

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

**Sintomas Depressivos em indivíduos que frequentam Grupoterapia
contra o Tabagismo**

Camila Barbosa dos Santos

Passo Fundo

2017

Camila Barbosa dos Santos

Sintomas Depressivos em indivíduos que frequentam Grupoterapia contra o Tabagismo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Profa. Dra. Lia Mara Wibelinger

Coorientador:

Profa. Dra. Silvana Alba Scortegagna

Passo Fundo

2017

CIP – Catalogação na Publicação

S237s Santos, Camila Barbosa dos
Sintomas depressivos em indivíduos que frequentam grupoteria
contra o tabagismo / Camila Barbosa dos Santos. – 2017.
[96] f.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
Universidade de Passo Fundo, 2017.

Orientadora : Profa. Dra. Lia Mara Wibelinger.

Coorientadora : Profa. Dra. Silvana Alba Scortegagna.

1. Psicoterapia. 2. Fumo – Vício. 3. Idosos – Saúde e higiene. 4.
Depressão. 5. Grupo de ajuda mútua. I. Wibelinger, Lia Mara,
orientadora. II. Scortegagna, Silvana Alba, coorientadora. III. Título.

CDU: 613.98

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação:

“Sintomas Depressivos em indivíduos que frequentam Grupoterapia contra o Tabagismo”

Elaborada por

CAMILA BARBOSA DOS SANTOS

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
“Mestre em Envelhecimento Humano”

Aprovada em: 25/08/2017
Pela Banca Examinadora


Profa. Dra. Lia Mara Wibelinger
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora - UPF/PPGEH


Prof. Dr. Jarbas Dametto
Universidade de Passo Fundo - UPF/PPGEH


Profa. Dra. Patrícia Chagas
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM


Prof. Dr. Marcelo Cardoso de Souza
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Carlos e Neuza, com todo o meu amor e gratidão, por me fazerem forte e acreditar nos meus sonhos. Desejo poder ter sido merecedora dos esforços dedicados por vocês, especialmente, quanto à minha formação.

AGRADECIMENTOS

Durante esses dois anos só tenho a agradecer a todos que passaram pelo meu caminho e que com certeza deixaram um pouco de si. Os momentos de alegria que serviram para me permitir acreditar que a vida é bela! E os de sofrimento, contribuíram ao meu crescimento pessoal. Serei eternamente grata a vocês, pessoas únicas e especiais, que fizeram significado na realização e conclusão deste estudo.

Primeiramente, à professora Dr^a Lia Mara Wibelinger, obrigada pelo aceite de me tornar sua orientanda, mesmo com o “barco andando”, conseguimos ficar lado a lado na janela dessa viagem, de trocas, ideias compartilhadas, aprendizado a cada instante nos desafiando e permitindo conhecer mais do outro, e do estudo que nos unia. Agradeço a disponibilidade de tempo, lugar e as palavras de incentivo, a centrar minhas desordens acadêmicas, muito obrigada!

Agradeço à professora Dr^a Silvana Alba Scortegagna, por acreditar que eu era capaz e pela orientação. Mesmo caindo de “para-quedas”, você abriu as portas, da sua casa e da universidade para o mundo. Só tenho a agradecer pelos seus ensinamentos, pelo apoio, exigências necessárias ao meu crescimento, profissionalismo, dedicação.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo, que contribuíram com suas especificidades e de jeito único a minha formação de mestre.

Aos colegas que juntos trilhamos essa caminhada, um agradecimento por somar conquistas, trocar as experiências e dividir as angústias para que as bagagens ficassem mais leves.

À Secretária do PPGEH, Rita, sempre solícita aos apelos, profissional empática e dedicada ao aluno.

À CAPES pelo suporte financeiro e por acreditar no potencial do estudo.

Aos Meus pais, Carlos e Neuza meu infinito agradecimento. Sempre acreditaram em minha capacidade e me acharam A MELHOR de todas, mesmo não sendo. Isso só me fortaleceu e me fez tentar, não ser A MELHOR, mas a fazer o melhor de mim. Obrigada pelo amor incondicional!

À Armelita Vianna pelo carinho, acolhimento e incentivo a continuar os pequenos passos até alçar vôos mais altos. Aprendi a voar sozinha e não estar só.

À Cristiane Turcato obrigada pela cumplicidade, por acreditar e apoiar o estudo.

À Fernanda Kesties Kaczalla, prova de que as pessoas não se encontram por acaso, é apoio, é carisma, é única! Aprendi que a rival é a melhor amiga.

À Sandra Fronza que sempre me acolheu nas horas de angústias e contribuiu com sua sabedoria.

À Equipe do Caps-Ad Alex, Álvaro Ana Paula, Cátia, Deise, Sabrina agradeço pelo espaço cedido a desenvolver o estudo, a compreensão dos dias que me fiz faltante, obrigada pelas palavras de incentivo e acolhimento em dias difíceis, sem vocês nada disso seria possível. Sou muito Grata!

Aos pacientes, obrigada pelas contribuições à ciência, disponibilidade e interesse de participar da pesquisa, pois faz acreditar num futuro próspero! Obrigada!

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais volta ao seu tamanho original”.

Albert Einstein

RESUMO

Santos, Camila Barbosa dos. Sintomas depressivos em indivíduos que frequentam grupoterapia contra o tabagismo. [96] f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2017.

A dependência ao tabaco é um dos principais problemas de saúde pública e que mais traz danos à saúde das pessoas. Avaliar as estratégias que auxiliem o combate ao tabagismo e no fortalecimento dos recursos emocionais, é condição essencial para o encaminhamento às intervenções efetivas, que auxiliem na recuperação de pacientes. Este trabalho tem como objetivo caracterizar o perfil sócio-demográfico e a ocorrência de sintomas depressivos em indivíduos que participam de grupoterapia contra o tabagismo. Trata-se de estudo observacional, descritivo e analítico, onde participaram 60 indivíduos adultos, com 18 anos e mais, independente do gênero, situação conjugal, níveis de escolaridade e socioeconômico, e profissão, procedentes de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), localizado em Cruz Alta, região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Os participantes do estudo responderam individualmente aos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Teste de Fagerstrom, Escala de Depressão Beck (BDI-II), Escala de Pensamentos Depressivos (EPD). A grupoterapia cognitivo comportamental foi realizada semanalmente, com duração aproximada de 1 hora e 15 min cada sessão, no CAPS-AD, com o GI. A amostra estudada, em sua maioria, é do sexo feminino, de etnia branca, religião católica, casados, ensino fundamental incompleto e possuem uma profissão. Quanto à dependência à nicotina, as diferenças encontradas entre a amostra feminina e a masculina permitem confirmar a pertinência de atentar às especificidades de sexo feminino e implementação das medidas de cessação tabágica, evidenciando especificidades de consumo distintas e quanto ao padrão de comportamento. Quanto aos sintomas depressivos, observou-se que os dados somente são estatisticamente significativos em relação a ter profissão, indicando a necessidade de desenvolver estratégias e ações de acordo com o perfil e as necessidades de cada paciente. Diante disto, conclui-se que novas políticas de intervenção e prevenção devem ser ampliadas e desenvolvidas no cenário brasileiro, dedicando atenção especial às mulheres e a sintomatologia depressiva associada ao uso de tabaco.

Palavras-chave: 1. Psicoterapia. 2. Adulto e idoso. 3. Tabagismo. 4. Sintomas depressivos. 5. Grupoterapia.

ABSTRACT

Santos, Camila Barbosa dos. Depressive symptoms in individuals attending group therapy against smoking. [96] f. Dissertation (Masters in Human Aging) - University of Passo Fundo, Passo Fundo, 2017.

Tobacco dependence is one of the major public health problems and one that most damages people's health. Evaluating strategies that help combat smoking and strengthening emotional resources, is an essential condition for the referral to effective interventions, which aid in the recovery of patients. This study aims to evaluate the effects of cognitive behavioral therapy group, associated with drug treatments, in the fight against smoking and in the strengthening of ego resources. Participating in this study were 60 adults, aged 18 years and over, regardless of gender, marital status, schooling and socioeconomic levels, and profession, from a Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) located in Cruz Alta, Region of the State of Rio Grande do Sul. Participants in the study responded individually to the following instruments: Sociodemographic Questionnaire, Fagerstrom Test, Beck Depression Scale (BDI-II), Depressive Thinking Scale (EPD). The cognitive behavioral therapy group was performed weekly, with an approximate duration of 1 hour and 15 min each session, in the CAPS-AD, with the GI. The presentation of the numerical variables can be described as mean \pm standard deviation or median (p25-p75), and its distribution is normal or not. Among the contributions, the study may assist in directing more effective interventions against the smoking of users of the Center for Psychosocial Care Alcohol and other Drugs, reassuring the importance of cognitive behavioral therapy group, associated with drug treatments, in the fight against smoking and strengthening Of ego resources as a method of evaluation in this context.

Key words: 1. Psychotherapy. 2. Adult and elderly. 3. Smoking. 4. Depressive symptoms. 5. Group therapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição das variáveis sociodemográficas (n=60).	40
Tabela 2 - Presença de dependência à nicotina na amostra	41
Tabela 3 - Correlação entre a presença dos sintomas depressivos com as características sociodemográficas.....	42
Tabela 4 - Escala de pensamentos depressivos: EPD-I (Baixa autoestima/Desesperança)	43
Tabela 5 - Escala de pensamentos depressivos: EPD-II (Funcionalidade das relações)	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AHC Ambulatório do Hospital de Clínicas

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APVP Anos potenciais de vida perdidos por morte prematura

AVP Anos de vida perdidos

AVP/QV Anos de vida perdidos com qualidade de vida reduzida

BDI-II Escala de Depressão Beck

CAPS AD Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas

CFP Conselho Federal de Psicologia

CID Código Internacional de Doenças

CNS Conselho Nacional de Saúde

CRATT Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo

DCNT Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DSM V Manual de Diagnóstico Estatístico de Doença Mental

EPD Escala de pensamentos depressivos

IDB Índice de Desenvolvimento Brasileiro

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

FNTD Teste de Fagerström

GI Intervenção Grupoterápica

INCA Instituto Nacional do Câncer

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

PETab Pesquisa especial de Tabagismo

PR Paraná

RS Rio Grande do Sul

SIA/SUS Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TCC Terapia cognitiva comportamental

TCLE Termo de Consentimento Livre Esclarecido

VIGITEL Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE SÍMBOLOS

%	porcentagem
>	maior
±	mais ou menos
min	minutos
mín	mínimo
máx	máximo
f	fator
n	número
&	e
=	igual

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REVISÃO DA LITERATURA	
3	PRODUÇÃO CIENTÍFICA I	31
3.1	<i>Introdução</i>	33
3.2	<i>Metodologia</i>	37
3.3	<i>Resultados</i>	39
3.4	<i>Discussão</i>	44
3.5	<i>Conclusão</i>	56
3.6	<i>Referências</i>	57
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	REFERÊNCIAS	66
	ANEXOS	72
	<i>Anexo A. Parecer Comitê de Ética</i>	73
	<i>Anexo B. Questionário de caracterização sociodemográfica</i>	78
	<i>Anexo C. Teste de Fagerstrom</i>	80
	<i>Anexo D. Escala de Pensamento Depressivo (EPD)</i>	82
	<i>Anexo E. BDI Escala de depressão Beck</i>	86
	APÊNDICES	89
	<i>Apêndice A. Termo de consentimento livre e esclarecido</i>	90
	<i>Apêndice B. Cartas de autorização</i>	93

1 INTRODUÇÃO

Os fumantes quando comparados aos não fumantes têm menos qualidade de vida, maior prevalência de sofrimento psicológico e aumento da mortalidade (MOREIRA-SANTOS; GODOY; GODOY, 2016). A expectativa de vida de indivíduos que fumam é 25% menor que a de não fumantes, que também vivem mais anos sem problemas de saúde (SACHS-ERICSSON et al., 2009). No Brasil ocorrem cerca de 6 milhões de mortes anuais provocadas pelo tabagismo, podendo chegar a 7,5 milhões por ano, em 2020 (WHO, 2011). A dependência ao fumo responde por 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas, 10% das doenças cardiovasculares e por cerca de 10% de todas as mortes. Além disso, está entre as principais causas de morte antecipada entre os idosos, exigindo cuidados médicos e de saúde.

O Programa Nacional de Controle ao Tabagismo trabalha na promoção de locais sem uso do fumo e implanta vários projetos de tratamento junto à rede do Sistema Único de Saúde (SUS), com a união das redes saúde/educação nas esferas federal, estadual e municipal. O referido projeto conta com a fiscalização e regulação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Vigilância Epidemiológica, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre outros Ministérios e Secretarias. (CRUZ et al., 2016).

O tabagismo associa-se a enormes custos sociais e econômicos originários do aumento da morbidade e mortalidade relacionadas ao fumo, incluindo custos gerados pelos fumantes, como uso de recursos de saúde, ausência no trabalho, perda da produtividade, pagamento de auxílio-doença, e outros (NUNES; CASTRO; CASTRO, 2011). Assim sendo, o consumo excessivo do tabaco traz problemas de saúde física e psíquica, de dinheiro e de relacionamento. Mas os dependentes nem sempre estão

conscientes destes problemas e quando percebem os efeitos nocivos é quando já caíram no círculo vicioso (CUNGI, 2000).

O uso indevido do cigarro, há anos foi considerado um “estilo de vida”, colocado pela mídia de forma positiva. Hoje se sabe que o tabagismo é considerado doença pelo uso da nicotina, segundo a classificação do Código Internacional de Doenças (CID 10), como transtorno mental e de comportamento por uso de substâncias psicoativas causadoras de uma média de 50 doenças relacionadas ao seu uso. A dependência causa prejuízos físicos e psicológicos. O resultado das pesquisas é que a cada 80% de usuários de cigarro que desejam deixar de fumar, apenas 3% obtêm sucesso sem o apoio do tratamento (CRUZ et al., 2016).

A política de controle do tabagismo no Brasil, nos últimos 25 anos, avançou bastante com resultados positivos que se refletem na redução da prevalência, porém ainda é necessário a intensificar ações já adotadas, como o aumento dos preços e impostos e a oferta de tratamento para parar de fumar, desde que ancoradas no monitoramento de sua efetividade. Além disso, a proteção ao não fumante através de ambientes livres de fumo é uma medida que necessita ser colocada em prática com maior vigor no país. Os avanços no controle do tabagismo no Brasil podem ser verificados na redução da prevalência nas últimas duas décadas. As estatísticas de óbitos, ocorrência de eventos e custos diretos atribuíveis às doenças tabaco-relacionadas não são estimadas com frequência no país (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015).

As comorbidades relacionadas ao tabagismo também devem ser consideradas no contexto do tratamento. A maior parte dos fumantes apresentam transtornos psiquiátricos e características particulares que exigem atenção diferenciada, e a criação de subgrupos específicos (MOREIRA-SANTOS; GODOY; GODOY, 2016). As comorbidades psiquiátricas, frequentemente, estão relacionadas à presença de transtornos de humor, de ansiedade, transtornos de uso de substâncias psicoativas e

esquizofrenia, os quais podem comprometer a eficácia da intervenção terapêutica (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006; LIMA, 2012). Em estudo transversal realizado no Distrito Federal, Lima (2012) relacionou o nível de ansiedade e de depressão com a motivação para deixar de fumar com uma amostra de 1.233 fumantes atendidos em vinte centros de referência para tratamento do tabagismo. A motivação foi elevada em 50% dos pacientes, a ansiedade provável em 34% e a depressão em 22%.

