e de controle.

O grupo intervenção foi submetido à terapia cognitivo-comportamental para dependentes de nicotina. As sessões de grupoterapia foram estruturadas, mas flexíveis adequando-se ao momento do tratamento e estilo geral do grupo. Foram realizados oito encontros semanais com uma duração média de 90 minutos.

Para o grupo controle foi utilizado o protocolo de intervenção mínima para dependentes de nicotina, proposto por Marques & Ribeiro (2003), acrescido de um programa educativo sobre tabagismo.

A aplicação dos instrumentos foi realizada individualmente. Construiu-se um questionário padronizado semi-estruturado para o estudo das variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, tempo de uso de cigarros, suporte social, tentativas anteriores de parar de fumar, principais problemas orgânicos associados ao tabagismo, sintomas de abstinência e prontidão para mudança no comportamento.

Para o estudo da motivação para mudança utilizou-se escala *University of Rhode Island Change Assessment Scale* (McConaughy, Prochaska, DiClemente & Velicer, 1983) – URICA, adaptada por Figlie, 1999. Essa escala pode ser empregada para os diversos comportamentos dependentes, referindo-se ao problema “alvo” do

cliente, constituída por 32 itens, dividida em quatro subescalas com igual número de questões: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção.

A gravidade da dependência de nicotina foi avaliada pela escala *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND) adaptada para o Brasil por Carmo & Pueyo, 2002. É uma escala adequada para avaliar a adição à nicotina, objetiva a identificação e a medida da dependência nicotínica com a finalidade de se utilizar o resultado como um elemento de ajuda na decisão do tratamento do tabagismo. Quanto mais dependente de nicotina for o tabagista, maior a possibilidade de aparecimento e/ou gravidade da síndrome de abstinência durante a cessação, assim como maior será a dificuldade de manter a abstinência em longo prazo.

A avaliação de comorbidades psiquiátricas nos sujeitos foi realizada através da aplicação da escala *International Neuropsychiatric Interview – MINI, Brazilian version 5.0 DSM IV* (Lecrubier & Sheehan 1998).

Com o objetivo de realizar a avaliação de acompanhamento dos pacientes ao longo do período de seis meses criou-se um roteiro de entrevista telefônica. Essas entrevistas foram realizadas por membro da equipe de pesquisadores, no período de três e seis meses após o término das intervenções.

Considerou-se recaída a condição que se produz quando após um período de abstinência de 24 horas há o consumo de cinco ou mais cigarros ao dia, durante três dias consecutivos, de acordo com o proposto na revisão de Quesada, Carreras & Sanches, 2002.

Todos os uso de terapia de reposição de nicotina. Os pacientes que consumiam 15 cigarros ou mais ao dia foram encaminhados para avaliação para tratamento farmacológico.

A equipe de pesquisadores foi formada por estudantes do curso de psicologia

que receberam treinamento durante seis meses para a realização de todas as etapas do trabalho. A coleta de dados, avaliação inicial, intervenção terapêutica e avaliação de seguimento foi realizada entre maio de 2005 e 2006 em um ambulatório de tratamento de tabagismo de um hospital geral.

Os dados foram processados utilizando-se o pacote estatístico SPSS 10.0. A descrição dos grupos, em suas características sócio-demográficas e clínicas, foi realizada mediante a análise das distribuições de frequências das variáveis. Para as variáveis quantitativas foram descritas as medidas de tendência central e dispersão e para variáveis qualitativas os percentuais. A análise bivariada principal foi comparar a proporção de recaída de acordo com as comorbidades psiquiátricas, a gravidade da dependência e as características demográficas dos pacientes. Foram calculados o risco relativo e os intervalos de confiança de 95% para as categorias das variáveis independentes. Quando a análise bivariada indicou a presença de fatores de confusão, procedeu-se à análise estratificada para controlar o efeito de tais fatores sobre o desfecho.

As medidas de efeito do tratamento aqui consideradas foram o risco relativo (RR) e a efetividade. O RR foi calculado dividindo-se a incidência de abstinência em pacientes no grupo intervenção pela incidência de abstinência em pacientes no grupo controle. Ele expressa quantas vezes mais uma proporção de abstinência é maior do que a outra em cada um dos acompanhamentos. O inverso do RR expressa o risco de recaída ao tabagismo e a efetividade do tratamento pode ser calculada como a diferença entre a unidade e o risco de recaída. A efetividade é expressa em porcentagem e representa a parcela de melhora que seria obtida em cada grupo, considerando as diferenças entre as proporções de abstinência encontradas na amostra.

Resultados

Foram incluídos no estudo 181 pacientes, 93 no grupo intervenção e 88 no grupo controle. A maioria (63%) era do sexo feminino e 57% tinham entre 31 e 50 anos de idade, sem diferenças entre os grupos. Igualmente sem diferenças importantes foram as distribuições segundo a situação conjugal: 56% eram casados ou viviam com companheiro(a). Quanto à situação de moradia 14% da amostra viviam sós. Já a escolaridade apresentou diferenças significativas ($p=0,002$) entre os grupos, pois se constatou que o grupo controle era menos escolarizado que o grupo intervenção (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra dos grupos de intervenção e controle de acordo com as características sociodemográficas. Pelotas, RS, 2005.

	<i>Grupo Intervenção</i>	<i>Grupo Controle</i>	<i>p-valor*</i>
Sexo			0,741
Masculino	38,7%	35,2%	
Feminino	61,3%	64,85	
Idade (anos)			0,153
Até 30	7,5%	10,2%	
31 a 50	51,6%	62,5%	
51 e mais	40,9%	27,3%	
Escolaridade			0,002
Fundamental	20,4%	43,2%	
Média	40,9%	36,4%	
Superior	38,7%	20,5%	
Situação conjugal			0,747
Solteiro	16,1%	21,6%	
Casado / União estável	59,1%	52,3%	
Viúvo	11,8%	11,4%	
Separado / Divorciado	12,9%	14,8%	
Situação na moradia			0,079
Só	19,4%	9,1%	
Acompanhado	80,6%	90,9%	
Total da amostra	93	88	

* teste do qui-quadrado

Observou-se que quase 60% começaram a fumar até os 15 anos e 66% começaram a fumar regularmente até os 18 anos, sem diferenças entre os grupos para ambas as variáveis. Aproximadamente três quartos dos sujeitos fumavam 20 ou mais cigarros por dia e procuraram tratamento sem indicação médica, proporções similarmente distribuídas entre os grupos. Cerca de 40% referiu a presença de outro fumante em casa, sem diferenças significativas. Os sujeitos incluídos no grupo controle referiram significativamente maior número de tentativas de abandonar o hábito de fumar do que aqueles do grupo intervenção. Mais de metade da amostra afirmaram ter ou já ter tido problemas de saúde atribuídos ao cigarro (58%). O grupo intervenção apresentou mais transtornos em comorbidades (53%) do que o grupo controle (36%), embora as diferenças tivessem se mantido no limiar da significância estatística ($p=0,053$), predominando os transtornos de humor em ambos os grupos – 38% *versus* 25%, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da amostra dos grupos de intervenção e controle de acordo com as características relacionadas ao tabagismo e comorbidades. Pelotas, RS, 2005.

