



**PROGRAMAS DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO:
PSICOTERAPIA, FARMACOLOGIA E COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS**

Gabriel Andrighetti de Almeida

Caxias do Sul, 2020

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES
CURSO DE PSICOLOGIA**

**PROGRAMAS DE CESSAÇÃO DE TABAGISMO:
PSICOTERAPIA, FARMACOLOGIA E COMORBIDADES PSIQUIÁTRICAS**

Trabalho apresentado como requisito parcial
para Conclusão de Curso de Graduação em
Psicologia, sob orientação da Profa. Dra.
Tânia Maria Cemin Wagner

Gabriel Andrighetti de Almeida

Caxias do Sul, 2020

SUMÁRIO

RESUMO	4
INTRODUÇÃO	5
OBJETIVOS	8
REVISÃO DE LITERATURA	9
Sobre o tabaco e o tabagismo	9
Projetos sociais brasileiros e as abordagens psicoterápicas no tratamento do tabagismo	13
Farmacoterapia no tratamento do tabagismo	22
Comorbidades psiquiátricas em pacientes tabagistas	24
MÉTODO	28
Delineamento	28
Fontes	28
Instrumentos	28
Procedimentos	28
Referencial de análise	29
RESULTADOS	30
DISCUSSÃO	33
Categoria 1: Psicoterapia nos programas de cessação do tabagismo	33
Categoria 2: Farmacoterapia nos programas de cessação do tabagismo	40
Categoria 3: Comorbidades psiquiátricas em pacientes tratados pelos programas de cessação do tabagismo	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Referências dos artigos.....	31
Tabela 2: Categoria 1 - Psicoterapia nos programas de cessação do tabagismo.....	33
Tabela 3: Categoria 2 - Farmacoterapia nos programas de cessação do tabagismo.....	40
Tabela 4: Categoria 3 - Comorbidades psiquiátricas em pacientes tratados pelos programas de cessação do tabagismo.....	46

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo geral investigar as intervenções psicoterápicas, tratamentos farmacológicos e comorbidades psiquiátricas identificadas nos pacientes, em programas de cessação do tabagismo. O método consiste em uma Análise de Conteúdo (Laville & Dione, 1999), realizada através de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório. Nas bases de dados pesquisadas (Biblioteca Virtual de Saúde e Scientific Electronic Library Online) foram encontrados vários estudos sobre a temática, sendo 14 artigos abordando programas de cessação de tabagismo e que discorriam sobre os temas do objetivo geral. Os descritores utilizados para tal busca foram: tabagismo - programa - cessação. Os resultados demonstraram que a Abordagem Cognitivo Comportamental foi utilizada como forma de tratamento psicoterápico por todos os programas pesquisados. Os fármacos utilizados pela grande maioria dos programas que envolviam tratamento medicamentoso, são a terapia de reposição de nicotina (adesivo e goma de mascar) e o cloridrato de bupropiona. As comorbidades psiquiátricas investigadas e identificadas nos pacientes tratados envolvem sintomas de ansiedade, depressão, estresse e uso de álcool. Portanto, a partir das informações compiladas, salienta-se a importância do psicólogo nos programas de cessação do tabagismo, principalmente para a aplicação de estratégias psicoterápicas direcionadas aos tabagistas e para a compreensão das comorbidades psiquiátricas visando realizar tratamentos adaptados aos mesmos.

Palavras-chave: Tabagismo - Psicoterapia - Farmacoterapia - Comorbidades psiquiátricas

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo geral investigar as intervenções psicoterápicas, tratamentos farmacológicos e comorbidades psiquiátricas nos tabagistas, em programas de cessação do tabagismo. Logo de início, este trabalho apresentará uma introdução do tema e a relevância de discutir o tabagismo em um trabalho de conclusão de curso. Buscando recolher informações importantes para dar respostas a esse problema de pesquisa, realizou-se uma revisão teórica, com os objetivos específicos de definir tabagismo, investigar as abordagens psicoterápicas e os tratamentos farmacológicos utilizados para tratar o tabagismo e investigar as comorbidades psiquiátricas comuns em tabagistas. Assim, foi proposta uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório, tendo como fonte artigos científicos publicados entre os anos 2013 a 2020, que serão abordados através do método de Análise de Conteúdo de Laville e Dionne (1999). Por fim, realizou-se uma discussão das informações compiladas, integrando a aspectos teóricos da revisão de literatura.

Várias experiências em disciplinas ao longo do estágio de formação em psicologia levam a reflexões e questionamentos como: O que o psicólogo pode fazer para ajudar os tabagistas? Como estão trabalhando os programas de cessação do tabagismo? O que um psicólogo precisa saber para desenvolver um programa para ajudar esses indivíduos? Para chegar a essas respostas, as disciplinas acadêmicas em psicologia pareceram relevantes. A realização da matéria curricular eletiva, Atenção Psicossocial no Uso de Substâncias, na Universidade do Vale do Itajaí, foi a experiência que concretizou a possibilidade de o profissional psicólogo ser relevante no auxílio a pessoas que sofrem com a dependência química, desejam se tornar abstinentes e estão procurando ajuda.

Para complementar essa visão da importância da psicologia no tratamento da dependência química, foi realizado um plano de intervenção, fundamentado na teoria cognitivo comportamental, focado no alcoolismo, na disciplina de Psicologia e Psicoterapia Cognitivo Comportamental, sob docência da professora doutora Raquel de Melo Boff. A intervenção utilizou como base o caso da talentosa cantora britânica Amy Winehouse, que sofreu até a morte com seu transtorno de dependência química, acompanhado de suas outras comorbidades. Por fim, essas experiências acadêmicas serviram para a estimular a vontade de seguir com o estudo da área da psicologia no tratamento da dependência química. A partir desse trabalho, busca-se realizar um amplo levantamento de dados científicos sobre

programas de cessação do tabagismo, que podem auxiliar no desenvolvimento de futuros programas.

Buscando explicitar a relevância de um trabalho como esse, facilmente são encontradas informações importantes. O tabagismo é considerado a maior causa de morte evitável do mundo, sendo que a Organização Mundial da Saúde afirma em uma folha informativa atualizada em julho de 2019, que o tabaco mata até metade de seus usuários, resultando todo ano, em 8 milhões de mortes no mundo atribuídas ao consumo direto dessa planta e 1,2 milhão das mortes resultado do fumo passivo, ou seja, indivíduos não fumantes que estão expostos a essa substância. Em uma visão ampla das consequências do consumo de tabaco, a OMS indica situações como mortes prematuras dos usuários como causa de privação da renda de famílias, aumento dos gastos públicos com saúde e o impedimento do desenvolvimento econômico (Organização Mundial da Saúde, 2019).

Em relação ao Brasil, o país apresenta relevância mundial na produção de tabaco, sendo tamanha a importância cultural dessa planta, que sua folha é símbolo do Brasão nacional da República. Todo o ano são gastos R\$ 56,9 bilhões de dinheiro público com despesas médicas e em perda de produtividade de sujeitos, em função de consequências do consumo, sendo que o estado arrecada com impostos sobre o comércio de cigarros apenas R\$ 13 bilhões (Ministério da Saúde, 2013).

No mundo, segundo a OMS o tabagismo mata uma pessoa a cada quatro segundos e está associado a mais da metade dos casos de câncer de pulmão. 46% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), que causa sintomas como falta de ar e tosse crônica, tem sua causalidade atribuída ao consumo do tabaco e um em cada cinco tabagistas desenvolverá essa doença durante a vida. Os riscos de problemas no desenvolvimento e na função pulmonar são maiores em adultos que foram expostos ao fumo passivo durante a infância

(https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5952:tabaco-mata-uma-pessoa-a-cada-34-segundos-na-regiao-das-americas&Itemid=839).

Nas Américas o consumo de tabaco mata uma pessoa a cada 34 segundos. A exposição a essa substância também contribui para o desenvolvimento de tuberculose, sendo que 15% das mortes por tuberculose são atribuídas ao consumo. Os gases tóxicos desses produtos também estão relacionados ao desencadeamento do desenvolvimento ou progressão da asma, sendo responsável por aproximadamente uma em cada nove mortes associadas a essa doença (ONU, 2019).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aponta também diversos danos graves à saúde relacionados com o consumo de cigarros, como doenças coronárias, problemas circulatórios, tromboangeíte obliterante, aneurisma da aorta, câncer de boca, traquéia, cavidade oral, faringe, laringe e esôfago, pâncreas e rins, pneumonia, colesterol alto, osteoporose, problemas gastro intestinais, impotência sexual no homem e problemas na gravidez (Brasil, 2019).

Debruçando-se sobre os materiais científicos a respeito da dependência química de nicotina, substância psicoativa do tabaco, é possível perceber o quanto é grande o risco de dependência do indivíduo que consome esse produto. Pesquisadores indicam que 80% dos fumantes desejam chegar a abstinência, porém apenas 3% atingem esse objetivo todo ano, sendo a maioria deles independente de ajuda. Já, quando esses indivíduos entram em contato com os métodos científicos na área da cessação do fumar, a abstinência chega entre 20 a 30 % em um ano (Brasil, 2001).

Para tratar a dependência de nicotina, os métodos psicoterápicos e farmacológicos apresentam resultados promissores, quanto a eficiência para auxiliar os tabagistas a atingir a abstinência (Ismael, 2007; Hall, Humfleet, Muñoz, Reus Robbins & Prochaska, 2009; Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence, 2008). Porém, estes tratamentos são prejudicados quando esses indivíduos sofrem de alguma comorbidade psiquiátrica. As mais comuns são os transtornos depressivos, abuso de álcool, transtornos de ansiedade e dependência de outras substâncias. American Psychiatric Association, 2014).

Levando em conta as informações apresentadas nesta introdução, é possível perceber a relevância de realizar uma pesquisa sobre esse tema. Investigar os programas de cessação do tabagismo será útil para realizar um levantamento de como está sendo feita a abordagem dos tabagistas. Com o presente trabalho, serão recolhidos dados que podem auxiliar no desenvolvimento de novos programas, favorecendo os tabagistas e a humanidade como um todo. Para tanto, o presente trabalho apresenta como problema de pesquisa: “Quais as intervenções psicoterápicas, tratamentos farmacológicos e comorbidades psiquiátricas nos tabagistas, em programas de cessação do tabagismo?”

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Investigar as intervenções psicoterápicas, tratamentos farmacológicos e comorbidades psiquiátricas nos tabagistas, em programas de cessação do tabagismo

Objetivos específicos:

Definir tabagismo

Investigar abordagens psicoterápicas utilizadas no tratamento do tabagismo

Investigar produtos farmacológicos utilizados no tratamento do tabagismo

Investigar comorbidades psiquiátricas comuns em tabagistas

REVISÃO DE LITERATURA

Sobre o tabaco e o tabagismo

O tabaco é o resultado do processamento das plantas *Nicotiana tabacum* e *Nicotiana rustica*. O consumo deste produto é realizado normalmente por combustão (cigarro, charuto, cachimbo, narguilé), aspiração (rapé) e mastigação (fumo de rolo). A descoberta dessa erva está associada a migração de povos asiáticos para as o continente americano, há aproximadamente 18 mil anos atrás. Cristóvão Colombo em 1492 foi testemunha de que o tabagismo já estava na cultura americana antes da chegada dos europeus, provavelmente transferido dos vales orientais dos Andes Bolivianos (Seffrin, 1995; Pressman & Gigliotti, 2019)

No Brasil, o consumo do tabaco entre as tribos indígenas estava associado a rituais sagrados ou com fins medicinais. Os índios possuíam a fé de que a fumaça da combustão dessa planta era purificadora e protegia os sujeitos dos maus espíritos. Dentro da história e entre outros povos, houveram também relatos de seu uso para lavagens intestinais, no combate a piolhos, instilado como colírio e até mesmo no desenvolvimento de unguentos, analgésicos e antissépticos (Seffrin, 1995; Vainfas, 1999).

Com o passar do século o tabagismo se disseminou pelo mundo. A produção no Brasil teve seu início, principalmente nas áreas do recôncavo baiano, concentrado em fornecer a planta para o mercado europeu. Em 1680, a exportação do produto chegava a 3.750 toneladas, ampliando os locais de produção para Minas Gerais, Goiás, São Paulo e mais intensamente no Rio Grande do Sul (Seffrin, 1995). No século XVI, Jean Nicot, embaixador francês em Portugal, teve seu nome associado à substância psicoativa da planta, por indicá-la para o tratar as enxaquecas da rainha Catarina de Médicis (Narloch, 2011).

Sobre o conceito de tabagismo, Silva (2012), considera ser uma doença crônica, caracterizada pela dependência de nicotina, inalada através da fumaça produzida pela combustão do tabaco. Pressman e Gigliotti (2019) definem o tabagismo como o consumo de qualquer produto derivado do tabaco, apontando o cigarro industrializado como o meio mais comum de consumo.

É importante lembrar que atualmente, a partir de pesquisas etiológicas sobre os malefícios da fumaça originada da combustão do tabaco, o conceito de tabagismo passivo passou a ser estudado. Este, se trata da inalação de indivíduos não fumantes, a fumaça do tabaco consumido por outros indivíduos que estão no mesmo ambiente fechado (Pressman & Gigliotti, 2019).

A nicotina ($C_{10}H_{14}N_2$) é a substância psicoativa do tabaco, que é considerada a maior motivação para seu consumo e a principal causadora de dependência. Se o método de consumo for por combustão, na tragada, essa substância é absorvida pelos alvéolos pulmonares, entrando rapidamente na corrente sanguínea e assim, se espalhando pelo corpo. Dentro de 10 segundos, a nicotina chega ao sistema nervoso central (SNC), liberando diversos neurotransmissores, provocando alterações no estado emocional e comportamental (Vainfas, 1999; Silva, 2012; Pressman & Gigliotti, 2019)

Segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), os efeitos da nicotina no cérebro são considerados levemente estimulantes, resultando em sensação de prazer, leve elevação do humor, diminuição do apetite e do tônus muscular, que explica a sensação de relaxamento que muitos consumidores relatam. No resto do corpo, no âmbito cardíaco circulatório, são identificados aumento na pressão arterial, na frequência e na força das contrações cardíacas e na vasoconstrição. Ocorrem também reações de aumento da frequência respiratória e queda das contrações do estômago, gerando dificuldades digestivas (https://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/tabaco.htm).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, o tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo. O hábito está atribuído à causalidade de 63% dos óbitos associados às doenças crônicas não transmissíveis. Entre esses números, 85% ocorrem por doença pulmonar crônica, 30% por câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo do útero, estômago e fígado), 25% por enfermidades do sistema coronário (angina e infarto) e 25% por doenças cerebrovasculares (acidente vascular cerebral). O uso de tabaco está também associado ao desenvolvimento de tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrintestinal, impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, osteoporose, catarata, entre outras (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019).