Existem evidências que demonstram a alta prevalência de transtornos psiquiátricos entre a população que faz uso de substâncias psicoativas. Também é alta a prevalência de dependência de nicotina e álcool entre os dependentes de outras drogas (CALHEIROS; OLIVEIRA; ANDRETTA, 2006).

A prevenção da recaída reúne um conjunto de estratégias a fim de evitar que o fumante volte a fumar após sua parada. A entrevista motivacional é um instrumento que pode auxiliar na tomada de decisão de parar de fumar. Mais recentemente, a terapia de aceitação e compromisso, com enfoque analítico-comportamental, tem mostrado resultados animadores no tratamento do fumante. A psicoterapia também pode ser associada à farmacoterapia, obtendo-se um aumento da eficácia das duas intervenções. Conclui-se que os métodos psicoterápicos são eficazes no tratamento do tabagismo, mas ainda pouco utilizados, e que uma avaliação comportamental do fumante é necessária antes de se aplicar qualquer técnica (MESQUITA, 2014).

Existem várias hipóteses para explicar as altas taxas de tabagismo em pessoas com doenças mentais relacionadas à depressão e à ansiedade. A hipótese de auto-medicação postula que os indivíduos fumam para aliviar sintomas da vida cotidiana como: irritação, ansiedade, dificuldade de concentração, problemas em conciliar o sono, preocupação excessiva, sobretudo com a saúde, obsessões e compulsões, humor depressivo e fobia. Segundo Fluharty et al. (2016), fumar pode desencadear depressão ou ansiedade, uma vez que o efeito psicoativo do tabaco altera os neurocircuitos do indivíduo. Estudos com animais indicam que uma prolongada exposição à nicotina

desregula o sistema hipotálamo-hipófise-adrenal, resultando em hipersecreção de cortisol e alterações na atividade do sistema neurotransmissor cuja função é regular as reações a estressores, um efeito que parece normalizar após retirada de nicotina.

Do ponto de vista social, a realização dessa pesquisa encontra relevância no pressuposto de que a intervenção ao tabagismo apropriada é fundamental no combate à doença e como meio de promover saúde pública. É desse horizonte que se torna necessário verificar a ocorrência de sintomas depressivos nesta população.

A constituição da demanda surge de interações dos sujeitos, usuários (as), profissionais e gestores, na relação com a oferta nos serviços de saúde, diante de um determinado projeto político institucional. O acolhimento e as ações resolutivas são fundamentais para que se possa concretizar práticas de promoção à saúde.

Do ponto de vista acadêmico/científico, ainda são poucos os estudos que contemplam a temática escolhida. Além disso, a escolha por este tema recai sobre a prática profissional da pesquisadora, com vistas ao aprimoramento técnico dos trabalhadores engajados na saúde pública.

À luz desses pressupostos empíricos e teóricos, o presente estudo buscou caracterizar o perfil sócio-demográfico e a ocorrência de sintomas depressivos em usuários que buscaram tratamento especializado, na luta contra o tabagismo. O interesse em conhecer essa população recai na tentativa de melhorar e ampliar os dispositivos de prevenção e promoção e acompanhamento terapêutico no contexto da saúde pública do país.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Morrem por ano, em todo o mundo, cerca de 5,4 milhões de pessoas fumadoras e ex-fumadoras, dos quais cerca de 700.000 na União Europeia. Se não forem adotadas medidas efetivas de prevenção e controle, o número de mortes anuais, a nível mundial, poderá atingir os 8 milhões, nas próximas duas décadas (WHO, 2011; EUROPEAN COMMISSION, 2012).

O tabagismo é uma doença crônica responsável pelo maior número de mortes evitáveis no mundo e predispõe seus usuários a doenças não transmissíveis e fatais, como o câncer de pulmão. Mudanças no estilo de vida são eficazes no tratamento de pacientes e auxilia na prevenção de mortalidade prematura (MOREIRA-SANTOS; GODOY; GODOY, 2016).

No Brasil, aproximadamente 14,8% da população são fumantes, 18,1% dos homens e 12% das mulheres. São cerca de 6 milhões de mortes anuais provocadas pelo tabagismo e este número pode chegar a 7,5 milhões por ano em 2020 (WHO, 2011). Responde por 71% dos casos de câncer de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas, 10% das doenças cardiovasculares e por cerca de 10% de todas as mortes. É a principal causa de morte antecipada entre os adultos mais velhos, os quais aumentam os problemas de saúde, exigindo cuidados médicos e de saúde.

Os fumantes quando comparados aos não fumantes tem menos qualidade de vida, maior prevalência de sofrimento psicológico e aumento da mortalidade (MOREIRA SANTOS; GODOY; GODOY, 2016). Além disso, a expectativa de vida de um indivíduo que fuma é 25% menor que a de um não fumante, que também vive mais anos sem problemas de saúde (SACHS-ERICSSON et al., 2009).

O tabagismo foi descrito como o principal fator causal, em média de 80% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças cardiovasculares e de morte precoce, bem como aproximadamente 30% de todas as mortes por câncer, agravando ainda mais a atual situação. Sabe-se que no Brasil, existe uma diferença no consumo do cigarro entre os gêneros, onde homens contribuem com 12,8% do consumo e mulheres com 9%. A idade de maior consumo está entre 45 e 54 anos com 13,2% e a menor, entre os 18 e 24 anos com 7,8% em média (CRUZ et al., 2016).

Diferentes hipóteses têm sido descritas para explicar esse fenômeno: uma o atribui ao menor acesso ao conhecimento sobre os malefícios do cigarro entre os mais desprivilegiados; outra indica a maior dificuldade desse segmento populacional em abandonar o vício por dispor de menor acesso aos serviços de saúde e suporte social; uma terceira considera o cigarro como uma “automedicação” que ajuda a lidar com o estresse e as dificuldades cotidianas, mais presentes entre os mais desprivilegiados, em função do baixo nível de escolaridade, e conseqüentemente, financeiro, assim, dispondo de menos recursos alternativos para lidar com esses desafios (DICKSON-SPILLMANN et al., 2012).

Como descreve Cruz et al. (2016), com base em dados científicos expostos a respeito do tabagismo, como fator de risco de enfermidades graves e letais e a cronificação da doença pela dependência da nicotina associada ao uso de cigarros, atualmente, o tabagismo está incluso entre uma das causas evitáveis de morte nos indivíduos, assim como a diminuição dos riscos de desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Fluharty et al. (2016) descrevem que muitos estudos relatam uma associação positiva entre tabagismo e doença mental, relacionando altas taxas de tabagismo com a gravidade da doença mental. Indivíduos com doença mental também tendem a começar a fumar em uma idade mais adiantada, fumam mais pesadamente e são mais viciados em cigarros do que a população em geral.

Conforme Lawrence e Williams (2015), a associação entre doença mental e fumo de tabaco está bem documentada, estudos que mostram que um terço dos adultos fumantes nos Estados Unidos tiveram um transtorno mental, incluindo perturbações mentais como ansiedade e depressão. Estes resultados sugerem que as abordagens atuais para o controle do tabaco favorecem diferencialmente pessoas sem doença mental, pois esta pode ser o único fator de risco mais prevalente e associado com altas taxas de tabagismo. A menos que a doença mental seja incorporada como um fator específico, no futuro, de abordagens para o controle do tabaco, é provável que as desigualdades aumentarão ainda mais no futuro. Portanto, há uma necessidade urgente para compreender os mecanismos subjacentes a elevada prevalência de tabagismo em pessoas com doença mental.

Fluharty et al. (2016) realizaram uma revisão sistemática de literatura dos estudos longitudinais, sobre as associações entre tabagismo e depressão/ansiedade. De 6.232 resumos revisados, 5.514 foram excluídas com base no título e 404, após a leitura do resumo. No total, 314 artigos foram recuperados e avaliados para a elegibilidade e 148 preencheram os critérios de inclusão. O tamanho da amostra variou de 59 a 90.627 participantes, que seguiram em acompanhamento de 2 meses a 36 anos. Dos 148 estudos incluídos, 99 (67%) recrutaram participantes masculinos e femininos, 16 (11%) apenas mulheres e 7 (5%) somente homens. Além disso, em 101 estudos (70%) os participantes eram parte da população em geral, 15 (10%) eram parte de populações clínicas e 16 (10%) de determinados grupos étnicos.

Por sua vez, com o objetivo de avaliar AVP atribuíveis ao tabagismo em nível populacional, Pinto, Pichon-Riviere e Bardach (2015) realizaram estudo no qual estimaram dois componentes: anos potenciais de vida perdidos por morte prematura (APVP) e AVP por viver com qualidade de vida reduzida (AVP-QV) realizaram uma análise das diferenças de ocorrência de eventos, mortes e custos diretos associados a uma coorte hipotética de não fumantes e ex-fumantes comparada à coorte na qual a prevalência de fumantes e ex-fumantes foi incorporada.

Em geral, os resultados entre os estudos foram inconsistentes. Quase metade dos estudos informou que a depressão ou ansiedade foi associada com algum tipo de comportamento depois de fumar, dando suporte a um modelo de automedicação, sugerindo que os indivíduos fumam para aliviar sintomas psiquiátricos; e mais de um terço dos estudos encontrou evidências para uma relação no sentido oposto, segundo o qual fumar foi associado com posterior depressão ou ansiedade, o que apoia a hipótese de que uma o hábito de fumar prolongado aumenta a susceptibilidade para depressão e ansiedade. No entanto, poucos estudos apoiam diretamente um modelo bidirecional do tabagismo e ansiedade, e relataram resultados nulos. A literatura sobre a prospectiva associação entre tabagismo e a depressão e a ansiedade é incoerente em termos de direção da associação mais fortemente apoiada, o que sugere a necessidade de estudos futuros que empreguem metodologias que permitam fornecer evidências de causalidade. (FLUHARTY et al., 2016).

O Brasil está entre os países cujas políticas de controle do tabaco encontram-se em estágios avançados. Inquéritos nacionais evidenciam redução da prevalência do tabagismo. Em 2002/2003, uma pesquisa nacional desenvolvida pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) apontou prevalência de 22,4%, o que representou queda de 35% em relação à 1989. Em 2008, a Pesquisa especial de Tabagismo (PETab) apresentou prevalência de 17,2% de fumantes. Em 2011 a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) apresentou estimativas de 14,8% nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (SILVA et al., 2014). Estes dados são positivos e evidenciam que o combate ao tabaco tem surtido efeito e o consumo tende a reduzir ao longo dos anos.

As ações educativas voltadas para informar e mobilizar a população acontecem tanto de forma pontual, por meio de campanhas em datas específicas, quanto de forma contínua com agentes multiplicadores da Saúde que repassam informações sobre o funcionamento do programa. Duas principais datas, alusivas ao controle do tabaco, como o Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio) e o Dia Nacional de Combate ao Fumo

(29 de agosto) oferecem informações técnicas sobre: os riscos associados ao consumo de tabaco (doença, agravamento de doenças e efeitos colaterais) e sobre os benefícios adquiridos depois da cessação do tabagismo (eliminação de toxinas e recuperação física, psicológico e social). Nestas datas, o INCA tem elaborado materiais para serem distribuídos em campanhas, geralmente destacadas pela mídia, com objetivo de sensibilizar a população em geral. Além dessas datas, novas ações são essenciais e devem ser aplicadas de forma contínua e ampla, ajudando e apoiando o cidadão em suas escolhas, estimulando-o para a adoção de novas atitudes e comportamentos favoráveis a uma vida saudável (OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO, 2016).

Cargnelutti (2014) relata que, para promover a cessação de fumar e ampliar o apoio para os dependentes, o Ministério da Saúde desenvolve diferentes atividades, campanhas com o uso da mídia, eventos dirigidos a profissionais de saúde. A Portaria 1.575, de 29 de agosto de 2002, criou os Centros de Referência em Abordagem e Tratamento do Fumante no âmbito do SUS, e incluiu os procedimentos relativos a essa atividade no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). Essa iniciativa teve por objetivo universalizar o acesso dos fumantes brasileiros a métodos eficazes para cessação do tabagismo, dentre estes a terapia de abordagem cognitivo comportamental.

Psicoterapia em grupo e de abordagem cognitivo comportamental

O fundador da Psicoterapia de grupo foi Pratt, em 1905, que observando a convivência de pacientes com tuberculose, enquanto aguardavam na sala de espera de uma clínica, verificou que entre eles se estabeleciam relações emocionais que os tornavam mais animados (Piccinini, 2013). Isto o inspirou a reuni-los semanalmente, para discutir sobre as atitudes dos doentes em consequência da tuberculosa, em relação a familiares e amigos; comparar as diversas maneiras com que os pacientes enfrentavam a doença; fazer aconselhamentos e motivar esperanças de cura. As reuniões eram

consideradas proveitosas, pois os pacientes melhoravam, tornavam-se mais otimistas e corajosos. Posteriormente, estendeu as reuniões para outros pacientes com doenças crônicas cardiovasculares, diabetes e para os psiconeuróticos. Atribuía os resultados favoráveis à confiança e a fé que o grupo depositava no terapeuta.

Os elementos fundamentais na psicoterapia de grupo ocorrem no contexto de uma relação de confiança entre o terapeuta e o cliente; no contexto terapêutico, no qual o cliente acredita que o terapeuta o ajudará na solução dos seus problemas; e no aumento da capacidade de autorreflexão do cliente (COÊLHO; BARROS, 2012), a postura básica do terapeuta com o paciente deve ser de interesse, aceitação, genuinidade e empatia (YALOM; MOLYN, 2006).

Conforme Leahy (2006) as técnicas cognitivas podem ser utilizadas inicialmente, como o exercício do continuum, que auxilia o paciente a encontrar um meio termo nos pensamentos do tipo “tudo ou nada”, como aqueles relacionados à confiabilidade; o uso da seta descendente, por meio da compreensão das crenças subjacentes ao pensamento; a definição de termos, para entender o significado daquilo que está dizendo; modificação dos pensamentos negativos com a mudança do comportamento, comumente usada quando apenas contestar o pensamento parece não ser efetivo e há a necessidade de adquirir novas habilidades para a resolução de problemas; observação a partir da sacada, possibilitando que o sujeito assuma perspectiva perante suas vivências; exercício do duplo-padrão, no qual o paciente pensa sobre como julgaria outras pessoas na mesma situação; e reflexão sobre como os outros lidariam com isso, levando-o a avaliar o comportamento dos demais indivíduos nas mesmas situações.

Essas técnicas enfocam, especialmente, o entendimento das cognições e o senso de autoeficácia, objetivando que o paciente avalie e compare suas percepções com a realidade, de modo a poder diferenciar os falsos julgamentos daqueles que são reais (SCHMIDT; DELLA MÉA, 2013).

O trabalho em grupos tem por característica principal o auxílio entre os indivíduos que possuem um mesmo problema (BIELING; McCABE, & ANTONY, 2008; YALOM; MOLYN, 2006). A possibilidade de entender, perceber, confiar e aceitar outras pessoas com problemas semelhantes ou iguais, auxilia a diminuir o isolamento social (SCARPATO, 2010; YALOM; MOLYN, 2006). O compartilhamento de informações e a socialização que ocorre a partir do convívio entre terapeuta e clientes, além da coesão do grupo, ou seja, o sentimento de pertencer a um grupo e possuir afinidade com seus membros, aceitar e ser aceito pelos demais indivíduos. Nesse sentido, o interagir com os demais pode auxiliar a identificar e modificar padrões estereotipados de funcionamento, bem como, problemas psicopatológicos individuais (YALOM; MOLYN, 2006).