	<i>Grupo Intervenção</i>	<i>Grupo Controle</i>	<i>p-valor*</i>
Idade em que começou a fumar			0,553
Até 15 anos	55,9%	61,4%	
16 anos ou mais	44,1%	38,6%	
Idade em que começou a fumar regularmente			0,840
Até 18 anos	64,5%	67,0%	
19 anos ou mais	35,5%	33,0%	
Cigarros por dia nos últimos seis meses			1,000
Até 19	24,7%	25,0%	
20 ou mais	75,3%	75,0%	
Procurou tratamento por indicação médica			0,977
Sim	22,6%	23,9%	
Não	77,4%	76,1%	

Outro fumante em casa			0,364
Sim	35,5%	43,2%	
Não	64,5%	56,8%	
Tentativas de parar de fumar			0,013
Nenhuma	7,5%	11,4%	
1 a 2	44,1%	21,6%	
3 a 4	22,6%	27,3%	
5 ou mais	25,8%	39,85	
Problema de saúde atribuído ao cigarro			0,560
Sim	54,8%	60,2%	
Não	45,2%	39,8%	
Transtornos em co-morbidades			0,053
Nenhum	47,3%	63,6%	
De humor	37,6%	25,0%	
De ansiedade	9,7%	11,4%	
Por uso de substâncias	2,2%	0	
Esquizofrenia	3,2%	0	
Total da amostra	93	88	

* teste do qui-quadrado

Os níveis de dependência da nicotina, avaliados pelo Teste de Fagerström, estiveram assim distribuídos: dependência leve: 35%; moderada: 42% e alta 23%, igualmente distribuídas entre os grupos.

Quanto à motivação para abandonar o hábito de fumar, avaliada pela escala URICA, 13% da amostra estava no estágio de pré-contemplação, 33% no estágio de contemplação, 50% no estágio de ação e 3% na manutenção, sem diferenças importantes entre os grupos (Tabela 3).

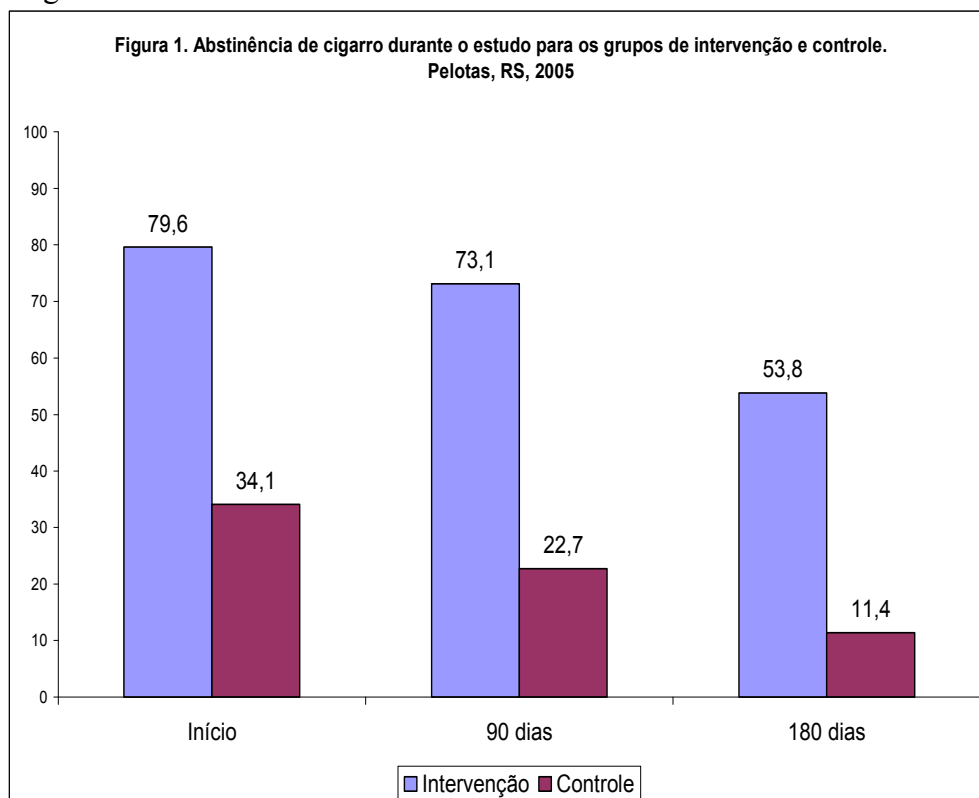
Tabela 3. Distribuição da amostra dos grupos de intervenção e controle de acordo com o grau de dependência à nicotina e a motivação para abandonar o tabagismo. Pelotas, RS, 2005.

	<i>Grupo Intervenção</i>	<i>Grupo Controle</i>	<i>p-valor*</i>
Dependência da nicotina #			0,910
Leve	36,6%	34,1%	
Média	41,9%	42,0%	

Alta	21,5%	23,9%	
Estágio motivacional ##			0,316
Pré-contemplação	15,1%	11,4%	
Contemplação	33,3%	33,0%	
Ação	46,2%	54,5%	
Manutenção	5,4%	1,1%	
Total da amostra	93	88	

* teste do qui-quadrado

Teste de Fagerström



##URICA

A Figura 1 apresenta as proporções de sujeitos em abstinência de cigarro nos três momentos do estudo de acordo com o grupo intervenção e controle. Tomando-se o início do estudo como linha de base, observa-se que a razão de prevalências era de 2,33, ou seja, 79,6% dos pacientes do grupo intervenção estavam abstinentes, contra 34,1% do grupo controle, o que permitiu estimar uma “efetividade” neste momento de 57%. Aos 90 dias, esta razão subiu para 3,22, implicando em uma efetividade do tratamento de 69%; ao final do estudo, 180 dias após o início, esta razão subiu para 4,72, podendo-se atribuir ao tratamento realizado uma efetividade de 79,0%.

Quando se verificou a comparabilidade entre os grupos, duas variáveis mostraram distribuições significativamente diferentes para os pacientes do grupo intervenção e do grupo controle: a escolaridade e o número de tentativas prévias de parar de fumar. Assim, os resultados de efetividade foram estratificados para estas duas variáveis.

No início do estudo, as razões de abstinência do grupo intervenção comparado com o grupo controle eram maiores nos pacientes de baixa e média escolaridade, o que conferiu uma “efetividade” de linha de base maior nestes pacientes, o que se manteve aos 90 dias. Entretanto, aos 180 dias, os pacientes com escolaridade superior do grupo intervenção apresentaram quase seis vezes mais abstinência do que os de mesma escolaridade do grupo controle, implicando em uma efetividade do tratamento de 83%.

Em relação às tentativas prévias de abandonar o hábito de fumar, observou-se que aqueles pacientes que nunca haviam tentado ou aqueles que já haviam tentado parar de fumar por três vezes ou mais, foram os que apresentaram melhores efeitos da intervenção. O efeito da intervenção foi menor entre aqueles que referiram ter tentado uma ou duas vezes.

Analisou-se também a efetividade do tratamento de acordo com o grau de dependência e com o estágio motivacional. Tanto aos 90 dias quanto aos 180 dias, os melhores efeitos do tratamento foram registrados para pacientes com dependência moderada à nicotina e o pior desempenho ficou para pacientes com alta dependência, em torno de 50% de efetividade.

Investigou-se também a efetividade do tratamento de acordo com a presença ou ausência de comorbidades psiquiátricas. Tanto aos 90 como aos 180 dias, melhores desempenhos foram observados para os pacientes que não apresentavam outro transtorno avaliado pelo MINI.

Discussão

Um das principais preocupações na condução e análise de estudos de intervenção é a comparabilidade entre os grupos, pois diferenças prévias poderiam confundir os resultados. Para evitar isso, o estudo foi randomizado, ou seja, os sujeitos foram aleatoriamente alocados para os grupos de intervenção e controle, o que tende a assegurar que as diferenças se distribuam igualmente. Apesar deste cuidado, duas variáveis mostraram distribuições significativamente diferentes para os pacientes do grupo intervenção e do grupo controle: a escolaridade e o número de tentativas prévias de parar de fumar, o que motivou a análise estratificada de acordo com estas variáveis.