Sobre a dependência deste produto, para trazer à tona a gravidade dessa condição, Chatkin (2006) aponta que, quando os tabagistas decidem abandonar o uso, isso geralmente só se concretiza após diversas tentativas devido à ampla quantidade de recaídas. Cerca de 70% dos sujeitos desejam interromper o hábito de fumar, porém não atingem seus objetivos. Entre

os mesmos, aproximadamente um terço consegue parar o hábito por um dia, e menos de 10% mantêm a abstinência durante doze meses.

Levando em conta o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), o consumo de tabaco, quando preenche determinados critérios, pode ser considerado um transtorno psiquiátrico por uso de substância. Esse diagnóstico exige a apresentação de pelo menos 2 critérios, que resultam em um comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo para o sujeito e ocorrem durante um período de 12 meses. Os critérios podem ser definidos, resumidamente, como um consumo recorrente e descontrolado do produto, resultando num gasto de tempo do consumidor e afetando negativamente o cumprimento de suas obrigações em diversos âmbitos. Esse usuário também pode apresentar uma persistência na ingestão desse produto, mesmo tendo a consciência dos malefícios físicos, psicológicos, sociais. Por fim, esse sujeito pode demonstrar clinicamente um forte desejo ou necessidade de utilizar a substância, relatar o desenvolvimento de tolerância, necessitando de quantidades progressivamente maiores de consumo e citar sintomas de abstinência (American Psychiatric Association, 2014).

O tabagismo geralmente tem seu início na adolescência com o consumo eventual de cigarros. Porém, considerando fatores como as singularidades do indivíduo, a continuidade e a quantidade do consumo, a dependência é desenvolvida com diferentes graus de intensidade (Silva, 2012). Existem fatores genéticos, fisiológicos, ambientais, psicológicos, comportamentais e socioculturais que estão envolvidos no processo de desenvolvimento da dependência.

Dentre as variáveis genéticas, atualmente é possível afirmar que as mesmas afetam no risco de início e continuidade do tabagismo, assim como no desenvolvimento do transtorno por uso de tabaco. O grau de risco para herdabilidade é próximo de 50%, sendo parte desses números associados especificamente ao uso de tabaco e outros relacionados com a vulnerabilidade dos sujeitos desenvolverem qualquer transtorno por uso de substância (American Psychiatric Association, 2014).

Entre os fatores fisiológicos que envolvem o desenvolvimento da dependência pelo tabaco, estão as reações de tolerância e abstinência. A tolerância, nesse âmbito, pode ser definida como uma resistência do sistema nervoso central, aos efeitos psicoativos da substância. Isso faz com que o consumidor precise de doses maiores do produto para sentir os níveis de satisfação desejados (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019).

A abstinência de tabaco se trata de um conjunto de determinadas reações sintomáticas, que ocorrem devido à paralisação do tabagismo, após um determinado tempo de consumo. Dentre os sintomas estão: irritabilidade, frustração, raiva, ansiedade, dificuldade de concentração, aumento do apetite, inquietação, humor deprimido, insônia, dificuldade de concentração, inquietação ou impaciência, bradicardia e ganho de peso (American Psychiatric Association, 2014).

As variáveis ambientais que favorecem a dependência são muitas. Questões sociais, culturais e educacionais estão entre elas. Sujeitos que se encontram em uma situação financeira de baixa renda em concomitância com um baixo nível de escolaridade apresentam uma maior vulnerabilidade de iniciar o uso e uma menor probabilidade de interrompê-lo. (American Psychiatric Association, 2014)

Entre as questões familiares que podem favorecer o uso, pode-se considerar como fatores de risco: indivíduos na fase da adolescência, o hábito dos pais de utilizarem a substância, assim como a dificuldade dos mesmos de supervisionar e colocar limites em seus filhos. A vivência de experiências estressantes (mudança de cidade, luto, separação) também podem aumentar a vulnerabilidade desses jovens (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017).

A cultura do consumo de cigarros possui uma influência forte do cinema clássico americano. Rodriguez (2008), em sua tese sobre produção de subjetividade, discorreu sobre a associação desse produto a valores como charme, *glamour*, elegância, sucesso, sedução, entre outros. Em filmes clássicos e populares, personagens bem-sucedidos nas tramas consumiam cigarros constantemente, gerando uma tendência para a massificação da cultura tabagista. No entanto, fundamentadas em pesquisas médicas sobre os malefícios desse hábito, campanhas contra o fumo buscaram inverter esses valores, gerando um movimento popular de intolerância.

O fator comportamental na dependência é gerado por condicionamentos, que acontecem pela associação do consumo do tabaco com situações da rotina do tabagista. Esse processo faz com que alguns eventos do dia-a-dia desses sujeitos funcionem como gatilhos para o surgimento automático da vontade de fumar, produzida pela lembrança do consumo anterior nessas situações específicas (Pressman & Gigliotti, 2019).

A dependência psicológica pode ser explicada como a relação do consumo do tabaco com as reações emocionais e sentimentais do tabagista. O indivíduo possui questões cognitivas que o levam a crer que o consumo funciona como uma forma de lidar melhor com

seus conflitos, assim como para ampliar os sentimentos bons em situações prazerosas (Pressman & Gigliotti, 2019).

Projetos sociais brasileiros e as abordagens psicoterápicas no tratamento do tabagismo

A desconstrução do modelo biomédico, vigente até aproximadamente a metade século XX, fundamentada na ampliação dos conceitos de saúde e doença, foi o que deu margem para a inserção dos fatores psicológicos no âmbito da dependência química. O modelo biomédico, caracterizado por seu reducionismo, mecanicismo, hospitalocentrismo, e sua fragmentação do corpo humano, fundamentava um tratamento que inseria esses sujeitos nas clínicas psiquiátricas e tratava-os com as mesmas técnicas empregadas com outros internos (Pratta & Santos, 2009).

Essa ampliação do conceito, iniciada pela Organização Mundial da Saúde em 1958, e continuamente aperfeiçoado durante esses anos, construiu uma perspectiva que atualmente, contextualiza fatores psicológicos, orgânicos, sociais, culturais, políticos, econômicos, ambientais e familiares na compreensão da dependência química. As avaliações, tratamentos e políticas públicas, passaram a tentar desenvolver ao máximo uma visão singular, multidimensional, interdisciplinar, integral e, acima de tudo, humanizada desses sujeitos. Com essa visão mais complexa do fenômeno, exigindo saberes e práticas interdisciplinares, o tratamento do tabagismo passou a incluir outros ramos profissionais, como a psicologia, a assistência social, a terapia ocupacional entre outros (Brasil, 2014).

Sobre a história dos projetos sociais brasileiros para lidar com o consumo do tabaco, é preciso primeiramente investigar a conscientização dos médicos nacionais sobre os malefícios dessa conduta. De maneira mais consolidada e significativa, esse processo aconteceu em 1979 na Bahia com um seminário nomeado “A carta de Salvador” que tinha como objetivo chamar a atenção do Estado, dos profissionais médicos e da população geral sobre os danos que o tabagismo pode causar na saúde dos indivíduos. Desse seminário, surgiu o primeiro Programa Nacional Contra o Fumo (Conselho Federal de Medicina, 2019).

Em 1989, o Ministério da Saúde redigiu o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), atribuindo a responsabilidade pelo planejamento e coordenação das atividades e a difusão dos materiais científicos sobre os malefícios do tabagismo, ao Instituto

Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). A partir desse primeiro passo, o instituto passou a propor programas, com foco nos ambientes escolar, profissional e unidades de saúde, com objetivo de combater a cultura do tabagismo. O hábito de fumar nessa época era levado como um estilo de vida e estimulado por propagandas de marketing (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2011).

A Convenção-Quadro para o Controle de Tabaco da Organização Mundial da Saúde, assinada em 21 de maio de 2003 e ratificada por 181 países, foi um tratado que afetou mundialmente o consumo de tabaco. O documento possui o objetivo central de “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas, geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco” (p. 78). Os indicativos de formas para o alcance desses objetivos, consistem em consolidar o direito das pessoas em ter contato com as informações científicas sobre os riscos do consumo, proteger os indivíduos da iniciação, nos âmbitos legislativo, executivo e administrativo, promover a cessação dos tabagistas e proteger a sociedade do contato com a fumaça do tabaco (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2018).

Estimulado pelo Convenção-Quadro o Estado brasileiro assumiu as principais prescrições da convenção. Isso se materializou em leis que fundamentam a proibição de publicidade e marketing de produtos derivados do tabaco; a inserção de imagens de advertência nas embalagens dos produtos; a proibição do tabagismo em locais total ou parcialmente fechados, em qualquer um de seus lados por uma parede divisória, teto ou toldo; tratamento para a cessação do tabagismo ofertado pelo Sistema Único de Saúde; e impostos e taxação dos maços de cigarros (Conselho Federal de Medicina, 2019).

As Portarias GM/MS N° 1.035/04 e SAS/MS N° 442/ de 13 de agosto de 2004, foram as primeiras a definir que o tratamento dos tabagistas deve ser realizado com a aplicação da abordagem cognitivo-comportamental obrigatória, apoiada por farmacoterapia quando indicada, de maneira gratuita. Esses atendimentos podem ser realizados por qualquer unidade de saúde vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2007).

A partir de um histórico de Portarias, o Ministério da Saúde passou a adquirir e encaminhar para as Secretarias Municipais de Saúde os medicamentos e os manuais para orientar as sessões da abordagem cognitivo comportamental. Porém, para ter acesso a esses recursos, os municípios devem ter profissionais capacitados e credenciados para o atendimento ao fumante. A implantação da rede de tratamento, a capacitação dos profissionais

e a orientação dos gestores é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde associada ao Instituto Nacional de Câncer (Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2007).

Atualmente, a Portaria Nº 761, de junho de 2016 define que o Sistema Único de Saúde deve abordar todos os tabagistas que desejam parar de fumar, que venham até uma unidade de saúde, utilizando intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais, com o objetivo de atingir a abstinência e prevenir a recaída. Essas abordagens podem ser feitas de maneira grupal ou individual e devem ser coordenadas por 1 a 2 profissionais de saúde com ensino superior. São indicadas 4 sessões semanais, seguidas de 2 quinzenais e 1 reunião mensal aberta a participação de todos os tabagistas do grupo, visando a prevenção de recaída, até que se complete 1 ano. O documento oferece também indicações de medicamentos e critérios para a avaliação e fornecimento (Brasil, 2016).

Mesmo existindo essa indicação do ministério da saúde, a psicologia oferece tratamento aos tabagistas em abordagens baseadas em diversos fundamentos teóricos, promovendo um foco maior nas questões singulares, do dependente químico. Estas, envolvem a compreensão dos processos psicológicos que facilitam o desenvolvimento dessa conduta, buscando esclarecer as experiências de início do consumo, fatores de risco e proteção, variáveis emocionais e cognitivas que mantêm esse hábito, entre outros aspectos. A partir desses estudos, são construídas intervenções com o intuito de tratar esse fenômeno (Pressman & Gigliotti, 2019).

Dentre as abordagens psicológicas, existem há mais de 120 anos, os estudos psicanalíticos sobre a psicodinâmica de indivíduos com a condição da dependência química. As principais contribuições dessa área para a construção do conhecimento sobre o abuso de substâncias, foram para a compreensão dos fatores psicodinâmicos que envolvem a gênese dessa condição (Ramos, 2014).

Kessler (2003) comenta que, de maneira histórica, as terapêuticas baseadas na teoria psicanalítica já foram indicadas para esses casos, no entanto, essa abordagem aplicada isoladamente não demonstrou resultados eficientes. O mesmo traz que esses resultados estão relacionados com a concentração dos analistas nos processos psicodinâmicos, ocasionando uma falta de foco no controle dos sintomas associados ao uso de substâncias e nos fatores biológicos e sociais envolvidos. No entanto, a psicanálise pode ser indicada quando o sujeito apresentar uma certa estabilidade na abstinência, para trabalhar questões como sua relação

simbiotizada e seus conflitos narcísicos, como objetivo de se tornar independente da substância.

A teoria sistêmica vem fundamentar a importância de integrar o sistema familiar no tratamento e compreensão da condição em pauta. A intergeracionalidade do hábito do consumo, envolvendo o aprendizado deste ato nas interações familiares, através da repetição dessa dinâmica, é um conceito relevante para compreender esse fenômeno. Outras questões importantes levantadas são os fatores de risco que o contexto familiar pode apresentar. Especificamente na pré-adolescência, são citados fatores como pertencimento ao grupo, pressões dos familiares, vivências de separação de vínculos, negligência, nível social inferior, mudanças de casa e/ou escolares e excesso de rigidez nas regras (Orth, 2005).

A inserção da família nas etapas de tratamento pode favorecer a eficiência da intervenção. A terapia familiar sistêmica, envolvendo condutas como o acolhimento e a psicoeducação sobre o fenômeno, podem instrumentalizar as famílias para lidar com a condição do membro em questão, assim como melhorar as relações familiares e sociais desse grupo (Orth, 2005; Payá, 2019);

Levando em conta o fato de que a terapia cognitivo comportamental no tratamento do tabagismo é atualmente fornecida gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde, a revisão teórica dessa abordagem será mais aprofundada (Brasil, 2016). A teoria comportamental tem suas raízes filosóficas baseadas no *Behaviorismo*, uma visão determinista e naturalista do comportamento, que surge da oposição do modelo mentalista e introspectivo, prevalente no ramo da psicologia até a década de 50. O primeiro nome citado como o fundador da filosofia *behaviorista* é John B. Watson, que procurou tornar a psicologia a ciência do comportamento (Baum, 2006).

O autor mais prestigiado dentro da psicologia comportamental é Burrhus Frederic Skinner, com seu *behaviorismo radical*. Caracterizado pelo seu pragmatismo, o autor buscou explicar os comportamentos, através de conceitos como estímulo, resposta, reforço e punição (Baum, 2006). O autor estudou profundamente a interação entre as mudanças ambientais (estímulos) e os comportamentos adaptativos a essas mudanças (respostas).

Dentre as teorias mais importantes fundamentadas nessa perspectiva filosófica está o condicionamento operante, que afirma que as consequências dos comportamentos podem fortalecê-lo ou enfraquecê-lo. Quando uma consequência gera o aumento da frequência do comportamento em questão, ela é chamada de reforço. Por outro lado, quando uma

consequência provoca a diminuição do comportamento, é nomeada de punição (Skinner, 2004).

A teoria cognitiva foi desenvolvida por Aaron Beck na década de 1960 e surgiu a partir de observações clínicas de pacientes com sintomas de depressão e ansiedade. O autor percebeu que entre esses sujeitos, eram comuns tendências de interpretar distorcidamente suas experiências. Para lidar com isso, Beck buscou esclarecer aos pacientes esses pensamentos tendenciosos e propor interpretações mais adaptativas. Utilizando esse método, o pesquisador passou a perceber uma redução dos sintomas de seus pacientes (Beck, 1997).