De acordo com Coêlho e Barros (2012), a Psicoterapia de grupo possui critérios que embasam um determinado modelo, são eles: a) deve estar sustentado em uma teoria abrangente, que apresente uma explicação coerente sobre as origens dos sintomas e a forma de eliminá-los; b) Os objetivos a que se propõe modificar devem ser claramente especificados; c) devem Existir evidências empíricas da efetividade da técnica proposta; e) os resultados devem ser mantidos em longo prazo. Entre as diversas vantagens, a psicoterapia de grupo permite aos clientes terem auxílio e informações sobre seu problema/doença ao mesmo tempo e, ainda, a troca de experiências e a observação do desenvolvimento em suas diferentes formas de lidar com o mesmo (BIELING; McCABE; ANTONY, 2008).

O método da abordagem cognitivo-comportamental é o mais utilizado no tratamento das dependências químicas em geral. Consiste na combinação de intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. As suas finalidades são informar ao fumante sobre os riscos do tabagismo, os efeitos maléficos do cigarro, os benefícios de parar de fumar, assim como apoiar o paciente durante o processo de cessação, fornecendo orientações para que possa lidar com a síndrome de

abstinência, a dependência psicológica e os condicionamentos associados ao comportamento de fumar (OTERO et al., 2006; MARTINS, 2012).

A terapia comportamental cognitiva envolve a participação ativa do paciente e em programas de tratamento do tabagismo, os pacientes identificam situações de risco de rotina e, juntamente com um profissional de saúde, desenvolvem estratégias de enfrentamento, buscam modificar o padrão de conduta no consumo de cigarros, evitando situações ligadas a reincidência (MOREIRA SANTOS; GODOY E GODOY, 2016). Basicamente, conforme Bieling, McCabe e Antony (2008), a Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo (TCCG) contempla: os efeitos dos sintomas dos participantes do grupo nos demais; os efeitos recíprocos dos estilos de personalidade; os efeitos da melhora/piora de um membro do grupo nos outros; as formas de interação entre eles; a relação entre o terapeuta e o grupo; a relação entre os componentes do grupo; efeitos da evasão e das faltas no grupo; efeitos de variáveis individuais sobre o grupo (por exemplo, expectativas e satisfação com o tratamento, variáveis do cliente que predizem o desfecho, e adaptabilidade dele ao tratamento grupal; mecanismos grupais de mudança: inspiração, inclusão, aprendizado grupal, remoção do foco de si mesmo, coesão grupal e processamento emocional no contexto grupal).

O tratamento comportamental utilizado em conjunto com a farmacoterapia aumenta, significativamente, o sucesso da cessação de fumar. Certas terapias farmacológicas, tais como a substituição da nicotina, podem aumentar a ocorrência de episódios depressivos. Em tais casos, a droga de escolha deve ser bupropiona, porque tem sido provado ser um antidepressivo eficaz para utilização em fumadores. No entanto, a terapia farmacológica auto-administrado sozinho provou insuficiente para alcançar a cessação do tabagismo, tornando-se importante combiná-lo com terapia cognitivo-comportamental (MOREIRA SANTOS; GODOY, GODOY, 2016).

Dickson-Spillmann et al. (2012) referem o uso da bupropiona e da nicotina receptor agonista vareniclina parcial, e destacam que os efeitos farmacológicos adversos

cessam rapidamente, o que torna os fumantes seguros. No estudo de Schmitz et al. (2007) os resultados de 12 ensaios clínicos randomizados mostraram que para mulheres e homens o uso de bupropiona mais do que duplicou as chances de um resultado positivo, além de ter evidenciado sua eficácia para populações especiais, incluindo fumantes com histórico de alcoolismo ou depressão.

Um estudo de Castaldelli-Maia et al. (2013) realizado em uma unidade CAPS-AD localizada na cidade de São Caetano do Sul, Estado de São Paulo, Brasil, e começou em abril de 2007. A duração total da intervenção foi de 6 semanas. Durante este período, cada paciente tinha 1) seis sessões programadas de terapia de grupo e 2) quatro visitas agendadas com um psiquiatra (t1 = 0; t2 = 1 semana e T3 = 3 semanas; T4 = 6 semanas). Quaisquer ausências do paciente durante o tratamento do paciente excluídos do tratamento atual, mas não a partir do estudo (foram incluídos como insucessos do tratamento). No entanto, cada paciente poderia repetir o tratamento tantas vezes quanto necessário. Os dados para os doentes que foram escolhidos para o tratamento de duas ou mais vezes só foram incluídos na amostra uma vez (por ocasião do seu primeiro tratamento).

Com base nos princípios da psicoterapia cognitivo-comportamental, Castaldelli-Maia et al. (2013) incluiu grupos de até 15 pessoas para cada 6(seis) semanas de tratamento e os principais temas em debate no grupo durante as sessões de terapia foram: os perigos do fumo, desejo; táticas de enfrentamento e reconhecimento dos sintomas de abstinência; dificuldades e benefícios do tratamento e recidiva evitação. As consultas médicas foram realizadas individualmente com base e incidiram sobre a possibilidade de uso farmacológico. Os autores destacam a importância do profissional de saúde e a psicoterapia comportamental combinada com farmacoterapia, para contribuir com a cessação de fumar. Para examinar a eficácia das intervenções para a cessação tabágica, o estudo identificou as seguintes taxas de sucesso após 1 ano: aproximadamente 3,5% ao tentar sair sozinho, 7-16% ao receber a terapia

comportamental, e 24% ao receber a terapia comportamental combinada com farmacoterapia (incluindo reposição de nicotina, bupropiona ou vareniclina).

Em comparação com adultos mais jovens, os fumantes idosos são pouco encorajados a abandonar o tabagismo, em parte devido à ideia equivocada de que é tarde para usufruírem da intervenção. No sentido de estudar melhor esta população, Pothirat et al. (2015), em Chiang Dao, compararam a implementação da terapia comportamental em uma amostra de 224 fumantes. Os resultados indicaram que a terapia de grupo traz melhores resultados para o abandono do cigarro do que uma educação isolada.

Ao confrontarem adultos mais velhos com adultos mais jovens, na cessação do hábito de fumar, Sachs-Ericsson et al. (2009) observaram que o sofrimento psicológico é maior entre os mais velhos, principalmente em mulheres que param de fumar em comparação com aqueles que continuam a fumar. A pesquisa de sugere que, entre adultos mais velhos, os fumantes com problemas de saúde são mais propensos a deixar de fumar. Assim, a associação entre os sintomas depressivos e cessação do tabagismo em adultos mais velhos podem refletir, em parte, a gravidade dos problemas de saúde do indivíduo. A má saúde pode ser um fator mais potente em influenciar adultos mais velhos, os com níveis mais elevados de estresse psicológico (em parte devido a problemas de saúde) são mais propensos a parar de fumar.

De acordo com Cargnelutti (2014), as intervenções para interromper o uso de tabaco ainda não estão integradas às rotinas dos serviços de saúde no mundo. A falta de estratégias de integração, de tempo disponível para relacionar ações assistenciais mais específicas e a percepção dos profissionais de saúde de que os tratamentos para a dependência de nicotina são pouco efetivos, são algumas das barreiras apontadas. A efetividade dos tratamentos ainda é baixa, mas alguns estudos demonstram que, com aumento dos recursos durante o tratamento, melhora-se o sucesso das intervenções.

Apesar de comprovado que a combinação de uma abordagem cognitiva comportamental com a abordagem farmacológica seja eficaz e efetiva no tratamento do tabagismo, ainda existe uma lacuna na forma relacionada ao como utilizar na prática essas abordagens, tendo em vista que são diversas as populações atendidas (Nunes, 2011). Assim, considerando os questionamentos quanto ao tema e a literatura referida, foi elaborado um artigo apresentado com o propósito de fundamentar a necessidade de caracterizar o perfil sócio-demográfico e a ocorrência de sintomas depressivos em indivíduos que participam de grupoterapia contra o tabagismo.

3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA I

PERFIL-SÓCIODEMOGRÁFICO E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM INDIVÍDUOS QUE FREQUENTAM GRUPOTERAPIA CONTRA TABAGISMO

Resumo

Introdução: A dependência ao tabaco é um dos principais problemas de saúde pública e que mais traz danos à saúde das pessoas. Avaliar as estratégias que auxiliem o combate ao tabagismo e no fortalecimento dos recursos emocionais, é condição essencial para o encaminhamento às intervenções efetivas, que auxiliem na recuperação de pacientes. **Objetivo:** Caracterizar o perfil sócio-demográfico e a ocorrência de sintomas depressivos em indivíduos que participam de grupoterapia contra o tabagismo. **Método:** Trata-se de estudo observacional, descritivo e analítico, realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), da cidade de Cruz Alta, região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul com participação de 60 indivíduos adultos, que procuraram o serviço para tratamento contra o tabagismo e responderam, individualmente os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Teste de Fagerstrom, Escala de Depressão Beck (BDI-II) e Escala de Pensamentos Depressivos (EPD). **Resultados:** A amostra estudada, em sua maioria, é do sexo feminino, de etnia branca, religião católica, casados, ensino fundamental incompleto e possuem uma profissão. **Discussão:** Quanto à dependência à nicotina, as diferenças encontradas entre a amostra feminina e a masculina permitem confirmar a pertinência de atentar às especificidades de sexo feminino e implementação das medidas de cessação tabágica, evidenciando especificidades de consumo distintas e quanto ao padrão de comportamento. Quanto aos sintomas depressivos, observou-se que os dados somente são estatisticamente significativos em relação a ter profissão, indicando a necessidade de desenvolver estratégias e ações de acordo com o perfil e as necessidades de cada paciente. **Conclusão:** Diante disto, conclui-se que novas políticas de intervenção e

prevenção devem ser ampliadas e desenvolvidas no cenário brasileiro, dedicando atenção especial às mulheres e a sintomatologia depressiva associada ao uso de tabaco.

Palavras-chave: Adultos e idosos. Tabagismo. Sintomas Depressivos.

Abstract

Introduction: Tobacco dependence is one of the main public health problems and causes more harm to people's health. Evaluating strategies that help combat smoking and strengthening emotional resources, is an essential condition for the referral to effective interventions, which aid in the recovery of patients. **Objective:** To characterize the socio-demographic profile and the occurrence of depressive symptoms in individuals participating in group therapy against smoking. **Method:** This is an observational, descriptive and analytical study carried out at the Center for Psychosocial Care Alcohol and Other Drugs (CAPS AD), in the city of Cruz Alta, Northwest region of the State of Rio Grande do Sul, with participation of 60 adult individuals, who sought the smoking cessation service and individually answered the following instruments: Sociodemographic Questionnaire, Fagerstrom Test, Beck Depression Scale (BDI-II) and Depressive Thinking Scale (EPD). **Results:** The sample studied is mostly female, white, Catholic, married, incomplete elementary school and have a profession. **Discussion:** Regarding nicotine dependence, the differences found between the female and the male sample allow us to confirm the pertinence of attention to female specificities and the implementation of smoking cessation measures, evidencing distinct consumption specificities and behavioral patterns. As for depressive symptoms, it was observed that the data are only statistically significant in relation to having a profession, indicating the need to develop strategies and actions according to the profile and needs of each patient. **Conclusion:** Is relevant the control of representations of the Tobacco, symptoms of psychological disorders and psychological support in smoking behavior.

Keywords: 1. Adult and elderly. 2. Smoking 3. Depressive symptoms

3.1 Introdução

Tabagismo e seus contextos

O tabagismo é considerado um vício que gera graves problemas para saúde pública, em todo o mundo: como doença crônica, é responsável pelo maior número de mortes evitáveis e predispõe seus usuários a doenças não transmissíveis e fatais, por exemplo o câncer de pulmão. O hábito de fumar está particularmente associado com o uso de bebidas alcoólicas, predispondo o indivíduo a importantes alterações físicas e psicológicas, causando sofrimento pessoal, familiar e alto custo social (MOREIRA-SANTOS ; GODOY; GODOY, 2016 ; SENGER et al., 2011).

A dependência da nicotina causa doenças crônicas e é um dos principais fatores de risco de diversas comorbidades. A exposição à fumaça do tabaco, por meio do consumo direto de tabaco ou de seus derivados ou no ambiente (tabagismo passivo), causa cerca de 6 milhões de mortes por ano e é considerada um problema mundial de saúde (PAWLINA et al., 2015).

No território brasileiro, a análise do fator social é essencial na caracterização dos indivíduos tabagistas, já que a maior parte é pertencente às faixas de renda e escolaridade mais baixas, apresentando em torno de 9 anos de estudo, e com idade entre 30 e 45 anos. Em detrimento de remuneração, 84% da população tabagista recebe entre um e três salários mínimos. Em termos per capita, a renda dos tabagistas é de R\$ 867,52, estatisticamente menor que a dos não tabagistas, que é de R\$ 957,79. Além disso, também, a população tabagista predominate é do sexo feminino, cor branca (BAZOTTI et al., 2016).

De acordo com Calheiros, Oliveira e Andretta (2006) o uso de tabaco e comorbidades psiquiátricas vem sendo um tema amplamente estudado nos últimos tempos e a contribuição científica é essencial para encontrar resultados mais

significativos a este problema de saúde pública. A associação do tabagismo com as comorbidades psiquiátricas é evidenciada, principalmente pelo uso da nicotina como uma tentativa para alívio do desconforto psicológico nos transtornos mentais.

O consumo de tabaco se caracteriza por ser um comportamento aditivo diferente de outros consumos de substâncias psicoativas devido à sua elevada morbidade e mortalidade a longo prazo, e ausência de morte ou de patologia mental imediata (AFONSO; PEREIRA, 2013).

Características recorrentes entre fumantes

Apesar de não existir um perfil psicológico definido sobre os fumantes, os múltiplos fatores, de condição cultural, social, econômico, comportamental, genético e neurobiológico, podem ser importantes para caracterizar e compreender o fenômeno do tabagismo no Brasil, e assim promover iniciativas de prevenção e controle da dependência numa abordagem eficaz, integrada por múltiplas medidas e técnicas (FERREIRA et al., 2009).

Conforme ressaltam Seabra, Faria e Santos (2011), a relação existente entre o consumo de tabaco e a depressão pode ser vista de diferentes formas, visto que o tabagismo auxilia na automedicação de sintomas relacionados ao humor, bem como em sentimentos de tristeza e angústia. Outra forma com as quais os sintomas depressivos podem estar relacionados com o consumo é a alteração dos sistemas neuroquímicos associados à regulação de humor pela ingestão da nicotina. Existem evidências de que o tabaco e a depressão influem-se mutuamente, além dos outros fatores biopsicossociais contribuírem para a expressão de ambos.

Kuhnen et al. (2009) realizou um estudo transversal de base populacional com o objetivo de estimar a prevalência de tabagismo e os fatores associados em adultos com idade entre 20 e 59 anos, com uma amostra composta de 2.022 indivíduos residentes em

uma cidade de médio porte do sul do Brasil. Os resultados evidenciaram maior prevalência de tabagismo em indivíduos de renda mais baixa, escolaridade menor que oito anos e relataram problemas com álcool.

Pawlina et al. (2015) refere que estudos com pacientes em programas de cessação do tabagismo mostraram que os níveis de ansiedade pós-tratamento são mais baixos naqueles que conseguiram parar de fumar do que naqueles que continuaram a fumar. A mesma autora descreve que outro estudo mostrou que a cessação do tabagismo resulta em um aumento do nível de ansiedade do paciente, indicando que a relação entre tabagismo e ansiedade é bastante complexa.