Acredita-se que uma contribuição importante do estudo diz respeito ao perfil dos participantes. O maior número de pessoas do sexo feminino que procuraram tratamento(63%) impõe peculiaridades para programas de tratamentos. A nicotina pode produzir efeitos especialmente relevantes para as mulheres; intensifica os sentimentos de bem-estar, produz uma leve estimulação ou relaxamento, ajuda na concentração, ajuda no controle do peso e do apetite (Benowitz, 1988) A média de idade das mulheres (46,9±10,9 anos) aponta para um período longo de consumo de cigarros na vida dessas pessoas.

O início precoce do comportamento de fumar, a rápida instalação da dependência e a longa duração da manutenção do processo estabelecido do comportamento aditivo contrastam com a falta de indicação médica para tratamento; mesmo entre pacientes que já tinham tentado parar de fumar e que também reconheciam a implicação do tabagismo em suas complicações orgânicas.

Sabe-se que entre 50-90% dos indivíduos com doença mental são adictos á nicotina, estes níveis variam de acordo com o transtorno e local de realização da

pesquisa (Williams & Ziedonis, 2004). Quase metade (45%) dos pacientes que procuraram tratamento neste estudo apresentou pelo menos uma comorbidade psiquiátrica, com destaque para os transtornos de humor (32%) e de ansiedade (11%). Esses achados estão de acordo com o estudo realizado por Calheiros, Oliveira e Andretta (2006). Estes autores revisaram as principais publicações sobre o tema e encontraram alta incidência de comorbidade psiquiátrica na população de tabagistas e sugerem a organização de programas de tratamento especialmente construídos para contemplar essa relação.

Dependência moderada ou forte foi detectada para 65% dos participantes. Esses indivíduos apresentam um risco maior de desenvolver doenças relacionadas ao tabaco e são também aqueles que encontram maiores dificuldades em parar (Fagerstrom, Kunze & Schoberberger, 1996). Em relação a eventuais fatores preditivos, a dependência grave à nicotina apresentou forte associação com o desfecho fracasso, também em consonância com a literatura (Tonnesen, Paoletti, Gustavsson, Russell, Saracci & Gulsvik, 1999). Entretanto, não deixa de ser um aspecto positivo a busca de tratamento também por dependentes leves (35%).

Por tratar-se de busca voluntária de tratamento ao tabagismo, este perfil dos participantes deve ser levado em consideração na apreciação da validade externa do estudo, ou seja, a possibilidade de extrapolar os achados da amostra para outras amostras além da população-alvo.

Os resultados desse estudo permitem afirmar que houve uma maior efetividade de tratamento no grupo que utilizou um programa de tratamento cognitivo-comportamental quando comparado a uma intervenção mínima intensiva (Figura 1). Esse mesmo resultado foi encontrado no um ensaio clínico randomizado realizado com utilização da Terapia cognitivo-comportamental com fumantes de uma área da cidade

de Londres, também com um follow-up de seis meses, 17,2% (de 122 participantes) permaneceram abstinentes e 11,5% reduziram o consumo de cigarros a menos de 25 do consumo realizado antes do tratamento e somente 5,6% do grupo de controle permaneceram abstinentes ou reduziram o consumo. Esses autores sugerem que a TCC é uma abordagem efetiva no tratamento do tabagismo (Sykes & Marks, 2001)

Melhores efeitos da intervenção foram observados para quem nunca haviam tentado parar de fumar ou que já haviam tentado por três vezes ou mais, para quem estava nos estágios de motivação de ação ou manutenção e para sujeitos que não apresentavam comorbidade psiquiátrica.

Um programa de trabalho estruturado pode ser bastante efetivo para um grande número de fumantes. No entanto, a população menos escolarizada, com nível elevado de dependência, com baixa motivação para mudança de comportamento e com morbidades psiquiátricas associadas ao tabagismo é aquela que tem mais dificuldade de conseguir a abstinência. Dessa forma, um programa de tratamento deve contemplar além do tabagismo essas outras necessidades dos pacientes.

A demonstração da efetividade do tratamento do tabagismo em uma amostra que voluntariamente procurou tratamento pode sinalizar um importante caminho a ser seguido, com as necessárias modificações, para intervenção em amostras com características particularizadas como a de gestantes, pessoas não escolarizadas ou com baixa escolaridade e a população rural, entre outras.

Uma das limitações desse estudo foi a impossibilidade (por falta de recursos) de se validar a informação sobre abstinência dada pelos participantes. Idealmente, estudos futuros devem tentar validar tanto as respostas dos participantes por meio, por exemplo, de medidas de nicotina em material biológico como saliva ou urina, ou medida de monóxido de carbono expirado. Outra limitação diz respeito ao tamanho da amostra,

calculada para a avaliação da efetividade de tratamento e não para investigar as interações entre as diferentes variáveis. Dessa forma, é importante que estude de forma mais precisa as interações com depressão e outras comorbidades psiquiátricas.

Bibliografia

American Lung Association (2007) Smoking Trends in Tobacco Use 2006 (Text & Tables; January 2006). disponível em: <http://www.lungusa.org>.

American Thoracic Society. (1996). Cigarette smoking and health. *Am J Respir Crit Care Med*;153:861-865.

Benowitz NL. (1998). Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. *N Engl J Med* ; 319:1318-1330.

Calheiros, P.R.V., Oliveira, M.S. & Andretta, I. (2006) Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. *Rev. Aletheia*, n. 23, p.65-74, jan./jun.

Carlini, E.A., Galduróz, J.C.F., Noto, A. R., & Nappo, A. S. (2002). I Levantamento domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil - 2001. São Paulo: *Cromosete Gráfica e Editora*.

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 de Medicina*, 59 (1/2), 73-80, jan/fev 2002.

Fagestrom KO, Kunze M, Schoberberger R. (1996). Nicotine dependence versus smoking prevalence: comparisons among countries and categories of smokers. *Tob Control* ;5(1):52-6.

Figlie, Neliana B. (1999). *Motivação em alcoolistas tratados em ambulatório específico para alcoolismo e em ambulatório de gastroenterologia*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo: *Dissertação de Mestrado*.

Gigliotti, A. Carneiro, E. Ferreira M., (2001). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. Org. Range, B. *ArtMed*, Porto

Alegre.

Knapp P. Luz Jr, E. Baldisserotto, GV. (2001). Terapia cognitiva no tratamento da dependência química em Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a Psiquiatria org.: Bernard Range. Cap.19 p 332-350. Ed. *Artmed*. Porto Alegre.

Marques ACPR, & Ribeiro M. (2003). Nicotina Abuso e Dependência in: Usuários de Substâncias Psicoativas: Abordagem, Diagnóstico lo *CREMESP/AMB*.

McConaughy, E. A.; Prochaska, J.O.; & Velicer, W.F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychoterapy: Theory, Research & Practice*, 20, 368-375.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas. (1998) Instituto Nacional do Câncer. Falando sobre tabagismo. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA, Contapp;1-71.

Pereira, M. G. (1995).Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: *Guanabara Koogan*.

Planeta CS, Cruz FC. (2005). Bases Neurofisiológicas da Dependência de Nicotina. *Rev. Psiq. Clin.* 32 (5); 251-258.

Quesada, M; Carreras, JM & SAnches L.(2002). Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Adicciones* vol. 14 num.1 p 65-78.

Sheehan DV, Lecrubier Y. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. Trad. Português Amorin, P. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998, 59 (suppl 20); 22-57.