O modelo cognitivo parte da ideia de que as cognições, os comportamentos e os sentimentos de um sujeito são influenciados pelas percepções que ele tem de suas experiências, deste modo, entendendo que é a forma como o indivíduo interpreta é uma das variáveis que determina o que ele sente e como se comporta (Beck, 1997). Dentre esses comportamentos, está o consumo do tabaco.

Essas formas de interpretação são baseadas em estruturas cognitivas inconscientes, que se desenvolvem no início da infância e são influenciadas por diversas experiências no decorrer da vida, nomeadas de esquemas. Essas estruturas são formadas de crenças do indivíduo sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro, que podem ser saudáveis e adaptativas, como também podem sustentar sintomas, dentre eles os que envolvem a manutenção do tabagismo (Wright, Basco & Thase, 2008).

Os esquemas se expressam através de sínteses globais dessas crenças gerais, que são utilizadas para avaliar e interpretar as experiências do sujeito, nomeadas de pensamentos automáticos. Estes surgem em determinadas situações ativadoras, de maneira semiconsciente, ou seja, aparecem à mente, interferem nas emoções e comportamentos do sujeito, porém nem sempre são percebidos (Wright et al., 2008).

A teoria cognitiva sugere que o pensamento disfuncional é comum em todos os transtornos psicológicos. Considera-se que os pacientes que aprendem a avaliar os seus pensamentos de forma adaptativa, conseguem alcançar uma melhora no seu estado emocional e comportamental. Encarar uma situação a partir de uma nova perspectiva pode fazer com que o paciente se sinta melhor e passe a ter um comportamento mais funcional (Beck, 1997). Esse modelo pode ser utilizado durante as sessões para conceitualizar problemas clínicos e associar métodos específicos da abordagem em questão (Wright et al., 2019). As sessões oportunizam a correção de determinadas estruturas cognitivas e fortalecem uma visão mais positiva de si mesmo, dos outros e do mundo (Feliciano & Parra, 2011).

Baseado nesses pressupostos teóricos, o modelo cognitivo afirma que um dos fatores que influenciam no desenvolvimento e manutenção da dependência química, são estruturas de crenças a respeito do uso, que estão estritamente relacionadas com os esquemas desadaptativos do sujeito (Silva, 2013).

Utilizando o exemplo de um indivíduo que vivenciou experiências que resultaram na construção de esquemas que fazem com que ele acredite ser “incapaz”, “fraco” e “desinteressante”. Em determinadas situações ativadoras, como uma apresentação de um seminário na faculdade, pensamentos automáticos como, “Vou tremer e suar”, “Vou gaguejar durante as falas”, “As pessoas vão me ridicularizar”, podem surgir na mente do sujeito, fazendo com que ele se sinta ansioso.

Buscando formas de lidar com suas crenças desadaptativas e anular suas emoções, esse sujeito, ao entrar em contato com relatos interpessoais sobre o efeito relaxante do consumo do tabaco, passa a utilizar como estratégia compensatória fumar alguns cigarros antes de situações como essa. Esse hábito é desenvolvido e mantido por crenças relacionadas ao uso da substância, que podem envolver expectativas positivas (crenças antecipatórias), como também cognições facilitadoras (crenças permissivas). Como exemplo de crença antecipatória, pode ser citado o indivíduo pensar “Vou me sentir mais relaxado quando fumar um cigarro”. Já dentre as crenças permissivas, é possível citar: “Vou fumar apenas em situações como essa” (Silva, 2013).

Alguns exemplos de técnicas cognitivas utilizadas no tratamento da dependência química são o questionamento socrático, o registro de pensamentos automáticos, a distração, a análise de vantagens e desvantagens, cartões de enfrentamento, a seta descendente (Zanelatto, 2019) e a solução de problemas (Luz Junior, 2004). A realização do questionamento socrático, através de perguntas sistemáticas, estimula o paciente a examinar e avaliar as evidências que apoiam ou não seus pensamentos e crenças disfuncionais que sustentam o hábito do tabagismo, com o objetivo de provocar *insights*. Através desse processo, o paciente acaba construindo explicações alternativas para suas cognições (Zanelatto, 2019).

O registro de pensamentos automáticos consiste em solicitar que o paciente expresse, através de uma tabela, as situações de consumo do tabaco ou de risco de recaída, considerando os pensamentos que surgiram durante a experiência, quais as emoções geradas pela condição, os comportamentos assumidos e as respostas adaptativas. Essa técnica é útil para que o terapeuta avalie melhor o caso do paciente e para que o indivíduo possa

compreender a influência dos processos cognitivos na sua dependência química. (Zanelatto, 2019).

A técnica da distração caracteriza-se por auxiliar o paciente a desenvolver a habilidade de mudar o foco de atenção para outras situações. Essa intervenção é utilizada para facilitar o enfrentamento das sensações de abstinência, combatendo as crenças que o paciente ainda não tem controle, ou seja, atividades como ler em voz alta e se concentrar nos detalhes físicos do ambiente são desenvolvidas para que o indivíduo se distraia dos processos cognitivos disfuncionais que estão lhe afetando e podem levá-lo à recaída (Zanelatto, 2019).

Na técnica de análise de vantagens e desvantagens, o indivíduo é convidado a realizar uma tabela subdividida, elencando os prós e contras do tabagismo. É possível também utilizá-la para expressar as motivações para deixar o tabagismo e as possíveis barreiras que vão impedir o processo (Silva, Ferreira & Zanelatto, 2013). Entre essas informações, o terapeuta pode tomar uma postura ativa, expressando seu ponto de vista ou ajudando o paciente a refletir sobre questões desconsideradas. Essa intervenção é útil para recolher informações para construir cartões de enfrentamento (Zanelatto, 2019).

Os cartões de enfrentamento são fichas de papel do tipo cartão, que o tabagista possa sempre consultar, com informações sobre estratégias de enfrentamento para situações difíceis ou autoinstruções para motivação, ou até mesmo respostas adaptativas para pensamentos automáticos. Os dados dos cartões são construídos de maneira colaborativa (Silva et al., 2013).

A técnica da seta descendente tem como objetivo identificar crenças centrais na estrutura cognitiva do paciente. Ela é aplicada através de perguntas repetitivas (Ex: “Se isso for verdade, o que isso significa?”), a partir dos pensamentos automáticos. Esses questionamentos expõem crenças cada vez mais profundas, que devem ser listadas, uma embaixo da outra, permeadas por uma flecha (Luz Junior, 2004).

A solução de problemas é uma estrutura de análise que pode auxiliar o paciente a lidar com algumas dificuldades relacionadas à dependência química. Dividida em seis etapas, a primeira consiste em identificar e delimitar o problema em questão. Logo após, o paciente é estimulado a pensar em diversas soluções possíveis. Na terceira etapa, o indivíduo deve refletir sobre os prós e contras de cada solução elencada. A partir dessa reflexão, o tabagista deve escolher a melhor solução disponível, para logo em seguida colocá-la em prática. Por fim, é indicado que o sujeito avalie se a escolha foi efetiva e adequada para a resolução do problema identificado (Luz Junior, 2004).

Entre as técnicas comportamentais que podem ser utilizadas no tratamento da dependência química, Zanelatto (2019) indicam o diário de automonitoramento, o treinamento em relaxamento, o ensaio comportamental e o manejo de contingência. O automonitoramento consiste em solicitar que o paciente descreva em uma tabela, subdividida com os dias da semana e em intervalos de 30 min, as atividades realizadas e o grau de satisfação, competência e o estado de humor relacionados com cada uma delas. Essa técnica tem como objetivo, primeiramente, expor claramente o cotidiano do tabagista durante as semanas e como as atividades de cada momento se relacionam com o tabagismo. Além disso, é útil para planejar atividades futuras e acompanhar o cumprimento das mesmas (Luz Junior, 2004).

O treinamento em relaxamento tem como objetivo introduzir ao paciente habilidades que podem fazê-lo compreender que não precisa do tabaco para se sentir confortável e relaxado. Esse método consiste em treinar habilidades (técnicas de respiração e/ou relaxamento) no paciente para que ele enfrente melhor situações de pressão, estresse, ansiedade, fissura, raiva, entre outras condições de tensão (Zanelatto, 2019).

O ensaio comportamental consiste em realizar dramatizações com o paciente, momento em que o terapeuta assume o papel de outras pessoas (esposa, filhos, chefe, amigos) ou do próprio paciente, para simular uma situação importante. Essa técnica é útil para desenvolver habilidades interpessoais, identificar pensamentos automáticos, estimular reações de fissura para treinar o enfrentamento, entre outros objetivos (Luz Junior, 2004).

A técnica do manejo de contingências é baseada na teoria do condicionamento operante de Skinner (2004), e tem como objetivo extinguir comportamentos indesejáveis através da modificação ou criação de consequências (contingências) para os mesmos. Essas consequências podem ser reforçadores naturais (ex: encontrar os amigos, jogar futebol) ou reforçadores arbitrários (ex: receber prêmios) com a comprovação da abstinência (Zanelatto, 2019).

Os tratamentos baseados na abordagem cognitivo comportamental podem ser realizados de maneira individual ou grupal. Silva et al. (2013) apresentam alguns aspectos a serem considerados para selecionar o tipo de tratamento. O tratamento individual é mais indicado para pacientes que precisam de atenção exclusiva com alguma comorbidades psiquiátrica que prejudique o processo de chegada à abstinência ou condições cognitivas/sensoriais que dificultem o acompanhamento das sessões.

O tratamento em grupo possui algumas condições favoráveis, como a troca de experiências entre os tabagistas e a rede de apoio social que pode se formar durante as

sessões. É considerado importante que os grupos sejam formados de acordo com padrões de idade, para facilitar a identificação entre os membros. Além disso, não é indicado que existam entre os membros pessoas com um convívio intenso (familiares, profissionais da mesma empresa), pois condições como essa podem gerar exposição e conflitos) (Silva et al. , 2013). Acompanhado dessas indicações, Stead, Carrol e Lancaster (2017) afirmam, através de uma pesquisa comparando o sucesso de tratamentos para o tabagismo, que a terapia em grupo é melhor para ajudar tabagistas a atingir a cessação do hábito.

Quanto ao número de sessões de psicoterapia que serão oferecidos a pacientes que desejam tratar o tabagismo, Zanellato e Boschetti (2013), apontam algumas questões a serem consideradas. Primeiramente, é importante levar em conta as demandas a serem trabalhadas com cada paciente. Esse contrato deve ser realizado de maneira conjunta com o indivíduo.

Outro fator relevante a ser considerado nas sessões de psicoterapia com tabagistas é o método de cessação do consumo. É importante que o terapeuta esclareça as formas de interromper o uso do cigarro e solicite que o paciente selecione qual caminho seguir. A parada abrupta consiste em definir juntamente com o paciente uma data para cessar o tabagismo. Essa escolha é importante para evitar condições de ansiedade e estresse que podem surgir no indivíduo ao pensar sobre o momento de interromper o uso (Silva et al., 2013). É indicado que o terapeuta auxilie o paciente a refletir sobre a escolha da data, para identificar situações que possam favorecer o sucesso da cessação (dias com mais apoio social) e desenvolver um plano para ocupar o dia do indivíduo com atividades (Pressman & Gigliotti, 2019).

Por outro lado, a parada gradual tem o intuito de estabelecer uma tabela com parâmetros de redução do consumo (o número médio de cigarros fumados ao dia é dividido por 7 e o resultado deste cálculo será a redução diária de consumo) e o adiamento do primeiro cigarro (se o tabagista fuma seu primeiro cigarro às 9:00AM, no próximo dia esse hábito será adiado para às 10:00AM, assim sucessivamente) durante uma semana. Esse método é utilizado com pacientes que possuem resistência a assumir a parada abrupta (Silva et al., 2013).

Buscando pesquisar a efetividade de tratamentos baseados na abordagem cognitivo comportamental para aumentar a chance de abstinência de tabagistas, a tese de Ismael (2007) apresenta resultados promissores. Dentre os 65 tabagistas tratados pelas técnicas da TCC no programa em questão, 49,7% permaneceram abstinentes por dez meses. O autor considera que a utilização da Terapia Cognitivo Comportamental, ao invés de apenas aplicar intervenções com técnicas comportamentais, pode contribuir para a efetividade do programa.

A Terapia Cognitivo Comportamental é considerada útil inclusive quando o tabagista apresenta comorbidades psiquiátricas. Tabagistas com transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e outros transtornos de dependência química, tem seu tratamento otimizado por essa abordagem (Guichenez et al., 2007).

Outra pesquisa com 402 fumantes com mais de 50 anos, que fumavam 10 ou mais cigarros por dia apresentou resultados promissores. Os pesquisadores evidenciaram que a estratégia psicoterápica, em período prolongado, aumentou as chances de abstinência na população da pesquisa. Além disso, o trabalho afirma que 55% dos tabagistas, tratados pela TCC associada à farmacoterapia (cloridrato de bupropiona e terapia de reposição de nicotina), depois de 104 semanas foram considerados abstinentes (Hall et al., 2009).

Farmacoterapia no tratamento do tabagismo

A farmacoterapia utilizada para o tratamento do tabagismo é considerada um apoio, em situações específicas, para favorecer a abordagem cognitivo comportamental, que é a base para que o paciente atinja a abstinência. Os medicamentos indicados como mais eficientes pela Portaria Nº 761 do Ministério da Saúde são a Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), que é consumida através de adesivos transdérmicos ou gomas de mascar e o Cloridrato de Bupropiona, que é fornecido através de comprimidos (Brasil, 2016).

O TRN consiste em introduzir na circulação sistêmica do tabagista uma quantidade adequada de nicotina. Utilizando como exemplo o adesivo transdérmico, essa substância psicoativa penetra na pele por difusão, se mantendo disponível biologicamente (Cordioli, Gallois & Isolan, 2015). O mecanismo de ação desse medicamento visa reduzir os sintomas de abstinência do tabagista, diminuindo, assim, a vontade de fumar. Ações como essa aumentam a probabilidade de sucesso de tabagistas que desejam interromper o uso (Marques et al., 2001).

A bupropiona (cloridrato de bupropiona) é classificada como um antidepressivo, ingerido oralmente em forma de comprimidos que tem seu mecanismo de ação caracterizado por inibir não seletivamente os transportadores de dopamina e noradrenalina, interrompendo a recaptação desses neurotransmissores. Esse medicamento é considerado eficaz para auxiliar pacientes tabagistas a chegarem na abstinência. É indicado que o consumo do fármaco tenha início antes de o paciente interromper o uso do tabaco (Cordioli et al., 2015).