Em comparação com a população geral, indivíduos com transtornos de ansiedade são duas vezes mais propensos a fumar, e esses transtornos são mais comuns em fumantes do que em não fumantes. Um dos motivos dessa associação é que o tabagismo pode ser uma forma de automedicação para tratar sintomas de ansiedade, pois a nicotina reduz as emoções negativas e é ansiolítica (EDWARDS, KENDLER, 2011).

Tabagismo e o Sintoma depressivo

Atualmente, existem várias hipóteses para explicar as altas taxas de tabagismo em pessoas com depressão e ansiedade. A hipótese de auto-medicação postula que os indivíduos fumam para aliviar seus sintomas, e, portanto, sugere que os sintomas de depressão e ansiedade podem levar ao tabagismo. Uma hipótese alternativa é que fumar pode levar à depressão ou ansiedade, através de efeitos na neurocircuitos do indivíduo que aumenta a susceptibilidade a estressores ambientais. Estudos com animais indicam que uma prolongada exposição à nicotina desregula o sistema hipotálamo-hipófise-adrenal, resultando em hipersecreção de cortisol e alterações na atividade do sistema neurotransmissor cuja função é regular as reações a estressores, um efeito que parece normalizar após retirada de nicotina (FLUHARTY et al., 2016).

Com relação à dependência ao tabaco, percebe-se que, além da dependência física provocada pela nicotina, existem outros fatores que devem ser considerados no manejo do trabalho com o fumante. Percebe-se uma grande associação entre patologias psiquiátricas e o hábito de fumar, apontando a importância de uma intervenção que contemple as características de ordem psíquica no planejamento das ações terapêuticas para o tratamento do tabagismo (SEABRA; FARIAS, SANTOS, 2011).

Conforme explica Belinghini (2008), cerca de 20% dos tabagistas têm dependência química forte e os outros 80% apresentam dependência psicológica à droga. A dependência química não se estabelece de imediato, mas leva aproximadamente dez anos para se consolidar, sendo o vínculo com o tabaco nesse período anterior de característica psicológica.

A associação entre tabagismo e depressão/ansiedade também pode ser bidirecional, iniciar a fumar para aliviar os sintomas, pode torná-los piores ao longo do tempo. Estudos longitudinais podem ajudar a informar a compreensão da relação causal entre tabagismo e depressão/ansiedade, clarificando a associação temporal (MUNAFO; ARAYA, 2010).

Psicoterapia em Grupo e de Abordagem Cognitivo Comportamental

A Psicoterapia de grupo possui critérios que embasam um determinado modelo, são eles: a) deve estar sustentado em uma teoria abrangente, que apresente uma explicação coerente sobre as origens dos sintomas e a forma de eliminá-los; b) os objetivos a que se propõe modificar devem ser claramente especificados; c) devem existir evidências empíricas da efetividade da técnica proposta; e) os resultados devem ser mantidos em longo prazo. Entre as diversas vantagens, a psicoterapia de grupo permite aos clientes terem auxílio e informações sobre seu problema/doença ao mesmo tempo e, ainda, a troca de experiências e a observação do desenvolvimento em suas diferentes formas de lidar com o mesmo (BIELING; McCABE; ANTONY, 2008).

O método da abordagem cognitivo-comportamental é o mais utilizado no tratamento das dependências químicas em geral. Consiste na combinação de intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. As suas finalidades são informar ao fumante sobre os riscos do tabagismo, os efeitos maléficos do cigarro, os benefícios de parar de fumar, assim como apoiar o paciente durante o processo de cessação, fornecendo orientações para que possa lidar com a síndrome de abstinência, a dependência psicológica e os condicionamentos associados ao comportamento de fumar (OTERO et al., 2006; MARTINS, 2012).

De acordo com Cargnelutti (2014), as intervenções para interromper o uso de tabaco ainda não estão integradas às rotinas dos serviços de saúde no mundo. A falta de estratégias de integração, de tempo disponível para relacionar ações assistenciais mais específicas e a percepção dos profissionais de saúde de que os tratamentos para a dependência de nicotina são pouco efetivos, são algumas das barreiras apontadas. A efetividade dos tratamentos ainda é baixa, mas alguns estudos demonstram que, com aumento dos recursos durante o tratamento, melhora-se o sucesso das intervenções.

Baseado em todos estes fatores é que objetivamos caracterizar a ocorrência de sintomas depressivos em tabagistas que frequentam grupoterapia cognitivo comportamental para tratamento do tabagismo.

3.2 Metodologia

Delineamento geral do estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e analítico. O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), serviço ligado à Secretaria Municipal de Saúde, órgão pertencente à Prefeitura Municipal da cidade de Cruz Alta, região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Foram participantes 60 indivíduos adultos, de ambos os gêneros, com diferentes anos de

escolaridade, estado civil, nível socioeconômico, profissões, procedentes de um CAPS-AD.

Instrumentos

1 - Questionário de entrevista semi-dirigida com base no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (2012-2016) com o objetivo de colher informações sociodemográficas, história pregressa e tabagística, e verificar os critérios de inclusão da amostra. Os dados sociodemográficos recaem sobre idade, gênero, etnia, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação, religião, tempo de dependência, se realizou tratamento para tabagismo anteriormente. A História Patológica Progressiva do Paciente, contempla a doença de base, comorbidades, histórico de transtornos, tempo de terapia e uso de medicações. A História Tabagística refere-se ao tempo de dependência de nicotina, situações as quais o cigarro está associado no dia-a-dia, razões que levam a fumar, tentativas prévias de parar de fumar, tempo maior de abstinência ao vício, utilização de recursos para deixar de fumar, história anterior de participação em grupoterapia para tratamento de tabagismo, motivos que levam a parar de fumar, se há convívio com fumantes e preocupação em ganhar peso.

2 - Teste Fagerström (Fagerström, 1978), o qual avalia o nível de Dependência de Nicotina por meio de 6 questões, que variam de 0 a 3 pontos, sobre o tempo até ao primeiro cigarro do dia, o número de cigarros diários, o cigarro que mais satisfaz em que período do dia, e frequência do uso. Quanto mais elevado o escore da soma das pontuações de cada resposta dada, maior é o nível de dependência.

3 - Escala de Depressão Beck (BDI-II) (BECK; STEER; BROWN, 1996) adaptada por Gorenstein et al. (2011), mensura a presença e a intensidade dos sintomas de depressão. Composto por 21 itens, cada um com quatro afirmativas de respostas (com exceção dos itens 16 e 18, em que existem sete afirmativas, sem, contudo, variar o escore), subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão com escore de 0 a 3.

Em sua composição, apresenta itens com conteúdos cognitivo-afetivos como insatisfação, punição, tristeza, sentimento de fracasso, pessimismo, autoaversão, retraimento social, indecisão, ideias suicidas, mudança na autoimagem, choro, insônia, dificuldade de trabalhar, perda de apetite e peso, perda de libido, fatigabilidade e preocupações somáticas. O escore total classifica a intensidade de depressão em níveis mínima, leve, moderada e severa. No estudo de fidedignidade, o coeficiente alfa de Cronbach para pacientes ambulatoriais foi de 0,92, considerado índice alto.

4 - Quanto à Escala de pensamentos depressivos (EPD), Carneiro & Baptista (2012), com o propósito de avaliar as distorções cognitivas. A escala avalia pensamentos distorcidos que podem ser indicativos de depressão e foi construída com base na tríade cognitiva proposta por Beck, que é considerada como substrato para o entendimento de interpretações rígidas e negativistas relacionadas à depressão. O instrumento contém 26 itens, divididos em dois fatores: 1. Fator 1 (F1 – baixa autoestima/desesperança), com 16 itens referentes à percepção negativista quanto a si próprio e suas perspectivas de futuro, 2. Fator 2 (F2 – funcionalidade nas relações), composto de 10 itens sobre a avaliação que o indivíduo apresenta quanto a suas relações e o suporte recebido. A escala pode variar de 26 a 78 pontos, indicando o nível de pensamentos depressivos, sendo que quanto maior a pontuação, maiores os pensamentos disfuncionais. A escala total apresentou alfa de Cronbach de 0,93; no F1 o alfa foi de 0,93; e no F2, de 0,89.

3.3 Resultados

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra estudada.

Tabela 1 - Descrição das variáveis sociodemográficas (n=60).

Variável	Frequência	%
Sexo		
Masculino	23	38,33%
Feminino	37	61,67%
Tempo de Tabagismo		
Até 10 anos	3	5,00%
Entre 11 e 20 anos	10	16,67%
Entre 21 e 30 anos	18	30,00%
Entre 31 e 40 anos	21	35,00%
Acima de 40 anos	8	13,33%
Etnia		
Branco	51	85,00%
Não Branco	9	15,00%
Religião		
Católico	41	68,33%
Não católico	19	31,67%
Estado Civil		
Solteiro	19	31,67%
Casado	34	56,67%
Divorciado	7	11,67%
Escolaridade		
Ens. Fundamental Incompleto	32	53,33%
Ens. Médio	20	33,33%
Ens. Superior	8	13,33%
Profissão		
Sim	42	70,00%
Não	18	30,00%

Na tabela 1 observa-se que a amostra estudada em sua maioria é do sexo feminino, de etnia branca, religião católica, casados, com ensino fundamental incompleto e possuem uma profissão.

A tabela 2 apresenta os resultados referentes à amostra estudada e os resultados obtidos em relação à dependência a nicotina

Tabela 2 - Presença de dependência à nicotina na amostra

Variável	Teste de Fagestrom				Total
	Baixo	Médio Baixo	Médio Alto	Alto	
Sexo					P=0,869
Masculino	6	4	4	9	23
Feminino	2	13	11	11	37
Etnia					P=0,001
Branco	5	13	14	19	51
Não Branco	3	4	1	1	9
Religião					P=0,587
Católico	4	13	9	15	41
Não católico	4	4	6	5	19
Estado Civil					P=0,397
Solteiro	1	7	7	4	19
Casado	7	9	6	12	34
Divorciado	0	1	2	4	7
Escolaridade					P=0,025
Ensino Fundamental Incompleto	3	7	10	12	32
Ensino Médio	4	9	1	6	20
Ensino Superior	1	1	4	2	8
Profissão					P=0,164
Sim	7	11	10	14	42
Não	1	6	5	6	18

É possível observar que ao relacionar as características sócio-demográficas com dependência à nicotina, ocorreram resultados estatisticamente significativos em relação à etnia e escolaridade dos pacientes tabagistas que participaram do estudo.

A tabela 3 apresenta os resultados quanto à ocorrência de sintomas depressivos na amostra estudada.

Tabela 3 - Correlação entre a presença dos sintomas depressivos com as características sociodemográficas

Variável	BDI-II: Nível de Depressão				Total
	Minima	Leve	Moderada	Severa	
Sexo					P=0,103
Masculino	13	7	1	2	23
Feminino	14	8	11	4	37
Etnia					P=0,581
Branco	24	13	10	4	51
Não Branco	3	2	2	2	9
Religião					P=0,558
Católico	20	9	7	5	41
Não católico	7	6	5	1	19
Estado Civil					P=0,782
Solteiro	9	4	5	1	19
Casado	15	9	5	5	34
Divorciado	3	2	2	0	7
Escolaridade					P=0,101
Ensino					
Fundamental	13	6	7	6	32
Incompleto					
Ensino Médio	10	8	2	0	20
Ensino Superior	4	1	3	0	8
Profissão					P=0,011
Sim	2	18	15	7	42
Não	4	9	0	5	18

Na tabela 3 verifica-se que ao correlacionar a presença dos sintomas depressivos com as características sociodemográficas é possível observar resultados estatisticamente significativos na variável profissão.

A tabela 4, apresentada na sequência, demonstra a escala de pensamentos depressivos (EPD).

Tabela 4 - Escala de pensamentos depressivos: EPD-I (Baixa autoestima/Desesperança)

Variável	EPD-I: Nível de Depressão				Total
	Baixo	Médio Baixo	Médio Alto	Alto	
Sexo					P=0,001
Masculino	17	4	0	0	21
Feminino	19	6	3	2	30
Etnia					P=0,366
Branco	31	7	3	2	43
Não Branco	5	3	0	0	8
Religião					P=0,037
Católico	24	5	3	2	34
Não católico	12	5	0	0	17
Estado Civil					P=0,167
Solteiro	10	1	2	2	15
Casado	22	8	1	0	31
Divorciado	4	1	0	0	5
Escolaridade					P=0,517
Ensino Fundamental Incompleto	15	6	2	2	25
Ensino Médio	15	4	0	0	19
Ensino Superior	6	0	1	0	7
Profissão					P=0,029
Sim	27	8	3	0	38
Não	9	2	0	2	13

A tabela 4 mostra resultado significativo quanto ao sexo, religião e profissão na EPD-I relacionada à baixa autoestima/desesperança.

Tabela 5 - Escala de pensamentos depressivos: EPD-II (Funcionalidade das relações)

Variável	EPD-II: Nível de Depressão				Total
	Baixo	Médio Baixo	Médio Alto	Alto	
Sexo					P=0,811
Masculino	4	9	6	2	21
Feminino	15	8	6	1	30
Etnia					P=0,098
Branco	17	12	11	3	43
Não Branco	2	5	1	0	8
Religião					P=0,210
Católico	14	9	9	2	34
Não católico	5	8	3	1	17
Estado Civil					P=0,711
Solteiro	5	3	6	1	15
Casado	12	12	5	2	31
Divorciado	2	2	1	0	5
Escolaridade					P=0,682
Ensino Fundamental Incompleto	8	8	7	2	25
Ensino Médio	7	7	4	1	19
Ensino Superior	4	2	1	0	7
Profissão					P=0,537
Sim	12	12	12	2	38
Não	7	5	0	1	13

Na tabela 5, ao considerar a funcionalidade das relações segundo a EPD-II, não se observa resultado significativo em relação aos participantes do estudo.

3.4 Discussão

Os indivíduos estudados representam maioria sexo feminino e exercem alguma profissão. Em relação aos sintomas depressivos, os dados são significativos em consonância a atividade laboral exercida pela amostra, isto é, tem relação com o contexto ambiental e social os hábitos tabágicos.

Da mesma forma que os achados deste estudo, Castro (2009), ao avaliar fumantes que buscaram a cessação do tabagismo no Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo (CRATT), localizado no Ambulatório do Hospital de Clínicas (AHC) de Londrina (PR), também mostrou a predominância do gênero feminino, com a idade média de 45,7 anos e pior qualidade de vida.

Os dados deste estudo também corroboram com os estudos quanto ao gênero, retratados por Lombardi et al. (2011) os quais analisaram a temática e chegaram a resultados semelhantes, indicando que as mulheres fumam mais.

Por outro lado, pesquisa de Macagnan, Meretrier e Bortoloti (2014) encontrou resultados indicando que 72,2 % dos pacientes usuários da unidade têm idade entre 21 e 50 anos, 83,9% são do sexo masculino, 65,5% são solteiros, 64,1% têm ensino fundamental, 47,5 % não trabalham, 36,3 % são usuários de álcool, 26,0 % utilizam outras drogas, com maior incidência para o crack, 37,7 % drogas combinadas e 85,7% usam diariamente.