Sykes CM.; Marks D F., (2001). Effectiveness of a cognitive behaviour therapy self-help programme for smokers in London, UK Health Promotion International,o Oxford University press Vol. 16, No. 3, 255-260.

Small RE, Kennedy DT. (2001). Methods to facilitate smoking cessation: guidelines and treatment modalities. Coverage of APhA. *148th Annual Meeting Therapeutic Updates: part 2*. <http://www.medscape.com> (acessado em 31.01.2007).

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences. (2003). Base 12.0 User's Guide. Chicago: SPSS.

Tonnesen P, Paoletti P, Gustavsson G, Russell MA, Saracci R, Gulsvik A. (1999). High dosage nicotine patches increase one-year smoking cessation rates: results from the European CEASE trial. *Eur Respir J*; 13:238-246.

U.S.Department of Health and Human Services. (2000). Reducing tobacco use: A Report of the Surgeon *General*. Rockville.

USDHHS – United States Department of Health and Human Services, Public Health Service, Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health. (1988). The health consequences of smoking nicotine addiction – a report of Surgeon General. *US Government Printing Office*. Rockville.

Williams, JM & Ziedonis, D (2004). Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addictive Behaviors* 29 1067-1083.

WHO (1999) Health 21. The Health For All Policy Framework for the WHO European Region. WHO, Copenhagen

World Health Organization (2004). Why is tobacco a public health priority? Disponível em <http://www.who.int/tobacco/about/en/>.

3. SESSÃO III: ARTIGO EMPÍRICO

FATORES ASSOCIADOS À RECAÍDA EM PACIENTES DEPENDENTES DE NICOTINA SOB TRATAMENTO PSICOTERÁPICO

Introdução

O fumo contém um grande número de substâncias tóxicas ao organismo, entre elas a nicotina, o monóxido de carbono e o alcatrão. A inalação dessas substâncias pelo fumante aumenta o risco de manifestação de várias doenças como pneumonia, câncer (pulmão, laringe, faringe, esôfago, boca, estômago, entre outros), infarto de miocárdio, bronquite crônica, enfisema pulmonar, derrame cerebral, úlcera digestiva entre outras. De cada 100 pessoas que morrem por câncer de pulmão 90 são fumantes. O tabagismo é responsável por 85% das mortes por doença broncopulmonar obstrutiva crônica e por 25% das mortes por doença cardiovascular (Gigliotti, 2001). A cada ano cerca de cinco milhões de pessoas morrem devido às doenças causadas diretamente pelo tabagismo, correspondendo a segunda maior causa de mortes no mundo (WHO, 2004).

Apesar dos males do tabagismo, a nicotina é uma das drogas mais consumidas no mundo. Em 2004, 29.2 por cento da população Americana maior de 12 anos de idade (70.3 milhões de pessoas) havia feito uso do tabaco, em qualquer uma das suas possíveis formas de consumo, ao mínimo uma vez no último mês. Isto implica em uma cifra de 3.6 de jovens com idade entre 12 to 17 e a maior prevalência de consumo e 44,6 por cento dos adultos jovens - idade entre 18 a 25 anos, NIDA (2007). Em 2004 e 2005 o National Survey on Drug Use & Health SAMHSA, 2005 encontrou uma prevalência de consumo na vida de produtos originários do tabaco em 71% da população americana e uso no último ano em aproximadamente 35% e uso no mês em

29%. No Brasil, o primeiro levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicoativas (Carlini *et al.*, 2002) apontou uma prevalência de uso na vida de 46,2% para homens e 36,3 % para mulheres. Estudo de base epidemiológica, realizado entre adolescentes de Pelotas-RS, indicou que 11% dos jovens entre 12 e 18 anos fumavam em padrão de dependência de tabaco (Horta *et al.*, 2001). Entretanto na população de estudantes de ensino fundamental dessa cidade a prevalência foi maior, 40% dos estudantes já haviam experimentado cigarro de tabaco e aproximadamente 17% apresentavam sintomas de dependência de nicotina (Motta *et al.*, 2000).

As ações que se voltam para o tratamento da dependência de nicotina são prioridades em saúde pública, devido à amplitude dos problemas e doenças relacionadas ao tabagismo.

Atualmente existem diferentes tipos de recursos que podem ser utilizados no tratamento de fumantes, aconselhamento, material de auto-ajuda, terapia cognitivo-comportamental, o Modelo Transteórico de Mudança (Prochaska & Diclemente, 1982) e a Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2001; Oliveira, 2000). Esses recursos associados à terapia farmacológica, terapia de reposição de nicotina e bupropiona, trazem uma significativa melhora nos resultados do tratamento (Silagy, Lancaster, Stead, Mant & Fowler, 2002). Apesar disso, as taxas de abstinência não são suficientes (Nerín, Novella, Crucelaegui, Beamonte, Sobradie & Gargallo, 2006) e como nos outros transtornos por uso de substâncias psicoativas os pacientes que tentam mudar o seu comportamento aditivo têm uma alta possibilidade de recaída.

Conhecer e compreender as variáveis que interferem na manutenção ou não da abstinência de tabaco é de extrema importância. Essa compreensão pode auxiliar no encaminhamento desses pacientes a formas de tratamento mais adequadas, possibilitando, assim, a promoção de resultados mais positivos em relação à cessação de

uso de tabaco.

Material e Métodos

Entre 2005 e 2006 foi realizado um estudo longitudinal onde se buscou avaliar a efetividade da intervenção psicoterápica cognitivo-comportamental breve grupal em sujeitos dependentes de nicotina, comparada à abordagem de intervenção mínima intensiva. O objetivo da presente análise foi investigar fatores associados à recaída, independente do tipo de intervenção, como as características sociodemográficas, os estágios motivacionais e o grau de dependência à nicotina.

A amostra foi calculada, estimando-se encontrar uma prevalência de 50% de recaída após o terceiro mês do início do tratamento, o que, com uma amplitude total do intervalo de confiança de 20% e um nível de confiança de 95%, resultou em 96 pacientes para cada grupo. Nesse estudo a amostra foi escolhida “por conveniência” ou “não aleatória” (Pereira, 1995), constituída por pacientes que procuraram o serviço de tratamento do tabagismo de uma instituição hospitalar universitária, de ambos os sexos, domiciliados nos municípios de Pelotas e Porto Alegre, com escolaridade mínima de cinco anos de estudo. Foram excluídos os indivíduos que demonstraram incapacidade para responder adequadamente o protocolo de atendimento e demais questões.

Construiu-se um questionário padronizado semi-estruturado contendo as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, tempo de uso de cigarros, suporte social, tentativas anteriores de parar de fumar, principais problemas orgânicos associados ao tabagismo, sintomas de abstinência, prontidão para mudança no comportamento. A aplicação desses instrumentos foi realizada individualmente. Considerou-se recaída a condição que se produz quando, após um período de abstinência de 24 horas, há o consumo de cinco ou mais cigarros ao dia, durante três

dias consecutivos (Quesada *et al.*,2002). Para a aferição deste desfecho foi utilizado um roteiro de entrevista telefônica para acompanhamento dos pacientes, realizadas por membro da equipe de pesquisadores, no período de três e seis meses após o término das intervenções.

Para o estudo da motivação para mudança utilizou-se a escala University of Rhode Island Change Assessment Scale (McConaughy *et al.*,1983) – URICA, adaptada por Figlie (1999). Essa escala pode ser empregada para os diversos comportamentos dependentes, referindo-se ao problema “alvo” do cliente, constituída por 32 itens, dividida em quatro sub-escalas com igual número de questões: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção.