A Vareniclina (Tartarato de Vareniclina) tem sido comprovadamente eficaz para o tratamento do tabagismo, apresentando consumo seguro e bem-tolerado pelos indivíduos. Esse fármaco funciona como um redutor dos efeitos da fissura e do prazer de fumar. Seus mecanismos de ação ocorrem por sua propriedade agonista parcial dos receptores de nicotina. A utilização deste medicamento para tratar o tabagismo deve ser iniciada anteriormente a interrupção do consumo dos cigarros (Pressman & Gigliotti, 2019).

A prescrição de tratamento farmacológico para tabagistas, pelas unidades de saúde vinculadas ao SUS deve seguir alguns critérios envolvidos com o grau de dependência física do tabagista. É indicada a utilização de farmacoterapia com indivíduos que fumam 20 ou mais cigarros por dia; que fumam o primeiro cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar e utilizam 10 cigarros por dia; tabagistas que apresentam escore igual ou maior que 5 no teste de Fagerstrom (<https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/teste-fargestrom>), ou que receberam avaliação individual de um profissional; sujeitos que fracassaram em atingir a cessação do consumo apenas com a abordagem cognitivo comportamental, devido aos sintomas de abstinências; e não deve haver contra-indicações médicas. Além desses critérios, o fornecimento desses medicamentos deve ser realizado somente em tabagistas que estão participando das sessões TCC e nunca de maneira isolada (Ministério da Saúde, 2001).

Sobre a seleção dos medicamentos, a utilização de apenas um fármaco é considerada suficiente para a maioria dos pacientes. A escolha entre as TRN e a bupropiona deve estar de acordo com a avaliação individual do profissional médico e a opinião do tabagista, não existindo assim, critérios fechados para a seleção. (Ministério da Saúde, 2001).

A respeito da efetividade dos tratamentos farmacológicos para facilitar o sucesso de tabagistas em atingir a abstinência da substância a Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence (2008) fornecem uma tabela que compara a razão das chances como monoterapias e terapias combinadas. Considerando é claro, primeiramente a sintomatologia de abstinência entre outros fatores que podem influenciar no tratamento para definir qual tratamento será indicado para cada paciente, o uso do adesivo de nicotina a longo prazo (mais de 14 semanas), dando a liberdade de o sujeito continuar utilizando o fármaco por mais tempo, apresentou a maior média de razão de chances de sucesso terapêutico (3,6). Ainda sobre a monoterapia, a Vareniclina (2 mg/dia), também demonstrou resultados promissores (3,1). Já entre os tratamentos combinados os melhores resultados se mostraram na associação do adesivo de nicotina e a bupropiona (2,5).

Comorbidades psiquiátricas em pacientes tabagistas

A variável considerada mais prejudicial para o sucesso em atingir a abstinência é a associação do tabagismo com transtornos psiquiátricos. Tabagistas que sofrem de transtornos depressivos, transtornos de ansiedade e outros transtornos por uso de substância enfrentam sintomas de abstinência mais intensos (American Psychiatric Association, 2014). Informações como essa indicam a importância de investigar se o paciente possui diagnósticos psiquiátricos para que sejam realizadas futuras intervenções (Pressman & Gigliotti, 2019). Entre os diagnósticos mais comuns associados ao tabagismo, estão o transtorno depressivo maior, o abuso de álcool, transtornos relacionados à ansiedade e a dependência de outras substâncias (Lasser et al., 2000).

Ansiedade pode ser caracterizada por um estado emocional complexo com sintomas físicos, cognitivos, comportamentais e emocionais, em que o indivíduo passa por efeitos de apreensão e excitação, relacionados com eventos futuros potencialmente aversivos. Esse estado pode ser considerado adaptativo para os seres humanos, porém, reações excessivas e persistentes em relação ao estado de desenvolvimento do indivíduo podem envolver transtornos psiquiátricos (American Psychiatric Association, 2014).

Transtornos de ansiedade envolvem sintomas de medo e ansiedades excessivos e perturbações comportamentais relacionadas com essas condições. Reações de medo provocam frequentemente excitabilidade autonômica aumentada, onde o corpo se prepara para lutar ou fugir da ameaça em questão, tensão muscular, pensamentos envolvendo perigo imediato, vigilância aumentada e comportamentos de cautela ou esquiva. São considerados transtornos de ansiedade, o Transtornos de Ansiedade de Separação, Mutismo Seletivo, Fobia Específica, Transtorno de Ansiedade Social, Transtorno do Pânico, Agorafobia, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Ansiedade devido a outra condição médica, outro transtorno de ansiedade especificado, Transtorno de ansiedade não especificado e Transtorno de Ansiedade Induzido por substância/medicamento (American Psychiatric Association, 2014).

O transtorno de ansiedade induzido por substância/medicamento pode ser caracterizado brevemente por crises de ansiedade e ataques de pânico, induzidos pela intoxicação, reações de abstinência ou exposição a um medicamento. Esses sintomas não são mais bem explicados por outro transtorno de ansiedade independente do uso de substâncias e medicamentos (American Psychiatric Association, 2014).

Relacionado especificamente com o tabagismo, os sintomas de ansiedade estão entre os principais efeitos da síndrome de abstinência dessa substância (American Psychiatric Association, 2014). Em pacientes que estão no processo de cessação do consumo, a ansiedade está relacionada com o ganho de peso, pelo fato de a alimentação ser uma forma de amenizar os sintomas (Silva et al., 2013).

Existe a hipótese de que o tabagismo é considerado pelos fumantes uma forma de aliviar os sintomas de irritação, ansiedade e humor depressivo. No entanto, como já visto, considerando os sintomas de abstinência da substância, é possível perceber que o próprio consumo do tabaco pode ser o causador dos sintomas de ansiedade que o tabagista tenta combater com os cigarros (Fluharty, Taylor, Grabski & Munafò, 2016).

A depressão está amplamente associada com o tabagismo. Os transtornos depressivos tem como fatores comuns os sintomas de humor triste, vazio ou irritável, associado de alterações somáticas e cognitivas, que prejudicam significativamente o funcionamento da vida desses indivíduos. Estão na lista dos transtornos depressivos o transtorno disruptivo de desregulação do humor, o transtorno depressivo maior, o transtorno depressivo persistente (distímia), o transtornos disfórico pré-menstrual, o transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado, o transtorno depressivo não especificado e o transtorno depressivo induzido por substância/medicamento (American Psychiatric Association, 2014).

O transtorno depressivo maior tem como características principais o humor deprimido, acentuada diminuição do interesse ou prazer pelas atividades, perda ou ganho de peso significativa, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimento de culpa excessiva ou inutilidade, dificuldades para se concentrar e/ou tomar decisões e pensamentos frequentes sobre morte (ideação suicida). Como comorbidades comuns, os transtornos por uso de substância são citados (American Psychiatric Association, 2014).

O transtorno depressivo induzido por substância/medicamento tem como característica principal o paciente sofrer com humor depressivo e apresentar diminuição significativa de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades. Os sintomas citados surgiram durante ou logo após a intoxicação pela substância, durante a síndrome de abstinência ou após a exposição ao medicamento. Esses estados depressivos são persistentes além da duração esperada, relacionada com os efeitos causados pela substância (American Psychiatric Association, 2014).

Adultos com transtornos depressivos tem riscos mais significativos de consumir o tabaco pela primeira vez, manter o uso e desenvolver um transtorno por uso da substância. Além disso, tabagistas com esse tipo de transtorno apresentam sintomas de abstinência mais grave (American Psychiatric Association, 2014).

Dentre os indivíduos que procuraram programas de tratamento para cessar o tabagismo 50% apresentaram história de depressão (Lasser et al., 2000). Relacionado com isso Malbergier e Oliveira Jr (2005) consideram a possibilidade de que pacientes com depressão tenham a possibilidade de recaídas aumentada e, conseqüentemente, apresentem maiores fracassos nos tratamentos para a cessação do tabagismo.

Pressman e Gigliotti (2019) afirmam a importância da aplicação de escalas diagnósticas para avaliar possíveis comorbidades psiquiátricas (ansiedade, depressão, alcoolismo) nos pacientes tabagistas, antes de se iniciarem futuras intervenções. O Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), são alguns exemplos. Estes são compostos por 21 questões cada, e o indivíduo deve responder de acordo com a frequência de alguns sintomas em sua vida (Hutz, Bandeira, Trentini & Krug, 2016).

Como já citado, o abuso do álcool é comum entre tabagistas (Pressman & Gigliotti, 2019). A intoxicação por essa substância pode provocar nos usuários efeitos de fala arrastada, incoordenação, instabilidade na marcha, nistagmo, comprometimento da atenção e memória, estupor e até mesmo o coma. Indivíduos com transtornos relacionados ao consumo de álcool frequentemente apresentam sintomas comportamentais e físicos, que podem envolver reações de abstinência, tolerância e fissura (American Psychiatric Association, 2014).

Em tratamentos com objetivo de cessação do tabaco é comum que os pacientes sejam aconselhados a evitar o uso da bebida alcoólica pois ele pode favorecer a recaída (Pressman & Gigliotti, 2019). Esse fator está associado ao efeito depressor do sistema nervoso central provocado pelo álcool, que pode diminuir a censura crítica do tabagista (Silva et al., 2014).

É importante salientar que pacientes com transtornos psiquiátricos podem sofrer de uma intensificação dos sintomas durante as reações agudas de abstinência do tabaco. Esses efeitos estão associados principalmente com pacientes que não fazem tratamento medicamentoso para a dependência de nicotina. Outro fator relevante a ser mencionado é que a cessação do tabagismo pode afetar a farmacocinética de certos medicamentos aplicados para outros sintomas psiquiátricos, tornando essencial o acompanhamento médico desses pacientes. Por fim, informações como as levantadas neste tópico fundamentam a necessidade de investigar comorbidades psiquiátricas em pacientes tabagistas, antes da realização de

tratamentos para a cessação do tabagismo. As informações levantadas por essa avaliação podem especificar as formas de tratamento desses indivíduos (Pressman & Gigliotti, 2019).

MÉTODO

Delineamento

O presente trabalho buscou realizar uma pesquisa de caráter qualitativo exploratório. Gil (2002) considera o objetivo desse tipo de pesquisa como sendo, tornar mais explícito um determinado assunto estudado, utilizando como base um material científico já elaborado, buscando desenvolver ideias mais aprimoradas. A perspectiva qualitativa aqui escolhida é baseada em Flick (2009) que a caracteriza como sendo um método que busca representar os objetos de estudo em sua totalidade, para contemplar de maneira mais profunda e reflexiva a vida cotidiana.

Fontes

Os dados utilizados na presente pesquisa foram baseados em artigos científicos digitais. As fontes de onde foram extraídos os dados são da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS Brasil). Foram considerados pertinentes para a pesquisa, os materiais científicos descritos em português, que foram publicados dentro do período de 2013 a 2020, que abordavam programas de cessação do tabagismo, que utilizaram psicoterapia. Os descritores utilizados foram: tabagismo - programas - cessação.

Instrumentos

O instrumento utilizado para organizar e estruturar o material pesquisado são as fichas de leitura. Baseando-se na perspectiva de Gil (2002), para cada uma das obras abordadas, foi realizada uma ficha onde foram registrados dados de identificação do material científico e uma síntese de seus conteúdos. Esses conteúdos foram divididos em três categorias de análise.

Procedimentos

Primeiramente as fontes de dados escolhidas foram consultadas de maneira mais ampla, utilizando os descritores acima apresentados. Na SciELO, foram encontrados 33 artigos, dentre

eles 23 em português e 20 publicados a partir de 2013. Na BVS, foram encontrados 3612 artigos, dentre eles 170 em português e 57 publicados a partir de 2013.

Ao entrar em contato com os artigos levantados, foi realizada uma leitura breve dos resumos dos materiais, com o intuito de selecionar os que vão de encontro com os objetivos da pesquisa. Foram selecionados 14 artigos. Após esse processo, as obras selecionadas foram lidas na íntegra, buscando analisar o conteúdo de cada uma delas. A partir dessa leitura mais aprofundada, os dados considerados relevantes para atingir os objetivos da pesquisa foram organizados em três categorias de análise, materializadas em três tabelas. Houve também a realização de uma tabela para fornecer a referências dos artigos. Posteriormente, discutiu-se essas categorias emparelhando com a revisão de literatura.

Referencial de análise

O material foi abordado utilizando o método de Análise de Conteúdo, explicitado por Laville e Dionne (1999). Essa metodologia pode ser caracterizada como uma maneira de desconstruir a estrutura e os elementos do conteúdo abordado, com o objetivo de elencar suas diferenças e expor suas significações. Com isso, é possível desenvolver uma revelação ou reconstrução dos significados desses materiais, buscando atingir os objetivos propostos pela pesquisa.

O desenvolvimento dessa metodologia é realizado na prática a partir da elaboração de recortes das informações dos artigos, nomeadas de categorias de análise, para estimular melhores compreensões e interpretações do material trabalhado. Os critérios para basear estes agrupamentos de dados foram elaborados *a posteriori*, gradativamente durante o processo de leitura aprofundada dos artigos. A postura assumida busca realizar um levantamento maior de informações e potencializar a compreensão dos conteúdos localizados (Laville & Dionne, 1999).

RESULTADOS

As tabelas abaixo foram configuradas a partir dos critérios desenvolvidos durante a produção do trabalho. A primeira tabela busca nomear os artigos, dando uma numeração para cada um deles, que será utilizada para citá-los durante a discussão. Os próximos três servem para apresentar as categorias de análise da pesquisa. A primeira categoria busca reunir informações dos artigos sobre as estratégias de psicoterapia (abordagem psicoterápica, número de sessões, profissionais envolvidos, métodos de cessação e conclusões do artigo sobre o assunto) utilizadas nos programas de cessação do tabagismo. Na segunda, estão fornecidos dados sobre o tratamento farmacológico (medicamentos utilizados, posologia, conclusões do artigo sobre o assunto) aplicado nos tabagistas do programa. Por fim, na terceira categoria estão contidos dados sobre as comorbidades psiquiátricas (número de tabagistas com comorbidades psiquiátricas, métodos de avaliação aplicados pelo programa e conclusões do artigo sobre o assunto) dos tabagistas que foram abordados pelo programa.

Tabela 1:

Referências dos artigos

Artigo 1	Artigo 2	Artigo 3
(Garcia, Andrade, Biral, Bertani, Caram, Cezar, Godoy & Tanni, 2018)	(Pawlina, Rondina, Espinosa & Botelho, 2015)	(Lopes, Peuker & Bizarro, 2013)
Artigo 4	Artigo 5	Artigo 6
(França, Neves, Souza, Martins, Carneiro, Sarges & Souza, 2015)	(Pawlina, Rondina, Espinosa & Botelho, 2014)	(Carvalho, Gomes, Loureiro & Bezerra, 2013)
Artigo 7	Artigo 8	Artigo 9
(Mattos, Abreu, Portela, Jomar & Paixão, 2019)	(Santos, Bitencourt, Engel, Stacciarini & Cordeiro, 2018)	(Reginato, Rosa & Pithan, 2018)
Artigo 10	Artigo 11	Artigo 12
(Nascimento, Silva, & Nascimento, 2016)	(Mesquita, 2013)	(Lopes, Peuker, Rech, Gonçalves & Bizarro, 2014)

Tabela 1 (*continuação*)

Referências dos artigos

Artigo 13

Artigo 14

(Krinski, Faustino-Silva & Schneider, 2018)

(Freire, Ramos, Silva, David, Pestana, Fernandes & 2014)

DISCUSSÃO

Em cada tópico das categorias de análise vão se encontrar a respectiva tabela com os resultados da pesquisa, acompanhada da discussão dos dados da mesma, relacionando-os ao que foi abordado na revisão de literatura.

Categoria 1: Psicoterapia nos programas de cessação do tabagismo

Tabela 2:

Categoria 1: *psicoterapia nos programas de cessação do tabagismo*

Artigo 1	Artigo 2	Artigo 3
<p>Psicoterapia: 10 sessões grupais, baseadas na TCC, com 2h de duração;</p> <p>Profissionais: todo o tratamento para a cessação do tabagismo (durante a hospitalização) foi realizado por um profissional de saúde treinado.</p>	<p>Psicoterapia: 4 sessões semanais de 90 min de TCC em grupo (com 10 a 15 pacientes).</p> <p>Método de cessação: desses 61 pacientes, 53 (65,4%) escolheram parar abruptamente.</p> <p>Profissionais: não foi esclarecido que profissional coordenou os grupos.</p>	<p>Psicoterapia: 4 sessões semanais de 2h de TCC. Dois grupos de 8 participantes.</p> <p>Método de parada: Os participantes que optaram pela parada abrupta foram mais beneficiados pelo programa.</p> <p>Profissionais: os grupos foram coordenados por duas psicólogas</p>

Tabela 2: (continuação)

Categoria 1: *psicoterapia nos programas de cessação do tabagismo*

Artigo 4	Artigo 5	Artigo 6
<p>Psicoterapia: No programa foram utilizadas intervenções baseadas na teoria comportamental.</p> <p>Profissionais: a equipe é dita como multiprofissional, mas não são esclarecidos quais são os profissionais.</p>	<p>Psicoterapia: 4 sessões semanais de TCC em grupos de 10 a 15 participantes, de 1 hora e meia ..</p> <p>Profissionais: Todos os participantes foram acompanhados pelo médico assistente na fase inicial e com a psicóloga.</p>	<p>Psicoterapia: Quatro sessões de TCC semanais de 90 min em grupo, seguidas de duas sessões quinzenais de 60 minutos e uma sessão mensal de acompanhamento até completar um ano.</p> <p>Profissionais: não foram esclarecidos quais profissionais coordenaram os grupos</p>
Artigo 7	Artigo 8	Artigo 9
<p>Psicoterapia: O número de sessões em grupo que o indivíduo participou relacionaram-se estatisticamente à cessação do tabagismo.</p> <p>Profissionais: não foi esclarecido quais profissionais coordenaram as atividades psicoterápicas.</p>	<p>Psicoterapia: Sessões de TCC individuais, semanais no primeiro mês, quinzenal até completar a abordagem intensiva (três meses) e, finalmente, mensal até completar um ano.</p> <p>Profissionais: médico e psicólogo.</p>	<p>Psicoterapia: 4 sessões grupais de TCC, com cerca de uma hora de duração</p> <p>Profissionais: A coordenadora do projeto foi uma profissional de odontologia. Participaram das sessões alunos de graduação do curso de odontologia, uma psicóloga e duas fisioterapeutas.</p>

Tabela 2: (continuação)

Categoria 1: *psicoterapia nos programas de cessação do tabagismo*

Artigo 10	Artigo 11	Artigo 12
<p>Psicoterapia: 4 sessões semanais de TCC.</p> <p>Profissionais: profissionais de saúde das unidades de saúde.</p>	<p>Psicoterapia: 4 sessões semanais de terapia cognitivo comportamental em grupo. As sessões tinham cerca de 20 participantes e duravam 90 minutos em média. Método de cessação: são apresentados os métodos de parada abrupta ou gradual e é solicitado que o fumante escolha um método.</p> <p>Profissionais: participavam das sessões dois de quatro profissionais: psicólogo, médico, assistente social e enfermeiro.</p>	<p>Psicoterapia: 4 sessões de TCC grupal, com 2h e frequência semanal. O artigo apresenta detalhes sobre as sessões. A estrutura e o conteúdo do programa foram concebidos a partir do material disponibilizado pelo Instituto Nacional do Câncer.</p> <p>Profissionais: Os grupos foram coordenados por cinco psicólogos doutorandos e uma pós doutoranda em formato de projeto de extensão, sendo que os dois últimos contaram com o apoio de um estagiário de psicologia.</p>

Tabela 2: (continuação)

Categoria 1: *psicoterapia nos programas de cessação do tabagismo*

Artigo 13

Artigo 14

Psicoterapia: 4 sessões de TCC grupal, sem encontros de manutenção. Além de participarem do grupo de cessação (...) os pacientes também tiveram tratamento

individual com a psicóloga, o que ajudou muito para ter uma boa taxa de cessação e de abstinência.

Profissionais: não foram esclarecidos os profissionais que coordenaram os grupos, apenas que houveram tratamentos individuais com uma psicóloga.

Psicoterapia: 22 reuniões de 1h cada. 1 sessão de apresentação do programa; 5 sessões de psicoeducação; 4 sessões de TCC; 12 sessões até o final do ano.

Método de cessação: Foi estabelecida uma data para a parada abrupta de todos os participantes. Uma data estabelecida para todo o grupo promove um aumento da afinidade e aproxima seus componentes, visto que todos passam pelas etapas de cessação juntos, proporcionando o aumento do vínculo.

Profissionais: Médico, psicólogo e fisioterapeuta.

Analisando a utilização de abordagens psicoterápicas nos artigos levantados pela pesquisa qualitativo-exploratória, foi possível perceber que todos os programas de cessação do tabagismo utilizaram as técnicas cognitivo comportamentais. Essa informação pode ser explicada por dois fatores. Primeiramente pelas recomendações dadas pela Portaria N° 761, de 21 de junho de 2016, que define que os tabagistas brasileiros devem ser tratados por essa

abordagem, por qualquer unidade de saúde pertencente ao SUS (Brasil, 2016). Dentre os programas abordados, os artigos 4, 5, 7, 8, 10, 11 e 12 informaram estar vinculados ao Sistema Único de Saúde, 9 e 12 foram realizados por universidades públicas, 3 foi aplicado no contexto organizacional e os 2, 6, 14 foram desenvolvidos em instituições de saúde. É importante ressaltar que alguns programas podem ter sido realizados em unidades pertencentes ao SUS, porém não esclareceram isso nos artigos.

Por outro lado, a utilização da abordagem cognitivo comportamental nos programas pode ter sido justificada pelos seus números promissores de eficiência, quanto ao aumento da chance de sucesso do tratamento em atingir a abstinência dos pacientes (Hall et al., 2009; Ismael, 2007). É relevante ressaltar que, entre os programas da pesquisa que não utilizaram o tratamento farmacológico e que realizaram reavaliação para comprovar a abstinência dos pacientes após seis meses do início do tratamento, o artigo 3, com 81 pacientes, apresentou taxa de sucesso de 37,50% e o artigo 12, com 69 participantes, 17,39%.

Sobre as informações acima, é relevante ressaltar que os programas de cessação de tabagismo considerados no presente trabalho acolhem populações com singularidade que influenciam nos resultados das pesquisas. São exemplos, idade, nível de dependência de nicotina e condições de saúde. Por isso, as informações de cada artigo não podem ser plenamente comparadas.

Dentre os materiais analisados, apenas o artigo 8 e 13 informaram que seus programas envolveram terapia cognitivo comportamental individual. O artigo 8 informou que as sessões de terapia cognitivo comportamental oferecidas foram individuais. Um trecho do artigo 13, relatou que, além de os participantes do programa participarem de sessões grupais de TCC, os mesmos tiveram tratamento individual com a psicóloga. O artigo relaciona o oferecimento de psicoterapia grupal, com tratamento individual com o aumento das taxas de cessação e abstinência. Levando em conta as afirmações de Silva et al. (2013) com indicações a respeito da utilização de psicoterapia individual para tabagistas com características específicas (comorbidades psiquiátricas, traços de personalidade, condições cognitivas/sensoriais), é possível presumir que o oferecimento dessa forma de tratamento pode influenciar nas taxas de sucesso terapêutico.

Somente o artigo 4 e 10 não especificaram se a psicoterapia oferecida aos tabagistas foi individual ou grupal, no entanto todos os demais artigos relataram que seus programas ofereceram terapia cognitivo comportamental grupal. Elencando a afirmação de Stead et al. (2017), que considera a terapia em grupo como melhor para o auxílio a tabagistas que

desejam chegar a abstinência, é possível considerar que os programas discutidos neste trabalho estão oferecendo propostas psicoterápicas com eficiência cientificamente fundamentadas.

Sobre o número de sessões de psicoterapia oferecidos pelos programas de cessação do tabagismo, a grande maioria envolveu 4 encontros (2, 3, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 14). O programa com mais sessões de psicoterapia foi abordado no artigo 8, que informou ter 17 sessões de terapia cognitivo comportamental individual. O artigo 7, mesmo não informando o número de encontros oferecidos pelo programa pesquisado, afirmou que o número de sessões em grupo que o tabagista participou tiveram relação estatística com a cessação do tabagismo. Silva et al. (2013), aos dados do artigo, informando que a eficácia de intervenções psicoterápicas com o objetivo de cessação do tabagismo está diretamente proporcional ao tempo que o paciente participa das sessões. O INCA expõe um material semelhante, afirmando que a taxa de abstinência de pacientes tratados pela terapia cognitivo comportamental melhora com o aumento do tempo total de terapia (Brasil, 2001).

Buscando apenas elencar dados para associar com as informações levantadas no parágrafo acima o artigo 1, com seu programa envolvendo 10 sessões de psicoterapia grupal apresentou uma taxa de abstinência, após seis meses de tratamento, de 44,37%. Por outro lado, os artigos 3 e 12, que abordavam programas com 4 sessões de psicoterapia, apresentaram resultados de 37,5% e 17,39% de abstinência, respectivamente, levando em conta o mesmo intervalo de tempo.

Sobre os fatores necessários para definir o número de sessões a serem oferecidas para pacientes com dependência química, Zanellato & Boschetti (2013) oferecem algumas indicações. Os autores afirmam que o número de encontros de psicoterapia cognitivo comportamental pode variar de acordo com a demanda específica de cada paciente e essa quantidade deve ser definida de maneira conjunta com o indivíduo.

A respeito das informações fornecidas pelos artigos, sobre os métodos de cessação de consumo utilizados com os pacientes, houveram programas que informaram dar a escolha aos tabagistas, entre a parada abrupta ou gradativa. O artigo 2 relata que 65,4% dos pacientes atendidos pelo programa escolheram interromper o consumo abruptamente. É relevante elencar a utilidade deste método O artigo 3 afirmou que os tabagistas que optaram pela parada abrupta foram mais beneficiados pelo programa. Sobre essas informações é relevante elencar as afirmações de Silva et al. (2013), que consideram o método de cessação abrupta útil para

evitar condições de ansiedade e estresse que podem surgir no indivíduo ao pensar sobre o momento de parar o consumo.

Por outro lado, o artigo 14 relata que em seu programa existe uma data estabelecida para que seus participantes interrompam o consumo de cigarros abruptamente. Além disso, o material contém a afirmação de que esse método promove um aumento de afinidade e vínculo, aproximando os indivíduos do grupo, pelo fato de que os mesmos enfrentam as mesmas etapas de maneira conjunta. O artigo 11 apenas informou que os tabagistas foram solicitados a escolherem um método de cessação. A orientação dada pelo material de Pressman & Gigliotti (2019) indica que o terapeuta dê a liberdade de escolha ao paciente para selecionar seu método de cessação. Foi encontrada também a afirmação de que a cessação gradual é indicada para pacientes com resistência a interromper o consumo abruptamente (Silva et al., 2013).

Sobre os profissionais que fizeram parte dos programas abordados pelos artigos, é importante discorrer sobre as condições das portarias do Ministério da Saúde. As secretarias municipais de saúde que desejam ter acesso aos recursos medicamentosos e manuais de orientação para a psicoterapia de tabagistas, devem ter profissionais capacitados e credenciados pela Secretaria Estadual de Saúde para realizar os atendimentos (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2007). No entanto, não existe uma especificação de quais profissionais de saúde podem realizar essas capacitações. Além disso, Pressman e Gigliotti (2019) afirmam que qualquer profissional de saúde pode realizar abordagem aos tabagistas, citando como exemplos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, entre outras profissões.

Dentre os artigos analisados, 8 dos programas afirmam ter profissionais de psicologia no atendimento aos tabagistas (3, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 14). O trabalho dos médicos foi informado em 4 dos artigos (5, 8, 11, 14). Houve também o relato do trabalho de um enfermeiro (11), um assistente social (11), profissionais de odontologia (9) e fisioterapeutas (9 e 14). Alguns artigos apenas informaram que seus programas envolviam profissionais de saúde (1, 10), um deles afirmou contar com uma equipe multiprofissional e houveram dois programas que envolveram acadêmicos de ensino superior no atendimento aos tabagistas (12, 9).

Um fator importante a ser salientado é a inexistência de profissionais psicólogos em seis dos programas de cessação de tabagismo abordados nas pesquisas. Assumindo uma postura crítica ao abordar esses dados com o intuito de valorizar a presença do psicólogo

nesses programas, é possível presumir que uma formação acadêmica de 5 anos em psicologia pode favorecer a capacitação desses profissionais para aplicar a abordagem da terapia cognitivo comportamental. Além disso, a possibilidade da aplicação de testes psicológicos, restrita ao profissional psicólogo, pode ampliar a qualidade dos processos de psicodiagnóstico, que são essenciais para o desenvolvimento das estratégias terapêuticas adaptadas às condições do indivíduo, entre outras questões.