Estudo de Afonso e Pereira (2013) identificou que da amostra dos 224 fumantes, 52,7% eram homens, 47,3% eram mulheres, 49,1% eram solteiros e 61,6% tinham o 3º ano do ensino médio. A idade dos fumantes variou entre os 18 e 58 anos com uma média de idades de 28,58 anos (DP=8,69). A maioria dos fumantes fumava há mais de 3 anos e a idade de início situou-se entre 14 e os 18 anos. Entre os fumantes, 60% efetuaram, pelo menos, uma tentativa para deixar de fumar, mas sem sucesso. Importante referir que 96% nunca frequentaram qualquer tratamento ou programa para deixar de fumar e 56,7% dos fumantes tinham um parceiro/a que não fumava. Dos 169 ex-fumantes, 68,6% eram homens e 31,4% eram mulheres, 72,8% eram casados e 39% tinham o 3º ano do ensino médio. A idade variou entre os 19 e 63 anos com uma média de 43.10 anos (DP=13,02). A maioria dos inquiridos começou a fumar entre os 12 e os 18 anos. Os ex-fumantes efetuaram pelo menos uma tentativa para deixar de fumar sendo que 32% tinham procurado tratamento para deixar de fumar.

Azevedo e Fernandes (2011), ao avaliarem fumantes que buscavam por tratamento, num estudo de coorte, observaram que 75% dos pacientes com intenção de abandonar o tabagismo pertenciam ao sexo feminino, 67% pertenciam à faixa etária entre 40 e 59 anos, 60% possuíam ensino fundamental incompleto, 57% relatavam atividades de lazer, 53% já eram portadores de doenças relacionadas ao tabaco e 70% já haviam realizado tentativas prévias. A recomendação médica se fez presente em 51% dos pacientes, e 66% relataram receber incentivo para o abandono do vício. A ansiedade apareceu em altas taxas, atingindo 64% dos pacientes, enquanto a depressão ocorreu menos frequentemente (39%).

Castro et al. (2008), em amostra composta por 123 fumantes, identificou média de idade de 45 anos para fumantes com uso de substâncias psicoativas e 47 anos para fumantes sem uso de substâncias psicoativas. A busca para o tratamento foi maior entre as mulheres fumantes com e sem uso de substâncias psicoativas comparadas aos homens. Não houve diferenças significativas em relação ao Fagerström, idade de início, anos de vida fumado. Encontraram-se diferenças significativas entre gênero em fumantes que fazem abuso do álcool em comparação aos fumantes não consumidores de álcool ($p=0,0005$). A média de idade foi de 45 anos para fumantes com uso abusivo de álcool e 50 anos para fumantes sem uso abusivo de álcool.

Gherardi-Donato et al. (2011) em pesquisa com 149 sujeitos, identificaram 74,3% do sexo feminino, 59,2% residiam com a família atual, 63,8% eram casados ou amasiados, 64,5% tinham filhos que moram consigo, 52,6% possuíam ensino superior completo, 62,5% pertenciam à religião católica e 48,7% ocupavam funções que exigem como escolaridade o nível médio. A média de idade da amostra foi de 44,3 anos ($dp=8,54$; $mín=23$, $máx=61$). A média da renda familiar encontrada foi de R\$ 4.238 ($dp=2.231$; $mín=800$, $máx=12.000$).

A associação negativa entre tabagismo e escolaridade e renda é concordante com os achados de outros estudos nacionais e internacionais. Políticas públicas têm se

mostrado eficazes em reduzir a prevalência do tabagismo; no entanto, muitas políticas têm induzido o aumento da desigualdade socioeconômica na exposição ao hábito de fumar (KUHNEM et al., 2009).

A associação negativa entre tabagismo e escolaridade e renda também está de acordo com outros estudos nacionais e internacionais: Giskes et al. (2005) analisando, por 15 anos, dados combinados de 98 países europeus, identificaram que homens e mulheres com menor escolaridade apresentavam maior prevalência de tabagismo, menor tendência de declínio do mesmo e maior quantidade de cigarros fumados.

Inquérito nacional recente (Vigitel), realizado no ano de 2013 por meio de entrevistas telefônicas a 52.929 pessoas maiores de 18 anos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, identificou as maiores prevalências de fumantes na cidade de Porto Alegre (RS), tanto entre os homens (18,7%) quanto entre as mulheres (14,7%). No total das cidades pesquisadas, a prevalência de adultos fumantes foi de 11,3%, maior entre homens (14,4%) do que entre mulheres (8,6%), com tendência a ser maior na faixa etária entre 25 e 65 anos de idade, e entre aqueles com menor escolaridade (BRASIL, 2014).

Dentre as variáveis associadas ao tabagismo, constata-se também a prevalência étnica branca, com baixa escolaridade e remuneração, mas que exercem algum tipo de profissão (BAZOTTI, 2016; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2003; KUHNEN et al., 2009) ratificam com os achados já mencionados.

Já o estudo de Vieira (2014) observou predomínio de tabagistas mulheres em relação a homens, reforçando, entretanto, que o vício estava associado à baixa escolaridade e a sintomas depressivos em ambos os sexos. Contudo, a carga tabágica demonstrou-se significativamente maior no sexo masculino.

Barros et al. (2011) encontrou dados divergentes em seu estudo, indicando prevalência do tabagismo no sexo masculino de 18,8%, 62% maior do que no sexo feminino (11,6%) e na variável faixa etária verificou que o número de fumantes tem acréscimo relevante até os 59 anos, mas decresce a partir dos 60 anos. Os autores também identificaram que, tanto em nível nacional quanto em nível regional, há redução da prevalência de fumantes de acordo com o aumento da renda. Além disso, o número de cigarros consumidos por dia é proporcionalmente menor quanto maior a renda domiciliar.

Em pesquisa realizada por Ferraz et al. (2015), o grau de dependência dos pacientes analisados chegou a 78%. Entre os participantes que aderiram ao tratamento, 66% atingiram o objetivo de cessar o fumo, levando a associar o fracasso terapêutico (dos pacientes que buscam tratamento) à ausência de atividades de lazer, à ausência de doenças relacionadas ao tabaco e ao maior nível de escolaridade.

Quanto à variável anos de vida fumado, Castro et al. (2008) encontrou maior número de anos fumados para tabagistas sem uso abusivo de álcool comparado aos tabagistas com uso abusivo de álcool. Não houve diferença significativa na gravidade de dependência de nicotina (FTND) e na idade de início do consumo do tabaco.

Por sua vez, Gherardi-Donato et al. (2011), com relação aos ex-fumantes, referem que 16 entrevistados relataram que decidiram parar de fumar devido aos malefícios que o cigarro acarreta ou poderá acarretar em sua saúde, 5(cinco) pessoas disseram que o cigarro não significava nada em suas vidas e 4(quatro) relataram que pararam de fumar por motivos sociais, ou seja, por solicitação de filhos e cônjuges.

Gherardi-Donato et al. (2011), sobre o hábito de fumar, em 18 fumantes, com base nas questões de dependência do questionário de Fagerström, identificaram entre os fumantes que 61,1% relataram fumar o primeiro cigarro 60 minutos depois de acordar; 16,7% disseram encontrar dificuldades para não fumar em lugares onde é proibido;

61,1% relataram que qualquer cigarro do dia é difícil de largar ou de não fumar; 61,1% responderam que fumam até 10 cigarros por dia; 33,3% disseram fumar mais nas primeiras horas do dia do que durante o resto do dia; 38,9% fumavam mesmo estando doente e de cama; 88,8% gostariam de parar de fumar; 50% não sabiam determinar quando gostariam de parar de fumar; 72,2% já tentaram parar de fumar, mas continuam. Os sujeitos que referiram querer parar de fumar (16) citaram motivos relacionados à saúde (81,4%), ao convívio social (12,4%) e ao estado psicológico (6,2%). Entre os fatores que dificultam parar de fumar relataram: hábito de fumar que possuem, vontade que sentem em fumar, ansiedade, nervosismo, falta de adaptação à medicação de apoio, problemas familiares, estado emocional e influência de amigos e ambientes sociais.

No estudo de Gherardi-Donato et al. (2011) os resultados da aplicação do questionário sobre tabagismo evidenciaram que 29,5% de sujeitos já fumaram em algum momento de suas vidas; 12,1% fumam atualmente; 16,1% eram ex-fumantes; 8,7% já tiveram problemas decorrentes do uso de cigarro e 2,0% disseram ter procurado ajuda para parar de fumar. Dos 13 sujeitos, que relataram ter tido problemas pelo uso de cigarro, foram identificados 69,2% que tiveram problemas físicos, 23,1% problemas sociais, e apenas 7,7% responderam ter sofrido problemas emocionais devido ao uso de cigarros. Os três sujeitos que procuraram ajuda para cessar o uso de tabaco relataram o uso de adesivos de nicotina, participação de terapias em grupo específica para parar de fumar e uso de medicação que auxilia na obtenção do objetivo em questão. (GHERARDI-DONATO et al., 2011).

No estudo Castro et al. (2008), por meio do teste de Fagerström (FTND), foi observado em aproximadamente 6 o escore para dependência de nicotina. Fumantes com mais forte dependência procuram mais ajuda para cessação do tabaco em relação ao total de fumantes. Fumantes com maiores escores de dependência à nicotina têm menos sucesso em abandonar o tabagismo.

Por sua vez, dados do estudo de Karen et al. (2012) levam a inferir que as mulheres procuram mais os serviços de suporte devido à maior preocupação e cuidado que têm com a saúde, em comparação aos homens, além de que parte das mulheres não tem compromissos profissionais, o que facilita o acesso aos serviços de saúde.

Segundo a pesquisa de Pelucchi et al. (2006), o consumo de tabaco também está associado a outras dependências como álcool, maconha, ansiolíticos que estão associados entre fumantes de ambos os sexos com o consumo de álcool significativo ($p=0,0005$). A comorbidade álcool e tabaco multiplica o risco de câncer oral, de laringe, e de esôfago, necessitando que os profissionais de saúde avaliem outras dependências de substâncias psicoativas.

Para Lemos e Gigliotti (2006), cerca de 50% dos pacientes psiquiátricos fumam, em contraste com os 25% da população geral; 50% da população geral conseguem parar de fumar, enquanto somente 15% dos pacientes psiquiátricos o fazem. Fumantes depressivos percebem o cigarro mais prazeroso do que aqueles sem comorbidades, fator que tira a motivação deste grupamento de tabagistas para deixar de fumar.

Segundo a pesquisa divulgada por Reis e Fortes (2012), de membros do grupo de terapia antitabagismo, 60% do público era feminino, 74% apresentava elevado grau de dependência à nicotina.

Karen et al. (2012) ressaltam que a procura por apoio especializado só ocorre após várias tentativas solitárias frustradas, ficando o suporte ambulatorial e profissional como última opção. Cabe lembrar que, em seu estudo, 83% dos fumantes já haviam tentado parar de fumar anteriormente à procura do serviço. Estudo com residentes de Belo Horizonte e Bambuí, o índice de cessação do hábito aumentou proporcionalmente à idade, o que foi interpretado pelos autores como necessidade de abandonar o vício devido a problemas ou à preocupação com a saúde, maior sobrevida de ex-fumantes em

relação a fumantes ou, ainda, como maior probabilidade de indivíduos idosos reportarem a cessação do tabagismo em relação aos mais jovens.

Estudos demonstram associação entre sintomatologia depressiva e fatores sociodemográficos como: sexo feminino idade avançada, baixa escolaridade e não ter companheiro conjugal. Quanto às condições de saúde, são fatores descritos como associados aos sintomas depressivos: incapacidade funcional, percepção negativa da saúde, tabagismo, maior utilização de medicamento, insônia e comorbidades somáticas crônicas (RAMOS et al., 2015).

A maior comorbidade relacionada ao tabagismo, de acordo estudos científicos realizados, é a depressão, havendo maior ocorrência de depressão grave naqueles que utilizam outras substâncias psicoativas em relação aos que não as utilizam. Há uma relação recíproca de fumantes terem mais depressão do que os não fumantes, e os depressivos serem mais fumantes do que os não fumantes. Pacientes depressivos têm aumento do risco de serem dependentes de nicotina, e a associação de depressão e tabaco aumenta duas vezes o risco de doenças cardiovasculares (CASTRO et al., 2008).

Pawlina et al. (2015) relata que, assim como aconteceu com a ansiedade dos pacientes a gravidade da depressão, quantificada pela pontuação obtida no BDI, foi menor após o tratamento do tabagismo. Esse resultado pode ser atribuído aos efeitos combinados do tratamento farmacológico (com bupropiona, que é um antidepressivo) e da TCC. Portanto, o tratamento farmacológico funciona como auxiliar à abordagem cognitivo comportamental no estágio durante o qual os fumantes apresentam sintomas da síndrome de abstinência, por facilitar a abordagem aos pacientes, que foram gradualmente incentivados e aconselhados a lidar com sua dependência e a tentar quebrar as associações condicionadas estabelecidas com o cigarro.

Conforme Castro et al. (2008), dependentes de nicotina têm maior probabilidade de sofrer de transtornos psiquiátricos concomitantes de que a população geral. Cerca de

60 a 95% dos indivíduos apresentam dependência de nicotina com outras substâncias psicoativas e seu tratamento é um desafio porque inclui intervenções psicossociais e /ou farmacológicas.

No estudo de Castro et al. (2008) também a comorbidade do tabaco relacionada à depressão e uso de substâncias psicoativas foi estatisticamente significativa. Pacientes depressivos têm maiores riscos de fumar e usar outras substâncias psicoativas, e isto está associado a maiores incapacidades e piores resultados de tratamento, em decorrência da depressão aumentando os afetos negativos encontrados durante a tentativa de abster-se de uma ou ambas drogas e leva a maior incapacidade profissional.

A associação entre tabagismo e depressão/ansiedade também foi relatada na pesquisa de Munafo e Araya (2010), que referiram ser isso bidirecional, visto que muitos iniciam a fumar para aliviar os sintomas, podendo torná-los piores ao longo do tempo.

A associação da variável nível econômico com a prevalência dos sintomas depressivos tristeza, pensar no passado e preferir ficar em casa mostra claramente a relação inversa com a posição social dos indivíduos. Como, em relação à temporalidade, a variável nível econômico precede os sintomas depressivos na determinação, esses achados reforçam a hipótese de que as condições de vida sejam determinantes para o aparecimento desses distúrbios (ROMBALDI et al., 2010).

Ferraz et al. (2015) evidenciou que nas famílias com histórico de tabagismo, 44,77% delas têm pelo menos um ex-tabagista, apontando que há um interesse dos tabagistas em cessar o hábito de fumar. Sobre esse aspecto, o estudo de Karen et al. (2012) observou que 73% dos fumantes que procuraram o serviço para deixarem de fumar eram mulheres, na faixa etária entre 40 e 60 anos e que 83% dessas mulheres já haviam tentado parar de fumar previamente.

Ao associar as variáveis independentes e sintomas depressivos, após análise de regressão múltipla, as variáveis que se mantiveram associadas a sintomas depressivos foram: não ter companheiro (situação conjugal) (OR = 1,81; IC 95% 1,214-2,713), não saber ler (OR = 1,84; IC 95% 1,19-2,836), percepção negativa sobre a própria saúde (OR = 2,12; IC 95% 1,373-3,256), tabagismo (OR = 2,31; IC 95% 1,208-4,431), alto risco de quedas (RAMOS et al., 2015).

A diferença significativa no relato de melhora da condição clínica entre 88% dos pacientes que abandonaram o tabagismo é fato da maior relevância. A perspectiva de melhora da condição deve ser utilizada como fator de incentivo e estratégia motivacional de abandono do tabagismo entre os portadores de doenças cardiovasculares (ISSA et al., 2007).