A gravidade da dependência de nicotina é uma dimensão necessária em todas as avaliações, principalmente, para direcionar o tratamento farmacológico. Nesse estudo foi utilizada a escala Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND) com adaptação brasileira por Carmo & Pueyo (2002). De acordo com esses autores, a versão portuguesa do FTND é adequada para avaliar a adição à nicotina com a finalidade de utilizar o resultado como elemento de ajuda na decisão do tratamento do tabagismo.

A avaliação de comorbidades psiquiátricas nos sujeitos foi realizada através da aplicação da escala International Neuropsychiatric Interview – MINI, Brazilian version 5.0 DSM IV (Sheehan & Lecrubier, 1998).

Todos os pacientes que ingressaram na pesquisa entraram em contato com a proposta de trabalho e, após a leitura de uma carta informativa sobre o projeto, decidiam participar ou não. Os que optaram por integrar a proposta assinaram o termo de consentimento informado. Os dados foram coletados por estudantes de psicologia que receberam treinamento durante seis meses.

Todos os pacientes que consumiam mais de 10 cigarros/dia (com exceção das

mulheres que estavam grávidas, os menores de 18 anos e aqueles portadores de doenças cardiovasculares instáveis como infarto do miocárdio recente, angina instável ou determinadas arritmias), receberam indicação e treinamento para utilização de adesivo de nicotina ou goma de mascar com nicotina.

Os dados foram processados utilizando-se o programa estatístico SPSS 10.0. A descrição das características da amostra foi realizada mediante a análise das distribuições de frequências das variáveis. Para as variáveis quantitativas foram descritas as medidas de tendência central e dispersão e para variáveis qualitativas os percentuais.

A análise bivariada principal foi feita através da comparação das proporções de recaída de acordo com a motivação para mudança, presença de co-morbidades psiquiátricas, gravidade da dependência e características sociodemográficas dos pacientes. Foram calculadas razões de prevalência (RP) e os intervalos de confiança de 95% (IC 95%). A RP expressa quantas vezes a proporção de sujeitos de uma categoria das variáveis independentes que recaíram é maior do que os que recaíram em outra categoria da mesma variável. Quando a análise bivariada indicou a presença de fatores de confusão, procedeu-se à análise estratificada para controlar o efeito de tais fatores sobre o desfecho.

Resultados

Foram incluídos no estudo 181 pacientes. A maioria (63%) era do sexo feminino e 57% tinham entre 31 e 50 anos de idade. De acordo com a situação conjugal, 56% eram casados ou viviam com companheiro(a) e 14% da amostra viviam sozinhos (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra, prevalência de recaída e associação com características sociodemográficas. Pelotas, RS, 2005.

	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Prevalência de Recaída</i>	<i>RP (IC 95%)</i>	<i>p-valor</i>
Sexo					
Masculino	67	37,0%	68,7%	1,00	
Feminino	114	63,0%	69,3%	1,01 (0,82-1,24)	0,939
Idade (anos)					
Até 30	16	8,8%	68,8%	1,12 (0,76-1,65)	0,795
31 a 50	103	56,9%	73,8%	1,20 (0,96-1,51)	0,131
51 e mais	62	34,3%	61,3%	1,00	
Escolaridade					
Fundamental	57	31,5%	82,5%	1,44 (1,11-1,86)	0,007
Média	70	38,7%	67,1%	1,17 (0,88-1,55)	0,355
Superior	54	29,8%	57,4%	1,00	
Situação conjugal					
Solteiro	34	18,8%	73,5%	1,14 (0,89-1,46)	0,441
Casado	101	55,8%	64,4%	1,00	
Viúvo / Separado	46	25,4%	76,1%	1,18 (0,95-1,47)	0,221
Situação na moradia					
Só	26	14,4%	69,2%	1,00 (0,76-1,32)	0,834
Acompanhado	155	85,6%	69,0%	1,00	
Total da amostra	181	100,0%	69,1%	--	--

Em relação às variáveis relativas ao tabagismo, observou-se que quase 60% começaram a fumar até os 15 anos e 66% fumaram regularmente até os 18 anos, ambas sem diferenças entre os grupos. Aproximadamente três quartos dos sujeitos fumavam 20 ou mais cigarros por dia e procuraram tratamento sem indicação médica, proporções similarmente distribuídas entre os grupos estudados. Cerca de 40% referiram presença de outro fumante em casa, sem diferenças significativas. Mais de metade da amostra afirmou ter ou já ter tido problemas de saúde atribuídos ao cigarro (58%).

Na tentativa de parar de fumar a maioria dos sujeitos da amostra, 68% relataram a presença de sintomas. Dentre eles, os mais prevalentes foram ansiedade (76%)

intensa vontade de fumar (73%), inquietação (59%), irritação (55%), depressão ou mau humor (51%) e aumento do apetite (48%).

Os níveis de dependência da nicotina, avaliados pelo Teste de Fagerström, estiveram assim distribuídos: leve: 35%; moderado: 42% e alto: 23%. Quanto à motivação para cessação de fumar, avaliada pela escala URICA, 13% da amostra estava no estágio de pré-contemplação, 33% no estágio de contemplação, 50% no estágio de ação e 3% na manutenção. Os escores obtidos pela pontuação nesta escala tiveram as seguintes médias e desvios-padrão: pré-contemplação, 14,58 (5,70); contemplação, 28,18 (6,56); ação, 26,67 (4,92) e manutenção, 17,91 (5,58).

Ao final de seis meses após os tratamentos, 69% dos pacientes haviam recaído. As pessoas com menos escolaridade tiveram uma prevalência de recaída significativamente maior do que as de maior escolaridade (44% a mais). As demais variáveis demográficas não apresentaram diferenças importantes entre as proporções de recaída, apesar de algumas tendências. Mulheres, pessoas entre 31 e 50 anos ou sem companheiro(a) foram os que recaíram mais.

A Tabela 2 apresenta a distribuição da amostra de acordo com as variáveis relativas ao hábito de fumar e à saúde, bem como as prevalências de recaída em cada categoria destas variáveis. Nenhuma delas apresentou significância estatística, ou seja, não foram detectadas diferenças importantes nas proporções de recaída de acordo com a distribuição dos sujeitos em cada uma das variáveis. O que se pode indicar são algumas tendências: os pacientes que começaram a fumar mais cedo (até os 15 anos de idade) e estabeleceram um consumo regular até os 18 anos recaíram mais do que aqueles que começaram a fumar mais tarde e estabeleceram o fumar regularmente após a idade de 19 anos. Um maior número de cigarros fumados diariamente e a ausência de tentativas prévias de abandonar o tabagismo também parecem indicar mais recaída. Ter

procurado tratamento por indicação médica ou não e ter ou não outro fumante em casa não tiveram nenhum impacto na ocorrência de recaída.

Quem atribuía ao cigarro algum problema na sua saúde e quem não apresentava nenhum transtorno em co-morbidade psiquiátrica teve uma prevalência pouco maior de recaída do que os demais. Entretanto, quem relatou a presença de pelo menos um sintoma físico decorrente da cessação do hábito de fumar recaiu menos do que aqueles que não relataram nenhum desses sintomas, como por exemplo, dor de cabeça, dor muscular, constipação, fadiga e insônia (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição da amostra, prevalência de recaída e associação com características relacionadas ao tabagismo e co-morbidades. Pelotas, RS, 2005.