Categoria 2: Farmacoterapia nos programas de cessação do tabagismo

Tabela 3:

Categoria 2: *farmacoterapia nos programas de cessação do tabagismo*

Artigo 1	Artigo 2	Artigo 3
<p>O uso de fármacos para o controle dos sintomas de abstinência da nicotina foi baixo na amostra total (14,5%). O uso de adesivos de nicotina ocorreu em 3,4% e em 33,3% dos pacientes nos grupos de DC e DR, respectivamente, enquanto o de bupropiona ocorreu em 11,0% e em 12,3%, respectivamente. A vareniclina foi usada em 0,7% dos pacientes do grupo de DC.</p>	<p>Foi utilizada a terapia de substituição de nicotina e bupropiona. Durante a entrevista inicial, os pacientes foram avaliados pelo médico e, em seguida, receberam medicação apropriada.</p>	<p>Não foi utilizado tratamento farmacológico neste programa de cessação de tabagismo.</p>

Tabela 3: (continuação)

Categoria 2: farmacoterapia nos programas de cessação do tabagismo

Artigo 4	Artigo 5	Artigo 6
<p>Foi utilizado o tratamento de reposição de nicotina em pacientes que apresentavam níveis de dependência mais graves. A associação de medicamentos à terapia comportamental não foi estatisticamente significativa para manter a abstinência.</p>	<p>Todos os pacientes utilizaram terapia de reposição de nicotina e bupropiona.</p>	<p>Foi utilizada a terapia de reposição de nicotina (adesivos) e bupropiona. O uso e a posologia seguiram a classificação da dependência nicotínica.</p>
Artigo 7	Artigo 8	Artigo 9
<p>Uso de terapia de reposição de nicotina (adesivo) Os participantes que fizeram uso de medicamento tiveram maior proporção de cessação do tabagismo, assim como apresentaram maior média de meses em abstinência continuada. 25 (29,8%) utilizaram medicamento.</p>	<p>Foi utilizado o tratamento de reposição de nicotina (adesivos), com dosagem determinada pelo Fagerstrom, que poderia ou não ser associado à bupropiona. Apenas 52,1% dos tabagistas fizeram uso de medicamento. Tabagistas que utilizaram medicamento tiveram 5,64 mais chances de alcançarem o sucesso.</p>	<p>O programa não envolveu farmacologia.</p>

Tabela 3: (continuação)

Categoria 2: *farmacoterapia nos programas de cessação do tabagismo*

Artigo 10	Artigo 11	Artigo 12
Todos os participantes receberam tratamento de reposição de nicotina.	O tratamento utilizou a reposição de nicotina e a bupropiona. O programa utilizou o teste Fagerstrom para definir a posologia das medicações.	O programa não envolveu farmacologia.
22, 22% dos participantes faziam tratamento medicamentoso para depressão e/ou ansiedade.		

Tabela 3: (continuação)

Categoria 2: farmacoterapia nos programas de cessação do tabagismo

Artigo 13	Artigo 14
<p>23 (60,5%) dos participantes utilizaram algum medicamento preconizado pelo auxílio da cessação. 70% dos participantes que conseguiram parar de fumar, utilizaram algum medicamento preconizado pelo INCA. TRN (adesivos) e Bupropiona. A distribuição de medicamentos pelo SUS foi um tanto adversa, pois em muitos momentos houve falta total ou parcial de medicamentos durante os tratamentos.</p>	<p>Foi utilizado o tratamento de reposição de nicotina por meio de adesivos transdérmicos. A dosagem do adesivo foi determinada pelo Fagerstrom. Em caso de fissuras frequentes é utilizada a goma de mascar. Para indivíduos sem contraindicações, também é prescrito o uso de bupropiona, a qual é administrada dez dias antes da data de cessação para adaptação fisiológica. São fornecidos mais detalhes sobre a posologia. Dos indivíduos que alcançaram o mínimo período de abstinência (seis meses), 51,5% fizeram uso de terapia farmacológica.</p>

Dentre os programas de cessação de tabagismo percorridos nos artigos, apenas os artigos 3 e 12 não utilizaram terapia medicamentosa. A Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) através de adesivos foi utilizada nos programas abordados nos artigos 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8,

9, 10, 11, 13, 14. Programas de tratamento que aplicam apenas a Terapia de Reposição de Nicotina como método farmacológico foram discutidos nos artigos 1, 4, 7, 8, 10.

A possível justificativa para a grande maioria dos programas utilizarem a TRN em seus métodos de tratamento, está em seu mecanismo de ação que reduz os sintomas de abstinência que o tabagista enfrenta ao cessar o consumo da nicotina. Esse efeito aumenta a probabilidade de sucesso em cessar o consumo de cigarros (Marques et al., 2001; Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence, 2008). Outro dado importante diz respeito a Portaria do Ministério da Saúde nº 761 de junho de 2016, que fundamenta o fornecimento gratuito deste medicamento (Brasil, 2016). No entanto, o artigo 13, que investiga um grupo de cessação de tabagismo na atenção primária à saúde, informa que houve falta total ou parcial desses medicamentos, fornecidos pelo Sistema Único de Saúde, durante o programa de tratamento.

A bupropiona foi utilizada nos programas 1, 4, 7, 8 e 10. Como já elencado nesse trabalho, esse medicamento também é considerado eficaz para auxiliar tabagistas a cessar o consumo (Cordioli et al., 2015), e também são oferecidos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (Brasil, 2016). A Vareniclina foi aplicada em paciente de maneira reduzida apenas no programa abordado no artigo número 1. O mecanismo de ação deste medicamento reduz os efeitos da fissura e o prazer do consumo dos cigarros (Pressman & Gigliotti, 2019) e apresenta resultados promissores de sucesso terapêutico para a cessação do consumo (Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence, 2008)

Os artigos 2, 5, 6, 9, 11, 13 e 14 informaram que seus programas utilizaram a TRN e a bupropiona de maneira conjunta em determinados casos. Levando em conta os resultados das pesquisas da Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence (2008), a decisão de combinar as duas formas de tratamento têm taxas de sucesso cientificamente comprovadas. É relevante retomar as orientações do Instituto Nacional de Câncer, em seu consenso de 2001, sobre a seleção dos medicamentos. O documento em questão afirma que a aplicação de apenas um medicamento é considerada suficiente para a maioria dos pacientes. É necessário que o profissional em questão realize uma avaliação individual do caso para construir essa prescrição, considerando também a opinião do tabagista, ou seja, não existem critérios fechados para a seleção dos medicamentos (Ministério da Saúde, 2001).

Como instrumento para definir selecionar e definir a posologia das terapias farmacológicas, os artigos 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13 e 14 informaram utilizar o teste Fagerstrom. Este instrumento busca mensurar o nível de dependência de nicotina dos

tabagistas

(<https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/teste-fargestrom>). O artigo número 4 afirmou que a Terapia de reposição de nicotina foi aplicada apenas em pacientes que apresentavam um nível de dependência grave. O consenso de 2001, indica que tabagistas que apresentem um escore maior ou igual a 5, estão dentro dos critérios de prescrição farmacológica (Ministério da Saúde, 2001).

O artigo 11 explica detalhadamente seus parâmetros para a seleção e posologia do tratamento farmacológico, levando em conta os escores do teste Fagerstrom, o número de cigarros consumidos ao dia e o horário do primeiro cigarro do dia. Analisando esses dados, é possível afirmar que o programa está de acordo com os critérios de prescrição da medicação, apontados pelo Instituto Nacional do Câncer, em seu consenso de 2001 (Ministério da Saúde, 2001). No artigo 11, os tabagistas que apresentavam escore entre 5 e 7 no teste Fagerstrom e/ou fumavam de 10 a 20 cigarros ao dia e o primeiro consumo era feito nos primeiros 30 minutos depois de acordar, já recebiam a receita da terapia de reposição de nicotina.

Sobre a eficiência dos tratamentos medicamentosos nos programas estudados, o artigo 4 concluiu que o uso de fármacos associados à terapia comportamental, não apresentou resultados estatisticamente significantes, em relação a manutenção da abstinência. O artigo 7 afirmou que os pacientes que utilizaram a terapia de reposição de nicotina (adesivo) apresentaram melhores resultados de cessação do tabagismo e tiveram médias maiores de meses de abstinência continuada. O artigo 8 afirmou que os tabagistas que utilizaram o TRN tiveram 5,64 mais chances de alcançarem a abstinência. O artigo 13 informou que entre os participantes do programa que conseguiram parar de fumar, 70% utilizaram TRN e/ou Bupropiona. Por fim, os dados do artigo 14, informam que 51,5% dos participantes do grupo de psicoterapia que se mantiveram abstinentes por no mínimo seis meses, utilizaram terapia farmacológica.

Categoria 3: Comorbidades psiquiátricas em pacientes tratados pelos programas de cessação do tabagismo

Tabela 4:

Categoria 3: *comorbidades psiquiátricas em tabagistas participantes dos programas de cessação do tabagismo*

Artigo 1	Artigo 2	Artigo 3
<p>Não identificamos diferenças estatisticamente significativas nos grupos de doença cardíaca e doença respiratória em relação aos resultados das Escalas Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS): provável ansiedade (22,0% vs. 18,5%) e provável depressão (9,7% vs.14,9%).</p>	<p>Depressão: A gravidade da depressão foi menor após o tratamento do tabagismo. A pontuação obtida no Inventário de Depressão de Beck (BDI) foi menor nos pacientes nos quais o tratamento final teve êxito. Esse desfecho provavelmente é atribuível aos efeitos combinados do tratamento farmacológico (bupropiona, que é um antidepressivo) e da TCC.</p> <p>Ansiedade: O nível de ansiedade apresentado pela aplicação do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) diminuiu significativamente durante o tratamento.</p>	<p>Sugere-se ainda que outras medidas (por exemplo, comorbidades psiquiátricas) sejam utilizadas antes, durante e após a intervenção.</p>

Tabela 4: (continuação)

Categoria 3: *comorbidades psiquiátricas em tabagistas participantes dos programas de cessação do tabagismo*

Artigo 1

Artigo 2

Artigo 3

Estresse: o nível de estresse investigado pelo Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL) também diminuiu significativamente ao longo do tratamento para a cessação do tabagismo. Aparentemente, após a fase inicial do processo de cessação, quando os sintomas de abstinência são mais pronunciados, os níveis de estresse do paciente podem ser reduzidos.

Tabela 4: (continuação)

Categoria 3: comorbidades psiquiátricas em tabagistas participantes dos programas de cessação do tabagismo

Artigo 4	Artigo 5	Artigo 6
Os resultados não mostraram associação estatisticamente significativa entre a presença de sintomas e insucesso do tratamento.	Os resultados não mostraram associação do fracasso terapêutico com a depressão. O alto nível de ansiedade, moderado/grave, manteve-se associado com o fracasso de cessação. -BAI: Fracasso: Moderado/Grave 61 (70,12%); Mínimo/Leve: 74 (57,36%). Sucesso: Moderado/Grave 26 (29,89%); Mínimo/Leve 55 (42,36%) -BDI: Fracasso: Moderado/Grave 47 (70,15%); Mínimo/Leve 88 (59,06%) Sucesso: Moderado/Grave 20 (29,85%); Mínimo/Leve 61 (40,94%) -ISSL: Fracasso: Com estresse 88 (63,31%); Sem estresse 47 (61,04%) Sucesso: Com estresse 51 (36,69%); Sem estresse 30 (38,96%)	Foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica nos participantes. Foi identificada provável depressão em 23 (63%) dos idosos tabagistas institucionalizados, predominando significativamente naqueles com maior grau de dependência nicotínica.

Tabela 4: (continuação)

Categoria 3: comorbidades psiquiátricas em tabagistas participantes dos programas de cessação do tabagismo

Artigo 7	Artigo 8	Artigo 9
O artigo não aborda sintomas psiquiátricos.	1,6% dos tabagistas apresentaram doenças psiquiátricas. 15,1% dos participantes apresentaram depressão	As comorbidades psiquiátricas não foram investigadas.
Artigo 10	Artigo 11	Artigo 12
O uso de álcool foi referido por 26,47% dos participantes. Tem depressão ou ansiedade: 66,66% Faz tratamento medicamentoso para a depressão e/ou ansiedade: 22,22%. Faz acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico: 14,07%.	Comorbidades psiquiátricas foram avaliadas no programa, mas os resultados não foram apresentados.	O artigo não aborda comorbidades psiquiátricas.

Tabela 4: (continuação)

Categoria 3: comorbidades psiquiátricas em tabagistas participantes dos programas de cessação do tabagismo

Artigo 13	Artigo 14
O artigo não aborda comorbidades psiquiátricas.	Foi aplicada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) nos participantes. Grupo de sucesso: 96 Ansiedade: 12 (12,5%) Depressão: 12 (12,5%) Ansiedade / Depressão: 11 (11,46%) Síndrome do pânico: 1 (1,04%) Grupo Recaída: Ansiedade: 7 (14,29%) Depressão: 8 (16,33%) Ansiedade / Depressão: 10 (10,4%) Avaliação psicológica foi feita antes do tratamento.

Comorbidades psiquiátricas nos participantes dos projetos de cessação de tabagismo só não foram abordadas pelos artigos 7, 9, 11 e 12. Discorrendo neste momento sobre o número de tabagistas que apresentavam comorbidades psiquiátricas, nos programas pesquisados, o artigo número 1, que tratou o tabagismo de pacientes com doenças cardíacas ou respiratórias, informou que 20,70% dos mesmos apresentavam provável ansiedade e 11,45% provável depressão. No artigo número 2, 38,02% dos participantes foram enquadrados como tendo ansiedade moderada/grave e 30,28% depressão moderada/grave. No

artigo 5, 40,27% dos tabagistas foram enquadrados como tendo ansiedade moderada/grave e 31,01% depressão moderada/grave.

No artigo 6, em 63% dos idosos tabagistas institucionalizados foi identificada provável depressão, predominando de maneira significativa, nos indivíduos com maior grau de dependência de nicotina. O artigo número 10 identificou que 66,66% dos tabagistas têm depressão ou ansiedade e 26,47% fazem uso de álcool. No artigo 8, 1,6% dos participantes foram considerados como tendo alguma doença psiquiátrica, entre eles, 15,1% com depressão. O artigo 14 afirma que 13,10% dos participantes sofriam de ansiedade e 13,79% de depressão. Resultados como esses podem ser considerados comuns, pois transtornos de ansiedade, depressão e outros transtornos por uso de substância estão associados com o tabagismo (Lasser et al., 2000).

A respeito da associação de comorbidade psiquiátricas com o fracasso do tratamento, os resultados apresentam convergências e uma divergência com os materiais da revisão teórica. O artigo número 2 concluiu que os pacientes que atingiram o sucesso terapêutico apresentavam escores psicométricos de depressão menores em relação ao grupo que fracassou em atingir a abstinência. Os dados informados pelo artigo número 5, demonstram uma associação entre o alto nível de ansiedade, moderado/grave, com o fracasso da cessação do consumo de cigarros.

Informações como essa podem ser explicadas pelas pesquisas que indicam que pacientes com transtornos de ansiedade, transtornos depressivos ou transtornos por uso de substância, sofrem de sintomas de abstinência mais intensos. Além disso, variáveis como essa, nos casos de pacientes tabagistas, são consideradas as mais prejudiciais para que esses indivíduos consigam ter sucesso em interromper o consumo de cigarros. (American Psychiatric Association, 2014).

Por outro lado, os dados do mesmo artigo 5 não confirmaram associação dos sintomas depressivos com o fracasso terapêutico. No mesmo viés os resultados do artigo número 4 não demonstraram números estatisticamente significantes para afirmar a associação da presença de sintomas psiquiátricos, com o insucesso dos pacientes para atingirem a abstinência.

Na tentativa de compreender os dois resultados acima, surgiram dois materiais relevantes. O primeiro afirma a utilidade das abordagens cognitivo-comportamentais para prevenir as recaídas dos tabagistas, através do desenvolvimento de estratégias para enfrentar a dependência, inclusive quando o paciente apresenta comorbidades envolvendo transtornos de ansiedade, depressão e dependência de outras substâncias (Guichenez et al., 2007). Essa

afirmação pode estar associada com os dados do artigo 2, que relatam uma diminuição significativa do nível de ansiedade dos tabagistas durante o tratamento. A segunda questão diz respeito à utilização do fármaco bupropiona no programa do artigo 5, que é um antidepressivo e pode ter influenciado positivamente no tratamento dos sintomas depressivos dos pacientes, deixando de afetar negativamente nos números de sucesso terapêutico (Cordioli et al., 2015).

O fenômeno do estresse não foi abordado na revisão teórica, porém foi citado nos artigos 2 e 5, por isso a discussão desse aspecto se tornou relevante. O artigo número 5 comparou a presença de estresse nos tabagistas que fracassaram no programa (63,31% com estresse; 61,04% sem estresse), com os indivíduos que obtiveram sucesso (36,39% com estresse, 38,96% sem estresse). O artigo número 2 concluiu que o nível de estresse dos participantes do programa diminuiu significativamente durante o tratamento. Os autores atribuíram esses resultados à diminuição dos sintomas de abstinência ao longo do processo de cessação. Esses resultados também podem estar associados com a utilização do treinamento de relaxamento, técnica utilizada na terapia cognitivo comportamental para o tratamento do tabagismo, para auxiliar o tabagista a enfrentar melhor suas situações de estresse (Zanelatto, 2019).

Relembrando que a utilização de escalas para avaliar questões como alcoolismo, ansiedade e depressão, é essencial em pacientes que tratarão seu tabagismo (Pressman & Gigliotti, 2019), esses fatores foram investigados nos artigos pesquisados. Os artigos número 1, 2, 5, 6 e 14 informaram utilizar alguns instrumentos. Os artigos 2 e 5 utilizaram o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL). Os artigos 1 e 14 utilizaram a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). O artigo número 6 resolveu ser mais específico na escolha de seu instrumento avaliativo, e aplicou a Escala de Depressão Geriátrica em seus participantes. Sobre essas informações, é relevante constatar que não foi citada a aplicação de escalas para avaliar o alcoolismo, mesmo este hábito tendo sido relatado por alguns tabagistas tratados pelo programa abordado pelo artigo 10.

Outra questão importante a ser discutida diz respeito ao tratamento das comorbidades psiquiátricas realizado pelo tabagista. Utilizando os dados do artigo 10 como referência, 66,66% dos participantes do programa foram considerados como tendo depressão ou ansiedade, no entanto, apenas 14,07% faz acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico e 22,22% fazem uso de medicamentos para tratar essas comorbidades. É sabido que durante as crises de abstinência o tabagista pode sofrer uma intensificação dos sintomas das

comorbidades psiquiátricas, principalmente quando esses indivíduos não realizam tratamento farmacológico. Além disso a interrupção do consumo de cigarros pode afetar a farmacocinética dos medicamentos psiquiátricos.

Finalizando a discussão sobre esse tópico, levando em conta os dados abordados, é relevante afirmar a necessidade de investigar as comorbidades psiquiátricas dos tabagistas. O artigo 3 em sua conclusão confirma essa ideia sugerindo a avaliação desses fatores, antes, durante e após o tratamento. Considerando os dados levantados por essa avaliação, o tratamento desses indivíduos pode se direcionar para formas específicas de tratamento (Pressman & Gigliotti, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No intuito de revisar o presente trabalho de conclusão de curso, para descrever considerações finais sobre os procedimentos realizados para sua construção, o presente tópico abordará cada uma das etapas deste material. Primeiramente, o processo de apontar a justificativa e a relevância para a produção da pesquisa em questão foi facilmente realizado, buscando informações em instituições nacionais e internacionais. Foi encontrada uma ampla quantidade de produções apontando como o tabagismo afeta negativamente a sociedade de maneira global, causando grave dependência química a seus consumidores, ocasionado problemas de saúde (não somente para as pessoas que o consomem, mas também para indivíduos que convivem com os tabagistas) e gastos de dinheiro público (Brasil, 2001; Organização Mundial da Saúde, 2019; Ministério da Saúde, 2013).

Sobre as formas de tratamento para o tabagismo que podem ser utilizadas nos programas com objetivo de cessação do consumo, foram localizados materiais indicando a eficiência de estratégias psicoterápicas e tratamentos farmacológicos (Ismael, 2007; Hall et al., 2009; Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence, 2008). Além disso, houveram materiais científicos para apontar como as comorbidades psiquiátricas afetam negativamente no sucesso terapêutico (American Psychiatric Association, 2014).

Abordando o processo de construção da revisão teórica, é possível afirmar também que não houveram amplas dificuldades para recolher materiais. Sobre esse fato, é necessário realizar um agradecimento aos autores Diehl, Cordeiro & Laranjeira (2019) pela produção do livro Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas e também a Zanelatto & Laranjeira (2013) pelo livro O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais: um guia para os terapeutas. Com essas produções foi possível construir uma revisão teórica ampla sobre os assuntos da pesquisa.

A respeito dos objetivos específicos definidos para a construção da revisão teórica, o primeiro deles, conceitualizar tabagismo, foi atingido e aprofundado. Foram encontrados materiais abordando profundamente a história do consumo e o envolvimento do povo brasileiro com o tabaco (Seffrin, 1995; Vainfas, 1999). O conceito do tabagismo e do tabagismo passivo (Silva, 2012; Pressman & Gigliotti, 2019) foi apresentado pelos materiais

de maneira aprofundada, ampliando a visão dos fatores que envolvem o consumo dessa substância.

Os dados científicos sobre os efeitos da nicotina no cérebro do tabagista (https://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/tabaco.htm), consequências do consumo para a saúde (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019) e a gravidade da dependência química do tabaco (Chatkin, 2006), foram relevantes para compreender como os indivíduos mesmo, muitas vezes, tendo conhecimento das complicações geradas por esse hábito, não conseguem interromper o consumo.

A respeito do desenvolvimento da dependência química da nicotina, foram encontrados materiais científicos abordando cada uma das variáveis que influenciam nesse processo. Com essa revisão, foi possível ressaltar a importância de investigar os fatores genéticos, fisiológicos, ambientais, culturais, comportamentais e psicológicos, para construir formas de prevenção, avaliação e intervenção do tabagismo (American Psychiatric Association, 2014; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019; Rodriguez, 2008; Pressman & Gigliotti, 2019).

Sobre o segundo objetivo específico, que buscou investigar as abordagens psicoterápicas utilizadas no tratamento do tabagismo, primeiramente foi possível encontrar materiais informando o processo de ampliação do conceito de saúde (Brasil, 2014), a inserção das variáveis psicológicas na história da dependência química (Pratta & Santos, 2009) e a construção de projetos sociais brasileiros para abordar o tabagismo (Conselho Federal de Medicina, 2019; Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2011). A revisão desses materiais apresenta o processo de desenvolvimento da ciência e dos projetos sociais em relação a esse assunto, que pode continuar a ser construído a partir de futuras pesquisas, no intuito de trabalhar cada vez melhor com essa demanda.

Na revisão em questão, foram encontradas diversas abordagens psicológicas buscando oferecer um tratamento para o tabagismo. As teorias psicanalíticas (Kessler, 2003), sistêmica (Orth, 2005) e cognitivo-comportamental (Zanelatto & Laranjeira, 2013) apresentam formas diferentes de compreender esse fenômeno e focam em diferentes dimensões da psique humana. Atualmente a terapia cognitivo comportamental aplicada ao tratamento do tabagismo é mais indicada e utilizada pela saúde pública nacional (Brasil, 2016). No entanto, é possível afirmar que com o desenvolvimento de mais estudos, a amplitude de formas de tratamento psicoterápico dessa dependência química pode ser aumentada.

Quanto ao terceiro objetivo específico, a investigação de materiais científicos sobre tratamentos farmacológicos aplicados no tratamento do tabagismo foi importante para identificar quais os psicofármacos utilizados atualmente, compreender como eles funcionam no organismo dos tabagistas, investigar quais são os métodos de definir a posologia e mensurar a eficiência destes para auxiliar os indivíduos a atingirem a abstinência. A Terapia de Reposição de Nicotina, o Cloridrato de Bupropiona e o Tartarato de Vareniclina, foram os mais abordados pelos materiais encontrados (Cordioli et al., 2015; Pressman & Gigliotti, 2019; Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence, 2008). Levando em conta as informações recolhidas neste tópico, é possível afirmar que esse objetivo específico foi atingido, gerando assim uma amplitude de informações para serem utilizadas na discussão da pesquisa em si.

O quarto objetivo específico, que buscou investigar as comorbidades psiquiátricas comuns tabagistas, também foi alcançado com sucesso. Foram encontrados materiais apontando os transtornos e sintomas psiquiátricos associados ao tabagismo (Lasser et al., 2000) e como eles afetam na dependência química (Pressman & Gigliotti, 2019) e no tratamento do tabagismo (American Psychiatric Association, 2014). Revisando esses dados, foi possível construir uma discussão aprofundada da importância de relacionar essa variável na compreensão do tabagismo.

O processo de pesquisa dos artigos científicos nas bases de dados foi facilitado pela amplitude de materiais abordando programas de cessação do tabagismo. Quando a etapa de analisar os dados e construir as categorias de análise, devido ao fato de que a maioria dos artigos abordavam todos os tópicos do objetivo geral da pesquisa (psicoterapia, farmacologia e comorbidades psiquiátricas), foi construído um material denso e sintético de todos os assuntos.

Sobre a discussão da pesquisa, a primeira categoria de análise (psicoterapia nos programas de cessação do tabagismo), revelou que a terapia cognitivo comportamental está sendo amplamente utilizada pelos programas de cessação do tabagismo e apresenta resultados promissores de eficiência. Essa discussão serve de estímulo para a sua aplicação em futuros programas. As estratégias de tratamento abordadas neste tópico, envolvendo número de sessões, formas de aplicação (individual ou grupal) e métodos de cessação são relevantes para influenciar nas decisões de profissionais que estão desenvolvendo programas neste âmbito, pois revelam fatores a serem considerados, indicações e contraindicações.

A respeito dos profissionais envolvidos nos programas de cessação do tabagismo, a discussão aponta para a relevância do trabalho multiprofissional e a existência de diversas disciplinas abordando o fenômeno do tabagismo. Foi desenvolvida também, uma postura crítica aos resultados que apontam a inexistência de psicólogos em 6 dos programas de cessação de tabagismo abordados. Os argumentos buscam valorizar a presença desses profissionais, levando em conta os anos de formação acadêmica em psicologia, que, possivelmente, podem favorecer a qualidade da aplicação de estratégias psicoterápicas, e a ampliação dos processos de psicodiagnóstico, que pode ocorrer com a aplicação de testes psicológicos.

A respeito da discussão envolvendo a farmacologia nos programas de cessação do tabagismo, foi possível desenvolver uma compreensão de quais são os fatores que influenciam na utilização dos medicamentos para essa demanda social. Os números de eficiência dessa forma de tratamento e o fato de a saúde pública oferecer alguns desses recursos aos tabagistas, mesmo com algumas dificuldades, fazem com que os fármacos sejam consumidos por esses indivíduos atualmente. Foi possível identificar também os critérios de avaliação e instrumentos para basear a posologia e a indicação dos medicamentos. Por fim, a discussão dessa categoria de análise foi relevante para fornecer informações sobre a importância da farmacologia para o tratamento do tabagismo e oferecer dados a serem considerados por profissionais que desejam trabalhar nessa área.

A discussão das comorbidades psiquiátricas em tabagistas serviu para confirmar algumas informações oferecidas pela revisão teórica. O consumo do tabaco está associado a sintomas de depressão, ansiedade, estresse e consumo de outras substâncias e estes influenciam em tratamentos que buscam a cessação do tabagismo. Devido a esse fato a investigação desses fatores é indicada e realizada pelos programas de tratamento desse fenômeno. Para auxiliar nesse processo existem e são utilizados, instrumentos para mensurar a gravidade dessas condições. Por fim, as informações abordadas nessa categoria, indicam que a investigação de comorbidades psiquiátricas é essencial na realização de programas de cessação de tabagismo.

Refletindo sobre o objetivo geral do presente trabalho de conclusão de curso, é possível afirmar que a investigação de intervenções psicoterápicas, tratamentos farmacológicos e comorbidades psiquiátricas em tabagistas, em programas de cessação do tabagismo, foi realizada com sucesso. As terapias psicológicas são amplamente utilizadas nos programas de cessação do tabagismo e existem uma amplitude de fundamentos científicos

para a utilização das mesmas. A contribuição dos fármacos para o tratamento da dependência química de nicotina é exposta pela frequência de sua aplicação nos programas pesquisados e pelos seus resultados promissores de eficiência, principalmente quando estão associados a psicoterapia (Hall et al., 2009). Por fim, o estudo e a investigação da relação entre as comorbidades psiquiátricas e o tabagismo são essencialmente importantes para o desenvolvimento da compreensão desse fenômeno e na construção de intervenções.

São sugeridas futuras pesquisas buscando investigar mais profundamente a adaptação das estratégias de psicoterapia direcionada para tabagistas com diagnósticos de transtornos de ansiedade, depressão ou por uso de outra substância. Pode ser citada também a relevância de investigar os efeitos emocionais da aplicação dos métodos de cessação do tabagismo abrupta e gradual.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (2014). *Manual estatístico e diagnóstico de transtornos mentais* (DSM – V). 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Baum, W. M. (2006) *Compreender o behaviorismo: comportamento, cultura e evolução*. 2ª Ed. São Paulo: Artmed.
- Beck, J. S. (1997) *Terapia Cognitiva Comportamental: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Brasil (2001). *Coordenação de Prevenção e Vigilância: Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso*. Rio de Janeiro, RJ: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Acesso em 30 de agosto, 2019, de:
http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissionaldasaude/homepage//tratamento_fumo_consenso.pdf
- Brasil (2014). *Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 6ª Ed. Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC.
- Brasil (2016). Portaria Nº 761, de 21 de junho de 2016. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acesso em 06 de junho de 2020, de:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0761_21_06_2016.html
- Brasil (2019). *Danos do Tabaco à Saúde*. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Acesso em 30 de agosto, 2019, de
<http://portal.anvisa.gov.br/danos-do-tabaco-a-saude>
- Carvalho, A. A., Gomes, L. Loureiro, A. L. & Bezerra, A. J. C. (2013). Controle do tabagismo em instituição de longa permanência para idosos: relato de experiência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1119-1130. Acessado em 31 de maio de 2020, de:
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400025>

- Chatkin, J. M. (2006). A influência genética na dependência tabágica e o papel da farmacogenética no tratamento do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 32(6) 537-539. Acessado em 6 de junho de 2020, de: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000600016
- Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use And Dependence (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. *U. S. Department of Health and Human Services*. 35(2) 159-176. Acessado em 9 de maio de 2020, de: <http://www.tobaccoprogram.org/clientuploads/documents/Consumer%20Materials/Clinicians%20Systems%20Mat/2008-Guidelines.pdf>
- Conselho Federal de Medicina. (2019). *A tragédia do tabagismo: causas, consequências e prevenção*. Brasília, DF: CFC.
- Conselho Federal de Psicologia (2013). Referências técnicas para atuação de psicólogos (os) em políticas públicas sobre álcool e outras drogas. Brasília, DF: CFP.
- Cordioli, A. V.; Gallois, B. & Isolan, L. (2015). *Psicofármacos: consulta rápida*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Diehl, A; Cordeiro, D. C. & Laranjeira, R. (2019). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. 2ªed. Porto Alegre: Artmed.
- Feliciano, M. F. C. & Parra. C. R. (2011). Aliança terapêutica e resultados: estudo de caso clínico em psicoterapia cognitivo comportamental. *Psicologia.pt*. 1-12. Acesso em 1 de outubro, 2018, de http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?alianca-terapeuticae-resultados-estudo-de-caso-clinico-em-psicoterapiacognitivocomportamental&codigo=A0625
- Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*. [recurso eletrônico] 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Fluharty, M.; Taylor, A. E.; Grabski, M. & Munafò, M. R. (2016). The association of cigarette smoking with depression and anxiety: a systematic review. *Nicotine & Tobacco Research*. 19(1) 3-13. Acessado em 9 de maio de 2020, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5157710/pdf/ntw140.pdf>
- França, S. A. S.; Neves, A. L. F.; Souza, T. A. S.; Martins, N. C. N.; Carneiro, S. R. S.; Sarges, E. S. N. F. & Souza, M. F. A. H. (2015). Fatores associados à cessação do

tabagismo. *Revista de Saúde Pública*, 49(10) 1-18. Acessado em 31 de maio de 2020, de: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049004946>

Freire, A. P. C. F.; Ramos, D.; Silva, B. S. A.; David, R.; M.; Pestana, P. R. S.; Fernandes, R. A. & Ramos, E. M. C. (2014). Resultados de um programa de cessação tabagística: análise de novos procedimentos. *ConScientiae Saúde*. 13(3) 396-404. Acessado em 5 de maio de 2020, de: <https://www.redalyc.org/pdf/929/92932100010.pdf>

Garcia, T.; Andrade, S. A. S.; Biral, A. T.; Bertani, A. L.; Caram, L. M. O.; Cezar, T. J.; Godoy, I. & Tanni, S. E. (2018). Avaliação de um tratamento para cessação do tabagismo iniciado durante a hospitalização em pacientes com doença cardíaca ou doença respiratória. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 44(1), 42-48. Acessado em 31 de maio de 2020, de: <https://doi.org/10.1590/s1806-37562017000000026>

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª Ed. São Paulo: Atlas.

Guichenez, P; Clauzel, I.; Cungi, C.; Quantin, X.; Godard, P. & Clauzel, A. M. (2007). The contribution of cognitive-behavioural therapies to smoking cessation. *Rev Mal Respir*. 24(2):171-182. Acessado em 20 de maio de 2020, de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17347604/>

Hall, S. M.; Humfleet, G. L.; Muñoz, RF; Reus, V. I.; Robbins, J. A. & Prochaska, J. J. (2009). Extended treatment of older cigarette smokers. *Addiction*. 104(6) 1043-1052. Acessado em 5 de maio de 2020, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2718733/>

Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2008). Terapia de Aceitação e Compromisso: modelo, dados e extensão para a prevenção do suicídio. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 10(1), 81-104. Acessado em 25 de março de 2020, de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452008000100008&lng=pt&tlng=pt

Hutz, C. S.; Bandeira, D. R.; Trentini, C. M. & Krug, J. S. (2016). *Psicodiagnóstico*. [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed.

Inoue, G. (2017). *Preditores da cessação do tabagismo em fumantes com periodontite: estudo de 24 meses*. Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em ciências odontológicas, Faculdade de Odontologia de São Paulo. São Paulo, Brasil. Acessado em 30 de agosto, 2019, de

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23146/tde24082017172010/publico/GisleneInoueVersaoOriginal.pdf>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2007). *Tabagismo: um grave problema de saúde pública*. 1ª Ed. INCA: Rio de Janeiro. Acessado em 5 de maio de 2020, de: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//tabagismo-grave-problema-de-saude-publica-2007.pdf>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2011). *A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009*. Rio de Janeiro, RS: Ministério da Saúde. Acesso em 10 de outubro de 2019, em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a-situacao-tabagismo-brasil-2011.pdf>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2018). *Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o controle do tabaco no Brasil dez anos de história*. 2ª Ed. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde. Acesso em 10 de outubro de 2019, em <http://actbr.org.br/uploads/arquivos/Convencao-quadro-para-o-controle-do-tabaco-no-Brasil-10-anos-de-historia-2005-2015.pdf>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (2019). *Tabaco e saúde pulmonar: dia mundial sem tabaco manual 2019*. Rio de Janeiro: INCA. Acessado em 30 de agosto de 2019, em: <https://www.inca.gov.br/campanhas/dia-mundial-sem-tabaco/2019/tabaco-e-saude-pulmonar>

Ismael, S. M. C. (2007). *Efetividade da terapia cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista*. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Acessado em 13 de maio de 2020, de: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-21062007-113413/pt-br.php>

Kessler, F. et al. (2003). Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. *Revista Psiquiatria*. 25(1) 33-41. Acessado em 10 de outubro de 2019, em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a05v25s1.pdf>

- Krinski, B. M.; Faustino-Silva, D. D. & Schneider, M. (2018). Grupo de cessação de tabagismo na atenção primária à saúde: experiência de uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS. *Revista APS*. 21(1), 66-76. Acessado em 5 de maio de 2020, de: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15867>
- Lasser, K.; Boyd, W.; Woolhandler, S.; Himmelstein, D. U.; McCormick, D. & Bor, D. H. (2000). Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *Jama*. 284(20) 2606-2610. Acessado em 8 de maio de 2020, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11086367>
- Laville, C. & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. (L. Monteiro & F. Settineri, Trans.) [recurso virtual]. Belo Horizonte: Artmed.
- Lopes, F. M.; Peuker, A. C. & Bizarro, L. (2013). Aplicação de um programa de cessação do tabagismo com rodoviários urbanos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(2), 490-499. Acessado em 31 de maio de 2020, de: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000200017>
- Lopes, F. M.; Peuker, A. C. W. B.; Rech, B. E.; Gonçalves, R. & Bizarro, L. (2014). Desenvolvimento, divulgação, adesão e eficácia de um programa de cessação do tabagismo oferecido em uma universidade pública. *Caderno de Terapia Ocupacional*. 22(suplemento especial), 5-15. Acessado em 31 de maio de 2020, de: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.025>
- Luz Junior, E. (2004). *Dependência química*. In: Knapp, P. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. [recurso virtual]. Porto Alegre: Artmed.
- Malbergier, André, & Oliveira, Jr, Hercílio Pereira da. (2005). Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32(5), 276-282. Acessado em 9 de maio de 2020, de: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000500005
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção de recaída: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Marques, A. C. P. R.; Campanha, A.; Gigliotti, A. P.; Lourenço, M. T. C.; Ferreira, P.; & Laranjeira, R. (2001). Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 23(4) 200-214. Acessado em 7 de maio de 2020, de: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n4/7168.pdf>

- Marinho-Casanova, M. L. & Gavazzoni, J. A. (2011). *Tratamento analítico-comportamental do tabagismo*. In: S. O. V, Nunes. M. R. P., Castro. (2011). *Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento* [online]. Londrina: Eduel. Acessado em 30 de agosto, 2019, em <http://books.scielo.org/id/sj9xk>
- Mattos, L. R.; Abreu, A. M. M.; Portela, L. F.; Jomar, R. T. & Paixão, L. A. R. (2019). Cessação do tabagismo entre usuários da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Enfermagem UERJ*, 27, 1-6. Acessado em 31 de maio de 2020, de: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerg.2019.38987>
- Mesquita, A. A. (2013). Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 15(2), 35-44. Acessado em 5 de maio de 2020, de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v15n2/v15n2a04.pdf>
- Ministério da Saúde (2001). *Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001*. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro: INCA. Acessado em 7 de maio de 2020, de: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//tratamento-consenso.pdf>
- Ministério da Saúde (2013). *Evidências científicas sobre tabagismo para subsídio ao poder judiciário*. Instituto Nacional de Câncer de José Alencar Gomes da Silva. Aliança de Controle do Tabagismo. São Paulo: Associação Médica Brasileira. Acessado no dia 25 de maio de 2020, de: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//tabagismo-para-subsidio-poder-judiciario.pdf>
- Narloch, L. (2011). *Guia politicamente incorreto da história do Brasil*. [recurso virtual] 2ª Ed. Leya: Lisboa.
- Nascimento, C. C. S.; Silva, G. A. & Nascimento, M. I. (2016). Fatores associados à recaída do tabagismo em pacientes assistidos em unidades de saúde da zona oeste do município do Rio de Janeiro. *Revista APS*. 19(4), 556-567. Acessado em 5 de maio de 2020, de: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15614>
- Organização Mundial da Saúde (2019). *Folha informativa - tabaco*. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Brasil. Acesso em 30 de agosto, 2019, de

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5641:folha-informativa-tabaco&Itemid=1097

- Orth, A. P. S. (2005). *A dependência química e o funcionamento familiar à luz do pensamento sistêmico*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil. Acesso em 10 de outubro de 2019, em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/101876>
- Pawlina, M. M. C.; Rondina, R. C.; Espinosa, M. M. & Botelho, C. (2014). Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(2), 113-120. Acessado em 31 de maio de 2020, de: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000014>
- Pawlina, M. M. C.; Rondina, R. C.; Espinosa, M. M. & Botelho, C. (2015). Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 41(5), 433-439. Acessado em 31 de maio de 2020, de: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132015000004527>
- Payá, R. (2019). Terapia familiar e dependência química. In: A. Diehl; D. C. Cordeiro & R. Laranjeira. (2ª Ed.) *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed.
- Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2009). O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 25(2) 203-211. Acessado em 10 de outubro de 2019, em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>
- Pressman, S. & Gigliotti (2019). Nicotina. In: A. Diehl; D. C. Cordeiro & R. Laranjeira. (2ª Ed.) *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed.
- Reginato, T. Z.; Rosa, B. M. & Pithan, S. A. (2018). Programa de extensão de cessação do tabagismo na Universidade Federal de Santa Maria: relato de experiência. *Revista APS*. 21(3): 478-484. Acessado em 5 de maio de 2020, em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16404/14720>
- Rodriguez, M. A. S. (2008). *Cinema clássico americano e produção de subjetividades: o cigarro em cena*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em história, do Centro de Filosofia e Ciências humanas da Universidade Federal de

- Santa Catarina. Florianópolis, Brasil. Acessado em 7 de junho de 2020, de: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/91803>
- Santos, S. R.; Bitencour, A. R. C.; Engel, R. H.; Silva, M. H. C.; Stacciarini, T. S. G. & Cordeiro, A. L. P. C. (2018). Perfil e fatores associados ao sucesso terapêutico de tabagistas atendidos em um serviço público especializado. *Revista de Enfermagem UERJ*, 26, 1-7. Acessado em 31 de maio de 2020, de: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.17381>
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2017). *O uso de substâncias psicoativas no Brasil. Sistema para detecção do uso abuso e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento*. (SUPERA). 11ª Ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Acesso em 10 de outubro de 2019, em: https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2016/03/SUP7_Mod1.pdf
- Seffrin, G. (1995). *O fumo no Brasil e no mundo*. 1ª Ed. São Paulo: Associação dos fumicultores do Brasil (AFUBRA).
- Skinner, B. F. (2004). *Sobre o behaviorismo*. 9ª Ed. São Paulo: Pensamento-Cultrix.
- Silva, C. G. (2013). A dependência química e o modelo cognitivo de Aaron Beck. In: N. A. Zanelatto & R. Laranjeira (1ª Ed.). *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo comportamentais: um guia para terapeutas*. [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, L. C. C. (2012). *Tabagismo: doença que tem tratamento*. 1ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, I. F.; Ferreira, S. L. & Zanelatto, N. A. (2013). Terapia cognitivo-comportamental aplicada ao tratamento de dependentes de nicotina. In: N. A. Zanelatto & R. Laranjeira (1ª Ed.). *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo comportamentais: um guia para terapeutas*. [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed.
- Stead, L. F.; Carrol, A. J. & Lancaster, T. (2017). Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Acessado em 16 de maio de 2020, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464070/>
- Vainfas, R. (1999). *A heresia dos índios: catolicismo e rebeldia no Brasil colonial*. 2ª Ed. São Paulo: Companhia das Letras.
- Wright, J. H.; Basco, M. R. & Thase, M. E. (2019) *Aprendendo a terapia cognitivo comportamental: um guia ilustrado*. (M. G. Armando, Trads.). Porto Alegre: Artmed.

- Zanelatto, N. (2019). Terapia cognitivo-comportamental aplicada a dependência química. In: A. Diehl; D. C. Cordeiro & R. Laranjeira. (2ª Ed.) *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed.
- Zanelatto, N. A. & Boschetti, F. (2013). Estrutura das sessões, análise funcional e conceituação de caso. In: N. A. Zanelatto & R. Laranjeira (1ª Ed.). *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo comportamentais: um guia para terapeutas*. [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed.
- Zanelatto, N. & Laranjeira, R. (2013). *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas* [Versão Eletrônica]. Porto Alegre: Artmed.