Estudo de Afonso e Pereira (2013) avaliou sintomas de transtornos psicológicos, qualidade de vida, suporte do parceiro, coping familiar, ajustamento de casal e representações do tabaco em fumantes, ex-fumantes e não fumantes. Participaram no estudo 224 fumantes, 169 ex-fumantes e 173 não fumantes. A duração do consumo de tabaco no grupo de fumantes era de pelo menos 3 anos e a duração de abstinência superior a 3 meses. Os resultados mostraram que os ex-fumantes, quando comparados com os não fumantes e fumantes, revelaram representações cognitivas face ao tabaco mais ameaçadoras, mais ansiedade, mais coping familiar, mais suporte positivo e negativo do parceiro e mais qualidade de vida mental. Os não fumantes, apresentaram representações emocionais mais ameaçadoras e menor compreensão face ao seu comportamento de fumar e mais coesão. Os fumantes, interessante, reportaram mais qualidade de vida física. Este estudo enfatiza a importância das representações do tabaco, morbidade psicológica e do suporte do parceiro.

A literatura mostra que os transtornos depressivos, em estudos de base populacional, atingem prevalência de 10% e incidência de 2% na população. A prevalência é alta independentemente do local do estudo, do instrumento utilizado e dos

períodos de tempo para os quais a prevalência se aplica. Os fatores associados aos transtornos depressivos comumente encontrados são sexo feminino, baixas renda e escolaridade, idade de início entre 20 e 40 anos, pessoas divorciadas/separadas, viúvas ou que moram sozinhas, falta de suporte social, residentes em zona urbana e estresse crônico. Pessoas com depressão apresentam cerca de cinco vezes mais alguma forma de incapacidade do que indivíduos assintomáticos e, aqueles deprimidos, consultam e se hospitalizam mais por todas as causas. O sintoma depressivo falta de energia esteve associado a indivíduos do sexo feminino (RP = 1,7) e fumantes (RP = 1,4). A variável estado nutricional apresentou tendência de aumento do risco à medida que aumentam as categorias de IMC (ROMBALDI et al., 2010).

De acordo com Borges et al. (2009), em 2005, em Portugal, morreram cerca de 12 600 pessoas por doenças decorrentes do consumo de tabaco, ou seja, 11,7% do total de mortes. A proporção estimada da carga da doença atribuível ao tabaco, expressa em DALYs, foi, em ambos os sexos, de 11,2%; 15,4% nos homens e 4,9% nas mulheres.

Algumas limitações devem ser apontadas, como o delineamento transversal implicar em causalidade reversa entre o desfecho e as variáveis de exposição tabagismo e estado nutricional. O instrumento utilizado para determinar a presença dos sintomas depressivos, apesar de coletar informações independentes sobre cada uma das variáveis que compõem o estado depressivo, dificultam a comparabilidade entre os resultados para determinar a presença de sintomas depressivos (ROMBALDI et al., 2010).

A prevalência de fumantes no Brasil em 2012, segundo o Índice de Desenvolvimento Brasileiro (IDB), chegava a 12,1% da população, apresentando os maiores índices na faixa etária de 45 a 54 anos (16%). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2009), na região Sul do Brasil, 19% da população é fumante, correspondendo à região de maior prevalência do tabagismo (BRASIL, 2007). De acordo com Barros et al. (2011), tanto no sexo feminino quanto no masculino, a

região Sul mostrou índices de tabagismo acima da média nacional e das demais regiões brasileiras.

Há evidências de que tabagismo e depressão podem influenciar-se reciprocamente. Por exemplo, alguns fumantes deprimidos podem fumar para aliviar seus sentimentos negativos e, por conseguinte, uma vez que a nicotina tem esse efeito desejado, o tabagismo para esses indivíduos é reforçado positivamente. Contudo, sob a cessação do consumo, fumantes com histórico depressivo aumentam seu risco de desenvolver novo episódio depressivo, o que pode aumentar sua predisposição às recaídas. Ainda uma outra hipótese revela que mais do que uma relação causal entre depressão e tabagismo, uma série de variáveis comuns, ou altamente correlacionadas (como, por exemplo, fatores genéticos e psicossociais), contribui para a expressão de ambos (tabagismo e depressão). De um total de 64 pacientes estudados, 42 mulheres e 22 homens, o índice de episódio de depressão no passado foi de 25% e o índice de depressão atual foi de 20% (MARTINS et al., 2009).

Segundo relata Nunes et al. (2011), dependentes de nicotina têm maior probabilidade de sofrer de transtornos psiquiátricos concomitantes do que a população geral. Cerca de 60% a 95% dos indivíduos apresentam dependência de nicotina de maneira simultânea com outras substâncias psicoativas, e o tratamento delas, junto com o tabaco, é um desafio. O tratamento de transtornos psiquiátricos coexistentes inclui intervenções psicossociais e/ou farmacológicas. A não adesão pode ter muitos fatores, incluindo comprometimento cognitivo, medo do paciente de adesão ao tratamento da dependência da nicotina 135 interações medicamentosas prescritas e as substâncias de abuso, medo que a própria medicação prescrita seja prejudicial, mudança na motivação e falta de apoio (NUNES et al., 2011).

Glassman et al. (2001) citado por Castro et al. (2008) verificou a depressão como a maior comorbidade relacionada ao tabagismo e consumo de substâncias psicoativas. Importante também foi a maior ocorrência de depressão grave naqueles que utilizam

outras substâncias psicoativas em relação aos que não as utilizam. Há uma relação recíproca de fumantes terem mais depressão do que os não fumantes, e os depressivos serem mais fumantes do que os não fumantes. Pacientes depressivos têm aumento do risco de serem dependentes de nicotina, e a associação de depressão e tabaco aumenta duas vezes o risco de doenças cardiovasculares.

A falta de apoio do profissional de saúde no processo de abandono ao hábito de fumar pode deixar ex-fumantes mais vulneráveis a recaídas, como ressalta estudo de Pawlina et al. (2014), com a taxa de 62,5% de fracasso à cessação do vício, sendo observada, inclusive, relação entre a faixa etária mais jovem (20 a 39 anos) com maiores riscos de falha à tentativa. Em estudo realizado por Ferreira et al. (2011), foi relatado que 42,1% dos fumantes, em algum momento da vida abandonaram o vício, porém tiveram recaídas.

3.5 Conclusão

A amostra estudada é em sua maioria do sexo feminino, casadas e tem profissão. Quanto aos sintomas depressivos, observou-se que os dados somente são estatisticamente significativos em relação a ter profissão, ou seja, o consumo de tabaco tem relação com o contexto ambiental e social dos hábitos tabágicos. Assim, por serem comuns as recaídas verificadas nos fumantes que tentam cessar o consumo, tendendo o insucesso a ser mais elevado nas mulheres, é essencial investir no desenvolvimento de programas de intervenção ajustados às especificidades de sexo. Também é fundamental conhecer o contexto social, emocional e ambiental do consumo tabágico, desde os fatores envolvidos no início do mesmo às múltiplas variáveis associadas à manutenção do consumo, procurando considerar sempre a motivação comportamental para a mudança e a fase em que o fumante se encontra no processo de tomada de decisão pela aplicação dos modelos de mudança de comportamento que podem ajudar a explicar o comportamento tabágico.

Quanto à dependência à nicotina, as diferenças encontradas entre a amostra feminina e a masculina permitem confirmar a pertinência de atentar às especificidades de sexo feminino e implementação das medidas de cessação tabágica, evidenciando especificidades de consumo distintas e quanto ao padrão de comportamento, assim como é essencial abordar a questão da comorbidade psiquiátrica, devido aos inúmeros benefícios que pode proporcionar aos pacientes.

Através do presente trabalho, pode-se caracterizar o perfil sócio-demográfico e a ocorrência de sintomas depressivos em indivíduos que participam de grupoterapia contra o tabagismo, este estudo realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), no município de Cruz Alta, RS tornará possível que os profissionais da saúde que atuam no local possam de maneira mais específica, planejar e organizar as atividades para desenvolvê-las de acordo com o perfil e as necessidades de cada paciente que ali se encontra, bem como a importância de enfatizar a prevenção e ampliar o conhecimento do acompanhamento terapêutico dos indivíduos que buscam tratamento para tabagismo, visando promover saúde pública do país.

3.6 Referências

AFONSO, F.; PEREIRA, M. G. Comportamento tabágico: um estudo com fumantes, ex-fumantes e não fumantes. *Temas em psicologia*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 379-389, 2013.

AZEVEDO, R. C. S.; FERNANDES, R. F. Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo. v. 129, n. 6, p. 380-386, 2011.

BARROS, A. J. D.; CASCAES, A. M.; WEHRMEISTER, F. C.; MARTÍNEZ-MESA, J.; MENEZES, A. M. B. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n.9, p. 3707-3716, 2011.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. K. BDI-II. Manual. San Antonio: *The Psychological Corporation*, Harcourt Brace & Company. 1996.

BELINGHINI, R. O mito da nicotina: remédio não faz milagre. *Revista da associação brasileira do câncer*, v. 8, n. 47, p. 18-22, 2008.

BORGES, M.; Miguel Gouveia; João Costa; Luís dos Santos Pinheiro; Sérgio Paulo; António Vaz Carneiro. Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Lisboa, v. 15, n. 6, p. 952-1004, 2009.

CALHEIROS, P. R. V.; OLIVEIRA, M da S.; ANDRETTA, I. *Comorbidades psiquiátricas no tabagismo*. Aletheia, Canoas, v. 1, n.23, p. 65-74, 2006.

CARNEIRO, A. M.; BAPTISTA, M. N. Desenvolvimento e propriedades psicométricas da Escala de Pensamentos Depressivos – EPD. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 74-84, 2012.

CASTRO, M. R. P.; NUNES, S O V; FARIA, D. D. de; ROCHA, C. E. B. da; BACCHI, R. S. A dependência da nicotina associada ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 29, n. 2, p. 131-140, 2008.

CASTRO, M. R. P. *Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo*. 2009. Tese (Dissertação de Mestrado) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2009.

COUTINHO, BRUN, ARRUDA. A motivação como estratégia para cessação do tabagismo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, Rio de Janeiro, v.9, n.32, p. 242-249, 2014.

CUNGI, C. *Faire face aux dépendances, alcool, tabac, drogues, jeux, internet*. France: Paris, Retz, 2000.

FERRAZ, L.; BUSATO, M. A.; TEO, C. R. P. A.; MATTOS, T.; LIESHOUT, B. Tabagismo: Motivos da Cessação e da Recaída na População de um NASF. *Hygeia*, Uberlândia, v. 11, n. 20, v. 127-137, 2015.

FERREIRA, S. A. L. TEIXEIRA, C de C.; CORRÊA, Ana Paula Almeida; LUCENA, Amália de Fátima; ECHER, Isabel Cristina Motivos que contribuem para indivíduos de uma escola de nível superior tornarem-se ou não tabagistas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 287-293, 2011.

FLUHARTY, M.; TAYLOR, A.E.; GRABSKI, M.; MUNAFÒ, M.R. The Association of Cigarette Smoking with Depression and Anxiety: A systematic review. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, Abingdon, v. 19, n. 1, p. 3-13, 2017.

GHERARDI-DONATO, E. C. DA S.; LOPES, M.; SANTIAGO, M. R.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Caracterização de consumo e dependência de tabaco entre trabalhadores de uma instituição de nível superior. SMAD, *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas* (Edição em português), Ribeirão Preto, v.7, n.3, p. 155-160, 2011.

GIGLIOTTI, A.; PRESSMAN, S. *Atualização no Tratamento do Tabagismo*. Rio de Janeiro: Abc Saúde; p. 107-128, 2006.

GOREINSTEIN, C.; PANG, W. Y.; ARGIMON, I. L. & WERLANG, B. S. G. *Manual do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

ISSA, J. S.; PEREZ, G. H.; OLIVEIRA, K. U.; ZAVATTIERI, A. G.; DIAMENT, J. Efetividade da Bupropiona no Tratamento de Pacientes Tabagistas com Doença Cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 88, n. 4, p. 434-440, 2007.

KAREN, S. K. K.; OLIVEIRA, M.L.; PÁDUA, A.I.; VIEIRA, F.; MARTINEZ, J.A.B. Características clínicas de fumantes atendidos em um centro de referência na cessação do tabagismo. *Rev Medicina* (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 45, n. 3, p. 337-42, 2012.

LAWRENCE, D.; WILLIAMS, J. M. Trends in Smoking Rates by Level of Psychological Distress-Time Series Analysis of US National Health Interview Survey Data 1997-2014. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, Abingdon, v. 18, n. 6, p. 1463-1470, 2016.

LEMOS, T; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e comorbidades psiquiátricas. In: GIGLIOTTI, A.; PRESMAN S. *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABP Saúde, 2006. p. 53-70.

LOMBARDI, E. M. S.; PRADO, G. F.; SANTOS, U. de P.; FERNANDES, F. L. A. O tabagismo e a mulher: riscos, impactos e desafios. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 118-128, 2011.

MACAGNAN, J. P.; MENETRIER, J. V., BORTOLOTTI, D. S. Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial no município de Francisco Beltrão – Paraná. *Biosaúde*, Londrina, v. 16, n. 2, p. 34-44, 2014.

MARTINS, M. B.; SEIBERT, J. S., BRANDALISE, L; JEREMIAS, E. T.; CHATKIN, J. M. *Associação do Tabagismo com Transtornos Psiquiátricos*. X Salão de Iniciação Científica – PUCRS, 2009. Disponível em: http://www.pucrs.br/edipucrs/XSalaoIC/Ciencias_da_Saude/Medicina/70746-manoelabeatrizmartins.pdf. Acesso em: jun. 2017.

MARTINS, Edna Thais Jeremias. *Cessaçã do Tabagismo em Idosos*. Porto Alegre: PUCRS, 2012.

MESQUITA, A. A. Avaliação e tratamento psicológico do fumante: uma revisão bibliográfica. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, São Bernardo do Campo, v. 22, n. 2, p. 33-41, 2014.

NUNES, S O. V.; CASTRO M. R P; CASTRO, M.S. A. Tabagismo, Comorbidades e Danos à Saúde. In: Nunes, S.O.V.; Castro, M.R.P. (orgs.) *Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento*. Londrina: EDUEL. 224 p., 2011.

PAWLINA, M. M. C.; RONDINA, R. de C.; ESPINOSA, M. M.; BOTELHO, C. Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p.113-120, 2014.

PAWLINA, M. M. C.; RONDINA, R. de C. ; ESPINOSA, M. M.; BOTELHO, C. Depressão, ansiedade, estresse e motivação em fumantes durante o tratamento para a cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 5, p. 433-439, 2015.

PELUCCHI, C.; GALLUS, S.; GARAVELLO, W.; BOSETTI, C.; LA VECCHIA, C. Cancer risk associated with alcohol and tobacco use: focus on upper aero digestive tract and liver. *Alcohol Research & Health*, Rockville, v. 29, n.3, p. 193-198, 2006.

RAMOS, G.C.F.; CARNEIRO, J. A.; BARBOSA A. T. F.; MENDONÇA, J. M. G.; CALDEIRA, A. P. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 64, n. 2, p. 122-131, 2015.

REIS, R. C. M; FORTES, R. C. Fatores associados a não cessação do tabagismo em participantes do grupo de terapia de um centro de saúde do Distrito Federal. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, Valparaíso de Goiás, v.1, n. 1, p. 3-8, 2012.

ROMBALDI, A. J. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 620-629, 2010.

SEABRA, C. R.; FARIA, H. M. C.; SANTOS, F. R. dos. O tabagismo em uma perspectiva biopsicossocial: panorama atual e intervenções interdisciplinares. *CES Revista*, Juiz de Fora, v. 25, n. 1, p. 321-336, 2011.