	<i>n</i>	%	<i>Recaída</i>	<i>RP (IC 95%)</i>	<i>p-valor</i>
Idade em que começou a fumar (anos)					
Até 15	106	58,6%	71,7%	1,10 (0,90-1,35)	0,454
16 mais	75	41,4%	65,3%	1,00	
Idade em que começou a fumar regularmente (anos)					
Até 18	119	65,7%	72,3%	1,15 (0,92-1,43)	0,261
19 ou mais	62	34,3%	62,9%	1,00	
Cigarros por dia					
Até 19	45	24,9%	62,2%	1,00	
20 ou mais	136	75,1%	71,3%	1,15 (0,89-1,47)	0,338
Procurou tratamento por indicação médica					
Sim	42	23,2%	69,0%	1,00	
Não	139	76,8%	69,1%	1,00 (0,79-1,26)	0,851
Outro fumante em casa					
Sim	71	39,2%	69,0%	1,00	
Não	110	60,8%	69,1%	1,00 (0,82-1,22)	0,878
Tentativas de parar de fumar					
Nenhuma	17	9,4%	76,5%	1,12 (0,84-1,49)	0,675
Alguma	164	90,6%	68,3%	1,00	
Problema de saúde atribuído ao cigarro					
Sim	104	57,5%	71,2%	1,07 (0,88-1,31)	0,586

Não	77	42,5%	66,2%	1,00	
Sintomas físicos					
Sim	109	60,2%	59,6%	1,00	0,001
Não	72	39,8%	83,3%	1,40 (1,16-1,68)	
Co-morbidades					
Nenhuma	100	55,2%	70,0%	1,03 (0,85-1,26)	0,887
Alguma	81	44,8%	67,9%	1,00	
Total da amostra	181	100,0%	69,1%	--	--

De acordo com o grau de dependência à nicotina, pode-se perceber que os pacientes com dependência média e alta tiveram 25% a mais de recaída do que aqueles com dependência leve e esta diferença foi significativa ($p=0,055$) (Tabela 3).

Em relação à motivação, não foi observada diferença estatisticamente significativa, embora aqueles que foram classificados no estágio de pré-contemplação ou contemplação tenham recaído menos do que os que estavam em ação ou manutenção (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da amostra, prevalência de recaída e associação com o grau de dependência à nicotina, estágio e fonte de motivação para abandonar o tabagismo. Pelotas, RS, 2005.

	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>Prevalência de Recaída</i>	<i>RP (IC 95%)</i>	<i>p-valor</i>
Dependência da nicotina #					
Leve	64	35,4%	59,4%	1,00	
Média / Alta	117	64,6%	74,4%	1,25 (1,00-1,57)	0,055
Estágio motivacional ##					
Pré-contemplação ou Contemplação	84	46,4%	63,1%	1,00	
Ação ou Manutenção	97	53,6%	74,2%	1,18 (0,96-1,44)	0,146
Fonte de motivação para parar de fumar					
Saúde	101	58,7%	61,4%	1,00	
Família / Outra	71	41,3%	78,9%	1,28 (1,06-1,56)	0,023
Total da amostra	181	100,0%	69,1%	--	--

FTND Teste de Fagerström

URICA

Aqueles que declararam ter outro motivo para abandonar o hábito de fumar, que não a preocupação com sua saúde, tiveram 28% mais recaída ($p=0,023$).

Discussão

A proporção de sujeitos acompanhados pelo estudo que recaíram ao tabagismo foi de 69%, ou seja, um em cada dois fumantes não conseguiu ficar sem fumar no período. Entre fumantes que não se submetem a tratamento as taxas de recuperação estão entre 3 e 5% (Hughes, Keely & Naud, 2004)

A predominância do sexo feminino na amostra pode refletir dados de uma nova realidade que se impõe; os dados do National Survey on Drug Use & Health - SAMHSA, 2005 indicaram uma diferença entre o número de homens e mulheres fumante, 14% dos homens e 23,4% das mulheres relataram consumo de tabaco no último mês.

As intervenções para cessação do fumar em mulheres devem contemplar diversas questões como o ganho de peso, restrições ao uso de alguns medicamentos durante a gestação, variabilidade de humor relacionada às fases do ciclo hormonal feminino, menor suporte de apoio social aos sintomas de abstinência e a possibilidade de presença de gatilhos associados às variáveis distintas daquelas mais comuns aos homens (Kenneth 2001).

Do conjunto de variáveis da Tabela 1, somente a escolaridade apresentou distribuição significativamente diferente entre os que recaíram e os que não recaíram, onde a proporção de recaída foi tanto maior quanto menor o nível de escolaridade.

Nenhuma das variáveis da tabela 2 mostrou diferença estatisticamente significativa de acordo com a situação de recaída. Evidentemente é preciso que se tenha

cautela na interpretação desses dados, em virtude do viés de causalidade reversa, ou seja, é bem provável que só pode ter recaído quem tenta parar. Entretanto, aqueles pacientes que tentam parar também são aqueles que acabam adquirindo importante aprendizado que pode ser útil nas tentativas posteriores. Além do mais, o fato de tentar pode ter colocado esses indivíduos na condição de terem crença ou esperança de conseguirem êxito em suas metas, por isso, talvez, a continuidade das tentativas. O mesmo comentário é adequado para o estágio motivacional e a recaída (Tabela 3).

Foi alta a incidência de recaídas na amostra estudada. Quase 70% dos pacientes haviam recaído seis meses após o início do tratamento. A variável mais fortemente associada à recaída foi a escolaridade, o que pode levar à conclusão de que pessoas com baixa escolaridade têm maior risco de recaída ao tabagismo.

Verificou-se que 65% dos sujeitos da amostra apresentavam um nível de dependência à nicotina moderado a grave. Quanto mais dependente de nicotina for o tabagista, maior a possibilidade de aparecimento e/ou gravidade da síndrome de abstinência durante a cessação do tabagismo, assim como maior será a dificuldade de manter a abstinência em longo prazo.

Embora a maior parte dos sujeitos reconheça a associação entre os problemas clínicos e o tabagismo, o mesmo não se repete quando se trata da associação entre a dependência de nicotina e as co-morbidades psiquiátricas.

Neste estudo encontrou-se a presença de comorbidade psiquiátrica em 55% dos sujeitos, sendo o transtorno de humor o mais prevalente entre os sujeitos da amostra (40%). A depressão é a comorbidade psiquiátrica mais comumente associada à dependência de nicotina (Calheiros, Oliveira & Andretta, 2007).

Cerca de 92,5% da amostra já havia feito pelo menos uma tentativa de parar de fumar e nestas ocasiões relataram sintomas desconfortáveis em relação à abstinência

(68%), sendo a queixa mais prevalente a ansiedade (76%). Quando analisados os sintomas físicos, viu-se que sua presença tem um impacto importante na recaída, tal fator pode apontar para uma falha de consistência interna desse estudo, pois não possível avaliar (por falta de recursos financeiros) a veracidade das informações sobre o uso de recursos farmacológicos para o tratamento do tabagismo. Apesar de se ter utilizado os critérios definidos para tal procedimento por Marques & Ribeiro, 2003.

Neste estudo pose-se verificar que os pacientes classificados pela URICA como estando nos estágios de ação ou manutenção tiveram uma tendência maior a terem mais recaída do que os pré-contemplação e contemplação. Tais fatores indicam que os pacientes classificados nos estágios de ação e manutenção na fase inicial desse estudo, embora já estivessem agindo sobre o problema ainda não tinham cumprido as etapas anteriores do processo de mudança intencional de comportamento. Ou seja, estavam agindo provavelmente sem ter consciência do seu real problema e de todas as implicações que estão envolvidas no processo de mudança no comportamento de fumar.

A identificação de forma precisa do estágio de motivação para mudança no qual o paciente com comportamento aditivo se encontra é uma parte decisiva no processo de avaliação. O resultado de uma correta avaliação implica melhores estratégias de abordagens para a promoção da motivação à mudança de comportamento. Assim, existe um momento que se pode considerar como adequado para utilização de intervenções específicas e recursos que podem ser úteis, muitas vezes, somente se utilizados naquele exato momento.

Todos esses achados, conclusões e hipóteses levantadas por inspiração deste estudo podem contribuir para melhoria nos programas de intervenção e tratamento do tabagismo.

Os resultados desse estudo estão em parte de acordo com outros encontrados por diferentes autores. É alta a prevalência de comorbidade psiquiátrica entre a população de dependentes de substâncias e esses pacientes sofrem maior dificuldade no processo de recuperação (Calheiros, Oliveira & Andretta 2006; Rondina, Gorayeb & Botelho, 2003). Entretanto, os fatores considerados como preditores de recaída são em alguns casos diferentes, provavelmente refletindo a influência de fatores sociais ligados ao contexto onde se realizou determinada pesquisa.

Bibliografia

Andretta, I; Calheiros, P.R.V. & Oliveira, M.S. (2006). Temas em psicologia clínica / Werlang, BSG & Oliveira MS (orgs.). São Paulo: *Casa do Psicólogo*.

Calheiros, P.R.V. & Oliveira, M.S. (2007) Avaliação da Efetividade do Tratamento da Dependência de Nicotina: Estudo Longitudinal. *Tese de doutorado PUCRS*.

Calheiros, PRV.; Oliveira MS & Andreta, I. (2006). Comorbidades psiquiátricas no tabagismo. *Aletheia*, jun, no.23, p.65-74. ISSN 1413-0394.

Carlini, E.A., Galduróz, J.C.F., Noto, A. R., & Nappo, A. S. (2002). I Levantamento domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil - 2001. São Paulo: *Cromosete Gráfica e Editora*.

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 de Medicina*, 59, 73-80, jan./fev.

Connors, G.J. Donovan, D.M. & DiClementi, C.C. (2001). Substance Abuse Treatment and The Stages of Change: Selecting and Planning Interventions. New York: *The Guilford Press*.

DiClementi, C.C. (1991). Motivacional interviewing and the stages of change. In W. Miller, S. Rollnick (Orgs.). Motivacional interviewing preparing peoples to change addictive behavior (pp.191-201). New York: *Guilford Press*.

Horta, B., Calheiros, P.; Pinheiro, R. T.; Tomasi, E.; & Amaral, K. (2001). Tabagismo em Adolescentes de Área Urbana na Região Sul do Brasil. *Rev. de Saúde Pública*, 35(2), 159-164.

Hughes, J R.; Keely, J & Naud, S S. (2004). of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction*.99(1):29-38, January.

Marques, A.C. P. R., Ribeiro, M. (2003). Nicotina Abuso e Dependência em: Usuários de Substâncias Psicoativas Abordagem Diagnóstico e Tratamento. *CREMESP /AMB 2ª ed.*

McConaughy, E. A.; Prochaska, J.O.; & Velicer, W.F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20, 368-375.

Miller, W. Rollnick, S. (2001) Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para mudança de comportamentos aditivos. Porto Alegre: *Artes Médicas*.

Motta, D. Tomasi, E. Calheiros P.R.V., (2000). Consumo de Cigarros de Tabaco entre Estudantes de Escolas de Segundo Grau da Cidade de Pelotas-RS. Apresentação: Congresso de Iniciação Científica da Universidade Católica de Pelotas RS *Ed.UCPEL*.

Nerín, I., Novella, P., Cruscelaegui, A., Belmonte, A., Sobradie, N. & Gargallo, P. (2006). Factores predictores de éxito a los 6 meses en fumadores tratados en una unidad de tabaquismo. Disponível em <http://www.archbronconeumol.org>

NIDA. (2007) InfoFacts: Cigarettes and Other Tobacco Products. <http://www.nida.nih.gov> acessado em maio de 2007.

Oliveira, M.S (2000). Entrevista Motivacional. In Cunha, Jurema e Colaboradores. *Psicodiagnóstico V.* (p.p. 88-95). Porto Alegre: *Artes Médicas*.

Oliveira, M S. (2006). Avaliação e Intervenção nos Comportamentos de Dependência Química em Temas em psicologia clínica / Werlang, BSG & Oliveira MS (orgs.). São Paulo: *Casa do Psicólogo*.

Oliveira, MS; Calheiros, PRV & Andretta, I. (2006). Motivação para Mudança nos Comportamentos Aditivos em Temas em psicologia clínica / Werlang, BSG & Oliveira MS (orgs.). São Paulo: *Casa do Psicólogo*.

Oliveira, MS & Rigoni, M. S. (2006). Avaliação das Funções Cognitivas em Temas em psicologia clínica / Werlang, BSG & Oliveira MS (orgs.). São Paulo: *Casa do Psicólogo*.

Pereira, M. G. (1995). Epidemiologia: Teoria e Prática. Rio de Janeiro: *Guanabara Koogan*.

Perkins, K A (2001). Smoking Cessation in Women: Special Considerations *CNS Drugs*. 15(5):391-411.

Prochaska, J.O.; & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.

Prochaska, J.O; & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.

Prochaska, J.O., Norcross, J.C. & DiClemente, C.C. (1994). Change for Good. New York: *Avon Books*.

Quesada, M; Carreras, JM & SAnches L. (2002). Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Adicciones* vol. 14 num.1 p 65-78

Rondina, R.C., Gorayeb, R. & Botelho, C. (2003). Relação entre tabagismo e transtornos psiquiátricos, *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30 (6): 121-128.

SAMHSA, (2002). Office of Applied Studies, National Survey on Drug Use and Health.

Sheehan DV, Lecrubier Y. (1998). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. Trad. Português Amorin, P. *Journal of Clinical Psychiatry* 1998, 59 (suppl 20); 22-57.

Silagy, C., Lancaster, T., Stead, L., Mant, D., Fowler, G., (2002). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*.

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences. (2003). Base 12.0 User`s Guide. Chicago: SPSS.

Velicer, W.F., Prochaska, J.O., Fava, J.L., Norman, G.J. & Redding, C.A.

(1998). Smoking cessation and stress management: applications of the Transtheoretical Model of Behavior Change. *Homeostasis*, 38, 216-233.

World Health Organization (2004). Why is tobacco a public health priority?
Disponível em <http://www.who.int/tobacco/about/en/>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A idéia original dessa tese era a de se realizar um estudo longitudinal, acompanhando um único grupo de pacientes que tivessem passado pelo processo de tratamento da dependência de nicotina. O desfecho esperado para esse tipo de intervenção é de recaída em mais de 50% dos pacientes. Assim, esses pacientes naturalmente seriam alocados em dois subgrupos; um com recaída e outro sem recaída. O acompanhamento do resultado do tratamento desses pacientes investigando-se as variáveis de estudo, constituía-se o objetivo final. De acordo com a orientação da banca de examinadores no processo de qualificação esse *desing* foi alterado; para que se transformasse em um ensaio clínico randomizado. Dessa forma o interesse inicial deste estudo foi preservado na forma de um estudo clínico randomizado. Assim então, duas formas de tratamentos do tabagismo, um tratamento para o grupo experimental e uma outra forma de intervenção para o grupo de controle, foram avaliadas quanto a sua efetividade: “Avaliação da efetividade do tratamento da dependência de nicotina; ensaio clínico randomizado”.

Para realização desse estudo foram mobilizados muitos esforços e a participação de diferentes segmentos da comunidade. Em muitas situações encontrou-se colaboração e cooperação, harmonizadas com um bom funcionamento do tratamento. No entanto, o que muito surpreendeu foi a impossibilidade de se obter os recursos medicamentosos para terapia farmacológica. Apesar da divulgação, na mídia, por órgãos governamentais, que esses recursos poderiam ser disponibilizados aos pacientes que necessitassem.

Esse fato veio a se refletir neste estudo, pois os pacientes que contavam com os

recursos farmacológicos, não os obtiveram do órgão público. Dessa forma, eles próprios tiveram que encontrar as condições financeiras para tanto. Desta maneira, a prescrição e acompanhamento do uso no tratamento dos recursos farmacológicos tiveram que ser substituídos pelo acompanhamento da comunicação verbal do paciente. Também, por falta de recursos, não se conseguiram as condições necessárias para obtenção de instrumento para avaliar o nível de monóxido de carbono expirado. Embora tais circunstâncias não venham a comprometer o resultado final deste estudo, as condições de trabalho seriam evidentemente melhores com os mesmos.

Os pacientes que buscaram tratamento foram oriundos em sua grande maioria por pessoas que acompanharam a divulgação na mídia. embora a unidade de tratamento tenha sido localizada em hospital escola.

O tratamento utilizado para o grupo controle foi é indicado como intervenção rápida no tabagismo; entretanto quando essa forma de tratamento foi comparada na sua efetividade com a intervenção de grupoterapia cognitivo-comportamental, observou-se um melhor efeito de tratamento neste último. Embora, exija mais investimento inicial, ou seja tratamento mais prolongado com sessões cuidadosamente planejadas para o momento que o grupo está passando com uma estrutura específica; observa-se que ao longo do tempo os seus resultados são muito superiores as da intervenção rápida.

As principais variáveis de estudo indicaram informações relevantes neste campo de pesquisa; verificou-se um alto índice de pessoas com sintomas de ansiedade e depressão e outras comorbidades psiquiátricas na amostra. O nível educacional também foi associado a bons resultados de tratamento. Indivíduos com dependência grave tiveram mais dificuldade em parar de fumar.

Essa tese oportunizou as condições para estudo da problemática do tratamento do tabagismo; ficou evidenciada a possibilidade da criação unidade de tratamento em

hospital, o treinamento de estudantes e integração de recursos da comunidade e principalmente a avaliação de efetividade de tratamento.

Essas constatações motivaram o aprofundamento do estudo bibliográfico sobre o tema transformado em um artigo publicado na Revista Aletheia: “Comorbidades Psiquiátricas na Dependência de Nicotina”. Além de um artigo empírico sobre o tema “Ansiedade em Tabagistas: Prevalência e Fatores Associados”

Acompanhar os pacientes ao longo do tempo permitiu o refinamento na introdução de intervenções terapêuticas. O estudo longitudinal favoreceu a condição de acompanhamento dos pacientes em várias diferentes etapas do processo de tratamento. Momento inicial (avaliação) período intermediário e final de tratamento. Esses diferentes momentos serão objeto de descrição das características do grupo de pacientes nessas fases específicas do tratamento em um artigo empírico.

Os achados desse estudo contribuem para a indicação de formas de tratamento que podem ser mais efetivas motivando a economia de esforços e recursos que podem ser direcionados a tratamentos que se mostram com melhores possibilidades de resultados. Um tratamento mais complexo com abordagens atuais como as utilizadas nesse estudo, Modelo Transteórico de Mudança Intencional de Comportamento, recursos de Entrevista Motivacional e Terapia Cognitivo-Comportamental estão envolvidos no processo de tratamento considerado mais efetivo neste estudo. Portanto, pode se pensar na indicação desses recursos como mais efetivos do que as abordagens de intervenção rápida e mínima.

As limitações desse estudo são aquelas relativas a falta de recursos como instrumento para avaliação de CO₂ (monoxímetro) e exames para confirmação do uso de psicofármacos para o tratamento e, ainda, deve-se considerar que as suas conclusões referem-se a uma amostra de pacientes escolhidos por conveniência. Logicamente

deve-se ter cuidado na generalização das conclusões quando o profissional se encontrar diante de amostras com características distintas as deste estudo para outras amostras.

Muitas sugestões também foram pensadas para continuidade nessa área de pesquisa, como tratamentos específicos para pacientes com comorbidades psiquiátricas, a valorização de recursos de enfrentamento para pacientes com altos níveis de dependência de nicotina. A escolaridade ou o acesso aos recursos educativos que facilitam a recuperação desses enfermos. E evidentemente a avaliação de formas de tratamentos para outras populações com características peculiares como pacientes gestantes, enfermidades orgânicas crônicas associadas ao tabagismo. Algumas variáveis precisam ser melhor estudadas como sexo, idade, apoio social.

Dessa forma, este é um passo inicial de uma caminhada em uma longa estrada.

Anexo I: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS DA PUCRS



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício nº 999/04-CEP

Porto Alegre, 17 de dezembro de 2004.

Senhor(a) Pesquisador(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "Estudo longitudinal: tratamento da dependência de nicotina".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Délio José Kipper
COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Dout Paulo Renato Vitola Calheiros
N/Universidade

Anexo II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Psicólogo Clínico Paulo Renato Vitória Calheiros (CRP 07/1687), (Fone celular: (53) 99822174) está realizando um estudo intitulado EVOLUÇÃO DOS PACIENTES NO PÓS-TRATAMENTO DO TABAGISMO: "*Estudo multicêntrico longitudinal*". Este estudo está relacionado ao Grupo de Pesquisa "*Intervenções Cognitivas e Comportamentos Dependentes*" pertencente ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), coordenado pela Professora Dra. Margareth da Silva Oliveira - Fone: (51) 33203633, ramal:217. Estamos solicitando sua autorização, a fim de que você possa participar da pesquisa que tem como principal objetivo, Identificar a manutenção da abstinência, em pacientes submetidos a um programa de tratamento para dependência de nicotina, ao longo de um período de um ano. Identificar os estágios motivacionais para mudança de seu comportamento de fumar em que você se encontra e avaliar a influência de comorbidades psiquiátricas, gravidade da dependência, e características demográficas no desfecho do seu tratamento. Tal estudo prevê a participação de pacientes maiores de 18 anos, dos sexos masculino e feminino. Para tanto, é necessário que você responda às questões de alguns instrumentos. Essa atividade será realizada na própria instituição hospitalar, num encontro de aproximadamente 30 minutos, sob a responsabilidade do Psicólogo responsável pelo estudo. Os dados obtidos, através destes instrumentos, serão mantidos em sigilo e colocados anonimamente à disposição dos pesquisadores responsáveis, conforme previsto por lei. O maior desconforto para você será o tempo que deverá dispor para responder aos instrumentos, durante as visitas ao ambulatório. Sua participação não lhe trará nenhum benefício pessoal direto. Entretanto, você

estará colaborando para que sejam desenvolvidos novos conhecimentos científicos acerca do tratamento para pessoas que utilizam tabaco. Salienciamos também que a sua participação nesse estudo é completamente voluntária e que você poderá desistir a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer tipo de consequência a sua pessoa.

Eu _____ fui informado dos objetivos especificados acima, de forma clara e detalhada. Recebi informações específicas sobre o procedimento no qual estarei envolvido(a), do desconforto previsto, tanto quanto do benefício esperado. Todas as minhas dúvidas foram respondidas com clareza e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos, a qualquer momento, através do **telefone (53) 9982 2174**, com o próprio **Pesquisador Responsável**. Sei que novas informações obtidas durante o estudo me serão fornecidas e que terei a liberdade de retirar meu consentimento da minha participação na pesquisa, em face dessas informações. Fui certificado de que as informações por mim fornecidas terão caráter confidencial.

Declaro que recebi cópia do presente termo de consentimento livre/esclarecido.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2004

Paulo Renato Calheiros
Psicólogo Clínico - Pesquisador Responsável
CRP 07/1687

Assinatura do Paciente