SILVA, S. T. da; MARTINS, M. C.; FARIA, F. R. de; COTTA, R. M. M. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n 2, p. 539-553, 2014.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das características clínicas de dependentes de tabaco, principalmente a ocorrência em mulheres, evidenciada nesta pesquisa, de maneira geral, torna-se importante o investimento da equipe no aprimoramento diagnóstico destes pacientes, bem como o conhecimento das motivações que levam ao tratamento para cessação do hábito de fumar. De modo específico, os resultados deste estudo levam a refletir sobre a necessidade de implementação de políticas para a prevenção e a cessação do tabagismo em mulheres, além de medidas de treinamento dos profissionais de saúde envolvidos no CAPS-AD e de educação da população, desde os escolares. Outras questões a serem consideradas dizem respeito às peculiaridades da mulher em relação ao uso de tabaco e suas vulnerabilidades quanto aos riscos da sua exposição, principalmente no período escolar, gestacional e de amamentação, que devem receber enfoque prioritário.

Assim, o esclarecimento a respeito dos efeitos da co-ocorrência dos transtornos torna-se fundamental para o atendimento adequado dos pacientes, envolvendo a necessidade de um diagnóstico adequado e precoce, esclarecimentos a respeito dos prejuízos acarretados e a importância de uma intervenção terapêutica efetiva e precoce, sendo importante que esta intervenção compreenda cada uma das condições especificamente e sua conexão.

É relevante ressaltar que os resultados indicam prevalência considerável do consumo de tabaco dos entrevistados, principalmente de mulheres fumantes e que a grande maioria anseia por parar de fumar, mas poucos conseguem sem ajuda adequada, o que demonstra a necessidade de oferecer apoio formal para o sucesso dessa busca, assim como inserir ações educativas de prevenção da temática. Segundo Cungi (2000), oferecer informações de qualidade aos pacientes, assim como compreender as motivações do dependente é um primeiro passo para preparar e adaptar um plano de ação, porque sem consciência do problema, a recuperação é impossível.

A literatura pesquisada sugere que a presença de transtornos psiquiátricos é um dos fatores que compromete o tratamento de pacientes dependentes químicos e o diagnóstico adequado desses transtornos associados possibilitaria intervenções terapêuticas apropriadas na interrupção do comportamento de consumo de substância, diminuindo a ocorrência de recaídas e proporcionando melhora no funcionamento social e familiar. Portanto, os baixos índices de eficácia observados no tratamento de usuários de substâncias psicoativas poderiam ser influenciados a pouca atenção dispensada ao diagnóstico de comorbidades psiquiátricas nesses pacientes.

É possível afirmar que é importante o conhecimento sobre os fatores psicológicos e/ou psiquiátricos associados ao tabagismo para fins práticos, podendo ser incorporado ao tratamento do indivíduo dependente da nicotina. Sugere-se que todos os pacientes devam ser avaliados quanto ao perfil de personalidade e à presença ou não de algum distúrbio psiquiátrico associado, antes de iniciar-se o processo de abandono do tabaco, considerando-se que a falta da nicotina poderá agravar os sintomas da síndrome de abstinência e até mesmo favorecer o aparecimento e/ou agravamento das doenças psiquiátricas.

Relevante mencionar que a associação entre tabagismo e quadros psicopatológicos remete à importância da atuação interdisciplinar entre os profissionais, nos programas de tratamento da dependência à nicotina. Ressalta-se, no decorrer de todo o processo terapêutico, em especial, o importante papel da avaliação e acompanhamento psicológico/psiquiátrico do paciente.

Portanto, para cessação do hábito de fumar e o sucesso do tratamento da doença, é essencial a avaliação inicial para verificar a motivação da pessoa, além de realizar um programa de intervenção apropriado que deve ser escolhido como auxílio no tratamento, proporcionando programas de prevenção e de tratamento às recaídas. É fundamental o acompanhamento terapêutico, orientando o paciente em todo o processo

de cessação do tabagismo e modificando o comportamento quanto à dependência do tabaco.

Acredita-se que os resultados deste estudo podem contribuir nos diversos campos de atuação dos profissionais de saúde, mais especificamente aos profissionais da área da psicologia, porque os achados fornecem subsídios tanto para os espaços da formação profissional, como das práticas assistenciais em saúde, por destacar pontos importantes que podem ser incluídos nas estratégias de controle do tabagismo de usuários de CAPS AD.

Enfim, cabe inferir ainda, que esse conhecimento trouxe um enriquecimento pessoal e possibilitou perceber o compromisso profissional de alinhar os ensinamentos adquiridos por meio deste estudo com as práticas de psicologia, e as práticas desenvolvidas nos projetos de extensão direcionados aos cuidados dos usuários frente à prevenção e controle do tabagismo. Além disso, têm-se intenção de compartilhar com colegas e educadores da área, elucidando o tema nos ambientes de saúde e escola, no meio universitário, em eventos científicos, entre outros, e com isso, colaborar para o fortalecimento da ciência da psicologia.

A realização desta pesquisa tornou-se muito gratificante por colaborar para que os profissionais, ao analisarem o perfil dos pacientes, obtido com o estudo possam desenvolver de maneira mais clara e eficiente as formas de tratamentos e recuperação, voltados às necessidades de cada um, fazendo com que aumente cada dia mais o número de usuário livre das drogas, e de certa forma contribuir para futuras pesquisas.

Por fim, ressalta-se que é de suma importância conhecer o perfil dos usuários do CAPS-AD para poder realizar um atendimento de acordo com as necessidades de cada paciente, além de que controlar o tabagismo, também significa reduzir casos de doenças associadas ao tabaco, menores gastos para o SUS e melhor qualidade de vida para a população em geral e especialmente para os usuários do CAPS-AD.

Porém, apesar dos avanços ocorridos para diminuir o tabagismo, o hábito de fumar ainda é um grande problema de saúde pública, o qual exige atenção e vigilância constante das políticas e controle social, evitando os rótulos quanto ao comportamento dos fumantes e sua dependência.

REFERÊNCIAS

BAZOTTI, A.; FINOKIET, M.; CONTI, I. L.; Marco Tulio Aniceto FRANÇA WAQUIL, P. D. Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 45-52, 2016.

BIELING, P. J.; McCABE, R. E.; ANTONY, M. M. *Terapia cognitivo-comportamental em grupos*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

CALHEIROS, P. R. V.; OLIVEIRA, M da S.; ANDRETTA, I. *Comorbidades psiquiátricas no tabagismo*. Aletheia, Canoas, v. 1, n.23, p. 65-74, 2006.

CRUZ, M. S. da; CARARA, L.A.R.; BINATTI, M. M.; ROSA, J. G.; et al. Atuação da residência multiprofissional no grupo de tabagismo: um relato de experiência. *Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família*, v. 3, n. 1, p. 1-10, 2016.

CARGNELUTTI, T. *Estratégias motivacionais e o profissional da saúde na cessação do tabagismo*. 2014. 55f. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva e Família) – Universidade Estadual de Campinas. Piracicaba, SP. 2014.

CASTALDELLI-MAIA, J.M.; CARVALHO, C. F.C.; ARMENTANO, F.; FRALLONARDO, F P.; et al. Outcome predictors of smoking cessation treatment provided by an addiction care unit between 2007 and 2010. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 35, n. 4, 338-346, 2013.

CASTRO, M. R. P. de; MATSUO, T.; NUNES, S. O. V. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 67-74, 2010.

CASTRO, M. G. et al.. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. Quality of life and severity of tobacco dependence. *Revista de Psiquiatria Clínica São Paulo*. v. 34, n. 2, p. 61-67. 2007. ISSN 0101-6083.

COÊLHO, C. C.B.; BARROS, M. F. F, *Psicoterapia comportamental em grupo*. Psicologia LPT, o Portal dos Psicólogos. 2012.

CUNGI, C. *Faire face aux dépendances, alcool, tabac, drogues, jeux, internet*. France: Paris, Retz, 2000.

DAVER, J.; BIERMÉ, R. Bénéfices à court et à longs termes de la consommation de tabac. *Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS*, v. 50, n. 4, p. 224-228, 2001.

DICKSON-SPILLMANN, M.; KRAEMER, T.; RUST, K.; SCHAUB, M. Group hypnotherapy versus group relaxation for smoking cessation: an RCT study protocol. *BMC Public Health*, Londres, v. 12, n. 271, p. 1, 2012.

EDWARDS, A.C.; KENDLER, K.S. Nicotine withdrawal-induced negative affect is a function of nicotine dependence and not liability to depression or anxiety. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, Abingdon, v. 13, n. 8, p. 677-685, 2011.

EUROPEAN COMMISSION. *Attitudes of Europeans towards tobacco*: Report. Special Eurobarometer 385. Brussels: TNS Opinion & Social, 2012.

FAGERSTRÖM, K. O. Measuring degree of physical dependency to tobacco smoking with reference to individualization of treatment, *Addictive behaviors*, Oxford, v. 3, n. 3-4, 235-241, 1978.

FLUHARTY, M.; TAYLOR, A.E.; GRABSKI, M.; MUNAFÒ, M.R. The Association of Cigarette Smoking with Depression and Anxiety: A systematic review. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, Abingdon, v. 19, n. 1, p. 3-13, 2017.

GISKES, K.; KUNST A.E.; BENACH J.; BORRELL, C.; COSTA, G.; et al. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *Journal of Epidemiology Community Health*, Londres, v. 59, n. 5, p. 395-401, 2005.

HAUG, S.; MEYER, C.; ULBRICHT, S.; SCHORR, G.; RÜGE, J.; RUMPF, H. J.; JOHN, U. Predictors and moderators of outcome in different brief interventions for smoking cessation in general medical practice. *Patient Education and Counseling*, Princeton, v. 78, n. 1, p. 57-64, 2010.

KUHNEN, M.; BOING, A. F.; OLIVEIRA, M. C. de; LONGO, G. Z.; NJAINE, K. Tabagismo e fatores associados em adultos: um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 615-626, 2009.

LAWRENCE, D.; WILLIAMS, J. M. Trends in Smoking Rates by Level of Psychological Distress-Time Series Analysis of US National Health Interview Survey Data 1997-2014. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, Abingdon, v. 18, n. 6, p. 1463-1470, 2016.

LEAHY, R. L. *Técnicas de terapia cognitiva: manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LEMONS, T; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e comorbidades psiquiátricas. In: GIGLIOTTI, A.; PRESMAN S. *Atualização no tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: ABP Saúde, 2006. p. 53-70.

LIMA, M. S. de. *Estudo da correlação entre o grau de depressão e ansiedade e a motivação para a cessação do tabagismo*. 2012. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)—Universidade de Brasília, Brasília. 2012..

LOMBARDI, E. M. S. et al. O tabagismo e a mulher: riscos, impactos e desafios. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 118-128, 2011.

LOPES, F.L.; NASCIMENTO, I.; ZIN, W.A.; VALENÇA, A.M.; MEZZASALMA, M.A.; et al. Smoking and psychiatric disorders: a comorbidity survey. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, Ribeirão Preto, v. 35, n. 8, p. 961-967, 2002.

LUCCHESI, R.; SILVA P C D.; DENARDI T. C.; FELIPE, R. L. de. et al. Transtorno Mental Comum entre Indivíduos que abusam de Álcool e Drogas: Estudo Transversal. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 26, n. 1, e4480015, 2017.

MARTINS, K. C.; SEIDL, E. M. F. Mudança do comportamento de fumar em participantes de grupos de tabagismo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 27, n. 1, p. 55-64, Mar. 2011.

MARTINS, S. R.; PACELI, R. B.; BUSSACOS, M. A.; FERNANDES, F. L. A.; et al. Medidas Eficazes de Controle do Tabagismo: Concordância Entre Estudantes de Medicina. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 202-207, June 2017.

MARTINS, E. T. J. *Cessação do Tabagismo em Idosos*. Porto Alegre: PUCRS, 2012.

MOREIRA-SANTOS, T. M.; GODOY, I.; GODOY, I. Sofrimento psicológico relacionado à cessação do tabagismo em pacientes com infarto agudo do miocárdio. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 61-67, 2016.

MUNARETTI, C. L.; TERRA, M. B. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência e comorbidade com tabagismo em um ambulatório de psiquiatria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 2, p. 108-115, 2007.

NUNES, S O. V.; CASTRO M. R P; CASTRO, M.S. A. Tabagismo, Comorbidades e Danos à Saúde. In: Nunes, S.O.V.; Castro, M.R.P. (orgs.) *Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento*. Londrina: EDUEL. 224 p. 2011.

OBSERVATÓRIO DA POLÍTICA NACIONAL DE CONTROLE DO TABACO. *Saúde lança Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco Brasil na internet*. 2016. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/05/saude-lanca-observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco-brasil-na-internet>. Acesso em: fev. de 2017.

OLIVEIRA, C. M. de; GORAYEB, R. Diferenças de gênero e fatores motivacionais para início do tabagismo em adolescentes. *Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 49-54, 2012.

OTERO, U. B.; PEREZ, C. de A.; SZKLO, M.; ESTEVES, G. A.; PINHO, M. M. de; et al. Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 439-449, 2006.

PAES, N. L. Fatores econômicos e diferenças de gênero na prevalência do tabagismo em adultos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 53-61, 2016.

PICCININI, Walmor J. Sobre a Psicoterapia de Grupo. *Psiquiatria on line*. Novembro de 2013 - Vol.18 - Nº 11.

PINTO, M. T. PICHON-RIVIERE, A. ; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, 2015.

POTHIRAT, C. et al. Real-world comparative study of behavioral group therapy program vs education program implemented for smoking cessation in community-dwelling elderly smokers. *Clinical Interventions in Aging*, v. 10, p.725–731, 2015.

SACHS-ERICSSON, N.; SCHMIDT N B.; ZVOLENSKY, M. J.; MITCHELL M.; COLLINS N.; BLAZER D. G. Smoking cessation behavior in older adults by race and gender: The role of health problems and psychological distress. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, Abingdon, v. 11, n. 4, p. 433–443, 2009.

SATTLER, A. C.; CADE, N. V. Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 253-264, 2013.

SCHMITZ, J. M.; STOTTS, A. L.; MOONEY, M. E.; DELAUNE, K. A.; MOELLER, F. G. Bupropion and cognitive-behavioral therapy for smoking cessation in women. *Nicotine & tobacco research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, Abingdon, v. 9, n. 6, p. 699–709, 2007.

SCARPATO, Artur. *Uma Introdução à Psicoterapia*. 2010. Disponível em: <www.psicoterapia.psc.br/scarpato/psicoter.html> Acessado em: 10/06/2016.

SCHMIDT, Diego Rafael; DELLA MÉA, Cristina Pilla. Transtorno de Personalidade Paranoide Dentro do Enfoque Cognitivo Comportamental. *Revista de Psicologia da IMED*, Jul.-Dez., 2013, v. 5, n. 2, p. 77-83.

SENGER, A. E. V.; ELY, L. S.; GANDOLFI, T.; SCHNEIDER, R. H.; et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 713-719, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global status report on non communicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization, 2011.

WÜNSCH FILHO, V. et al. Tobacco smoking and cancer in Brazil: evidence and prospects. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 175-187, 2010.

YALOM, Irvin D.; MOLYN, Leszez. *Psicoterapia de grupo: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ANEXOS

Anexo A. Parecer do Comitê de Ética

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GRUPOTERAPIA CONTRA O TABAGISMO E NO FORTALECIMENTO DO ÉGO:
CONTRIBUIÇÕES DO ZULLIGER

Pesquisador: Camila Barbosa dos Santos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 58594116.7.0000.5342

Instituição Proponente: Universidade de Passo Fundo/Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.842.654

Apresentação do Projeto:

A dependência ao tabaco é um dos principais problemas de saúde pública que mais traz danos à saúde das pessoas. Avaliar as estratégias que auxiliem o combate ao tabagismo e no fortalecimento dos recursos emocionais, é condição essencial para o encaminhamento às intervenções efetivas, que auxiliem na recuperação de pacientes. Este trabalho tem como objetivo avaliar os efeitos da grupoterapia cognitivo comportamental, associada a tratamentos medicamentosos, no combate ao tabagismo e no fortalecimento dos recursos do ego, por meio do teste de Zulliger.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os efeitos da grupoterapia cognitiva comportamental, associada a tratamentos medicamentosos, no combate ao tabagismo e no fortalecimento dos recursos do ego, por meio do teste de ZSC.

Objetivo Secundário:

Comparar os resultados das avaliações nos grupos pré e pós-intervenção;

Associar os instrumentos psicológicos de investigação;

Correlacionar as variáveis sociodemográficas com os testes psicológicos.

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José **CEP:** 99.052-900
UF: RS **Município:** PASSO FUNDO **E-mail:** cep@upf.br
Telefone: (54)3318-8157

Continuação do Parecer: 1.842.854

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Se identificado algum sinal de desconforto, comprometo-me a interromper a entrevista e encaminhá-lo (a) para profissionais e/ou serviços especializados na área.

Benefícios:

Como benefício, se você desejar, ao final do estudo você poderá participar de um evento na instituição para ouvir os resultados da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), serviço ligado à Secretaria Municipal de Saúde, órgão pertencente a Prefeitura Municipal da cidade de Cruz Alta, região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Serão participantes 60 indivíduos adultos, de ambos os gêneros, com diferentes anos de escolaridade, estado civil, nível socioeconômico, profissões, procedentes de um CAPS-AD. A

amostra será distribuída em dois grandes grupos: um grupo de 30 adultos (G1), que receberá intervenção grupoterápica de abordagem cognitivo comportamental, e outro grupo de 30 adultos (GII) que não receberá intervenção grupoterápica. O G1 será, ainda, subdividido em dois grupos de 15 pacientes cada para comporem a grupoterapia.

Serão participantes 60 indivíduos adultos, com 18 anos e mais, independente do gênero, situação conjugal, níveis de escolaridade e socioeconômico, e profissão, procedentes de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), localizado em Cruz Alta, região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Os participantes do estudo responderão individualmente aos seguintes instrumentos: Entrevista semidirigida,

Minixame do estado mental (MEEM), e Teste Fagerstrom, Zulliger no Sistema Compreensivo (ZSC), Diário de Campo, Escala de Depressão Beck (BDI-II), Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15), Escala de Pensamentos Depressivos (EDP). A amostra não aleatória será distribuída em dois grupos fechados: um grupo de 30 pacientes que receberá intervenção grupoterápica de orientação cognitiva comportamental (G1), e outro grupo de 30 pacientes que não receberá intervenção grupoterápica (GNI). Todos os pacientes terão acompanhamento medicamentoso e serão avaliados pré e pós intervenção, completados 6 meses/24 sessões da grupoterapia. A grupoterapia cognitivo comportamental será realizada semanalmente, com duração aproximada de 1 hora e 15 min cada sessão, no CAPS-AD, com o G1. O controle medicamentoso do GNI será efetuado semanalmente.

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.052-900
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157 E-mail: cep@upf.br

Continuação do Parecer: 1.842.854

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no TCLE. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos do pesquisador e das instituições estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos científicos, metodológicos e éticos.

Recomendações:

Após o término da pesquisa, o CEP UPF solicita: a) A devolução dos resultados do estudo aos sujeitos da pesquisa ou a instituição que forneceu os dados; b) Enviar o relatório final da pesquisa, pela plataforma, utilizando a opção, no final da página, "Enviar Notificação" + relatório final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional da Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_788563.pdf	10/11/2016 16:01:23		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_pesquisa_nao_iniciada.pdf	10/11/2016 16:00:32	Camila Barbosa dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	institucional.pdf	08/11/2016 20:13:19	Camila Barbosa dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	08/11/2016 20:06:26	Camila Barbosa dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/11/2016 20:01:12	Camila Barbosa dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	upf.pdf	09/08/2016 21:57:31	Camila Barbosa dos Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.052-900
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157 E-mail: cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



Continuação do Parecer: 1.842.854

Não

PASSO FUNDO, 30 de Novembro de 2016

Assinado por:
Felipe Cittolin Abal
(Coordenador)

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José CEP: 99.052-900
UF: RS Município: PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157 E-mail: cep@upf.br

Anexo B. Questionário de caracterização sociodemográfica



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF

Instrumento de coleta de dados 1

Dados sociais e demográficos

Nome: _____

Idade: _____ Gênero: () M () F

Etnia: () branco(a) () negro () pardo () afrodescendente

Religião: _____

Estado civil: () solteiro () casado () união estável () divorciado () viúvo

Escolaridade: _____

Exerce alguma profissão? () Sim () Não () Aposentado

Se aposentado, há quanto tempo? _____ Qual era(é) a ocupação? _____

Quanto tempo de tabagista? _____

Anexo C. Teste de Fagerstrom

Questão		Resposta	Resultado
1	Perguntar ao paciente quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	<input type="checkbox"/> dentro de 5 minutos	(3)
		<input type="checkbox"/> entre 6 e 30 minutos	(2)
		<input type="checkbox"/> entre 31 e 60 minutos	(1)
		<input type="checkbox"/> após 60 minutos	(0)
2	Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas e etc?	<input type="checkbox"/> Sim	(1)
		<input type="checkbox"/> Não	(0)
3	Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	<input type="checkbox"/> o primeiro da manhã	(1)
		<input type="checkbox"/> outros	(0)
4	Quantos cigarros você fuma por dia?	<input type="checkbox"/> menos de 10	(0)
		<input type="checkbox"/> de 11 a 20	(1)
		<input type="checkbox"/> de 21 a 30	(2)
		<input type="checkbox"/> mais de 31	(3)
5	Você fuma mais frequentemente pela manhã?	<input type="checkbox"/> Sim	(1)
		<input type="checkbox"/> Não	(0)
6	Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/> Sim	(1)
		<input type="checkbox"/> Não	(0)
<p>Grau de Dependência:</p> <p>0-2 muito baixo</p> <p>3-4 baixo 6-7 elevado</p> <p>5 médio 8-10 muito elevado</p>			

Anexo D. Escala de Pensamento Depressivo (EPD)

1.NÃO CONCORDO		2.CONCORDO POUCO		3.CONCORDO TOTALMENTE	
1.	Acho que minha vida é ruim	1	2	3	
2.	Há pessoas que cuidam de mim	1	2	3	
3.	Sinto que as pessoas me apoiam	1	2	3	
4.	Tudo o que faço dá errado	1	2	3	
5.	Todas as dificuldades que passei me fizeram ter pouca esperança sobre o futuro	1	2	3	
6.	As pessoas entendem o que eu sinto	1	2	3	
7.	Me vejo cada dia mais incapaz de resolver meus problemas	1	2	3	
8.	Meus motivos para ser feliz se esgotaram	1	2	3	
9.	Acredito que as minhas qualidades são reconhecidas	1	2	3	

10.	Meus dias tem sido ruins que penso em desistir de tudo	1	2	3
11.	As pessoas me entendem	1	2	3
12.	A única esperança é que tudo se acabe	1	2	3
13.	Me sinto deixado (a) de lado	1	2	3
14.	Sou um (a) perdedor (a)	1	2	3
15.	As pessoas realmente se importam comigo	1	2	3
16.	Tudo parece inútil	1	2	3
17.	As pessoas gostam de mim	1	2	3
18.	Eu quero desaparecer	1	2	3
19.	Sou indesejado (a) porque tenho problemas	1	2	3
20.	O futuro me reserva boas surpresas	1	2	3
21.	Conheço pessoas que realmente gostam de estar comigo	1	2	3
22.	Sinto-me uma derrotada	1	2	3

23.	Eu sou uma pessoa querida	1	2	3
24.	Minha vida está confusa e é difícil encontrar um rumo	1	2	3
25.	Meu sofrimento parece interminável	1	2	3
26.	Queria estar longe daqui	1	2	3

Anexo E. BDI Escala de depressão Beck

BDI

Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você tem se sentido na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

- | | |
|---|---|
| <p>1 0 Não me sinto triste.
1 Eu me sinto triste.
2 Estou sempre triste e não consigo sair disto.
3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
2 Acho que nada tenho a esperar.
3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.</p> <p>3 0 Não me sinto um fracasso.
1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.</p> <p>4 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
2 Não encontro um prazer real em mais nada.
3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.</p> <p>5 0 Não me sinto especialmente culpado.
1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.
2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
3 Eu me sinto sempre culpado.</p> <p>6 0 Não acho que esteja sendo punido.
1 Acho que posso ser punido.
2 Creio que vou ser punido.
3 Acho que estou sendo punido.</p> <p>7 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.</p> | <p>8 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.</p> <p>9 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.
1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10 0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queira.</p> <p>11 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.</p> <p>12 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.</p> <p>13 0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.</p> |
|---|---|

Subtotal da Página 1

CONTINUAÇÃO NO VERSO

PEARSON

Copyright © 1991 by NCS Pearson, Inc.
Copyright © 1993 Aaron T. Beck - Tradução para a Língua Portuguesa
Todos os direitos reservados.

Casa do
Psicólogo®

© 2001 Casapal Livraria Editora e Gráfica Ltda
Tradução e adaptação brasileira.
É proibida a reprodução total ou parcial desta obra para
qualquer finalidade. Todos os direitos reservados.
BDI é um logotipo da NCS Pearson, Inc.

<p>4 0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.</p> <p>3 Acredito que pareço feio.</p> <p>5 0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.</p> <p>6 0 Consigo dormir tão bem como o habitual.</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava.</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir.</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.</p> <p>7 0 Não fico mais cansado do que o habitual.</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.</p> <p>8 0 O meu apetite não está pior do que o habitual.</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora.</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite.</p>	<p>19 0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos.</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos.</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> <p>20 0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual.</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.</p> <p>21 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora.</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo.</p>
--	---

_____ Subtotal da Página 2

_____ Subtotal da Página 1

_____ **Escore Total.**

APÊNDICES

Apêndice A. Termo de consentimento livre e esclarecido
Apêndice B.



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Sr.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa sobre “Grupoterapia contra o tabagismo e no fortalecimento do ego: contribuições do Zulliger”. O estudo é desenvolvido por mim, Camila Barbosa dos Santos, aluna do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Envelhecimento Humano ppgEH da Universidade de Passo Fundo UPF, sob a orientação da professora Dra. Silvana Alba Scortegagna.

Este trabalho tem como objetivo avaliar os efeitos da grupoterapia cognitiva comportamental, associada a tratamentos medicamentosos, no combate ao tabagismo e no fortalecimento dos recursos do ego, por meio do teste de Zulliger. Sua participação na pesquisa será responder perguntas sobre suas condições de saúde, história da dependência nicotínica, e sentimentos relacionados ao último mês, esses questionamentos estão adaptados à Entrevista semi dirigida, como também a aplicação do Teste Fagerstrom. Contudo, o Miniexame do estado mental, o instrumento Zulliger no Sistema Compreensivo (ZSC), a Escala de Depressão, escolhida conforme a idade, e as informações a constar no Diário de campo serão coletados nos próximos encontros semanais. As perguntas serão feitas de modo individual, em quatro sessões, de 1h30 minutos cada uma, nas dependências do CAPS-AD. Depois disso, você receberá a intervenção de abordagem cognitiva comportamental em grupo, com duração prevista de 6 meses ou 24 sessões, onde se ensinará técnicas para mudanças de comportamento em relação ao hábito de fumar com objetivo de apoiar o Tratamento de Tabagismo. Após o período de intervenção, aos participantes que permanecerem engajados na grupoterapia, serão aplicados, novamente, os instrumentos a fim de averiguar as propostas trazidas no decorrer do estudo.

Sua participação na pesquisa não implica em riscos para sua integridade, porém se identificado algum sinal de desconforto, comprometo-me a interromper a entrevista e encaminhá-lo (a) para profissionais e/ou serviços especializados na área. Como benefício, se você desejar, ao final do estudo você poderá participar de um evento na instituição para ouvir os resultados da pesquisa.

Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento sem quais quer prejuízos para seu atendimento na instituição ou participação no grupo social. Gostaria de esclarecer que você terá resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre a pesquisa em qualquer etapa do estudo. Os resultados deste estudo serão divulgados para fins acadêmicos e científicos e não trarão qualquer dano ou prejuízo a sua pessoa, com a garantia do sigilo e confidencialidade dos dados relativos à sua identificação.

Este termo será assinado em duas vias, sendo que uma ficará com o pesquisador e a outra com você. Em caso de dúvidas ou esclarecimentos relacionados a pesquisa você poderá entrar em contato com pesquisadora responsável do telefone (55) 9107-

4076, ou sua orientadora pelo (54) 3316-8330, e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h, e das 13:30min às 17:30 min) pelo telefone (0xx54)-33168157.

Nestes termos e considerando-me esclarecido, consinto em participar da pesquisa proposta de livre e espontânea vontade, sem cobrança de ônus ou qualquer encargo financeiro, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas, expressando a minha concordância com a divulgação pública dos resultados, assinando este termo. Agradecemos pela sua colaboração!

Cruz Alta, ___ de ___ _____ de 2016.

Nome _____ do
Participante _____
Assinatura _____

Pesquisadora Camila Barbosa dos Santos
Mestranda do ppgEH Fone: 55-9107-4076

Prof^ª. Dr^ª. Silvana Alba Scortegagna
Orientadora

Apêndice C. Cartas de autorização



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF

APÊNDICE B- Carta de Autorização dos Serviços Municipais de Saúde

Carta de Autorização do Secretário Municipal de Saúde

Cruz Alta, xxx de Julho de 2016.

Autorizo a realização da pesquisa "Grupoterapia contra o tabagismo e no fortalecimento do ego: contribuições do Zulliger", nesta instituição sob responsabilidade de Camila Barbosa dos Santos, aluna do Programa de Pós-Graduação- Mestrado em Envelhecimento Humano ppgEH da Universidade de Passo Fundo UPF, sob a orientação da professora Silvana Alba Scortegagna.

RECEBI EM: / /
GABINETE SECRETARIA
SECRETARIA MUN. DE SAÚDE
DE CRUZ ALTA - RS

Secretária Municipal de Saúde Cruz Alta/RS

Silvana Alba Scortegagna
Secretária Municipal de Saúde



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF

APÊNDICE C- Carta de Autorização à Coordenadora de Saúde Mental

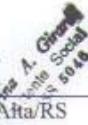
Carta de Autorização à Coordenadora de Saúde Mental

Cruz Alta, xxx de Julho de 2016.

Autorizo a realização da pesquisa "Grupoterapia contra o tabagismo e no fortalecimento do ego: contribuições do Zulliger", nesta instituição sob responsabilidade de Camila Barbosa dos Santos, aluna do Programa de Pós-Graduação- Mestrado em Envelhecimento Humano ppgEH da Universidade de Passo Fundo UPF, sob a orientação da professora Silvana Alba Scortegagna.

Silvana A. Scortegagna

Coordenadora da Saúde Mental Cruz Alta/RS





PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF