PRISCILA REGINA TORRES BUENO

**Esquemas cognitivos, sintomas de ansiedade
e depressão em mulheres de um
Programa de Cessação de Tabagismo**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para a obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Francisco Lotufo Neto

SÃO PAULO

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Bueno, Priscila Regina Torres

Esquemas cognitivos, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres de um
Programa de Cessação de Tabagismo / Priscila Regina Torres Bueno. -- São Paulo,
2016.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Psiquiatria.

Orientador: Francisco Lotufo Neto.

Descritores: 1.Depressão 2.Ansiedade 3.Tabagismo 4.Terapia cognitiva
5.Mulheres 6.Dependência de nicotina

USP/FM/DBD-039/16

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a minha família, meu esposo e amigos, que acreditaram neste trabalho e na conquista deste objetivo.

Agradeço, também, ao Hospital do Coração, Instituto de Ensino e Pesquisa, e à Dra. Silvia Maria Cury Ismael pela possibilidade de executar este trabalho e pelo conhecimento dividido.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Francisco Lotufo pela dedicação a este trabalho.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Panorama geral	3
1.2 Tabagismo e mulheres	4
1.3 A dependência da nicotina.....	11
1.4 Terapia cognitivo comportamental.....	13
1.5 Uso de substância e abordagem cognitivo comportamental.....	16
1.6 Terapia cognitivo comportamental e tratamento do tabagismo	18
1.7 Esquemas cognitivos	19
1.7.1 Domínio de desconexão e rejeição.....	22
1.7.2 Domínio autonomia e desempenho prejudicado.....	23
1.7.3 Domínio limites prejudicados	23
1.7.4 Domínio orientação para o outro	24
1.7.5 Domínio supervigilância e inibição.....	25
1.8 Esquemas cognitivos e uso de substância	25
1.9 Esquemas cognitivos e tabagismo	27
2 JUSTIFICATIVA	29
3 OBJETIVOS	33
3.1 Objetivo principal	35
3.2 Objetivos secundários.....	35
4 HIPÓTESES.....	37
5 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	41
5.1 Desenho e plano global	43
5.2 Amostra	45
5.3 Instrumentos	47
5.4 Procedimentos.....	53
5.5 Análise estatística.....	54
6 DESFECHO PRINCIPAL	55
6.1 Desfechos secundários.....	57
7 RESULTADOS.....	59
7.1 Perfil clínico da amostra estudada	61
7.2 Perfil psicológico da amostra antes do início do tratamento	61

7.3	Perfil das mulheres quanto aos esquemas cognitivos antes do início do tratamento	62
7.4	Características do tabagismo, dependência física e motivação para cessação	63
7.5	Esquemas cognitivos e relação com os sintomas de depressão e ansiedade traço e estado	64
7.6	Perfil clínico e demográfico dos grupos de tratamento	64
7.7	Características clínicas, dependência do cigarro e características emocionais dos pacientes após 6 semanas do início do tratamento	66
7.8	Diferenças emocionais entre os grupos de tratamento após 6 semanas de tratamento	67
7.9	Diferenças entre os pacientes que frequentaram ou não a terapia.....	67
7.10	Diferenças entre os pacientes que usaram ou não medicação	69
7.11	Efeito do tratamento nos sintomas de depressão e ansiedade	70
7.12	Características das mulheres que pararam de fumar na semana de tratamento	71
7.13	Correlação entre motivação, dependência física e esquemas cognitivos de mulheres fumantes	72
7.14	Características das mulheres que pararam de fumar na semana 52 do seguimento.....	73
7.15	Poder da amostra	77
8	DISCUSSÃO	79
9	CONCLUSÃO	89
10	ANEXOS	93
10.1	Anexo A – Protocolo do estudo original	95
10.2	Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105
10.3	Anexo C – Entrevista demográfica e histórico clínico	108
10.4	Anexo D – Questionários de Esquemas de Young	112
10.5	Anexo E – Inventário Traço-Estado de Ansiedade – IDATE.....	117
10.6	Anexo F – Inventário de sintomas de depressão de Beck.....	119
10.7	Anexo G – Questionário de motivação de Prochascka.....	123
10.8	Anexo H – Questionário de dependência física de nicotina de Fagerstrom	124
10.9	Anexo I – Questionário de motivos e objetivos de fumar	125
10.10	Anexo J – Emenda do protocolo para inclusão dos questionários de Esquemas de Young e IDATE	127
11	REFERÊNCIAS.....	129

LISTA DE ABREVIATURAS

ANOVA	Análise de Variância
BAI	Inventário Beck de Ansiedade
BDI	Inventário de Depressão de Beck
EIDs	Esquemas Iniciais Desadaptativos
ERPF	Escala Razões para Fumar
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço e Estado.
INCA	Instituto Nacional de Câncer
KW	Testes de Kruskal-Wallis
OMS	Organização Mundial de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
VIGESCOLA	Vigilância de Tabagismo entre Escolares
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características do tabagismo, dependência física e motivação para cessação antes do início do tratamento63
Tabela 2	Características das participantes do estudo por grupo de tratamento.....65
Tabela 3	Características emocionais dos pacientes após 6 semanas do início do tratamento.66
Tabela 4	Adesão a Terapia Cognitivo-Comportamental de 4 semanas ou mais (frequentou terapia) e não adesão à Terapia Cognitivo-Comportamental (não frequentou a terapia) e relação com variáveis clínicas e emocionais68
Tabela 5	Indicadores para cessação na 6ª semana de tratamento71
Tabela 6	Correlação entre motivação, dependência física e esquemas cognitivos73
Tabela 7	Diferença na pontuação dos esquemas cognitivos das mulheres que pararam de fumar no seguimento da semana 52.75
Tabela 8	Regressão logística na semana 52 de seguimento77
Tabela 9	Regressão logística final na semana 52 de seguimento77

RESUMO

Bueno PRT. *Esquemas cognitivos, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres de um Programa de Cessação de Tabagismo* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

O tabagismo é um problema de saúde pública em todo o mundo. Entre as mulheres, devido ao aumento da prevalência comparada aos homens, o tabagismo feminino tem merecido atenção. Para o enfrentamento, é necessário entender o fenômeno e criar estratégias mais adequadas que incluam aspectos emocionais e sociais da dependência do tabagismo. Este estudo buscou descrever os esquemas cognitivos, sintomas de ansiedade e depressão de 112 mulheres que procuraram tratamento para cessação do tabagismo e sua relação com o insucesso do tratamento. A coleta de dados incluiu roteiro de entrevista estruturada e escalas validadas para a população brasileira que têm o objetivo de avaliar os esquemas cognitivos, sintomas de ansiedade e de depressão, e aspectos da dependência do cigarro. O conhecimento de fatores emocionais envolvidos no tabagismo e sua cessação podem ser úteis às ações de apoio à mudança comportamental do fumante. Objetivo: Descrever o perfil psicológico de mulheres que buscam cessação do tabagismo quanto aos esquemas cognitivos, sintomas de ansiedade e depressão antes e depois do tratamento com Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo, e analisar fatores que contribuem para o desfecho de cessação. O desenho do estudo foi longitudinal e transversal. Para avaliar os esquemas cognitivos, o Questionário de Esquemas de Young em sua forma curta foi utilizado. Os grupos de terapia cognitivo-comportamental foram realizados concomitantes ao cuidado usual por médicos do estudo. Esses profissionais foram treinados no protocolo do estudo e o seguimento foi realizado por telefone por um membro do estudo independente e cego. Resultados: Os resultados forneceram evidências de que esquemas cognitivos tiveram relação significativa com os sintomas de depressão e ansiedade, com a adesão e os resultados do tratamento (cessação do tabagismo).

Descritores: 1.Depressão 2.Ansiedade 3.Tabagismo 4.Terapia cognitiva 5.Mulheres 6.Dependência de nicotina

ABSTRACT

Bueno PRT. *Cognitive schemes, symptoms of anxiety and depression in women of a Smoking Cessation Program* [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2016.

Cigarette smoking is a major public health problem worldwide. Among women, due to increased prevalence compared to men, the female smoking has deserved attention. To face, it is necessary to understand the phenomenon and create more appropriate strategies that include emotional and social aspects of smoking dependence. This study aimed to describe the cognitive schemes, symptoms of anxiety and depression of 112 women who sought treatment for smoking cessation and its relationship to treatment failure. Data collection included structured interview and validated scales for the Brazilian population who have to evaluate the cognitive schemes, symptoms of anxiety and depression and aspects of tobacco dependence. Knowledge of emotional factors involved in smoking and its cessation may be helpful to actions to support behavioral change of the smoker. Objective: To describe the psychological profile of women seeking smoking cessation regarding cognitive schemes, symptoms of anxiety and depression before and after treatment with cognitive-behavioral therapy in groups and analyze factors that contribute to the outcome of cessation. Method: The layout of the study was longitudinal and transversal. To assess the cognitive schemes, the Young Schema Questionnaire in its short form was used. The Cognitive Behavioral Therapy groups were conducted at the same time as the medical care and were applied by psychologists and medical doctors. These professionals were trained in the study protocol and the follow-up was conducted by telephone by the same independent and blind evaluator. Results: Our results provided evidence that the cognitive schemas of those women who sought treatment for quitting smoking showed a significant relation to the symptoms of depression and anxiety, with the adherence and the results of the treatment (quitting smoking), and with the positive impact of Cognitive Behavioral Therapy in decreasing schemas scores. It was also evident that the overall time throughout which the individual had smoked correlated to smaller rates of being able to quit smoking.

Descriptors: 1.Depression 2.Anxiety 3.Smoking 4.Cognitive therapy 5.Women 6.nicotine dependence

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Panorama geral

O tabaco tem sido utilizado nas Américas há milhares de anos em várias formas e com propósitos diferentes. Com o propósito medicamentoso, o uso do tabaco foi disseminado na Europa por Jean Nicot a partir do século XVI. Tratados de Medicina listaram mais de 50 doenças que poderiam ser “curadas” com o uso do tabaco, reforçando seu caráter curativo e, somente no século passado, a divulgação dos malefícios do fumo e medidas de tratamento começaram a ser divulgadas. Após os anos 80 do século XX, a nicotina foi reconhecida como droga psicoativa que causa dependência (Costa *et al.*, 1988; Schwartz, 1992; Rosemberg, 2002).

O tabagismo é um problema de saúde pública em todo o mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 2008, o tabagismo é considerado a principal causa prevenível de morte no mundo. No Brasil, as estimativas são de, aproximadamente, 200 mil mortes por ano (*Pan American Health Organization*, 2002; Burns, 2003; INCA, 2008).

A faixa etária com prevalência maior de fumantes no Brasil é dos 20 aos 49 anos. Observa-se, também, aumento significativo do uso de tabaco nas faixas etárias cada vez mais jovens (INCA, 2004).

O tabagismo é um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas como câncer, doenças pulmonares e doenças cardiovasculares, de modo que o uso do tabaco continua sendo líder global entre as causas de mortes evitáveis (WHO, 2011).

1.2 Tabagismo e mulheres

Entre as mulheres, o tabagismo tem merecido destaque devido ao aumento da prevalência e da menor redução nas taxas de cessação comparada aos homens. Outro ponto a ser considerado são os efeitos do tabagismo na saúde da mulher, principalmente nas jovens que vem experimentando o tabaco mais precocemente e passam a sofrer os mesmos riscos à saúde a que os homens já se expunham, acrescidos das consequências peculiares do tabagismo no sexo feminino relacionadas à reprodução, à gravidez e ao parto, a doenças cerebrais e cardiovasculares, câncer de mama e de pulmão, entre outras (Achutti; Menezes, 2001; de La Rosa, 2004; INCA, 2004).

De acordo com dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA), historicamente, a mulher ingressou no tabagismo depois que o homem, e, a partir do século XX, a prevalência de mulheres fumantes aumentou. Este fato pode ser explicitado pela inserção da mulher na sociedade, novas conquistas e papéis alcançados (INCA, 2012).

De acordo com os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) divulgados em abril de 2013, o número de fumantes nas capitais brasileiras, acima de 18 anos de idade, é de 11,3%. Entre as mulheres, a porcentagem de fumantes é de 8,6% e, entre os homens, 14,4%. Nos dois sexos, a frequência de fumantes tendeu a ser menor antes dos 25 anos de idade ou após os 65 anos. A frequência do hábito de fumar foi particularmente alta entre mulheres e homens com até oito anos de escolaridade (11,5% e 19,1%, respectivamente), excedendo em cerca de duas vezes a frequência observada entre indivíduos com 12 ou mais anos de estudo. No conjunto da população das 27 cidades, a frequência de ex-fumantes foi de 22,0%, sendo menor no sexo feminino (18,9%) e maior no sexo masculino (25,6%). Segundo a Vigilância de Tabagismo entre Escolares (VIGESCOLA), realizado no período de 2002 a 2005, a experimentação de cigarros entre adolescentes do sexo feminino variaram de 54% a 26% e, no sexo

masculino, variou de 53% a 28% nas 17 capitais brasileiras estudadas. Em algumas cidades, a experimentação de cigarros foi maior entre meninas do que entre os meninos (Instituto Nacional de Câncer/Conprev, 2006).

Quanto às tendências no gênero feminino das prevalências mundiais do tabagismo, com exceção de alguns países desenvolvidos, nos quais já se evidencia redução, há tendência de aumento do tabagismo entre as mulheres na maioria dos outros países (Araujo *et al.*, 2004).

Na “Convenção Quadro para o Controle do Tabaco” é dada atenção especial para a especificidade do tema mulher e tabaco, evidenciando a necessidade de estratégias de controle específico para o gênero (INCA, 2011). No ano de 2010, a Organização Mundial de Saúde elegeu o tema Gênero e tabaco com ênfase na propaganda voltada para a mulher para o dia mundial sem tabaco, com o objetivo de estimular políticas de combate à indústria do tabaco e conter a epidemia do tabagismo. Dados recentes da OMS estimam que 250 milhões de mulheres em todo o mundo fumam diariamente.

De acordo com o INCA, 2011, para o enfrentamento do tabagismo feminino, é necessário entender o fenômeno com estratégias mais adequadas que incluam a construção social e compartilhada de conhecimentos e habilidades para a cessação. O conceito do tabagismo ultrapassa questões do biológico e traz consequências na vida social, cultural e econômica do fumante ativo e passivo. Sendo assim, o tabagismo pode ser considerado um problema de saúde entrelaçado a múltiplos processos sociais e, para ser compreendido, prevenido e tratado, deve ser enfrentado como um fenômeno complexo e multifacetado (Achutti; Menezes, 2001).

As tendências epidemiológicas do tabagismo apontam para um problema feminino. Além dos efeitos na saúde, as mulheres estão mais sujeitas à depressão, à ansiedade e a sentimentos como tristeza e solidão, sendo o tabaco usado como alívio (Rondina *et al.*, 2003; Borges; Barbosa, 2009).

A nicotina interfere no humor e a abstinência da substância pode piorar momentaneamente o humor, a ansiedade e a cognição. A relação entre tabagismo e depressão pode ter impacto no tratamento de cessação predispondo a recaídas e ao fracasso na tentativa de parar de fumar, como também, o processo de cessação pode ser acompanhado de sintomas depressivos (Malbergier; Oliveira Jr., 2005).

Estudos evidenciam que existem importantes diferenças entre gêneros em relação a aspectos emocionais, o que pode diferenciar a elaboração de estratégias de prevenção e promoção de saúde entre homens e mulheres (Luz *et al.*, 2012).

Em estudo realizado por Bohadana *et al.*, 2003, comparando indivíduos do gênero feminino e masculino e as taxas de abstinência de nicotina, foram encontrados 46,6% vs 61,7% em 6 semanas, 30,9% vs 42,3% em 12 semanas, 17,6% vs 30,1% em 6 meses e 10,8% vs 23,0% aos 12 meses. Os autores relataram que as mulheres parecem ter mais dependência comportamental e menor dependência de nicotina do que os homens e concluem que o tratamento para cessação deve ser adaptado às mulheres para aumentar suas chances de abstinência.

Weinberger *et al.*, 2014, em revisão que avaliou a reposição de nicotina para o tratamento de cessação do tabagismo, concluíram que a eficácia e a relação com o gênero ainda não está clara. O estudo analisou a inclusão do gênero em análises de resultados de cessação em quarenta e dois estudos. Cerca de metade dos estudos relataram que consideravam o gênero nos resultados de cessação do tabagismo, com 15 estudos não encontrando diferença por sexo e 7 estudos encontraram melhores resultados para os homens *versus* mulheres. Somente 5 estudos apresentaram dados sobre os resultados por sexo em suas publicações. Os autores concluem que nenhum estudo examinou a associação dos resultados de cessação com características específicas das mulheres, como, por exemplo, a fase do ciclo menstrual. Há uma necessidade de incluir o gênero nas pesquisas sobre o tratamento do tabagismo a fim de que o panorama de eficácia do tratamento

para a cessação do tabagismo para as mulheres em relação aos homens seja conhecido.

Cropsey *et al.*, 2014, em estudo transversal com 673 pacientes fumantes, avaliaram as diferenças raciais e de gênero, as diferenças nas expectativas para o tratamento e a relação com a motivação para cessação e abstinência. O estudo tratou os fumantes com bupropiona e metade da amostra recebeu aconselhamento. A amostra que apresentou maior motivação para parar de fumar e maior tempo de abstinência referiu que intervenções comportamentais/aconselhamento foram eficazes. As mulheres referiram que a eficácia da farmacoterapia representava sua maior motivação para parar de fumar, e, quando houve maior motivação para a eficácia do tratamento comportamental, houve maior abstinência. Os autores sugerem a importância de explorar as expectativas das mulheres como forma de melhorar a motivação e a eficácia do tratamento.

Estudos apresentam diferenças em relação ao gênero e as variáveis relacionadas ao fumar e os resultados do tratamento. Enquanto as mulheres são mais propensas a procurar ajuda para parar de fumar e se engajar em tratamentos, elas tendem a ter mais dificuldade para parar (Perkins, 2001; Reid *et al.*, 2009) e ter mais insucesso nos resultados do tratamento de cessação do tabagismo do que os homens (Blake *et al.*, 1989; Perkins, 2001). As mulheres fumantes são menos propensas a usar a terapia de reposição de nicotina e são mais propensas a relatar o sofrimento subjetivo relacionado aos sintomas de abstinência de nicotina do que os homens fumantes (Perkins, 2001). Blake *et al.*, 1989, e Perkins, 2001, indicaram, em seu estudo, que as mulheres estão menos interessadas no tratamento, menos comprometidas e menos confiantes em relação a parar de fumar.

Há, também, diferenças de gênero nas razões para fumar e para a cessação na população em geral. As mulheres são mais propensas a fumar para reduzir o apetite do que os homens, para lidar com a vida diária e influenciadas a fumar quando outros membros da família fumam (Reid *et al.*, 2009). O estudo de Borelli *et al.*, 1996, concluiu que as mulheres, mais do

que os homens, usam o cigarro para lidar com as emoções negativas, e são mais vulneráveis ao desenvolvimento de estados afetivos negativos (por exemplo, depressão e estresse) durante uma tentativa de parar de fumar. As mulheres também relataram menor motivação para deixar de fumar por razões relacionadas com questões de saúde e maior motivação para deixar de fumar por razões relacionadas com o reforço imediato (por exemplo, economizar, o odor melhorar) do que os homens (Curry *et al.*, 1997). Estudos sugerem que as tentativas de parar de fumar por mulheres tendem a ser motivadas por questões externas, como a preocupação com a saúde dos outros, as influências sociais e o custo de fumar (Reid *et al.*, 2009).

Mulheres e homens dependentes de álcool foram estudadas por pesquisadores espanhóis e foram encontradas diferenças significativas quanto aos sintomas depressivos, sintomas de ansiedade e adaptação mais difícil à modificações de rotina, tendo as mulheres maiores pontuações (Bravo de Medina *et al.*, 2008).

Embora haja literatura controversa, diversos estudos sugerem que as mulheres têm maior dificuldade em parar de fumar do que os homens. Enquanto os homens têm características dependentes pela resposta farmacológica e regulada pelo consumo de nicotina, as mulheres têm uma metabolização mais rápida da nicotina e o comportamento da mulher fumante é influenciado por condicionamentos relacionados ao humor e ao afeto negativo. Além disso, as mulheres têm características diferentes dos homens quanto à maneira de consumir o cigarro, tragam menos e, na maioria das vezes, não fumam o cigarro completamente, além de utilizar mais os cigarros *lights*. Os autores citam que a nicotina pode provocar reações durante o ciclo menstrual e durante a síndrome de abstinência que dificultariam a cessação (Samet *et al.*, 2001; Benowitz, 2006, 2008; Lombardi *et al.*, 2011).

Rondina *et al.*, 2003, acreditam que o cigarro também desempenha importante papel no alívio da angústia e ansiedade decorrentes de contradições de gênero que as mulheres têm vivenciado. Nesse sentido, o

cigarro pode funcionar como “automedicação”. Os autores também acreditam que as sobrecargas de responsabilidades familiares e de trabalho influenciam e têm a função de fonte de prazer dessas mulheres. Em estudo realizado por Borges e Barbosa, em 2008, a trajetória do tabagismo na vida de mulheres entrevistadas resgatava as formas de como o cigarro foi introduzido em seus cotidianos, dando especial ênfase ao enfrentamento de situações difíceis, ao humor negativo e a momentos como o da gestação e criação dos filhos.

Luz *et al.*, 2012, em estudo que avaliou as diferenças entre esquemas cognitivos de homens e mulheres da população em geral, de grupo não clínico, observaram nos resultados que as mulheres obtiveram maior pontuação do que os homens em todas as áreas citadas, exceto no esquema de Inibição Emocional, em que os homens obtiveram pontuação superior. O esquema de autossacrifício, por exemplo, teve escores mais altos entre as mulheres, o que implica em comportamentos com foco excessivo nas necessidades de outras pessoas. Para Wright *et al.*, 2009, pessoas com o esquema de autossacrifício significativamente disfuncional acreditam que as suas necessidades devem ser reprimidas para que possam ser amadas, e este esquema pode anteceder sintomas de depressão e ansiedade.

Estudos com mulheres deprimidas e fumantes apontam que essas são mais vulneráveis a se tornarem tabagistas mais graves e o quanto o craving que experimentam pelo tabaco é impulsionado por uma tentativa de aliviar um afeto negativo. A literatura evidencia dados de mulheres tabagistas com mais sintomas de ansiedade e depressão do que os homens (Perkins *et al.*, 1997; Issa *et al.*, 2007; Romans *et al.*, 2007; Husky *et al.*, 2008; Mykeltun *et al.*, 2008).

Em estudo com mulheres grávidas fumantes, Fernández *et al.*, 2012, avaliaram que situações afetivas negativas, sintomas de ansiedade e de depressão são preditoras de recaída pós-parto.

Os transtornos de ansiedade e a depressão, patologias frequentemente associadas ao tabagismo, são mais prevalentes entre as mulheres, segundo Wilhelm *et al.*, 2003.

Issa *et al.*, 2007, observaram que mulheres tabagistas apresentam quase o dobro de ansiedade e depressão que os homens tabagistas: 67% contra 38%, respectivamente.

Lima e Viegas, 2011, avaliaram tabagistas que procuraram um serviço para deixar de fumar e encontraram que as mulheres deste estudo são mais deprimidas do que os homens e que a chance de uma mulher ser deprimida é três vezes maior em relação ao homem. Em relação à ansiedade, os autores também encontraram o dado de que as mulheres apresentam nível de ansiedade três vezes maior do que os homens.

De acordo com os estudos citados, existem evidências de que mulheres tabagistas podem apresentar distorções cognitivas, sintomas de depressão e ansiedade mais prevalentes que os homens. No entanto, há a necessidade de ampliação e aprofundamento dos conhecimentos sobre questões psicológicas relacionadas ao tabagismo e às diferenças entre gêneros, e o impacto na cessação.

Para Garnefski *et al.*, 2004, em estudo que avaliou as estratégias cognitivas de homens e mulheres da população geral, as mulheres tendem a usar mais estratégias cognitivas desadaptativas do que os homens, como reavaliação positiva, ruminação e catastrofização. Com este dado, os pesquisadores sugerem que há taxas mais prevalentes de depressão entre as mulheres e que essas podem estar relacionadas a estratégias de enfrentamento menos efetivas.

O Consenso do Instituto Nacional de Câncer, 2001, para tratamento do tabagismo, reforça que a ansiedade e a depressão podem ser fatores dificultadores da cessação em mulheres e, muitas vezes, são preditores de recaída, sendo que, na depressão, a probabilidade de cessação é reduzida. Quanto à relação tabagismo e ansiedade, o Consenso refere que as

evidências são menos consistentes e variam segundo o transtorno de ansiedade (INCA, 2001).

Fatores de risco de insucesso para o tratamento de tabagismo foram estudados por Reis e Fortes, 2012. Os autores apontam que a síndrome da abstinência, sintomas de depressão, convivência com fumantes, maior grau de dependência, sintomas de ansiedade, e menor motivação e não adesão ao tratamento são fatores de risco ao tratamento, e podem impactar na adesão e no resultado.

Afonso e Pereira, 2013, concluíram, em estudo que avaliou preditores de dependência de nicotina, que ter menos idade, ser do sexo masculino, ter doença respiratória, fumar mais cigarros por dia, ter um parceiro que fuma, menor qualidade de vida e mais comorbidades psicológicas foram preditores de maior dependência de nicotina. Os autores também avaliaram que o controle comportamental para não fumar era mais significativo em pacientes que apresentavam crenças cognitivas menos disfuncionais e quando o(a) parceiro(a) não fumava. As crenças cognitivas menos disfuncionais e ser do sexo masculino foram preditores de planejamento do *coping*/ação para não fumar.

Borges e Barbosa, 2008, acreditam que, a partir do entendimento das questões de gênero envolvidas no tabagismo, pesquisar novas estratégias de prevenção e abordagem terapêutica direcionada às mulheres se faz importante.

1.3 A dependência da nicotina

Qualquer substância que produza efeitos no organismo, provocando alterações fisiológicas e/ou de comportamento, é considerada droga. A droga pode alterar o humor, a percepção, o estado emocional, o comportamento e a aprendizagem. Para que a droga seja considerada de efeito psicoativo, são necessárias evidências de que o comportamento para usar a droga seja reforçado pelo próprio efeito da substância. A nicotina é

considerada uma droga estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC) (OMS, 1981).

Os 11 critérios diagnósticos do DSM-5 (2013) para dependentes de substâncias são:

- uso em quantidades maiores ou por mais tempo que o planejado;
- desejo persistente ou incapacidade de controlar o desejo;
- gasto importante de tempo em atividades para obter a substância;
- fissura importante;
- deixar de desempenhar atividades sociais, ocupacionais ou familiares devido ao uso;
- continuar o uso apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais;
- restrição do repertório de vida em função do uso;
- manutenção do uso apesar de prejuízos físicos;
- uso em situações de exposição a risco;
- tolerância;
- abstinência.

Pela nova classificação do DSM-5 (2013), o paciente pode ter os seguintes diagnósticos:

- dependência leve - presença de dois ou três dos onze critérios por um período de um ano.
- dependência moderada - presença de quatro ou cinco dos onze critérios por um período de um ano.
- dependência grave - presença de mais de seis dos onze critérios por um período de um ano.

De acordo com Wise e Bozarth (1987), as substâncias que induzem à dependência causam sensação de euforia e prazer, e atuam como

reforçadores positivos por meio da ativação do sistema dopaminérgico. O mecanismo de dependência ativa a via da recompensa e a nicotina aumenta a atividade dos neurônios na área tegumentar ventral, favorecendo a liberação de dopamina. O efeito reforçador positivo da nicotina pode causar relaxamento, diminuição do estresse, melhora da função cognitiva e vigília, e modulação do humor. O efeito reforçador negativo diante da diminuição e ausência da substância pode incluir irritabilidade, sintomas de ansiedade e depressão, diminuição da concentração e da função cognitiva (Benowitz, 1996).

1.4 Terapia cognitivo comportamental

Na década de 1950, a teoria do processamento de informação, teoria que comparava processos mentais a um *software* de computador, ou seja, o cérebro, foi enfatizada em eventos científicos, passando a ser utilizada na clínica. O processamento da informação e seus processos fisiológicos, a teoria do comportamento humano e a ausência de análise de processos cognitivos colaboraram com o surgimento da psicologia cognitiva como uma alternativa clínica (Dobson; Scherrer, 2004; Kastrup, 2006).

As terapias cognitivas começaram a surgir a partir do reconhecimento de processos cognitivos na mediação do comportamento nos anos 60 (Dobson; Block, 1988; Falcone, 2006). Albert Bandura foi um dos mais importantes precursores, assim como Michael Mahoney, Lev Semenovich Vygotsky, Beck, Rush, Shaw e Albert Ellis (Rangé *et al.*, 2011).

Na visão de Beck, a mediação cognitiva envolve variáveis de estrutura, produto e tema em um sistema de processamento das informações, direcionando a seleção, codificação e organização dos estímulos por meio das estruturas de esquemas.

O estudo dos processos mentais tinha já sido abordado de uma forma geral pela psicologia, especialmente pelos pioneiros Wilhelm Wundt, Gustav Teodor Fechner, Ernst Heinrich Weber e Francis Galton. Encontramos

teorias cognitivas na psicologia social, da personalidade, psicopatologia e na psicologia do desenvolvimento. Aplicações de teorias cognitivas na psicologia comparada conduziram a muito estudos recentes sobre a cognição animal.

No Brasil, semelhante ao resto do mundo, as terapias cognitivas se desenvolveram entre os praticantes da terapia comportamental, que buscavam superar as limitações do modelo estritamente comportamental, que não reconheciam os processos cognitivos como mediador do comportamento (Dobson; Sherrer, 2004; Rangé *et al.*, 2011). As abordagens cognitivas têm o pressuposto de que os processos cognitivos mediam o comportamento, ou seja, a interpretação de uma situação pelo indivíduo influencia comportamentos e emoções (Knapp, 2004).

As diferenças de princípios e procedimentos entre as abordagens cognitivo comportamentais podem ser explicadas pelos diferentes fundamentos teóricos de seus precursores. Aaron Beck e Albert Ellis tinham bases psicanalíticas, enquanto Meichenbaum, Goldfried e Mahoney tinham bases na modificação do comportamento (Knapp; Beck, 2008).

As abordagens cognitivas compartilham diferenças de princípios e técnicas, embora compartilhem características fundamentais e partam do pressuposto que um processo de cognição media o comportamento e pode ser considerado agradável ou provocar esquivas e ansiedade de acordo com a interpretação do evento e a emoção gerada, e não o evento em si (Knapp *et al.*, 2004).

Há três diferentes modelos de classificação da terapia cognitiva segundo Gabalda, 1997. Há modelos de reestruturação cognitiva, modelo cognitivo comportamental e o modelo construtivista. A partir da filosofia, o construtivismo pôde contribuir com as teorias psicológicas. Introduzido por Jean Piaget em 1975, o construtivismo formulou um modelo de desenvolvimento cognitivo que apresentava o sujeito por meio de sua ação no mundo e de suas próprias cognições. Com os conceitos de assimilação e acomodação, em 1987, Piaget acreditava que, quando o indivíduo tem uma

experiência diferente dos seus esquemas e teorias, após uma tentativa de adaptação, o esquema pode se modificar. Para Piaget, o indivíduo interpreta suas experiências para assimilá-las aos seus esquemas e teorias, e se torna ativo quando modifica seus esquemas para adaptação à realidade. O modelo construtivista acredita que, a partir das relações de apego, a autoimagem é construída e, se não houver um autoconceito adequado, as experiências não serão assimiladas de maneira efetiva. O foco do modelo é na busca de sentido das experiências, sendo a cognição mera representação interna do mundo externo (Guidano; Liotti, 1983). Para Mahoney, 1991, o conhecimento acerca da realidade é, em grande parte, condicionado pelas construções anteriores acerca da realidade. Autores, como Beck e Ellis, representam o modelo de reestruturação cognitiva. Este modelo busca modificar atividades de processamento das informações, orientadas para o problema. A partir do desenvolvimento deste modelo, propõe-se trabalhar em profundidade com os esquemas cognitivos. Este trabalho foi principalmente desenvolvido por Meichebaum (1977), Judith Beck (1982), Barlow (1988), Young (2003) e De Oliveira (2007), e representam um modelo mais concreto de pensamento e reforçam a abordagem combinada com técnicas cognitivas e métodos comportamentais, como o treino de habilidades específicas. Para Meichebaum, a perspectiva cognitiva acrescentava profundidade e compreensão às intervenções comportamentais. O autor desenvolveu o treinamento de autoinstrução na década de 70 com foco na autoinstrução verbal e no comportamento. O treinamento tem ênfase, principalmente, na modelagem cognitiva e no autorreforço. Meichebaum também desenvolveu uma abordagem de enfrentamento ao estresse. No desenvolvimento da Terapia Cognitivo-Comportamental, D'Zurilla e Goldfried desenvolveram a terapia de solução de problemas, que consiste no treino de habilidades que podem ser generalizadas a situações reais e podem promover mudança de comportamento. A terapia comportamental pode ter seu desenvolvimento caracterizado em 3 etapas. Na primeira, o modelo clássico da teoria pavloviana e das técnicas de exposição. A segunda etapa se caracterizou

pelo modelo cognitivo racionalista, com base em processos psicológicos mediados por crenças (Beck, 1995). A terceira tem embasamento no construtivismo cognitivo e no behaviorismo radical, e tem uma visão de eventos específicos e nas relações interpessoais, diferenciando-se das terapias iniciais que buscavam modificar pensamentos ou sentimentos (Kohlenberg *et al.*, 1993; Linehan, 1993; Hayes, 2004). Uma das características da terceira etapa são os valores e a intuição como características do indivíduo, em que os pensamentos não devem controlar diretamente uma ação (Hayes *et al.*, 2002).

As teorias com referencial cognitivo desenvolveram a prática da modificação de padrões disfuncionais de pensamento por padrões adaptativos e funcionais (Abreu; Guilhardi, 2004). Para Abreu e Cangelli, 2005, a mudança psicológica acontece por meio do trabalho terapêutico de contradições existentes entre a emoção e o pensamento, e não apenas pela substituição de esquemas disfuncionais de pensamento por esquemas mais funcionais. Os autores de enfoque cognitivo-construtivista como Guidano e Liotti, 1983, Mahoney, 1998 e Neimeyer, 1997, partem da proatividade humana e do conhecimento evolutivo e interpessoal de processos individualizados, e acreditam na importância das emoções na influência do comportamento.

1.5 Uso de substância e abordagem cognitivo comportamental

O uso de substância resulta de uma interação complexa entre cognições, comportamentos, emoções, influências e relacionamentos familiares, sociais e culturais, além de processos biológicos e fisiológicos. A interação das cognições com variáveis emocionais, ambientes e fisiológicas podem ser determinantes no uso de substância (Alford; Nocross, 1991; Beck *et al.*, 1993; Liese; Franz, 1996). O modelo proposto por Aaron Beck considera o uso de substância uma estratégia compensatória com a função de eliminar e/ou neutralizar crenças disfuncionais a respeito de si, dos outros e do mundo, e a relação entre eles. Para Beck, o modelo cognitivo tem

relação com modelos sociais e biológicos do uso da substância. O modelo cognitivo acredita que a dependência é resultado da interação do uso da droga e de cognições que são formadas após esse uso e que interagem com crenças básicas. Essas crenças formadas após o uso da droga podem ser de caráter permissivo/facilitador e de expectativas positivas/antecipatórias.

Para o modelo cognitivo comportamental a partir de Marlatt e Gordon, 1980, a substância é utilizada para obter gratificação imediata ou evitar uma situação estressante, desconfortável e negativa, tornando-se um modelo de enfrentamento mal adaptativo. Para Alford e Nocross, 1991, o processamento das informações e a atribuição dos significados compreendem o comportamento mal adaptativo. Karkow *et al.*, 2005, citando Marlatt e Gordon, 1993, em um estudo sobre os mecanismos terapêuticos na dependência química, associam o modelo de comportamento aditivo aos princípios da teoria do aprendizado social, da psicologia cognitiva e da psicologia social experimental, pressupondo os comportamentos aditivos como padrões de hábitos hiperaprendidos e mal adaptativos. A adição é definida como um poderoso padrão de hábito e um ciclo vicioso alcançado pelo comportamento autodestrutivo. Para a análise do comportamento, o fumante fuma um cigarro para evitar os sintomas aversivos da abstinência, como a taquicardia, sintomas de ansiedade, agitação e dor de cabeça. Além dos sintomas aversivos, o fumante sente prazer, e melhora a concentração e disposição. Quando fuma, o cigarro pode trazer contingências de reforço negativo e positivo ao fumante. O ambiente e situações específicas impactam em condicionamentos e gatilhos (Axerold, 1991). Um mesmo comportamento pode levar a consequências reforçadoras em curto prazo e punitivas em longo prazo. Para Skinner, 2003, as contingências podem ser reforçadoras ou punitivas. O indivíduo que fuma e evita situações punitivas tem um comportamento impulsivo. Quando suporta as situações punitivas imediatas por uma resposta de recompensa não imediata, se comporta pelo autocontrole (Rachlin, 1999, 2000; Rachlin; Green, 1970).

1.6 Terapia cognitivo comportamental e tratamento do tabagismo

É crescente a busca de possibilidades de tratamento capazes de contribuir efetivamente para o controle e a administração dos transtornos de personalidades e dos comportamentos dependentes. Neste sentido, a psicoterapia Cognitivo-Comportamental com suas diversas perspectivas clínicas tem buscado contribuir na reformulação de crenças e pensamentos automáticos presentes nos transtornos psiquiátricos (Beck, 1997; Cazassa, 2007).

A terapia cognitiva relaciona os vários transtornos psiquiátricos a variáveis cognitivas específicas. A natureza e a função do processamento de informação e de atribuição de significados aos acontecimentos da realidade constituem a chave para entender o comportamento mal-adaptativo (Alford; Nocross 1991).

O método da abordagem cognitivo-comportamental é o mais utilizado no tratamento das dependências químicas em geral (*Department of Health and Human Services*, 2001). Em metanálise realizada por Fiori *et al.* (1996), os autores concluíram que algumas técnicas cognitivo-comportamentais eram eficazes no tratamento do tabagismo, com destaque para o relaxamento, a técnica de solução de problemas e o treino de habilidades comportamentais, além de técnicas relacionadas à prevenção da recaída (Marlatt; Gordon, 1993). A entrevista motivacional também é de grande importância no tratamento do tabagismo e consiste em um conjunto de técnicas com objetivo de reduzir a ambivalência e os aspectos motivacionais importantes anteriores da cessação (Miller; Rollnick, 2001).

A relação entre tabagismo, assertividade e habilidades sociais é de grande interesse para pesquisadores (Furtado *et al.*, 2003; Almanza; Pillon, 2004). A assertividade pode ser compreendida como a capacidade de expressão dos pensamentos e sentimentos, assim como um estilo de comportamento em respeito dos valores de si mesmo e dos outros, assim como limites (Almanza; Pillon, 2004; Caballo, 2005; Rodrigues, 2008). A partir dos estudos de Marlatt e Gordon (1993), Caballo (2003), McMullin

(2005), entre outros, os dependentes de substâncias podem ser incapazes de lidar com situações sociais de conflito.

A abordagem cognitivo-comportamental combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais e é muito utilizada para o tratamento do tabagismo. A detecção de situações de risco de recaída e o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento são os componentes principais dessa abordagem. Dentre as várias estratégias, o automonitoramento, o autocontrole e manejo, o controle de estímulos, o emprego de técnicas de relaxamento, a avaliação do papel das crenças e das emoções no hábito de fumar, entre outros, são utilizados para que o tabagista possa tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento (INCA, 2001, 2004; Sardinha *et al.*, 2005).

Marques *et al.*, 2001, apontam que o acompanhamento psicoterapêutico individual ou em grupo é parte do tratamento da dependência de nicotina e importante quando a dependência é acompanhada de sintomas de depressão e ansiedade.

1.7 Esquemas cognitivos

Beck (1976, 1991) define esquemas como estruturas de cognição com significados. Os esquemas possuem qualidades estruturais, como amplitude e densidade, rigidez ou flexibilidade, e podem ser latentes e hipervalentes. Quando não estão ativos no processamento de determinada informação, os esquemas estão latentes. Quando hipervalentes, os esquemas predominam sobre esquemas mais funcionais a determinada situação. Quando hipervalente, o esquema pode induzir o indivíduo a um viés no processamento da informação.

Os esquemas podem ser desenvolvidos em experiências precoces de vida, durante as relações com as figuras cuidadoras. Durante a infância, os esquemas permitem a interação com o meio, sendo funcionais para determinado momento e contexto de vida (Young, 2003). Na idade adulta, os

esquemas permanecem inativos, mas, frente a um evento externo ou à cognições associadas a determinados acontecimentos de vida, os esquemas podem ser reativados, porém fora de seu contexto original e, portanto, sendo desadaptativos (Claudio, 2009).

A terapia cognitiva focada nos esquemas possui como precursores Jeffrey E. Young, Janet Klosko e Marjorie Weishaar (2003). É considerada como um modelo de terapia que busca ampliar os referenciais para melhor atender a complexidade humana. Young (2003, 2008) elaborou uma teoria a respeito dos esquemas, empregando-os na compreensão das psicopatologias. Na teoria de Young, o termo Esquemas Iniciais Desadaptativos se refere a esquemas estáveis e duradouros, crenças e sentimentos sobre si mesmo em relação ao ambiente, e serve como um modelo para processar as experiências, sendo disfuncionais em um grau significativo. Para Young, os esquemas apresentam características como verdades incondicionais, resistentes à mudança, recorrentes e ativados por acontecimentos significativos para o esquema específico, relacionados ao afeto, e parecem resultar da interação entre o temperamento e as experiências disfuncionais nas relações familiares e sociais nos primeiros anos de vida, e podem ocorrer nos domínios cognitivo, afetivo ou comportamental.

A compreensão dos esquemas cognitivos é central para a terapia cognitiva, que compreende que a personalidade é formada por crenças centrais que se desenvolvem desde a infância na vida do indivíduo na interação com o ambiente, suas características e seus comportamentos. Os esquemas caracterizam um sistema de processamento de informações que modulam a recepção e a resposta aos estímulos. Eles indicam um plano cognitivo abstrato que parecem guiar o indivíduo na interpretação das informações e na resolução de problemas (Young, 2003; Duarte *et al.*, 2009). Os processos podem ser mantidos, evitados e compensados ao longo da vida.

A partir do modelo cognitivo das psicopatologias, o conteúdo dos esquemas disfuncionais diferencia os transtornos e suas características. Os significados atribuídos desde cedo na vida do indivíduo constituem regras, crenças e suposições que têm características relacionadas à flexibilidade e permeabilidade do indivíduo. As interpretações das experiências de vida são realizadas de acordo com os esquemas relacionados. Na psicopatologia, o esquema disfuncional é ativado quando esquemas específicos ou respostas de enfrentamento geram emoções negativas ou comportamentos autoderrotistas e de evitação (Beck, 1991; Young, 2005).

Um esquema pode ser adaptativo ou desadaptativo. Estas estruturas tornam-se mais complexas ao longo do tempo e à medida que são reforçadas por experiências posteriores (Young *et al.*, 2008).

Os esquemas podem ser caracterizados quanto ao seu conteúdo e à relação com questões pessoais e impessoais, concretude e abstração, e possuem qualidades estruturais e de organização (Beck; Freeman, 1993).

De acordo com Young, 2001, os primeiros esquemas desenvolvidos durante a infância são relativamente estáveis. Uma vez ativados, esses esquemas iniciais desadaptativos podem influenciar as percepções da realidade e criar distorções cognitivas. Os primeiros esquemas adaptativos podem estar ligados à depressão, ou seja, como um marcador de vulnerabilidade para a depressão. Enquanto na depressão os esquemas desadaptativos podem estar relacionados a uma interpretação negativa, na ansiedade, podem estar relacionados ao medo de ameaças físicas e emocionais, e à vulnerabilidade (Beck, 1976).

As distorções cognitivas mais comuns nos pacientes deprimidos foram observadas por Beck por meio de características como a inferência arbitrária, abstração seletiva, foco em evidências de seu mau desempenho, supergeneralização e personalização. As distorções decorrem de regras e pressupostos, que são padrões adquiridos ao longo da vida do indivíduo com depressão. Essas regras e crenças são sensíveis à ativação de fontes primárias como o estresse, e, frequentemente, levam a estratégias

interpessoais ineficazes e à interpretação negativa e de mau desempenho (Rupke *et al.*, 2006).

Os esquemas desadaptativos são padrões cognitivos e comportamentais que causam sofrimento considerável e podem ter relação com transtornos emocionais (Shorey *et al.*, 2013).

De acordo com Young, 2001, os esquemas encontram-se inseridos em cinco grandes domínios:

1.7.1 Domínio de desconexão e rejeição

Domínio essencialmente relativo ao sentimento de frustração vivenciado pela pessoa com relação às expectativas de segurança, estabilidade, carinho, empatia, compartilhamento de sentimentos, aceitação e consideração. Nesta dimensão, encontram-se alocados cinco esquemas desadaptativos:

A *privação emocional* diz respeito à expectativa que a pessoa nutre de que o apoio emocional por ela demandado não será suficientemente suprido pelos demais. O *abandono* está ligado ao sentimento eminente de perda do apoio e da conexão, sendo profundamente marcado por ausência de confiança com relação a outros significativos.

O esquema de *Desconfiança/abuso* apresenta-se de forma a construir expectativas de que os outros irão, certamente, magoar, abandonar, trapacear, humilhar de forma intencional ou como resultado de uma negligência injustificada e extrema.

O *isolamento social* contempla o sentimento de estar só no mundo, de não fazer parte de nenhum grupo pelo sentimento de ser totalmente diferente dos demais.

E, por fim, o esquema de *Defectividade/vergonha* possui consonância com os sentimentos de desvalia, inferioridade, indesejabilidade, emoções que agregam a percepção para a pessoa de que ela não é digna do amor.

Rejeição, culpa e dificuldade para lidar com críticas contribuem para a vivência da vergonha e da insegurança.

1.7.2 Domínio autonomia e desempenho prejudicado

Domínio que configura sentimentos de incapacidade experimentados pelo indivíduo no que tange a possibilidade de se separar dos demais conquistando a autonomia necessária para sobreviver de forma independente e com bom desempenho.

Fracasso é um dos esquemas que fazem parte deste domínio e que está alicerçado num padrão de incapacidade no qual o resultado para quaisquer tentativas na vida terá como final previsto a frustração e o fracasso, especialmente nas áreas de realização profissional ou na carreira estudantil.

A *Dependência/Incompetência* refere-se à crença de ausência de capacidade para administrar a própria vida sem a ajuda dos outros. Este esquema pode, muitas vezes, confundir-se com o desamparo pela percepção de que sem os outros a pessoa não consegue tomar decisões corretas para resolver os problemas do cotidiano. O medo excessivo de que uma catástrofe aconteça recebe o nome de *Vulnerabilidade a dores e doenças*. Muito embora o mundo favoreça tais posturas, torna-se necessário um grau de adaptabilidade que é inviável diante da ativação do presente esquema. O *emaranhamento* diz respeito à ausência de individualidade pelo envolvimento excessivo com uma ou mais pessoas significativas. Sentimentos de vazio, sufocamento e culpa afiguram-se como pertinentes para este padrão de funcionamento.

1.7.3 Domínio limites prejudicados

Refere-se a um padrão de funcionamento possível de ser identificado pela deficiência nos limites internos, pela ausência de responsabilidade com

os demais e/ou pela dificuldade de orientação para a concretização de objetivos distantes. Caracteriza prejuízos com relação a respeitar os direitos dos outros, a cooperar e a se comprometer com metas ou desafios. O esquema inicial desadaptativo *Merecimento* integra este domínio e possui como características o sentimento de superioridade e de merecimento de privilégios em comparação às outras pessoas. As regras podem ser burladas em função do fato de que a pessoa deseja determinado acontecimento. Excessiva competitividade ou dominação, disputa de poder e ausência de sensibilidade com relação aos outros tendem a fazer parte deste esquema. Além desse, o *Autocontrole* e a *Autodisciplina insuficientes* configuram outro padrão de funcionamento que dá origem ao domínio dos limites prejudicados. Dificuldades para o autocontrole ou desejo de abandonar o exercício da disciplina para o enfrentamento de obstáculos em direção a metas são pertinentes a este esquema. A busca de esquiva do desconforto é outra característica marcante na dinâmica de personalidade da pessoa que apresenta o esquema de autocontrole e autodisciplina insuficientes.

1.7.4 Domínio orientação para o outro

Trata-se de um domínio que, quando presente na personalidade, ocasiona um foco excessivo para os desejos e sentimentos dos outros em função da constante busca de obtenção de amor. Muitas vezes, a pessoa suplanta suas próprias necessidades com o intuito de obter aprovação, podendo suprimir sua consciência, seus sentimentos e suas inclinações naturais. *Subjugação* e *Autossacrifício* são dois esquemas desadaptativos que compõem este domínio. Este domínio vincula-se à excessiva submissão aos demais, no que tange os sentimentos e as necessidades pessoais, geralmente, com o objetivo de evitar perder o amor do outro que pode abandonar, zombar ou criticar.

1.7.5 Domínio supervigilância e inibição

Trata-se de um domínio que caracteriza um bloqueio de características como as de felicidade, autoexpressão, relaxamento, relacionamentos íntimos e comprometimento da própria saúde devido à ênfase excessiva na supressão dos sentimentos, impulsos e escolhas pessoais espontâneas. Indivíduos que têm este domínio significativo apresentam regras e expectativas rígidas sobre desempenho e comportamento ético. A *Inibição emocional* e *padrões inflexíveis* são os dois esquemas que integram este contexto.

1.8 Esquemas cognitivos e uso de substância

Os esquemas desadaptativos podem produzir afeto negativo e levar a comportamentos autodestrutivos, interferindo em necessidades básicas dos indivíduos para a conexão, autonomia e autoexpressão. Por meio de comportamentos disfuncionais, incluindo comportamentos de esquiva, como o uso da substância, o indivíduo pode tentar lidar com seus esquemas desadaptativos e o afeto negativo (Young *et al.*, 2003).

Shorey *et al.*, 2012, acreditam que os primeiros esquemas disfuncionais podem contribuir com o abuso de substâncias e que a intensidade dos esquemas pode diminuir depois de breve período de abstinência. Os autores examinaram mudanças nos esquemas iniciais desadaptativos de 854 pacientes de um estudo, depois de um programa para tratamento da dependência de álcool. Os resultados do estudo indicam que ter um esquema desadaptativo inicial está associado ao aumento da chance de ter esquemas adicionais. Além disso, os autores compararam os esquemas de homens e mulheres, e os resultados mostraram mais esquemas disfuncionais para as mulheres do que para os homens em 14 dos 18 esquemas estudados. Os esquemas disfuncionais dos homens e das mulheres foram semelhantes, embora as mulheres sejam mais propensas ao esquema de autocontrole e autossacrifício insuficientes. Os homens não

apresentaram significativamente mais do que mulheres em qualquer dos esquemas. Os autores concluíram que os esquemas cognitivos precisam ser foco importante dos programas de intervenção para dependência de substâncias.

Silva *et al.*, 2012, realizaram um estudo que avaliou esquemas cognitivos em um grupo de alcoolistas e em grupo-controle recrutados em escolas e empresas, considerando-se que, na entrevista, eles negavam fazer uso de substâncias psicoativas, exceto nicotina, e foram encontradas diferenças significativas no grupo de alcoolistas nos cinco domínios e em 15 esquemas estudados quando comparados ao grupo-controle. Os autores relatam que os esquemas de autossacrifício, autocontrole/autodisciplina insuficientes e isolamento social obtiveram diferenças significativas para o grupo clínico, e concluíram que o resultado pode ser associado à dificuldade de controle do uso da substância e do uso como estratégia de socialização por parte dos participantes do estudo.

Ball, 2005, propõe que os esquemas desadaptativos sejam abordados no início do tratamento do uso de substâncias. O autor da pesquisa mostrou que o tratamento do uso de substâncias tem melhores resultados quando os esquemas são abordados. Além disso, a pesquisa sugere que os transtornos de personalidade são mais comuns em pacientes que fazem uso de substâncias e que os esquemas desadaptativos podem estar relacionados aos transtornos de personalidade.

Brotchie *et al.*, 2004, investigaram esquemas desadaptativos entre indivíduos que procuraram tratamento para o abuso de álcool, abuso de opiáceos e abuso de opiáceos e álcool combinado, com uma amostra não clínica de usuários em seus esquemas desadaptativos. Com exceção de alguns esquemas que não foram significativamente diferentes entre os grupos clínicos e não clínicos, o grupo clínico teve mais esquemas desadaptativos do que o grupo não clínico. Além disso, os indivíduos que abusaram de álcool e opiáceos tiveram maior número de esquemas do que os indivíduos que usavam apenas uma substância.

Shorey *et al.*, 2013, estudaram os esquemas cognitivos desadaptativos de mulheres dependentes de substâncias e concluíram na amostra estudada que uma série de esquemas desadaptativos podem contribuir para a iniciação e a manutenção do uso da substância. Os resultados do estudo sugerem que esquemas desadaptativos são mais prevalentes no grupo clínico (dependentes de substâncias), comparado ao grupo não clínico (não dependentes de substâncias).

Roper *et al.*, 2010, mostraram em um estudo sobre indivíduos com dependência de álcool que o grupo clínico tinha esquemas mais desadaptativos do que o grupo não clínico. Assim, os autores concluíram que os esquemas desadaptativos parecem ser em maior número para os indivíduos que fazem uso da substância, e sugerem que o foco sobre esses esquemas pode produzir melhores resultados do tratamento.

1.9 Esquemas cognitivos e tabagismo

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura nas bases de dados de Pubmed e Medline a partir da fórmula booleana obtida dos descritores: Mulheres e tabagismo, Terapia Cognitivo-Comportamental e tratamento do tabagismo, esquemas cognitivos disfuncionais/esquemas cognitivos de Young e dependência química/uso de substância, esquemas cognitivos de Young e uso de substância/dependência química, esquemas cognitivos disfuncionais/esquemas cognitivos de Young e tabagismo: (((("Women" [Mesh] OR Woman Women's Groups OR Group, Women's OR Groups, Women's OR Women Groups OR Women's Group)) AND "Smoking" [Mesh])) AND (((("Cognitive Therapy" [Mesh] OR Cognitive Therapies OR Therapies, Cognitive OR Cognition Therapy OR Cognition Therapies OR Therapies, Cognition OR Cognitive Behavior Therapy OR Therapy, Cognitive Behavior OR Cognitive Psychotherapy OR Cognitive Psychotherapies OR Psychotherapies, Cognitive OR Psychotherapy, Cognitive OR Therapy, Cognition OR Therapy, Cognitive OR Behavior Therapy, Cognitive OR Behavior Therapies, Cognitive OR Cognitive Behavior Therapies OR

Therapies, Cognitive Behavior OR Cognitive Behavioral Therapy OR Behavioral Therapies, Cognitive OR Behavioral Therapy, Cognitive OR Cognitive Behavioral Therapies OR Therapies, Cognitive Behavioral OR Therapy, Cognitive Behavioral)) OR "Young Schema"). O estudo levantou artigos do período de 1986 a 2013, nacionais e internacionais, em abril de 2014. Foram encontrados 72 artigos que relacionavam os descritores acima citados, em Português e Inglês. Preencheram os critérios citados 31 estudos que foram analisados e descritos conforme relevância. Não foram encontrados estudos na literatura relacionando esquemas cognitivos a tabagistas.

2 JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

Entre as mulheres, o tabagismo tem merecido destaque devido ao aumento da prevalência e da menor redução nas taxas de cessação comparada aos homens (INCA, 2004).

Morano, 2002, aponta, em seu estudo com mulheres tabagistas, maior número de recaídas comparada aos homens e sintomas de ansiedade mais presentes nas mulheres dessa população de estudo, principalmente no período de abstinência da nicotina.

Estudos com os esquemas cognitivos em populações psiquiátricas vêm demonstrando a importância deste aspecto ser identificado e abordado no tratamento destes pacientes.

O estudo dos esquemas cognitivos na população de mulheres tabagistas pode aprofundar o conhecimento de aspectos da dependência da nicotina e sua manutenção, e contribuir com a cessação e com a prevenção de recaída em estudos futuros que a intervenção experimental se mostre benéfica.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo principal

Avaliar se mulheres que cessaram o tabagismo têm domínios de esquemas cognitivos disfuncionais em menor número e intensidade.

3.2 Objetivos secundários

1. Avaliar se mulheres submetidas à Terapia Cognitiva Comportamental em grupo têm maior cessação do tabagismo;
2. Avaliar se mulheres que cessaram o tabagismo têm menos sintomas depressivos e ansiosos, menor dependência física e maior motivação;
3. Avaliar se dependência física e estágio de motivação têm relação com o número de domínios e intensidade de esquemas disfuncionais;
4. Avaliar se a adesão a Terapia Cognitivo Comportamental é preditivo de sucesso no programa de cessação;
5. Avaliar se a Terapia Cognitivo Comportamental para tabagismo diminui a intensidade e o número de esquemas cognitivos.

4 HIPÓTESES

4 HIPÓTESES

1. Mulheres que não cessaram o tabagismo ao completar 52 semanas após o tratamento têm domínios de esquemas cognitivos disfuncionais em maior número e intensidade na 1ª e 6ª semana de tratamento;
2. Mulheres que receberam Terapia Cognitiva Comportamental têm mais sucesso no programa da cessação de tabagismo;
3. Mulheres que cessaram o tabagismo têm menos sintomas depressivos e ansiosos, menor dependência física e maior motivação;
4. Quanto maior a dependência física, maior o número e a intensidade dos domínios de esquemas cognitivos disfuncionais;
5. Quanto maior a motivação, menor a frequência e intensidade dos domínios de esquemas cognitivos disfuncionais;
6. Quanto maior a adesão à Terapia Cognitivo Comportamental, maior sucesso no programa de cessação;
7. A Terapia Cognitivo Comportamental diminui a intensidade e o número de esquemas cognitivos.

5 CASUÍSTICA E MÉTODO

5 CASUÍSTICA E MÉTODO

5.1 Desenho e plano global

Este foi um subestudo de um ensaio clínico randomizado e controlado, realizado no Hospital do Coração, ainda não publicado e sem resultados conclusivos, com dois grupos paralelos intitulado “*A eficácia de reposição de nicotina e Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo versus reposição de nicotina e o cuidado usual na cessação do tabagismo e prevenção de recaída: um estudo controlado e randomizado*” cujo objetivo foi o de determinar a eficácia da farmacoterapia (reposição de nicotina) mais Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) em grupo com duração de 06 semanas comparado à reposição de nicotina conforme tratamento usual para pacientes que querem parar de fumar. O acompanhamento médico e o uso de reposição de nicotina pelos pacientes foi de 12 semanas. O objetivo do estudo original foi comparar os dois grupos de tratamento quanto à cessação após 52 semanas do início do tratamento. Os grupos de Terapia Cognitivo-Comportamental foram concomitantes ao acompanhamento médico e foram realizados por psicólogos e médicos do Hospital do Coração, e o seguimento dos pacientes foi realizado por pessoa independente ao acompanhamento dos pacientes. Uma das psicólogas a realizar os grupos de terapia foi a autora deste trabalho. A descrição das sessões do grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental estão descritas no Anexo 1 juntamente com o estudo que originou este trabalho.

Abaixo, o fluxograma do estudo contendo o número de mulheres incluídas e randomizadas para os grupos de tratamento. O seguimento do estudo ocorreu por 52 semanas após a inclusão do paciente. Nota-se, pelo fluxograma, que, dos 112 pacientes incluídos, 79 pacientes tiveram *follow-up* na 6ª semana de tratamento. No seguimento de 52 semanas, o seguimento

foi recuperado em grande parte da amostra e 97 pacientes tiveram seus dados coletados.

5.2 Amostra

Foram tratados pelo ensaio clínico original 217 pacientes que participaram voluntariamente, sendo 112 mulheres.

Para o cálculo da amostra do projeto de pesquisa que deu origem a este estudo, de acordo com a revisão sistemática de Stead e Lancaster, 2005 e Cahill *et al.*, 2012, 18% dos pacientes conseguem cessação do tabagismo com reposição de nicotina e 17% dos pacientes conseguem cessação do tabagismo recebendo suporte de terapia comportamental em grupo. O estudo inicial esperava 35% na taxa de cessação de tabagismo com o tratamento combinado de reposição de nicotina e Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo, considerando 95% de nível de confiança e 80% de consistência. Um total de 151 pacientes em cada grupo era necessário para este estudo, com uma amostra extra de 10%, resultando em uma amostra total de 332 pacientes.

Considerando que apenas as 112 mulheres randomizadas para o estudo em questão, sendo que apenas 97 tiveram seus dados acessíveis na semana 52 após o início do tratamento, sendo 54 do Grupo Medicação e 42 do grupo Medicação e Terapia. Para avaliar uma diferença bruta de 17% de cessação do Grupo Medicação para 35% do Grupo Medicação e Terapia, como previa o protocolo do projeto original, o poder do teste é de 51% com 5% de nível significância. Porém, as taxas observadas nos resultados do estudo em 52 semanas não são semelhantes com a literatura citada acima. Os resultados do presente estudo foram superiores quando se consideram os percentuais observados nos resultados do tratamento (46,3% e 62,8%), sendo assim, o poder do teste é menor, 37%.

O estudo foi divulgado por meio da lista de endereços de e-mail do Hospital do Coração – HCor – para clientes da instituição, em média, 60 mil pessoas foram atingidas com as divulgações. Essas pessoas puderam indicar o estudo para outras pessoas interessadas no tratamento, não necessariamente clientes do HCor. Após a divulgação, foram realizadas palestras psicoeducativas sobre tabagismo e malefícios para os

interessados, e os objetivos do estudo e as características do tratamento foram explicados. As vagas do estudo eram limitadas e, aproximadamente, 300 pessoas participaram do processo inicial (palestra e avaliação). No centro de Recife, a divulgação foi realizada por mídia local, mas não houve um levantamento do número de pessoas atingidas com a divulgação. No momento inicial, os interessados preenchiam uma pré-avaliação com questões referentes à história clínica, história e avaliação de fumante (número de cigarros/dia, anos que fuma, teste para avaliação da dependência de nicotina e avaliação da motivação para cessação, história de diagnóstico e tratamento psiquiátrico). Com esta pré-avaliação, aproximadamente, 60 pessoas foram excluídas pelos critérios de exclusão do ensaio clínico. As demais que não foram incluídas no estudo, após triagem médica e avaliação de possíveis transtornos psiquiátricos, passaram por breve avaliação de aspectos clínicos e psiquiátricos em consulta inicial com médicos do estudo e excluídos neste momento. Após a avaliação inicial e triagem médica, e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B), a lista de randomização foi gerada eletronicamente utilizando *software* apropriado. A randomização foi realizada em blocos e houve estratificação por centro participante (HCor – São Paulo e IMIP – Recife). O sigilo da lista de randomização foi mantido por meio do sistema de randomização automatizado, central, via Internet, disponível 24 horas por dia, desenvolvido por equipe de programadores e pesquisadores do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital do Coração. O grupo no qual o paciente foi alocado foi divulgado após cadastro das informações no sistema eletrônico, o que impede que o investigador e a equipe assistente prevejam em qual dos grupos de tratamento o paciente foi alocado. As mulheres da amostra, além dos questionários propostos pelo estudo original, preencheram o questionário de Esquemas Cognitivos de Young.

Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão: Gênero feminino, idade maior de 18 anos, capazes de compreender e responder os questionários propostos.

Crítérios de exclusão: Diagnóstico de transtorno psicótico, bipolar, depressão e outros transtornos psiquiátricos, como a dependência de drogas e/ou álcool avaliados e descritos acima, e indivíduos que recusaram assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

5.3 Instrumentos

1. Entrevista de dados demográficos e clínicos

Questionário composto por itens que mapearam características sócio-demográficas, tais como idade, gênero, tratamento anterior para o tabagismo, morar com outros fumantes, motivação para a cessação e história clínica (Anexo C).

2. Esquemas Cognitivos de Young – Young, 2003

Young Schema Questionnaire – *short form* – Traduzido como Questionário de esquemas de Young – forma breve, objetiva avaliar 15 esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), considerados como centrais na cognição humana. Formado por 75 afirmativas, possui uma escala tipo likert de 1 a 6 para pontuação de acordo com a percepção do examinando.

Este questionário foi validado para a população brasileira por Cazassa, 2007 (Anexo D).

Cazassa e Silveira, 2008, realizaram um levantamento de estudos publicados acerca da Terapia Focada em Esquemas e sobre o Questionário de Esquemas de Young em bases de dados e apontam para a existência de inúmeros estudos internacionais. Os autores relataram que, até o ano de 2007, no Brasil, não haviam sido encontrados artigos publicados com relação à Terapia Focada em Esquemas e ao Questionário de Esquemas de Young. Neste levantamento, os autores citam pesquisas como a de Schmidt *et al.*, 1995, com amostras clínicas e não clínicas que demonstraram a validade do instrumento para a utilização clínica e na área de pesquisa. O

estudo revelou 13 esquemas primários na análise fatorial dos resultados obtidos em meio a uma população de estudantes (n 1.129) e três domínios. Em um segundo estudo citado pelos autores utilizando uma amostra clínica (n 187), 15 fatores foram identificados na análise fatorial, e, em um terceiro estudo, o instrumento foi validado para utilização clínica e de pesquisa, e foi iniciado o processo de validação do questionário no modelo dos esquemas desenvolvido por Young.

Em estudo de Pinto-Gouveia e Rijo, 2001, uma discussão acerca da validação empírica do Questionário de Esquemas de Young foi apresentada e os autores ofereceram uma nova metodologia para a avaliação dos Esquemas. Este estudo levanta uma questão a respeito do conteúdo semântico das questões por parte do indivíduo que responde o questionário, e que a resposta pode sofrer variações de acordo com o grau de consciência do respondente acerca da própria estrutura emocional. Em contrapartida, outros estudos citados no levantamento demonstram adequados níveis de consistência interna do Questionário de Esquemas de Young.

Os subitens do questionário são divididos em 5 domínios: 1º domínio: esquemas de privação emocional, abandono, desconfiança/abuso, isolamento social e defectividade/vergonha; 2º domínio: esquemas de fracasso, dependência/incompetência, vulnerabilidade a dores e doenças, e emaranhamento; 3º domínio: esquemas de merecimento e autocontrole e autodisciplina insuficientes; 4º domínio: esquemas de subjugação e autossacrifício; 5º domínio: esquemas de supervigilância e inibição.

Neste estudo, por escolha do investigador, foi considerado significativo a partir do número 4 do escore de escolha do paciente que significa: *descreve o meu modo de ser* ao número 6: *me descreve perfeitamente*.

3. Inventário de Ansiedade Traço-Estado – IDATE

Este inventário foi desenvolvido por Spielberg *et al.* (1970) e traduzido por Biaggio e Natalício, em 1979, para a população brasileira. Trata-se de

um questionário de autoavaliação utilizado na avaliação do estado e do traço de ansiedade. Composto de duas escalas distintas elaboradas para medir dois conceitos de ansiedade, ou seja, o estado ansioso e o traço ansioso. Cada escala consiste em 20 afirmações em que a intensidade e frequência são avaliadas por meio de uma escala que varia de 1 a 4. O escore total de cada escala varia de 20 a 80, sendo que os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade. A validação foi feita em mais de 6000 estudantes americanos, aproximadamente 600 pacientes psiquiátricos e cirúrgicos, e 200 prisioneiros. Tais pesquisas estão descritas no Manual do Teste (Spilberger *op cit.*, 1970). O IDATE foi traduzido e adaptado para mais de trinta idiomas para pesquisas transculturais e práticas clínicas, sendo traduzido e adaptado para o Brasil por Biaggio (Biaggio *et al.*, 1977; Biaggio; Natalicio, 1979) (Anexo E). Os escores de correção dos itens de Traço e Estado de ansiedade são: 20 a 30 pontos – Baixa ansiedade, 31 a 49 pontos – Ansiedade moderada, e igual ou maior que 50 pontos – Ansiedade Elevada.

4. Inventário de Depressão de Beck (BDI)

O Inventário de Depressão de Beck – BDI – foi desenvolvido, originariamente, por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961). Trata-se de uma escala de autorrelato, para levantamento da intensidade dos sintomas depressivos, composta por 21 itens. É um instrumento particularmente adequado para uso com pacientes psiquiátricos que, porém, tem sido amplamente usado na clínica e em pesquisa com pacientes não psiquiátricos e na população geral. No Brasil, um dos estudos de validação fatorial foi realizado por Gorenstein e Andrade (1998). É instrumento autoaplicável que ajuda no diagnóstico clínico, permitindo avaliar a intensidade de sintomas de depressão. O BDI apresenta itens cognitivo-afetivos, além de outros que subentendem queixas somáticas e de desempenho, que constituem subescalas. Esta distinção feita dos sintomas somáticos é importante na avaliação sobre ocorrência de níveis de

depressão em pacientes clínicos, que podem ser parecidos com os de pacientes depressivos (Gorenstein; Andrade, 1998; Cunha, 2001) (Anexo F). Os escores de correção dos itens do Beck de depressão são: 0-11 pontos: Nível Mínimo, 12-19 pontos: Nível Leve; 20-35 pontos: Nível Moderado e 36-63 pontos: Nível Grave.

5. Motivação para Cessação de Prochaska

A Motivação para Cessação de Prochaska (1992) é um modelo que permite avaliar em qual estágio de mudança está o paciente em questão. Em uma pesquisa com tabagistas, Di Clemente e Prochaska delinearam quatro estágios motivacionais: pré-contemplanção, contemplanção, ação e manutenção; e, posteriormente, foi verificado que, entre o estágio da contemplanção e o da ação, as pessoas passavam por uma fase de planejamento das possíveis ações. Esse período foi denominado determinação ou preparação (Prochaska *et al.*, 1992). São levadas em consideração a pré-contemplanção, contemplanção, preparação, ação e manutenção. No questionário de avaliação dos pacientes da pesquisa, foi utilizada a forma reduzida. Na forma reduzida, cada afirmativa caracteriza uma fase motivacional. Os estágios de mudança avaliados no questionário são: Pré-Contemplanção, estágio em que o indivíduo não demonstra consciência de que tem problemas ou que precisa de ajuda em relação à cessação, a questão que caracteriza essa fase é: *Você não está com vontade de parar de fumar*; O estágio de Contemplanção é quando a pessoa passa a considerar seu consumo como um problema e a possibilidade de mudanças, mas não há um plano ou uma data e a questão que caracteriza essa fase é: *Você está com vontade de parar de fumar, mas não sabe quando*; no estágio de Preparação, a pessoa começa a construir tentativas para mudar seu comportamento e a frase que caracteriza é: *Você tem tentado parar de fumar de um mês para cá, ou tem uma data e um esquema para fazê-lo nos próximos 30 dias*; o estágio de Ação, quando há implementação de planos para a modificação do comportamento envolvendo

tentativas concretas, a frase que define a fase no questionário é: *Você tem feito uso descontínuo do cigarro de um mês para cá, ficando sem fumar, pelo menos, um dia durante este período*; por fim, a fase de Manutenção, e a frase que caracteriza é: *Você já está sem fumar há, pelo menos, uma semana* (Anexo G). Não foram encontrados na literatura trabalhos validando o questionário reduzido para a população brasileira.

6. Questionário de Fagerström para Dependência de Nicotina (Fagerström, 1978; Carmo; Pueyo, 2002) (Anexo H)

Este questionário foi desenvolvido e introduzido pelo Karl Fagerström em 1978, como Questionário de tolerância de Fagerström (FTQ). Foi realizada a adaptação desse teste, que passou a se chamar Teste de dependência à nicotina, sendo validado no Brasil por Carmo e Pueyo, 2002. O teste consiste em um questionário de seis perguntas de escolha simples e, para cada alternativa das questões do teste, existe uma pontuação. A soma dos pontos permitirá a avaliação do seu grau de dependência de nicotina. O questionário de Fagerström de Nicotino-Dependência tem o objetivo de identificar e avaliar a medida da dependência da nicotina com a finalidade de utilizar o resultado como um elemento de auxílio na definição do tratamento do tabagismo. Quanto mais dependente da nicotina for o fumante, maior a possibilidade e/ou gravidade da síndrome de abstinência durante a cessação do tabagismo. O questionário possui seis itens e pontuação que varia de 0 a 10. A dependência pode ser classificada como muito baixa (0-2), baixa (3-4), média (5), elevada (6-7) e muito elevada (8-10). As questões utilizadas no questionário para avaliação da dependência física são: *“Quantos cigarros você fuma por dia?”*, *“Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?”*, *“Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?”*, *“O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação/prazer?”*, *“Você fuma mesmo acamado por doença?”* e *“Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?”*.

7. Razões para fumar (Tomkins, 1966).

Tomkins descreveu o tabagismo, em 1966, como uma maneira utilizado pelos indivíduos para controlarem os sentimentos. Ele propôs a existência de características motivacionais para o comportamento dos tabagistas e, baseados nesse modelo teórico, dois autores propuseram uma escala com o propósito de identificar os motivos predominantes que levariam diferentes indivíduos a fumar. Essa escala foi construída com 23 questões e denominada de Escala Razões para Fumar (ERPF). A ERPF, em sua versão original, com 23 questões ou, mais recentemente, em versões abreviadas de 18 itens, tem sido empregada por décadas na América do Norte e trata-se da medida mais comumente usada para avaliar os motivos psicológicos que levam uma pessoa a fumar. O questionário de razões para fumar possui 18 itens e pontuação que varia de 1 a 3. Para responder os itens, o fumante responde 1 para frequentemente ou sempre, 2 para ocasionalmente e 3 para muito raramente ou nunca. Os itens caracterizam os principais motivos pela dependência do cigarro e são classificados em Estimulação, Ritual, Prazer, Diminuição da tensão, Dependência física e Hábito (Anexo H). Foram considerados motivos pelos quais o indivíduo fuma, os itens com soma igual ou maior a 7. No estudo inicial, foi utilizada a versão anterior do questionário, considerado de domínio público e ausente de validação publicada, por opção do investigador do estudo original. Há a versão recente do questionário, validada para a população brasileira por Souza *et al.*, 2009, que incluíram, nas razões pela dependência, o item tabagismo social.

Foi solicitado ao entrevistado que utilizasse os escores abaixo para responder as 18 perguntas do questionário:

3 para frequentemente ou sempre

2 para ocasionalmente

1 para muito raramente ou nunca

De acordo com a correção do questionário, é considerada significativa a pontuação igual ou acima de 7 para cada item.

5.4 Procedimentos

Este estudo fez parte de um estudo original do Hospital do Coração em parceria com o Ministério da Saúde que ofereceu tratamento para Cessação do tabagismo e teve por objetivo avaliar a Terapia Cognitivo-Comportamental como diferencial no tratamento de cessação com reposição de nicotina.

Foi incluída no estudo inicial uma emenda justificando o acréscimo do Questionário de esquemas cognitivos de Young e substituindo o Inventário Beck de Ansiedade – BAI pelo Inventário de Ansiedade Traço e Estado – IDATE. (Anexo J)

O ensaio clínico contou com a participação de três médicos e duas psicólogas.

Os interessados em participar do estudo realizavam triagem médica para verificação dos critérios de inclusão e, após a consulta, os pacientes elegíveis preenchiam questionários de autoavaliação clínica e psicológica, descritos anteriormente nos Instrumentos. Os pacientes foram randomizados por pessoa independente, sem ligação com o tratamento ou com a avaliação, e alocados em um dos dois grupos de tratamento. A randomização aconteceu por meio de um *software* validado usando blocos de diferentes tamanhos. O local de armazenamento foi mantido por meio de um sistema central via Internet. O sistema alocava o participante do estudo para um dos tratamentos propostos por meio de um número sorteado e correspondente ao grupo de tratamento. Após a randomização, os pacientes foram convocados para a iniciação das visitas médicas e dos grupos de Terapia Cognitivo-Comportamental, conforme grupo de tratamento.

Após a 6ª semana do início do tratamento e da finalização do grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental, os instrumentos de avaliação psicológica de depressão de Beck, ansiedade traço e estado segundo o Idate e Esquemas cognitivos de Young eram reaplicados. Ao término do tratamento medicamentoso de 12 semanas de ambos os grupos, foi iniciado um acompanhamento telefônico com seguimento de um ano para verificar a

cessação do tabagismo. Uma pessoa independente do estudo realizou as ligações ou contato via *e-mail* para os participantes, avaliando a cessação.

5.5 Análise estatística

As variáveis categóricas foram apresentadas por frequências absolutas e relativas, e as comparações entre proporções foram avaliadas pelo teste exato de Fisher.

As variáveis contínuas foram descritas por medidas de posição (média, mediana) e escala (desvio padrão e intervalo interquartil). As comparações entre grupos foram avaliadas pelos testes de Kruskal-Wallis (KM) e pela análise de variância (ANOVA), sendo que a escolha pelo primeiro (KM) se deu quando a suposição de normalidade não foi atendida. Valores de *p* ajustados para comparações múltiplas foram apresentados se os testes foram significativos.

O nível de significância utilizado foi de 5% e as análises foram realizadas com auxílio do *software* SAS 9.3 (*Statistical Analysis System*, Cary, NC).

6 DESFECHO PRINCIPAL

6 DESFECHO PRINCIPAL

1. Número e intensidade de esquemas cognitivos disfuncionais.

6.1 Desfechos secundários

2. Cessação do tabagismo na semana 52 de seguimento.
3. Intensidade dos sintomas depressivos medidos pelo Inventário de Depressão de Beck.
4. Intensidade dos sintomas de ansiedade traço e estado medidos pelo Inventário de Ansiedade traço e Ansiedade estado – IDATE.
5. Intensidade da dependência física.
6. Estágios de motivação medidos pela escala de motivação de Prochaska.
7. Adesão à terapia (frequência a, pelo menos, quatro sessões de terapia).

7 RESULTADOS

7 RESULTADOS

7.1 Perfil clínico da amostra estudada

As 112 mulheres deste estudo tinham a idade média de 50,71 anos (desvio padrão de $\pm 11,23$ anos) e 43,8% das mulheres moravam com outros tabagistas. Os dados de estado civil e religião não foram coletados no estudo original, e, com isso, não os temos para descrição e avaliação da amostra.

Foram identificadas, na história de doenças das mulheres tabagistas, hipertensão (27,7%), doença pulmonar obstrutiva crônica (14,3%), doença cardiovascular (6,3%), câncer (2,7%) e acidente vascular cerebral (0,9%).

Das mulheres estudadas, 36,6% relataram tratamento anterior para parar de fumar sem sucesso.

7.2 Perfil psicológico da amostra antes do início do tratamento

Anterior ao início do tratamento, foram avaliados os sintomas de depressão pelo Inventário de Beck, ansiedade traço e estado pelo Inventário IDATE. A média dos sintomas de depressão foi de 13,1 ($\pm 8,2$), que caracteriza sintomas depressivos mínimos/leves. A média da ansiedade traço foi de 46,2 ($\pm 9,0$) e a média da ansiedade estado de foi de 42,9 ($\pm 9,2$). As pontuações médias encontradas na amostra de ansiedade traço e estado são de ansiedade moderada.

7.3 Perfil das mulheres quanto aos esquemas cognitivos antes do início do tratamento

Quanto aos esquemas cognitivos avaliados pelo Questionário de Esquemas de Young no momento anterior ao início do tratamento, nas 112 mulheres da amostra e na pontuação considerada significativa, 54 delas (49,1%) pontuaram no Domínio Desconexão e Rejeição ($\pm 20,5$). No domínio Autonomia e desempenho prejudicados, 39 mulheres (35,5%) pontuaram ($\pm 9,8$). No domínio Domínio Limites Prejudicados, 30 mulheres (27,3%) pontuaram ($\pm 9,8$). No domínio Orientação para o outro, 29 mulheres (26,2%) pontuaram ($\pm 10,4$). No domínio Supervigilância e Inibição, 26 mulheres (23,6%) pontuaram ($\pm 9,6$).

7.4 Características do tabagismo, dependência física e motivação para cessação

Na tabela abaixo, estão descritas a frequência de mulheres que pontuaram igual ou maior que 7 no questionário de motivos para fumar, as fases que se encontravam de motivação para a cessação antes do início do tratamento e a classificação de dependência física da nicotina pelo questionário de Fagerstrom.

Tabela 1 - Características do tabagismo, dependência física e motivação para cessação antes do início do tratamento

Variáveis		n	%
Fuma por Estimulação	Pontuação igual ou maior que 7	78	68,4
Fuma por Ritual	Pontuação igual ou maior que 7	59	51,8
Fuma por Prazer	Pontuação igual ou maior que 7	93	81,6
Fuma por Tensão	Pontuação igual ou maior que 7	107	93,9
Fuma por Dependência Física	Pontuação igual ou maior que 7	86	75,4
Fuma por Hábito	Pontuação igual ou maior que 7	29	25,4
Motivação para cessação	Pré-contemplação	9	7,9
	Contemplação	67	58,8
	Preparação	32	28,1
	Ação	3	2,6
	Manutenção	1	,9
Dependência física por Fagerstrom	1 - Muito baixo / baixo	43	37,7
	2 – Médio	25	21,9
	3 - Elevado / Muito elevado	44	38,6

7.5 Esquemas cognitivos e relação com os sintomas de depressão e ansiedade traço e estado

A análise de todos os domínios dos esquemas cognitivos tiveram relação estatística significativa com os sintomas de depressão avaliados por Beck, com valor de $p = 0,001$.

Os domínios de Desconexão e Rejeição e Autonomia e desempenho prejudicados, tiveram relação estatística significativa com a ansiedade traço avaliada pelo Inventário IDATE (valores de $p = 0,001$ e $0,009$, consecutivamente). O domínio de esquemas de Autonomia e Desempenho prejudicados teve relação estatística significativa para a ansiedade estado (valor de $p = 0,009$).

7.6 Perfil clínico e demográfico dos grupos de tratamento

A tabela abaixo contém as médias de tendência central e dispersão para todas as variáveis em relação aos grupos de intervenção e grupo-controle estudados.

Tabela 2 – Características das participantes do estudo por grupo de tratamento

	Grupo MEDICAÇÃO			Grupo MEDICAÇÃO E TERAPIA			Total		
	N	Média	Desvio padrão	N	Média	Desvio padrão	N	Média	Desvio padrão
Idade	60	49,85	11,04	54	51,67	11,46	114	50,71	11,23
Anos que fuma	60	31,33	10,82	52	33,56	11,19	112	32,37	11,00
Número de cigarros que fuma	60	21,23	8,90	52	20,87	10,17	112	21,06	9,47
Dependência física	60	4,68	2,14	52	5,17	2,25	112	4,91	2,20
Motivação	60	2,32	0,75	52	2,25	0,62	112	2,29	0,69
Fuma por estimulação	60	7,22	1,66	52	7,44	1,38	112	7,32	1,53
Fuma por Ritual	60	6,35	1,23	52	6,62	1,29	112	6,47	1,26
Fuma por Prazer	60	7,38	1,18	52	7,75	1,08	112	7,55	1,15
Fuma para diminuir a tensão	60	8,42	1,00	52	8,56	0,80	112	8,48	0,91
Fuma por dependência física	60	7,28	1,35	52	7,50	1,31	112	7,38	1,33
Fuma por hábito	60	5,05	1,74	52	5,02	1,91	112	5,04	1,82
Depressão por Beck no início do tratamento	60	12,92	7,74	52	13,25	8,77	112	13,07	8,20
Ansiedade traço por Idade no início do tratamento	59	45,20	9,01	52	47,25	8,95	111	46,16	9,00
Ansiedade estado por Idade no início do tratamento	59	42,07	9,42	52	43,94	8,84	111	42,95	9,16

7.7 Características clínicas, dependência do cigarro e características emocionais dos pacientes após 6 semanas do início do tratamento

As medidas dos sintomas de depressão por Beck, ansiedade traço e estado por IDATE, e os esquemas cognitivos pelo Inventário de Young foram reaplicadas nas mulheres de ambos os grupos de tratamento na 6ª semana após o início e estão na tabela abaixo.

Tabela 3 - Características emocionais dos pacientes após 6 semanas do início do tratamento

	Grupo MEDICAÇÃO			Grupo MEDICAÇÃO E TERAPIA			Total		
	N	Média	Desvio padrão	N	Média	Desvio padrão	N	Média	Desvio padrão
Depressão por Beck na 6ª semana do tratamento	45	7,60	6,97	38	21,08	84,51	83	13,77	57,40
Ansiedade traço por Idate na 6ª semana de tratamento	45	40,22	9,11	37	43,03	9,91	82	41,49	9,52
Ansiedade estado por Idate na 6ª semana de tratamento	45	41,56	9,48	37	40,84	8,74	82	41,23	9,10

7.8 Diferenças emocionais entre os grupos de tratamento após 6 semanas de tratamento

A única diferença de características emocionais entre os grupos de tratamento foi em relação ao Domínio Supervigilância e Inibição. Esta diferença foi encontrada na 1ª semana ($p = 0,013$) e na 6ª semana ($p = 0,001$) no grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental, quando a pontuação diminuiu. Este domínio caracteriza-se por domínios de regras e expectativas rígidas sobre desempenho e comportamento, além de inibição emocional. A inibição emocional caracteriza um bloqueio de características de felicidade, autoexpressão, relaxamento, relacionamentos íntimos e comprometimento da própria saúde devido à ênfase excessiva na supressão dos sentimentos, impulsos e escolhas pessoais espontâneas. Este dado nos mostra que a terapia pode ter resultado positivo sobre este esquema.

7.9 Diferenças entre os pacientes que frequentaram ou não a terapia

A tabela abaixo mostra as diferenças encontradas entre o grupo de pacientes que frequentou a terapia quatro ou mais sessões (medida de adesão de quem frequentou a terapia) com quem frequentou menos de 4 vezes (medida de adesão de quem não frequentou a terapia). Após verificar a diferença de idade entre os grupos, utilizou-se esta variável como controle na análise. Fumar por ritual e parar de fumar na semana 6 foram diferentes entre os grupos.

Tabela 4 – Adesão a Terapia Cognitivo-Comportamental de 4 semanas ou mais (frequentou terapia) e não adesão à Terapia Cognitivo-Comportamental (não frequentou a terapia) e relação com variáveis clínicas e emocionais

Associação com	Não frequentou a terapia			Frequentou a terapia			Valor p (1)
	n	média	desvio padrão	n	média	desvio padrão	
Idade	8	42,88	9,19	37	53,76	10,53	0,006
Anos que fuma	8	21,13	11,87	37	36,19	9,54	0,002
Fuma por Hábito	8	6,63	2,07	37	4,76	1,79	0,025
Domínio Desconexão e Rejeição na 1ª semana de tratamento	8	66,88	25,1	37	48,3	17,84	0,035
Domínio Autonomia e Desempenho Prejudicado na 1ª semana de tratamento	8	49,5	17,27	37	33,19	11,59	0,011
Diferença do Domínio Autonomia e Desempenho Prejudicado da 1ª para a 6ª semana de tratamento	5	12,6	9,02	32	1,41	11,23	0,036
Idade	11	46,36	8,51	35	53,03	11,42	0,044
Anos que fuma	11	27	11,1	35	35,06	10,93	0,027
Traço de ansiedade na 6ª semana de tratamento	7	35,14	13,01	32	42,88	9,74	0,049
Fuma por Ritual	5	5,4	0,55	27	6,96	1,13	0,004
Depressão	5	7,2	7,4	27	14,04	7,81	0,04
Estado de ansiedade na 1ª semana	13	37,54	8,06	16	45,81	8,7	0,017
Traço de ansiedade na 6ª semana de tratamento	11	38,45	7,88	16	47,06	9,39	0,017
Idade	10	44,5	10,5	12	60,67	8,03	0,001
Anos que fuma	10	25,2	12,53	12	41,5	7,61	0,003
Diferença do Domínio Limites Prejudicados da 1ª para a 6ª semana de tratamento	7	5,71	4,27	12	-0,83	7,7	0,028
Idade	29	49,52	9,65	23	55,17	12,45	0,036
Ritual	29	6,24	1,35	23	7,09	1,04	0,031
Parou de fumar na 6ª semana	14	0,57	0,51	18	0,94	0,24	0,027

7.10 Diferenças entre os pacientes que usaram ou não a medicação

A adesão de medicação foi pequena em ambos os grupos. Apenas 11 mulheres no grupo controle (18,3%) e 11 mulheres no grupo de intervenção (21,2%) usaram a medicação durante quatro semanas ou mais ($p = 0,813$).

O grupo controle apresentou menor adesão ao tratamento medicamentoso e as consultas médicas, especialmente aqueles que fumavam por ritual ($p = 0,006$) e por prazer ($p = 0,038$). Aqueles que não aderiram apresentaram maior dependência física ($p = 0,006$) e escores mais altos no domínio de Autonomia e desempenho prejudicados ($p = 0,027$) no início do estudo. Este domínio configura sentimentos de incapacidade, no qual o resultado para quaisquer tentativas na vida terá como final previsto a frustração e o fracasso. Além disso, este domínio tem características como crença na ausência de capacidade para administrar a própria vida sem a ajuda dos outros, desamparo, vulnerabilidade, ausência de individualidade pelo envolvimento excessivo com uma ou mais pessoas, além de sentimentos de vazio, sufocamento e culpa.

No entanto, a adesão à medicação não mostrou resultados significativamente melhores para o resultado de cessação.

7.11 Efeito do tratamento nos sintomas de depressão e ansiedade

Mulheres que pararam de fumar apresentaram menores escores de ansiedade estado pelo IDATE ao final do tratamento ($p = 0,012$).

As mulheres que diminuíram a intensidade no domínio de esquemas Orientação para o outro, também tiveram maior probabilidade de parar de fumar.

Ansiedade traço e sintomas de depressão diminuíram significativamente em ambos os grupos ao final do tratamento (diferença de menos pontos de 3,9 e 4,7, respectivamente e $p < 0,001$), mas não houve associação com a terapia (interação do valor de p de 0,742 e 0,684). A pontuação do estado de ansiedade não alterou de forma significativa no final do tratamento em ambos os grupos.

7.12 Características das mulheres que pararam de fumar na 6ª semana de tratamento

Tabela 5 – Indicadores para cessação na 6ª semana de tratamento

Variáveis (n=79)	Parou de fumar na 6ª semana		p-valor
	Não (n=25)	Sim (n=54)	
Estado de ansiedade na 6ª semana	46,50	38,90	,012
Diferença no resultado do Domínio Orientação para o outro da 1ª para a 6ª semana	-3,25	-5,15	,008

Na tabela acima, foram descritos os indicadores das mulheres que pararam de fumar na semana 6 de tratamento. Quanto maior a pontuação da ansiedade estado pelo IDATE na semana 6, menor a probabilidade de parar de fumar. Quanto maior a variação no domínio Orientação para o outro, diminuindo a pontuação do esquema do início do tratamento para a semana 6 de tratamento, maior a probabilidade de parar de fumar na semana 6.

O domínio de Orientação para o outro caracteriza os esquemas de Subjugação e Autossacrifício. Estes esquemas vinculam-se à excessiva submissão do indivíduo aos demais, tanto no que tange os sentimentos quanto no que se refere à excessiva submissão ao outro e a suas necessidades pessoais, geralmente, com o objetivo de evitar perder o amor do outro que pode abandonar, zombar ou criticar. Mulheres que diminuíram a pontuação neste domínio de esquema tiveram resultados positivos na cessação na 6ª semana de tratamento.

7.13 Correlação entre motivação, dependência física e esquemas cognitivos de mulheres fumantes

Não houve correlação entre as variáveis motivação, dependência física e esquemas cognitivos, como mostra a tabela abaixo. Observou-se uma correlação moderada entre os domínios dos esquemas cognitivos. O domínio Autonomia e Desempenho prejudicados teve uma baixa correlação com a dependência física.

Tabela 6 - Coeficiente de correlação de Pearson entre motivação, dependência física e esquemas cognitivos

Variáveis	Motivação	Dependência física	Disconexão e Rejeição	Autonomia e Desempenho prejudicados	Limites prejudicados	Orientação para o outro	Supervigilância e Inibição
Motivação	1						
Dependência física	-0.068	1					
Domínio Disconexão e Rejeição	0.200	0.001	1				
Domínio Autonomia e Desempenho prejudicados	-0.130	0.240*	0.403*	1			
Domínio Limites prejudicados	0.007	0.125	0.339*	0.415*	1		
Domínio Orientação para o outro	-0.167	0.099	0.33*	0.346*	0.569*	1	
Domínio Supervigilância e Inibição	-0.090	0.001	0.321*	0.236*	0.282*	0.442*	1

(*) $p < 0.05$

7.14 Características das mulheres que pararam de fumar na semana 52 do seguimento

A idade média de quem parou de fumar foi de 48,63 anos *versus* 54,09 anos de quem não parou de fumar (p valor de 0,026). Os anos de fumante de quem parou de fumar foi de 30,06 anos *versus* 36,36 anos de quem não parou de fumar (p valor de 0,007).

O número de cigarros fumados por dia, a dependência física avaliada pelo questionário de *fagerstrom*, fumar por estimulação, ritual, diminuição da tensão, dependência física e hábito avaliados pelo questionário de motivos para fumar não foram significativas com parar de fumar na semana 52 de seguimento.

As variáveis emocionais que foram significativas com parar de fumar na semana 52 de seguimento foram menores sintomas de depressão por Beck na 6ª semana de tratamento (média de pontos de 10,3 de quem não parou de fumar *versus* 6,2 pontos de quem parou de fumar e p valor = 0,004), menor ansiedade traço na 6ª semana de tratamento para quem parou de fumar (média de 38,6 pontos *versus* 45,2 pontos de quem não parou de fumar e p valor = 0,005).

As variáveis sintomas de depressão por Beck no início do tratamento, ansiedade traço e estado pelo Idate no início do tratamento, e traço de ansiedade pelo Idate na 6ª semana de tratamento não foram significativas com parar de fumar na semana 52 de seguimento.

Na Tabela 7, a diferença para menor na pontuação dos esquemas cognitivos de Young do início do tratamento para a 6ª semana de tratamento com parar de fumar no seguimento de 52 semanas foram descritos.

Tabela 7 – Diferença na pontuação dos esquemas cognitivos das mulheres que pararam de fumar no seguimento da semana 52

Variáveis (n=97)	Parou de fumar 52ª semana		p-valor
	Não (n=45)	Sim (n=52)	
Diferença na pontuação do Domínio Autonomia e Desempenho Prejudicado da 1ª para a 6ª semana	0,90	5,02	0,048
Diferença na pontuação do Domínio Orientação para o outro da 1ª para a 6ª semana	0,23	5,52	0,010
Diferença na pontuação do Domínio Supervigilância e Inibição da 1ª para a 6ª semana de tratamento	0,9	4,1	0,050

Em relação aos domínios de esquemas de Autonomia e Desempenho Prejudicado e Orientação para o outro que são significativos com o desfecho de parou de fumar no seguimento de 52 semanas, este resultado nos dá informações de que indivíduos com sentimentos de incapacidade, frustração e fracasso, dificuldade de administrar a própria vida e ausência de individualidade, assim como envolvimento excessivo com outras pessoas, excessiva submissão, medo de abandono e tentativa de esquiva de sentimentos de culpa parecem ter influência na cessação e/ou manutenção do tabagismo.

A diferença para menos pontos da 1ª para a 6ª semana de tratamento dos domínios de Desempenho Prejudicado e Orientação para o outro também foi significativa na cessação na semana 52. Estes domínios de esquemas caracterizam indivíduos com características como sentimento de frustração com relação às expectativas de segurança e estabilidade emocional, ausência de confiança com relação aos outros, sentimento de estar só no mundo, de não fazer parte de nenhum grupo pelo sentimento de ser totalmente diferente dos demais, além de sentimentos de desvalia, inferioridade, indesejabilidade, submissão ao outro e autossacrifício. O

domínio supervigilância e inibição significativo para parar de fumar no seguimento 52, quando há diminuição da pontuação da 1ª para a 6ª semana de tratamento, caracteriza um bloqueio de características como as de felicidade, autoexpressão, relaxamento, relacionamentos íntimos e comprometimento da própria saúde devido à ênfase excessiva na supressão dos sentimentos, impulsos e escolhas pessoais espontâneas. Indivíduos que têm este domínio significativo apresentam regras e expectativas rígidas sobre desempenho e comportamento ético. A Inibição emocional e padrões inflexíveis são os dois esquemas que integram este contexto.

Foi realizada uma regressão logística na Tabela 8 com as variáveis que se mostraram significativas com parar de fumar na semana 52 após o início do tratamento, como mostram as Tabelas 8 e 9.

A cada 1% a mais do tempo/anos como fumante, a chance de parar de fumar na 52ª semana de seguimento reduz 5,7%. A diferença para menos de cada ponto do domínio Orientação para o outro, da 1ª para 6ª semana de tratamento, aumenta em 6,6% a chance de abstinência na semana 52 de seguimento. Foi observado que a cada ponto adicional no escore de depressão pelo Inventário de Beck, a chance de cessação reduz em 5,8%.

Tabela 8 – Regressão Logística na semana 52 de seguimento

Fator	Razão de chances	P Valor
Dif. Na pontuação do Domínio Orientação para o outro da 1ª para a 6ª semana	1,039	0,251
Dif. na pontuação do Domínio Supervigilância e Inibição da 1ª para a 6ª semana de tratamento	1,06	0,155
Anos/tempo de fumante	0,942	0,016
Idade	0,968	0,304
Depressão na 6ª semana de tratamento	0,934	0,089
Estado de ansiedade na 1ª semana de tratamento	1,029	0,386

AUC = 76,6%

Tabela 9 - Regressão logística final na semana 52 de seguimento

Variável	Razão de chances	P valor
Diferença na pontuação do Domínio Orientação para o outro da 1ª para a 6ª semana	1,066	0,037
Anos/tempo de fumante	0,943	0,012
Depressão na 6ª semana de tratamento	0,942	0,118

AUC = 75,9%

7.15 Poder da amostra

Considerando apenas 112 mulheres na amostra total do estudo e sendo que apenas 97 forneceram informação de follow up na semana 52, sendo 54 do Grupo Controle e 42 do Intervenção e para avaliar uma diferença bruta de 17% de cessação do Grupo Controle para 35% do Grupo Intervenção, como previa o protocolo, o poder do teste é de 51% com 5% de nível significância. Porém, as taxas observadas em 52 semanas são superiores as taxas observadas na literatura e utilizadas para o cálculo inicial. Considerando os percentuais observados (46,3% e 62,8%), o poder do teste é menor, 37%.

8 DISCUSSÃO

8 DISCUSSÃO

O presente estudo examinou o perfil psicológico e aspectos da dependência de mulheres tabagistas que procuraram espontaneamente tratamento para cessação do tabagismo.

Os esquemas cognitivos disfuncionais de Young foram avaliados nas mulheres estudadas, e as mulheres que não cessaram o tabagismo ao completar 52 semanas de seguimento apresentaram menor diminuição na pontuação dos domínios de Autonomia e desempenho prejudicado e Orientação para o outro da 1ª para a 6ª semana de tratamento. Este resultado nos dá informações de que indivíduos com sentimentos de incapacidade, frustração e fracasso, dificuldade de administrar a própria vida e ausência de individualidade, assim como envolvimento excessivo com outras pessoas, excessiva submissão, medo de abandono e tentativa de esquiva de sentimentos de culpa parecem ter influência negativa na cessação. Esses esquemas parecem ter importância também na manutenção da cessação.

Quanto à frequência dos domínios de esquemas cognitivos na amostra de mulheres tabagistas estudadas, todos os 5 domínios de esquemas foram significativos, considerando a classificação adotada no estudo. Os domínios Desconexão e Rejeição, Autonomia e desempenho prejudicados e Limites Prejudicados foram os mais prevalentes no início do tratamento. Para Marlatt e Gordon 1980, a obtenção de gratificação imediata ou a evitação de uma situação negativa são reforçadores do uso de substância. Essas características são encontradas na descrição dos domínios citados, encontrados nas mulheres tabagistas do estudo. Este dado também foi encontrado quando se avaliaram os motivos pelos quais as mulheres fumavam. Fumar para obtenção de prazer e para alívio da tensão foi significativo para 81,6% e 93,6% das mulheres estudadas, consecutivamente. No estudo de Borges e Barbosa (2008), o cigarro foi

considerado por mulheres fumantes, como um "companheiro" para enfrentar a ansiedade e a solidão, assim como uma fonte de prazer e relaxamento. Estes dados vem de encontro com nosso estudo e com as características do Domínio de esquemas de Desconexão e Rejeição, o mais prevalente entre mulheres do estudo. Shorey *et al.*, 2013, também identificaram prevalência deste domínio para pacientes que estavam em uso da substância. Silva *et al.*, 2012, compararam uma amostra clínica de dependentes de substância com uma amostra não clínica e identificou que esquemas de Autocontrole e Autodisciplina insuficientes, presentes no domínio Limites Prejudicados, eram em maior número no grupo clínico. Os autores concluíram que o resultado pode ser associado à dificuldade de controle do uso da substância, esquiva de sentimento de desconforto e uso da substância como estratégia de socialização por parte dos participantes do estudo.

O estudo não demonstrou efeito do grupo intervenção (Terapia Cognitivo-Comportamental e reposição de nicotina) em comparação ao grupo-controle (reposição de nicotina e cuidado usual). Apesar da ausência de diferença significativa comparando os grupos de tratamento, os resultados observados de cessação para ambos os grupos de intervenção são positivos e maiores do que os observados na literatura. O ensaio clínico realizado por Otero, 2011, com pacientes tabagistas, comparou grupos de terapia comportamental intensiva com terapia breve e ambas fizeram uso de reposição de nicotina. Após o término dos grupos, três sessões trimestrais de manutenção foram oferecidas aos pacientes. Para os pacientes que compareceram ao menos em três das quatro sessões em grupo e nas sessões de acompanhamento, o percentual de abstinência foi de 65,7% no primeiro mês e de 33,3% no 1º ano de acompanhamento. Os estudos de Sales *et al.*, 2006, e Azevedo *et al.*, 2009, também mostraram percentuais de abstinência elevadas ao final do tratamento (50,1% e 62%), utilizando um número maior de sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo, maior tempo de duração e reuniões de manutenção mensais por até um ano.

As Diretrizes para Cessação do Tabagismo da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, 2008, sugerem que o paciente em processo de

cessação seja acompanhado por, pelo menos, seis meses subsequentes ao final do tratamento em grupos de manutenção da cessação. Yong *et al.*, 2010, reforçam a importância do acompanhamento dos pacientes seis meses após a cessação, a partir de consultas presenciais e contatos telefônicos, com o objetivo de identificar e acompanhar as dificuldades enfrentadas, e valorizar as conquistas relacionadas à cessação.

Além das sessões de manutenção, as Diretrizes para Cessação do Tabagismo, 2008, sugerem a importância de pesquisas futuras com populações específicas como mulheres, adolescentes, fumantes idosos, usuários de tabaco com novas formas de apresentação, como cigarro eletrônico, indivíduos com transtornos psiquiátricos, e além do acompanhamento de tratamentos para cessação em longo prazo.

Quanto aos sintomas de depressão das mulheres estudadas, os achados foram mínimos/leves na maioria da amostra. As pontuações encontradas quanto aos sintomas de ansiedade caracterizavam o traço e estado de ansiedade como moderados. Um dos critérios de exclusão do estudo foi a história de transtornos psiquiátricos, que parece refletir no nível dos sintomas de depressão das mulheres estudada. Em contrapartida, os sintomas de traço e estado de ansiedade foram significativos, reforçando a literatura sobre a associação ansiedade e tabagismo.

Apesar dos níveis mínimos/leves dos sintomas de depressão, estes foram correlacionados aos cinco domínios de esquemas cognitivos e foi observado a relação do aumento da pontuação da depressão com a menor chance de cessação. De acordo com Beck (2005) a depressão estaria relacionada a domínios de esquemas com características como pensamentos de insucesso e fracasso no passado, insegurança e medo de perdas e sentimento de desesperança.

Os sintomas de ansiedade identificados nas mulheres do presente estudo foram associados aos domínios de Desconexão e rejeição, Autonomia e desempenho prejudicados e Limites prejudicados. Características como medo, perigo, frustração e medo de danos futuros,

associados com sintomas de ansiedade, foram relacionados ao domínio de Autonomia e desempenho prejudicados, e ao esquema de fracasso e vulnerabilidade.

A relação entre sintomas de ansiedade e depressão, e menores taxas de cessação é discutida pela literatura em inúmeros estudos, assim como a relação desses sintomas com maiores sintomas de abstinência durante o tratamento (Pormeleau *et al.*, 2000; Haas *et al.*, 2004; Schimidt *et al.*, 2006; Marshall *et al.*, 2009; Johnson *et al.*, 2012; Langdon *et al.*, 2012). O estudo em questão reforça dados da literatura, assim como a relação destes sintomas com os esquemas cognitivos disfuncionais. Este dado nos mostra a importância da avaliação e intervenção as questões citadas na abordagem do tabagista e parte do seu tratamento de cessação. Não foram avaliados os sintomas de abstinência durante o tratamento e, por isso, a relação com a abstinência não foi avaliada.

Maior nível de dependência da nicotina foi associado com menores taxas de abstinência após um ano de tratamento nas mulheres estudadas. Menor idade de iniciação do tabagismo ou maior tempo de uso do cigarro, foi associado a menores chances de parar de fumar.

A diferença para menos de cada ponto do domínio Orientação para o outro, da 1ª para 6ª semana de tratamento, aumenta em 6,6% a chance de abstinência na semana 52 de seguimento. Este domínio vincula-se à excessiva submissão aos outros, com o objetivo de evitar perder o amor, ser abandonado ou criticado.

Para Grassi *et al.*, 2011, o gênero feminino também foi associado a menor cessação. O presente estudo demonstra em seus resultados a relação de menor cessação com mulheres de idade maior, percentual de anos de vida que fuma/anos que fuma maior e menor motivação no início do tratamento. A motivação e a dependência física não tiveram relação com os domínios de esquemas, mas este parece ser um dado que pode ser mais bem estudado.

A adesão ao tratamento para a cessação ao tabagismo é apontada na literatura como um preditivo de sucesso. Diferentes taxas de sucesso de acordo com o número de sessões frequentadas no grupo para cessação de tabagismo são relatadas (Dorner *et al.*, 2011; Iliceto *et al.*, 2013). As mulheres que apresentaram taxas menores de adesão à medicação apresentaram maiores scores no domínio de esquemas de autonomia e desempenho prejudicados. Este domínio tem características de sentimentos de vazio, insuficiência e falta de direção, assim como sensação de fracasso, percepção de inferioridade e incapacidade para desempenhar as responsabilidades com competência. Este dado nos mostra a importância da abordagem deste esquema para que a dificuldade de adesão ao tratamento não impacte em maiores chances de recaída.

As mulheres que pararam de fumar e participaram da Terapia Comportamental Cognitiva, quando comparadas às mulheres que não pararam de fumar e não participaram na Terapia Comportamental Cognitiva, apresentaram um decréscimo no domínio de mais vigilância e inibição do 1º ao 6º semana de tratamento. Estes dados demonstram que a terapia cognitivo-comportamental pode reduzir o marcador para este esquema.

Ao longo dos últimos anos, tem havido um crescimento nos estudos que avaliam os esquemas de pacientes em tratamento para a dependência de diferentes substâncias. O estudo de Shorey *et al.* (2013), com 101 pacientes com diagnóstico de abuso de substâncias, encontrou níveis mais elevados de esquemas cognitivos no grupo clínico em comparação ao grupo não clínico, entretanto, não apontou nenhum esquema como preditor de dependência. Este estudo avaliou a correlação da motivação para cessação, da dependência física e dos esquemas cognitivos e não encontrou relação estatística significativa entre as variáveis. Com relação a cessação, houve diminuição da pontuação dos domínios de esquemas de Autonomia e Desempenho prejudicado e Orientação para o outro com parar de fumar.

Os domínios de Supervigilância e Inibição e Orientação para o outro diminuíram da 1ª para a 6ª semana de tratamento em mulheres que estavam

abstinentes após 1 ano de tratamento. Este dado nos mostra que a terapia pode ter resultado positivo sobre estes esquemas.

Ball, 2007, acredita que o tratamento de abuso de substâncias focado na abordagem dos esquemas cognitivos reduz os esquemas desadaptativos e resulta na diminuição da dependência de substância. Assim, o autor que comparou o tratamento convencional para o tratamento de dependência de substância com o tratamento focado nos esquemas acredita que esquemas desadaptativos podem representar uma abordagem importante e que novos estudos avaliando a inclusão dos esquemas no tratamento desta população são necessários. A Terapia Focada em Esquemas, ou, como melhor definem Young e

A Terapia do Esquema foi desenvolvida como uma expansão da teoria da TCC e com o objetivo de criar estratégias de tratamento para pacientes que não respondem ao tratamento cognitivo padrão (Young, 2003).

Segundo Young (2003), a manutenção dos esquemas cognitivos está relacionada com o reforçamento dos esquemas, distorções cognitivas e padrões de comportamentos autoderrotistas. A tentativa de evitar um esquema ou o afeto relacionado a ele acontece por meio de estratégias comportamentais, emocionais e cognitivas. Para Duarte, 2008, o estilo de enfrentamento caracterizado pelos esquemas disfuncionais deve ser identificado e abordado como parte do tratamento para mudanças resistentes de comportamento, como a dependência de substâncias.

Quando a evitação é utilizada como um estilo de enfrentamento, em um processo automático, o indivíduo pode se comportar a fim de evitar e não enfrentar, mantendo comportamentos aditivos por meio do uso de substâncias psicoativas (Trindade *et al.*, 2009). O objetivo da Terapia do Esquema envolve a mudança comportamental à medida que o indivíduo aprende a substituir estilos de enfrentamento desadaptativos por padrões comportamentais adaptativos (Young *et al.*, 2008).

É importante ressaltar a ausência de estudos com o uso do questionário de esquemas de Young com a população tabagista. Os estudos

citados ao longo deste trabalho (Brotchie *et al.*, 2004; Ball, 2005; Roper *et al.*, 2010; Shorey *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2012) avaliam os esquemas cognitivos de dependentes de outras substâncias, não especificamente o tabaco. A utilização desse instrumento na população dependente de substâncias, na maioria dos estudos, está relacionada à utilização do instrumento em indivíduos em tratamento comparada à população não clínica, e esta população apresenta variáveis emocionais também relacionadas ao uso de substâncias.

Os estudos citados colaboram com os achados do presente estudo na relação de diminuição do número de esquemas disfuncionais em indivíduos que aderiram a um número maior de sessões de grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental. Houve uma correlação moderada no atual estudo que reforça achados nos estudos de Brotchie *et al.*, 2004, Ball, 2005, Roper *et al.*, 2010, Shorey *et al.*, 2012; Silva *et al.*, 2012. Os resultados apontam que, quando houve a diminuição do número de esquemas em determinado domínio do início para o final do tratamento, houve, também, diminuição do número de esquemas nos demais domínios.

Embora a terapia do esquema seja, mais frequentemente, associada a transtornos de personalidade e o instrumento em questão tenha o objetivo de identificar esquemas desadaptativos iniciais desenvolvidos ao longo da história e do desenvolvimento do indivíduo (Young, 2001), estudos futuros que avaliem a presença de esquemas desadaptativos anteriores ao início do tabaco e sua relação com a dependência se fazem importantes.

9 CONCLUSÃO

9 CONCLUSÃO

A presente dissertação teve como objetivo principal avaliar o perfil de mulheres tabagistas que procuraram tratamento para cessação do tabaco quanto aos esquemas cognitivos disfuncionais e o impacto na cessação.

Algumas limitações deste estudo merecem ser mencionadas. A primeira delas refere-se ao número de pacientes tratados, e que pode ter impactado na análise e na significância dos achados. Além, disso, o cálculo do tamanho amostral foi baseado em uma taxa de cessação inferior à observada no estudo. Para o mesmo efeito, seria necessária uma amostra maior do que a avaliada inicialmente. Outro ponto negativo foi a perda de seguimento ao longo das 52 semanas. Essas limitações podem explicar o pequeno efeito dos resultados na comparação dos dois grupos de tratamento.

Outro ponto a ser considerado é a exclusão de pacientes com diagnóstico de ansiedade e depressão, além de outros transtornos psiquiátricos, no processo de seleção da amostra do estudo. O estudo adotou esse critério para que obtivesse uma amostra mais homogênea na aplicação da intervenção. Este critério faz com que não tenhamos dados relacionados aos esquemas cognitivos na população tabagista com transtornos psiquiátricos associados. Na literatura encontrada, os estudos relacionam os esquemas a transtornos como depressão, ansiedade, compulsão, dependências, entre outros.

Levando-se em conta as Diretrizes para o tratamento do tabagismo, o número de sessões de grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental proposto pelo desenho do estudo pode não ter sido suficiente após o término do tratamento, pois não incluiu sessões de manutenção para os pacientes do grupo intervenção, sendo esta uma limitação importante. Por outro lado, o modelo de cuidado usual oferecido neste estudo, para ambos os grupos,

parece ter sido positivo na motivação para a adesão e nos resultados de cessação dos pacientes, comparando as taxas de cessação com a literatura. Este ponto forte nos faz pensar que a abordagem dos esquemas tende a ser um preditor positivo nas taxas de cessação.

A ausência de estudos que avaliem os esquemas cognitivos de tabagistas é um ponto forte do estudo. Espera-se que este estudo tenha contribuído com a literatura sobre o tratamento de cessação de tabagismo, e que esses dados possam ser utilizados para a ampliação e a otimização de estratégias de abordagem. Outros estudos podem ser realizados seguindo o desenho proposto com uma amostra maior para uma melhor consistência dos dados e maior tempo de acompanhamento dos pacientes após a cessação por meio de um grupo de manutenção, e da abordagem e tratamento dos esquemas cognitivos disfuncionais, e o impacto na cessação e melhora de sintomas de ansiedade e depressão.

10 ANEXOS

10.1 Anexo A – Protocolo do estudo original

A eficácia de reposição de nicotina e Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo versus reposição de nicotina e o cuidado usual na cessação do tabagismo e prevenção de recaída: um estudo controlado e randomizado.

Centro Coordenador: Instituto de Ensino e Pesquisa do HCor (IEP-HCor)

Rua Abílio Soares nº 250 – Paraíso

CEP: 04005-000 – São Paulo, SP – Brasil

Fone: +55 11 3053 6611 EXT: 8203 Fax: +55 11 38864695

1 INTRODUÇÃO

1.1. Tabagismo como um grande problema de saúde pública mundial

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) o tabagismo representa a principal causa evitável de morte no mundo e um problema de saúde pública mundial em países em desenvolvimento e desenvolvidos ⁽¹⁾. Há uma estimativa de 1.3 bilhões de adultos fumantes e se a incidência de tabagismo ficar constante, o número de fumantes deve crescer para mais de 1.7 bilhões entre 2020 e 2025 ⁽¹⁾. No Brasil, um país em crescimento, com uma população de 180 milhões de pessoas, a prevalência de tabagismo é de 22%.

1.2. Estratégias de tratamento de tabagismo

A evidência existente sugere que aconselhamento, suporte social e agentes farmacológicos severos representam tratamentos efetivos para cessação de tabagismo ⁽²⁾. Entretanto, os tratamentos farmacológicos e não farmacológicos para cessação de tabagismo não estão amplamente disseminados ^(3,4).

Reverso o suporte comportamental, aconselhamento individual para cessação, aconselhamento realizado por profissionais da saúde e aconselhamento

telefônico, aumentam as taxas de cessação do tabagismo ^(5;6). Os programas de terapia comportamental de grupo para cessação também são eficazes ⁽⁷⁾.

Sete drogas de primeira linha para cessação do tabagismo estão aprovadas pelo FDA nos EUA. Destas drogas, cinco, são reposição de nicotina (goma, pastilha, adesivo, spray nasal, inalador). Todas elas ajudam a reduzir a motivação para fumar e os sintomas de abstinência de nicotina facilitando a transição da redução do cigarro para ausência total do mesmo. As outras drogas aprovadas são bupropiona e vareniclina ⁽⁸⁾. A bupropiona é um antidepressivo que aumenta as taxas de cessação de tabagismo quando comparado com placebo ⁽⁹⁾ e o adesivo de nicotina ⁽¹⁰⁾ somado a medicação pode retardar a recaída ao cigarro ⁽¹¹⁾.

1.3. Revisões sistemáticas prévias e metanálise

Suporte comportamental

Uma recente metanálise realizada mostrando a efetividade do aconselhamento médico em promover a cessação do cigarro mostrou que os dados de 17 estudos de aconselhamento breve versus sem aconselhamento detectou um aumento significativo na taxa de cessação (RR=1.66, 95%CI(1.42; 1.94)) ⁽⁵⁾.

Em outro estudo, suporte telefônico para ajudar na cessação do tabaco aumentou o sucesso do tratamento demonstrou que as taxas de cessação eram maiores mesmo quando eles recebiam sessões múltiplas de aconselhamento (oito estudos, n>18,000, OR=1.41, 95% CI (1.27;1.57)) ⁽¹²⁾.

Na metanálise de Stead *et al.* foi achado um aumento na cessação com o uso de um programa de grupo comparado com um programa de autoajuda (dezesseis estudos, n=4395, OR=2.04, 95%CI (1.60; 2.60)). Programas de grupo são mais efetivos do que não ter intervenção (sete estudos, n=815, OR=2.17, 95%CI (1.37; 3.45)). Não houve evidência que terapia de grupo fosse mais eficaz que um aconselhamento similar, mas individual. Há pouca evidência que adicionar terapia de grupo a outras formas de tratamento tais como aconselhamento por profissional da saúde ou reposição de nicotina, produz benefício extra ⁽⁷⁾.

Farmacoterapia

Desde que a goma de nicotina tornou-se disponível em 1984, muitos estudos têm avaliado a eficácia da terapia de reposição de nicotina. A metanálise destes

estudos reporta que todas as formas comercialmente disponíveis de reposição de nicotina são efetivas (RR=1.58, 95%CI(1.50; 1.66))⁽¹³⁾.

1.4. Por que este estudo proposto é relevante?

Há pouca evidência estabelecendo a eficácia da combinação de farmacoterapia e suporte comportamental. Neste sentido, um estudo bem desenhado e adequadamente randomizado avaliando a eficácia de uma intervenção não farmacológica se faz necessária. Mais ainda, a efetividade da terapia de reposição de nicotina parece ser independente da intensidade do suporte adicional dado ao indivíduo⁽¹³⁾. Então, nós estamos propondo um estudo randomizado controlado comparando a eficácia de dois tratamentos para cessação de tabagismo e prevenção de recaída: reposição de nicotina junto com Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo versus reposição de nicotina conforme o tratamento usual.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal

Determinar a eficácia da farmacoterapia (reposição de nicotina) mais Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo comparado a reposição de nicotina conforme tratamento usual na cessação de tabagismo para pacientes que querem parar de fumar..

2.2. Objetivos secundários

Determinar o efeito do tratamento no nível de ansiedade, depressão e verificar a taxa de recaída em 52 semanas após a randomização dos grupos.

3. HIPÓTESE

A hipótese é que o grupo de Terapia Cognitivo-Comportamental tenha um benefício a mais quando comparado ao grupo de farmacoterapia usual, aumentando as taxas de cessação ao cigarro.

4. METODOLOGIA

4.1. Desenho

Este é um ensaio clínico randomizado de um ano de seguimento.

4.2. Elegibilidade

4.2.1 Critérios de inclusão

- Fumantes (≥ 5 cigarros/dia durante o último ano e que não tenha tido um período de abstinência maior que 3 meses no último ano); idade ≥ 18 anos e < 75 anos; ambos os sexos; que querem parar de fumar.

Critérios de exclusão

- Uso prévio de vareniclina; uso atual de varfarina; pacientes com falência renal severa; câncer metastático; álcool ou abuso de drogas ilícitas; demência; síndrome do pânico, psicose ou histórico de distúrbio bipolar; gravidez; pacientes que se recusaram a assinar o consentimento informado.

4.2.2 Randomização

A lista de randomização será gerada em blocos de tamanhos variáveis (4, 6 e 8) e será mantida em sigilo por meio de um sistema centralizado, automático e disponível via Internet, acessado somente mediante senha específica de cada investigador (Sistema de Estudos Clínicos do IEP HCor). Todas as questões de segurança da Internet, bem como de confidencialidade dos dados serão mantidas neste sentido. Desse modo, a sequência de randomização será totalmente imprevisível para os investigadores responsáveis pela inclusão dos

sujeitos de pesquisa, preceito este necessário e impreterível para a implementação de um sistema de randomização livre de viés de seleção.

4.2.3 Intervenção

Pacientes serão submetidos a uma avaliação médica e psicológica que consiste no procedimento de pesquisa e eleição dos critérios de inclusão, coleta de dados, coleta de dados médicos, exame físico, e teste de gravidez se for o caso e medição do monóxido de carbono expirado. Pacientes vão responder ao inventário de Beck para ansiedade e depressão, para checar os níveis de ansiedade e depressão dos pacientes. Pacientes serão randomizados para receber a farmacoterapia e Terapia Cognitivo-Comportamental ou somente a farmacoterapia, mais o cuidado usual.

Farmacoterapia

Todos os pacientes irão receber a dose recomendada de reposição de nicotina que inclui goma de nicotina e adesivo de nicotina de acordo com o nível de dependência de nicotina de cada paciente, por exemplo, um fumante pesado (≥ 20 cigarros por dia): 15 mg, 10 mg e 5 mg mais goma 2 mg ou 4 mg. A goma deve ser usada durante 30 minutos pelo menos e o adesivo de nicotina deve ser usado por pelo menos 12 semanas uma vez ao dia.

Terapia Cognitivo-comportamental em grupo

O programa de suporte comportamental consiste em modificar as disfunções cognitivas do fumante, comportamentos associados à dependência de nicotina e prevenção de recaída e acontece em seis sessões de terapia (seis sessões semanais consecutivas) com um pequeno grupo de pacientes (média de dez pacientes) durante 1 hora.

As sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental tem a seguinte estrutura:

- 1ª semana: Apresentação individual (início da dependência, história pessoal com o cigarro, motivação para a cessação), compreensão por parte do paciente dos conceitos de dependência física e psicológica. Conteúdos trabalhados: Na primeira semana, os pacientes chegam ao grupo com grande expectativa, muitas vezes, um pensamento mágico sobre o tratamento. Outros acumulam recaídas e trazem frustrações, desacreditando de qualquer possibilidade. Trazem a trajetória do

tabagismo em suas vidas, a motivação para a cessação, o sentimento atual de rejeição da sociedade. Neste momento é preciso utilizar uma abordagem psicoeducativa do tabagismo, a compreensão dos malefícios e os benefícios da cessação, assim como ouvir e acolher. Também é realizado um questionário que tem por objetivo avaliar o perfil do fumante e de sua dependência e é entregue o questionário de auto-observação para que o fumante conheça sua rotina com o cigarro.

Cigarro:	Horário:	O que fazia?	O que pensava ou sentia?

Sentimentos/Emoção/Comportamento

Exemplos: Ansiedade, Angústia, Tristeza, Apatia, Melancolia, Alegria, Euforia, Solidão

- 2ª semana: São relatadas as experiências de cada participante quando há diminuição ou cessação durante a primeira semana de acompanhamento, são trabalhadas as dificuldades individuais e a troca no manejo do enfrentamento (modelos comportamentais, técnicas de autocontrole, respiração e relaxamento). É realizado um feedback a partir do questionário inicial preenchido, para que o fumante compreenda seu perfil de dependência, gatilhos, reforçadores da dependência e sua manutenção.

Neste segundo momento, os sintomas característicos da abstinência para os que iniciaram o processo de cessação, trazem à tona as dificuldades e sintomas como irritabilidade, ansiedade, insônia e dificuldade de concentração são comuns. É um momento de frustração muitas vezes, onde se experimenta o sofrimento e a sensação de estar faltando algo. Neste momento, intervenções comportamentais e de alívio pontual, inclusive da fissura, são importantes. Para os que ainda não iniciaram a cessação, é um momento de identificação com o grupo e preparação para este processo.

- 3ª semana: A ambivalência da dependência (reforçadores e malefícios) surge neste momento. É comum que o dependente se questione sobre o objetivo, sentimentos vivenciados e benefícios da cessação (físico, familiar, social e pessoal). Dificuldades individuais e situações gatilho também são trazidas ao grupo e modelos de comportamento adotados.

- 4ª semana: Situações facilitadoras de recaídas e comportamentos mais assertivos diante destas situações são trabalhadas e há troca de modelos de comportamentos assertivos, reconhecimento e coesão grupal. Exemplos de situações trazidas:

Você estava acostumado a enfrentar alguns sentimentos dolorosos, ou situações difíceis fumando (pense em um exemplo). O que fazer?

Você está sozinho, sente vontade de fumar e sabe que se acender um cigarro ninguém vai saber. O que fazer?

Você está em um dia difícil no trabalho, ou em casa, com muitas discussões e decisões importantes para tomar. Deu vontade de fumar. O que fazer?

Nestes exemplos, os pacientes começam um processo de prevenção de recaídas, manejo de possíveis situações de dificuldade, modelo grupal e um movimento de novas habilidades.

- 5ª semana: Neste momento do tratamento, quando há tratamento medicamentoso associado e doses reduzidas, é trazido ao grupo o significado da diminuição da medicação e o medo da dependência do tratamento. Comportamentos assertivos são reforçados e a continuidade da cessação.

- 6ª semana: Fechamento com o significado pessoal sobre o grupo e o tratamento, reforço de comportamentos assertivos e habilidades aprendidas e prevenção de recaídas.

Cuidado usual

O cuidado usual consiste em instruções sobre as questões do tabagismo e aconselhamento breve sobre cessação de tabagismo fornecido por um médico que não saberá para qual grupo o paciente será alocado. Os pacientes serão solicitados a parar de fumar o quanto antes e serão brevemente instruídos a como parar de

fumar totalmente. Eles também receberão orientações sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso.

Todos os pacientes deverão participar de 5 visitas agendadas: avaliação antes da randomização, 4^a semana, 12^a semana, 28^a semana e 52^a semana depois da randomização.

5 PLANO DE ANÁLISE ESTATÍSTICA

5.1 Determinação da amostra

De acordo com uma revisão sistemática, 18% dos pacientes conseguem cessação do tabagismo com reposição de nicotina. Em outra revisão sistemática ⁽⁷⁾, 17% dos pacientes conseguem cessação do tabagismo recebendo suporte de terapia comportamental em grupo. Nós esperamos que a reposição de nicotina mais a Terapia Cognitivo-Comportamental consigam 35% na taxa de cessação de tabagismo. Considerando 95% de nível de confiança e 80% de poder estatístico, um total de 151 pacientes em cada grupo será necessário para este estudo. Para cobrir qualquer tipo de perda (baixa adesão, ou baixo *follow-up*), nós calculamos uma amostra extra de 10%, resultando em uma amostra total de 332 pacientes.

5.2 Análise estatística

Todas as análises irão seguir o princípio de intenção de tratamento. O teste qui-quadrado de Pearson e o Teste exato de Fischer (quando o χ^2 não for preenchido) serão usados para acessar as taxas de cessação de tabagismo entre grupos. Os resultados dos primeiros achados serão apresentados como uma redução de risco relativo e intervalo de confiança de 95%. A probabilidade de recaída ao cigarro depois de 6 meses de follow-up será avaliada com a Curva de sobrevivência de Kaplan e os grupos serão comparados com o teste de Log-rank. Os escores de ansiedade depois do tratamento serão comparados com os escores de antes do tratamento em cada grupo, usando o Teste não paramétrico de Wilcoxon. A porcentagem de depressão moderada e severa em cada grupo será comparada antes e depois por teste de McNemar. Todos os testes serão considerados com um alfa de 5%.

6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo será conduzido de acordo com as normas nacionais e internacionais: Resolução CNS196/96 e complementares do CNS/MS; Buenas Prácticas Clínicas (ICH-GCP): Documento de las Américas; Helsinki Declaration da Resolução 196/96. O estudo será realizado obedecendo às exigências legais locais e regulatórias do Brasil.

7 REFERÊNCIAS

- (1) World Health Organization. Gender and Tobacco Control. A Policy Brief. www.who.int/tobacco 2008 Available from: URL: www.who.int/tobacco
- (2) Fiore MC. Treating tobacco use and dependence: an introduction to the US Public Health Service Clinical Practice Guideline. *Respir Care* 2000 Oct;45(10):1196-9.
- (3) Thorndike AN, Rigotti NA, Stafford RS, Singer DE. National patterns in the treatment of smokers by physicians. *JAMA* 1998 Feb 25;279(8):604-8.
- (4) Solberg LI, Boyle RG, Davidson G, Magnan SJ, Carlson CL. Patient satisfaction and discussion of smoking cessation during clinical visits. *Mayo Clin Proc* 2001 Feb;76(2):138-43.
- (5) Stead L, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2):CD000165.
- (6) Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD001292.
- (7) Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD001007.
- (8) Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA, Azoulay S, Watsky EJ, Williams KE, *et al.* Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006 Jul 5;296(1):56-63.
- (9) Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, *et al.* A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997 Oct 23;337(17):1195-202.

- (10) Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, *et al.* A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. *N Engl J Med* 1999 Mar 4;340(9):685-91.
- (11) Hays JT, Hurt RD, Rigotti NA, Niaura R, Gonzales D, Durcan MJ, *et al.* Sustained-release bupropion for pharmacologic relapse prevention after smoking cessation. a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 2001 Sep 18;135(6):423-33.
- (12) Stead LF, Perera R, Lancaster T. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;3:CD002850.
- (13) Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(1):CD000146.
- (14) Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(1):CD006103.

10.2 Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INTRODUÇÃO:

O tabagismo é um dos maiores problemas de saúde pública em nosso século. Estima-se que em 2030 pelo menos 10 milhões de pessoas irão morrer pelo uso do cigarro. Atualmente existem meios eficazes para o tratamento da dependência de nicotina. Desta forma, você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que possa avaliar a eficácia da intervenção psicológica associada à utilização de uma medicação para o tratamento do tabagismo.

Alguns estudos mostraram que o uso de Terapia Cognitivo-Comportamental se mostrou benéfico para aumentar as taxas de cessação do tabagismo. O uso de medicações para este fim também se mostraram efetivas, porém o seu uso isolado tem ainda baixas taxas de sucesso em longo prazo.

Diante disso, necessita-se definir se a Terapia Cognitivo-Comportamental pode atuar juntamente com a reposição de nicotina como fator catalizador para o sucesso da cessação do tabagismo. Exatamente por não termos uma resposta a essa questão é que o(a) senhor(a) esta sendo convidado(a) a participar dessa pesquisa que avaliará 312 fumantes.

COMO É O ESTUDO?

Para tanto, você passará por uma avaliação médica, na qual será receitada medicação para reposição de nicotina durante 12 semanas. A medicação será fornecida pelo pesquisador. Após a avaliação médica você será aleatoriamente conduzido para receber ou não uma intervenção psicológica. Se for o seu caso, você participará de um grupo terapêutico de no mínimo 6 e no máximo 10 participantes com acompanhamento psicológico, sendo 1 vez por semana durante 6 semanas, com retornos adicionais em um mês e após 28 e 52 semanas do início do estudo. Retornos médicos serão agendados para seu acompanhamento quinzenalmente. A intervenção psicológica irá lhe ajudar a se compreender melhor enquanto fumante, com orientação eficaz para controlar a ansiedade e para lidar com a difícil sensação da falta do cigarro. Você não terá custo algum pelas sessões de tratamento, acompanhamento médico nem pelas sessões de retorno dos atendimentos psicológicos. Durante as avaliações você estará respondendo questionários que permitirá analisar seu perfil como fumante e escalas que ajudarão a avaliar se você está ansioso ou depressivo. No caso das pacientes do

sexo feminino, responderão ainda mais uma escala que avalia aspectos cognitivos do pensamento em relação ao cigarro.

Caso você não seja sorteado para o grupo de terapia, você passará por avaliação médica, receberá medicação e orientação de como usá-la a cada semana conforme tabela de datas e horários definidos nas consultas.

OUTRAS INFORMAÇÕES

A sua participação neste estudo não terá nenhum custo adicional para o(a) senhor(a). A reposição de nicotina é usada há muitos anos na prática clínica e têm sido observados raros efeitos colaterais relevantes, sendo considerada uma medicação segura. Garantimos que o sigilo dos seus dados será assegurada, de acordo com as normas brasileiras. Os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em revistas científicas, preservando totalmente a identidade do participante.

A qualquer momento o(a) senhor(a) poderá obter quaisquer esclarecimentos através dos seguintes contatos:

- Dra Silvia Cury Ismael – Investigadora: fone 3053-6611 (ramal 3056).
- Priscila Regina Torres Bueno – Co-investigadora: fone 3053-6611 (ramal 1840).
- Dr Otávio Berwanger – Co-investigador: fone 3053-6611 (ramal 8201).
- Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital do Coração: fone 3886-4688.

Para esclarecimentos sobre aspectos éticos do estudo.

COMO PARTICIPAR?

A participação neste estudo é inteiramente voluntária. Para isso o senhor(a) deve assinar esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, continuará tendo toda liberdade de interromper sua participação a qualquer momento.

Declaro que li o termo de consentimento livre e esclarecido para esse estudo e aceito participar voluntariamente desse estudo.

Nome do Paciente:

(ou representante legal)

Assinatura do Paciente: _____

Data: _____

(ou representante legal)

Investigador: _____

Assinatura: _____

Data: _____

10.3 Anexo C – Entrevista demográfica e histórico clínico

ADMISSÃO DO PACIENTE E CONTATOS

Nome do paciente: _____

Sexo: ☐ masculino ☐ feminino

Data de nascimento: _____

CPF: _____ RG: _____

e-mail: _____

Endereço: _____

Fone Domicílio _____ Fone trabalho _____

Fone celular _____

Pessoa de contato #1 (familiar ou amigo próximo e que não more com o paciente)_____
*Relação com pcte*_____
Nome Completo

Endereço: _____

*Fone casa*_____
Fone celular

Anexo 3 – Entrevista demográfica e histórico clínico

VISITA INICIAL**ELEGIBILIDADE**

Elegibilidade (os três critérios devem ser preenchidos para o paciente ser elegível):

- ✓ Fumante (≥ 5 cigarros/dia durante o último ano e que não tenha tido um período de abstinência maior que três meses no último ano);? Sim ☐ Não ☐
- ✓ Idade ≥ 18 anos Sim ☐ Não ☐
- ✓ É alfabetizado? Sim ☐ Não ☐

Exclusão (precisa ser NÃO em TODOS para o paciente ser elegível):

- ✓ Demência? Sim ☐ Não ☐
- ✓ Alcoolismo? Sim ☐ Não ☐
- ✓ Abuso regular de drogas ilícitas? Sim ☐ Não ☐
- ✓ Transtorno do pânico? Sim ☐ Não ☐
- ✓ Psicose? Sim ☐ Não ☐
- ✓ Gravidez? Sim ☐ Não ☐
- ✓ Histórico de distúrbio bipolar? Sim ☐ Não ☐
- ✓ Contraindicação aos adesivos de nicotina? Sim ☐ Não ☐
- ✓ Uso prévio de bupropiona e vareciclina? Sim ☐ Não ☐
- ✓ Pacientes que se recusam a assinar o consentimento informado. Sim ☐
Não ☐

RANDOMIZAÇÃO

- ✓ Reposição de nicotina isolado? Sim ☐ Não ☐
- ✓ Reposição de nicotina associado à intervenção psicológica ?
Sim ☐ Não ☐

Anexo 3 – Entrevista demográfica e histórico clínico**BASELINE****1. História Médica:**

- 1.1 Doença cardiovascular? Sim ☐ Não ☐
- 1.2 Pressão alta? Sim ☐ Não ☐
- 1.3 Diabetes? Sim ☐ Não ☐
- 1.4 DPOC? Sim ☐ Não ☐
- 1.5 Câncer? Sim ☐ Não ☐
- 1.6 Acidente vascular cerebral (AVC) prévio? Sim ☐ Não ☐
- 1.7 Doença arterial periférica? Sim ☐ Não ☐

2. Histórico do Tabagismo:

- 2.1 Já fez tratamento para tabagismo anteriormente? Sim ☐ Não ☐
- 2.2 Nas suas tentativas de parar de fumar você conseguiu? Parar totalmente ☐
Diminuir ☐
- 2.3 Há quanto tempo fuma? _____ anos
- 2.4 Quantos cigarros hoje? _____ cigarros
- 2.5 Você mora com outros fumantes? Sim ☐ Não ☐

3. Monoxímetro: _____ % (colocar valores com 1 casa decimal, p ex: 3,2)

4. Motivação: _____

5. Motivos e objetivos de fumar:

- 5.1 Estimulação: _____
- 5.2 Ritual: _____
- 5.3 Prazer: _____
- 5.4 Diminuição da tensão: _____
- 5.5 Dependência Física _____
- 5.6 Hábito: _____

6. Fagerstrom:

✓ Pontuação final _____

7. Inventário de depressão de Beck:

✓ Pontuação final _____

8. IDATE:

✓ Pontuação final _____

✓ Anexo 3 – Entrevista demográfica e histórico clínico

9. Esquemas cognitivos:

✓ Pontuação final _____

Dados visita 1

1.a Compareceu a visita? Sim ☐ Não ☐ Contato telefônico?

Sim ☐ Não ☐ Não se aplica ☐

1.b Data da visita: _____(dia/mês/ano)

2.a Quantidade de adesivo entregue: _____

2.b Quantidade de goma entregue: _____

3. Frequentou as sessões de terapia? Sim ☐ Não ☐ Não se aplica ☐

4.a Utilizou a medicação de forma correta?

Sim ☐ Não ☐ Não se aplica ☐

4.b Quantidade de adesivo não utilizado: _____

4.c Quantidade de goma não utilizada: _____

5.a Fumou? Sim ☐ Não ☐

5.b Quantos cigarros: _____

6.a Parou de fumar? Sim ☐ Não ☐ Não se aplica ☐

6.b Data: _____(dia/mês/ano)

7.a Recaída? Sim ☐ Não ☐ Não se aplica ☐

7.b Data: _____(dia/mês/ano)

8.a Desistência? Sim ☐ Não ☐ Não se aplica ☐

8.b Data: _____(dia/mês/ano)

10.4 Anexo D – Questionários de Esquemas de Young

Nome: _____ Data: _____

INSTRUÇÕES:

São listadas abaixo afirmações que uma pessoa poderia usar para se descrever. Por favor leia cada afirmação e decida quão bem ela descreve você. Quando não tiver certeza, baseie sua resposta no que você sente emocionalmente, não no que pensa ser verdade.

Se desejar, reescreva a afirmação para torná-la ainda mais verdadeira a seu respeito.

Então, escolha a avaliação de 1 a 6 que melhor a/o descreve (incluindo suas revisões) e escreva este número no espaço que antecede a afirmação.

ESCALA DE AVALIAÇÃO:

1 = Não me descreve de modo algum

2 = Acontece raras vezes e pouco descreve o meu modo de ser

3 = Acontece algumas vezes, mas ainda não descreve o meu modo de ser

4 = Descreve o meu modo de ser

5 = Descreve muito o meu modo de ser

6 = Me descreve perfeitamente

1. _____ A maior parte do tempo, não tenho ninguém para me dar carinho, compartilhar comigo, e se importar profundamente com o que me acontece.

2. _____ Em geral, não havia pessoas para me dar carinho, segurança e afeição.

3. _____ Eu não senti que era especial para alguém, em grande parte da minha vida.

4. _____ Em geral, não tenho ninguém que realmente me escute, me compreenda, ou esteja sintonizado com minhas verdadeiras necessidades e sentimentos.

5. _____ Eu raramente tenho alguma pessoa forte para me dar bons conselhos ou orientação quando não tenho certeza do que fazer.

*ed

6. _____ Percebo que me agarro às pessoas com as quais tenho intimidade, por ter medo de que elas me deixem.

7. _____ Preciso tanto das pessoas que tenho medo de perdê-las.

8. _____ Eu me preocupo com a possibilidade de as pessoas de quem eu gosto me deixarem ou me abandonarem.

9. _____ Quando sinto que alguém com quem eu me importo está se afastando, fico desesperada/o.

10. ____ Às vezes, tenho tanto medo de que as pessoas me deixem, que acabo fazendo com que se afastem.

*ab

11. ____ Sinto que as pessoas querem tirar vantagem de mim.

12. ____ Sinto que não posso baixar a guarda na presença dos outros, pois eles me prejudicariam intencionalmente.

13. ____ É só uma questão de tempo antes que as pessoas me traiam.

14. ____ Desconfio muito dos motivos dos outros.

15. ____ Eu geralmente fico procurando os motivos escondidos das pessoas.

*ma

16. ____ Eu não me encaixo.

17. ____ Sou fundamentalmente diferente das outras pessoas.

18. ____ Eu não pertencço a ninguém; sou um/a solitário/a.

19. ____ Sinto-me alienada/o das outras pessoas.

20. ____ Sempre me sinto excluída/o dos grupos.

*si

21. ____ Nenhum/a homem/mulher que eu desejar vai me amar depois de saber dos meus defeitos.

22. ____ Ninguém que eu desejar vai querer ficar perto de mim depois que conhecer meu verdadeiro eu.

23. ____ Não sou digna/o do amor, da atenção, e do respeito dos outros.

24. ____ Sinto que não mereço ser amada/o.

25. ____ Sou inaceitável demais, de todas as maneiras possíveis, para me revelar aos outros.

*ds

26. ____ Quase nada do que eu faço no trabalho (ou na escola) é tão bom quanto o que os outros fazem.

27. ____ Sou incompetente no que se refere a realizações.

28. ____ A maioria das pessoas é mais capaz do que eu no trabalho e em suas realizações.

29. _____ Não tenho tanto talento quanto a maioria das pessoas tem em sua profissão.

30. _____ Não sou tão inteligente quanto a maioria das pessoas no que se refere a trabalho (ou estudo).

*fa

31. _____ Não me sinto capaz de me arranjar sozinha/o no dia-a-dia.

32. _____ Penso em mim como uma pessoa dependente, no que se refere ao funcionamento cotidiano.

33. _____ Falta-me bom senso.

34. _____ Não se pode confiar em meu julgamento nas situações do dia-a-dia.

35. _____ Não confio em minha capacidade de resolver os problemas que surgem no cotidiano.

*di

36. _____ Não consigo deixar de sentir que algo de ruim vai acontecer.

37. _____ Sinto que algum desastre (natural, criminal, financeiro, ou médico) vai acontecer a qualquer momento.

38. _____ Tenho medo de ser atacada/o.

39. _____ Tenho medo de perder todo o meu dinheiro e ficar pobre.

40. _____ Tenho medo de pegar uma doença séria, mesmo que nada de sério tenha sido diagnosticado pelos médicos.

*vh

41. _____ Não consegui me separar de meu pai/minha mãe, ou de ambos, assim como outras pessoas da minha idade parecem conseguir.

42. _____ Meu pai/minha mãe, ou ambos, e eu tendemos a nos envolver excessivamente com a vida e com os problemas uns dos outros.

43. _____ É muito difícil para meu pai/minha mãe, ou ambos, e eu escondermos detalhes íntimos uns dos outros, sem nos sentirmos traídos ou culpados.

44. _____ Muitas vezes me parece que meus pais estão vivendo por intermédio de mim – eu não tenho uma vida própria.

45. _____ Muitas vezes, sinto que não tenho uma identidade separada da de meus pais ou parceiro/a.

*em

46. _____ Acho que se eu fizer o que quero, só vou arranjar problemas.

47. _____ Sinto que não tenho escolha além de ceder ao desejo das pessoas, ou elas vão me rejeitar ou me retaliar de alguma maneira.

48. _____ Nos meus relacionamentos, deixo a outra pessoa ter o controle.

49. _____ Sempre deixei os outros escolherem por mim, de modo que não sei realmente o que quero.

50. _____ Tenho grande dificuldade em exigir que meus direitos sejam respeitados e que meus sentimentos sejam levados em conta.

*sb

51. _____ Sou aquela/e que geralmente acaba cuidando das pessoas de quem sou próxima/o.

52. _____ Sou uma boa pessoa, pois penso nos outros mais do que em mim mesma/o.

53. _____ Fico tão ocupada/o fazendo coisas para as pessoas de quem gosto que tenho muito pouco tempo para mim.

54. _____ Sempre fui aquela/e que escuta os problemas de todo o mundo.

55. _____ As pessoas me vêem fazendo demais pelos outros e pouco por mim.

*ss

56. _____ Tenho muita vergonha de demonstrar sentimentos positivos em relação aos outros (por exemplo, afeição, sinais de cuidado).

57. _____ Acho embaraçoso expressar meus sentimentos para os outros.

58. _____ Tenho dificuldade em ser carinhosa/o e espontânea/o.

59. _____ Eu me controlo tanto que as pessoas acham que não sou emotiva/o.

60. _____ As pessoas me vêem como emocionalmente contida/o.

*ei

61. _____ Preciso ser a/o melhor em tudo o que faço; não consigo aceitar vir em segundo lugar.

62. _____ Tento fazer o melhor; não consigo aceitar o "suficientemente bom".

63. _____ Preciso cumprir todas as minhas responsabilidades.

64. _____ Sinto que existe uma pressão constante sobre mim para conquistar e fazer coisas.

65. _____ Não consigo me soltar ou me desculpar por meus erros com facilidade.

*us

66. _____ Tenho muita dificuldade em aceitar um “não” como resposta quando quero alguma coisa de alguém.

67. _____ Sou especial e não deveria ter que aceitar muitas das restrições impostas às outras pessoas.

68. _____ Detesto ser obrigada/o a fazer alguma coisa, ou impedida/o de fazer o que quero.

69. _____ Acho que não deveria ter que obedecer às regras e convenções normais assim como os outros.

70. _____ Sinto que aquilo que tenho a oferecer é muito mais valioso do que as contribuições dos outros.

*et

71. _____ Parece que não consigo me disciplinar e levar até o fim tarefas rotineiras ou chatas.

72. _____ Quando não consigo atingir algum objetivo, fico facilmente frustrada/o e desisto.

73. _____ Para mim, é muito difícil sacrificar uma gratificação imediata para atingir um objetivo a longo prazo.

74. _____ Não consigo me obrigar a fazer coisas de que não gosto, mesmo sabendo que é para o meu próprio bem.

75. _____ Raramente consigo cumprir minhas resoluções.

10.5 Anexo E – Inventário Traço-Estado de Ansiedade – IDATE

IDATE - ESTADO

Nome:..... Data ____/____/____

PARTE I

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO

Muitíssimo.....4
Bastante.....3
Um pouco.....2
Absolutamente não.....1

1	Sinto-me calmo(a)	1	2	3	4
2	Sinto-me seguro(a)	1	2	3	4
3	Estou tenso(a)	1	2	3	4
4	Estou arrependido	1	2	3	4
5	Sinto-me a vontade	1	2	3	4
6	Sinto-me perturbado(a)	1	2	3	4
7	Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8	Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
9	Sinto-me ansioso(a)	1	2	3	4
10	Sinto-me "em casa"	1	2	3	4
11	Sinto-me confiante	1	2	3	4
12	Sinto-me nervoso(a)	1	2	3	4
13	Estou agitado(a)	1	2	3	4
14	Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15	Estou descontraído(a)	1	2	3	4
16	Sinto-me satisfeito(a)	1	2	3	4
17	Estou preocupado(a)	1	2	3	4
18	Sinto-me super excitado(a) e confuso(a)	1	2	3	4
19	Sinto-me alegre	1	2	3	4
20	Sinto-me bem	1	2	3	4

IDATE TRAÇO

PARTE - II

Leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número à direita da afirmação que melhor indicar como você em geral se sente.

Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você em geral se sente.

1	Sinto-me bem	1	2	3	4
2	Canso-me facilmente	1	2	3	4
3	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4	Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6	Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
7	Sou calmo(a), ponderado(a) e senhor(a) de mim mesmo	1	2	3	4
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9	Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10	Sou feliz	1	2	3	4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12	Não tenho muita confiança em mim mesmo(a)	1	2	3	4
13	Sinto-me seguro(a)	1	2	3	4
14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimido(a)	1	2	3	4
16	Estou satisfeito(a)	1	2	3	4
17	Às vezes, ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20	Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4

10.6 Anexo F – Inventário de sintomas de depressão de Beck

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) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta 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.

1. 0 Não me sinto triste.
 1 Eu me sinto triste.
 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

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.

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.

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.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 3 Eu me sinto sempre culpado.

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.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
1 Estou decepcionado comigo mesmo.
2 Estou enojado de mim.
3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
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.
11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

-
- 13.** 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Não consigo mais tomar decisões.
- 14.** 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
3 Considero-me feio.
- 15.** 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16.** 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
1 Não durmo tão bem quanto costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 17.** 0 Não fico mais cansado que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
- 18.** 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
2 Meu apetite está muito pior agora.
3 Não tenho mais nenhum apetite.

- 19.** 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
 2 Perdi mais de 5,0 Kg.
 3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

- 20.** 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições
 ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em
 outra coisa que não isso.
 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo
 pensar em outra coisa.
- 21.** 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse
 sexual.
 1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

10.7 Anexo G – Questionário de motivação de Prochascka

1- Motivação
a) Você não está com vontade de parar de fumar ☐ Pré- Contemplação
b) Você está com vontade de parar de fumar, mas não sabe quando ☐ Contemplação
c) Você tem tentado parar de fumar de um mês para cá, ou tem uma data e um esquema para fazê-lo nos próximos 30 dias ☐ Preparação
d) Você tem feito uso descontínuo do cigarro de um mês para cá, ficando sem fumar pelo menos um dia inteiro durante este período ☐ Ação
e) Você já está sem fumar há pelo menos uma semana ☐ Manutenção

10.8 Anexo H – Questionário de dependência física de nicotina de Fagerstrom

Fagerstrom
<p>1) Quantos cigarros você fuma por dia?</p> <p>(0) - menos de 11</p> <p>(1) - de 11 a 20</p> <p>(2) - de 21 a 30</p> <p>(3) - mais de 30</p>
<p>2) Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?</p> <p>(0) + de 60 min.</p> <p>(1) entre 31 e 60 min.</p> <p>(2) entre 06 e 30 min.</p> <p>(3) menos de 6 min.</p>
<p>3) Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p>
<p>4) O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p>
<p>5) Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?</p> <p>(0) Não</p> <p>(1) Sim</p>

10.9 Anexo I – Questionário de motivos e objetivos de fumar

O que leva as pessoas a fumar é o que difere entre elas. É importante ter o conhecimento do que as levou a fumar e o que está mantendo este comportamento.

Use as frases abaixo para responder as perguntas.

- 3 para **frequentemente ou sempre**
- 2 para **ocasionalmente**
- 1 para **muito raramente ou nunca**

A) – O cigarro ajuda a manter meu ritmo	3	2	1
B) – Eu abro um maço de cigarros sempre da mesma maneira	3	2	1
C) – Fumar é gostoso e relaxante	3	2	1
D) – Quando eu fico zangado, costumo acender um cigarro	3	2	1
E) – Quando os cigarros acabam eu fico impaciente	3	2	1
F) – Eu pego um cigarro sem perceber que já estou fumando	3	2	1
G) – Um cigarro me estimula me ajuda a pensar	3	2	1
H) – Abrir o maço, tirar um cigarro, acendê-lo.... gosto deste ritual	3	2	1
I) – Um cigarro depois das refeições, uma das coisas que mais gosto	3	2	1
J) – Em uma situação difícil, um cigarro me ajuda a relaxar	3	2	1
K) – Eu tenho consciência de quando não estou fumando	3	2	1
L) – Eu acendo um cigarro sem perceber que há outro aceso no cinzeiro	3	2	1
M) – Escrevendo um relatório, uma carta, o cigarro parece ajudar	3	2	1
N) – Eu costumo ficar olhando a fumaça do cigarro	3	2	1
O) – Eu gosto mais de fumar quando estou tranquilo e relaxado	3	2	1
P) – Quando fico triste, um cigarro me ajuda	3	2	1
Q) – É uma tortura não poder fumar (cinema, hospital, etc)	3	2	1
R) – Já me peguei fumando sem lembrar do momento em que acendo cigarro	3	2	1

Correção:

3. Motivos e Objetivos de Fumar				
☐ Estimulação	_____ + _____ + _____ = _____	A	G	M
☐ Ritual	_____ + _____ + _____ = _____	B	H	N
☐ Prazer	_____ + _____ + _____ = _____	C	I	O
☐ Diminuição da Tensão	_____ + _____ + _____ = _____	D	J	P
☐ Dependência Física	_____ + _____ + _____ = _____	E	K	Q
☐ Hábito	_____ + _____ + _____ = _____	F	L	R

- Os principais motivos associado ao fumar são aqueles cujo resultado da soma der 7 ou mais.

10.10 Anexo J – Emenda do protocolo para inclusão dos questionários de Esquemas de Young e IDATE

Ao Coordenador do CEP/HCor Dr. Alberto Duarte

Referência: **Proc. 119/2010 – “A eficácia de reposição de nicotina e Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo versus reposição de nicotina e o cuidado usual na cessação do tabagismo e prevenção de recaída: um estudo controlado e randomizado”**

Emenda 2– Protocolo 119/2010 - versão 1 – Data 17/06/2011.

1- Protocolo do estudo

Houve uma adequação das visitas médicas que serão realizadas a cada 15 dias, a partir da randomização, pelo período de 12 semanas, e as demais visitas serão realizadas na 16^a, 28^a e 52^a semanas, encaminhando alterações no protocolo em anexo. Além disso, o termo de consentimento foi alterado para incluir estas modificações, material em anexo.

2 - Resumo das alterações

Em anexo segue o manual de orientação ao paciente que será entregue a cada paciente nas consultas em que será fornecida a medicação do estudo. Também será entregue um impresso com a dosagem recomendada para cada paciente. Pelo fato de serem doses individualizadas, serão utilizadas etiquetas com as dosagens as quais serão afixadas na folha com as orientações sobre o uso das medicações. Ambos no anexo.

11 REFERÊNCIAS

11 REFERÊNCIAS

Abreu CNF, Cangelli R. A abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia no tratamento da anorexia nervosa e bulimia nervosa. *Rev Bras Ter Cogn*. 2005;1(1):45-58.

Abreu CN, Guilhardi H. *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas*. São Paulo: Roca; 2004.

Achutti A, Menezes AMB. Epidemiologia do tabagismo. In: Achutti A. *Guia nacional de prevenção e tratamento do tabagismo*. Rio de Janeiro: Vitro Comunicação; 2001. p. 9-24.

Alford BA, Norcross JC. Cognitive therapy as integrative therapy. *J Psychoth Integrat*. 1991;1(3):175-90.

Almanza SCP, Pillon SC. Programa para fortalecer factores protectores que limitan el consumo de tabaco y alcohol em Estudiantes de educación média. *Rev Lat Am Enf*. 2004;12:324-32.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

Araujo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BC, Viegas CAA, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2004;30(Supl 2):S1-76.

Ball SA. Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *J Pers Disord*. 2007;21:305-21.

Ball SA, Cobb PR, Connolly AJ, Bujosa CT, O'Neill TW. Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Compr Psychiatry*. 2005;46(5):371-9.

Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press; Penguin Books; 1976.

- Beck AT. Cognitive therapy: a 30-year retrospective. *Am Psychol.* 1991;46:368-75.
- Beck AT. Cognitive therapy: past, present, and future. *J Consult Clin Psychol.* 1993;61:194-8.
- Beck A, Freeman A. *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Tradução organizada por A.E. Fillman. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Beck JS. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
- Benowitz NL. Nicotine addiction. *N Engl J Med.* 2010;362(24):2295-303.
- Benowitz NL. Clinical pharmacology of nicotine: implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction. *Clin Pharmacol Ther.* 2008;83(4):531-41.
- Benowitz NL, Lessov-Schlaggar CN, Swan GE, Jacob P 3rd. Female sex and oral contraceptive use accelerate nicotine metabolism. *Clin Pharmacol Ther.* 2006;79(5):480-8.
- Biaggio A, Natalicio LF, Spielberger CD. Desenvolvimento da Forma Experimental em Português do IDATE. *Arq Bras Psicol Apl.* 1977;29: 33-44.
- Biaggio AMB, Natalicio L. *Manual para Inventário de Ansiedade Traço – Estado (IDATE)*. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada (CEPA); 1979.
- Bohadana A, Nilsson F, Rasmussen T, Martinet Y. Gender differences in quit rates following smoking cessation with combination nicotine therapy: influence of baseline smoking behavior. *Nicotine Tob Res.* 2003;5(1):111-6.
- Borges MTT, Barbosa RHS. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. *Cienc Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro. 2009;14(4):1129-39

Borges MTT, Simões-Barbosa R.H. Cigarro “companheiro”: o tabagismo feminino em uma abordagem crítica de gênero. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(12):2834-42.

Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Tabagismo no Brasil e no mundo* [online]. Disponível em: www.inca.gov.br.

Bravo de Medina R, Echeburúa E, Aizpiri J. Gender differences in alcohol dependence: personality variables, psychopathological profile and personality disorders. *Psicothema*. 2008;20(2):218-23.

Brotchie J, Meyer C, Copello A, Kidney R, Waller G. Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *Br J Clin Psychol*. 2004;43:337-42.

Burnsa DM. Epidemiology of smoking: induced cardiovascular disease. *Prog Cardiovasc Dis*. 2003;46(1):11-26.

Caballo VE. *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2003.

Caballo VE. *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos; 2005.

Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Apr 18; 4:CD006103.

Caro Gabalda I. Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos. Em: Caro I (Org.). *Manual de psicoterapias cognitivas*. 3a ed. Barcelona: Paidós; 1997. p. 37-52.

Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação do português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev Bras Med*. 2002;59:73-80.

Cazassa MJ. *Mapeamento de esquemas cognitivos: validação da versão brasileira do Young Schema Questionnaire - Short Form* [Dissertação]. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2007.

Claudio V. Domínios de esquemas precoces na depressão. *An Psicol*. 2009;7(2):143-73.

Costa E Silva VL, Romero LC. Programa nacional de combate ao fumo: plano de trabalho para o período 1988-2000. *Rev Bras Cancerol.* 1988; 34:245-54.

Cunha JA. *Manual da versão em português das Escalas Beck.* São Paulo: Casa do Psicólogo. 2001.

De la Rosa L, Otero M. Tabaquismo en la mujer: consideraciones especiales. *Transtornos Adictivos.* 2004;6(20):113-124.

De-Oliveira IR. Trial-based thought records (TBTR). *Advances in cognitive therapy.* 2007;9:1-4.

Dobson KS, Block L. Historical and philosophical bases of the cognitivebehavioral therapies. In: Dobson KS. (Ed.). *Handbook of cognitive-behavioral therapies.* New York: The Guilford Press, 1988. p. 1-38.

Dobson KS, Scherrer MC. História e futuro das terapias cognitivo-comportamentais. Em: Knapp P. (Org.). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.* Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 42-57.

Duarte ALC, Nunes MLT, Kristensen CH. Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. *Rev Bras Ter Cogn.* 2008;4(1):35-44.

Fagerström KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med.* 1989; 12:159-82.

Falcone EMO. As bases teóricas e filosóficas das abordagens cognitivo-comportamentais. Em: Jacó-Vilela AM, Ferreira AL, Portugal FT (Orgs.). *História da psicologia. Rumos e percursos.* Rio de Janeiro: Nau Editora; 2006. p. 195-214.

Fernández del Río E, Becoña E, López A. Trastornos de personalidad en fumadores y no fumadores de la población general [Personality disorders in smokers and non-smokers of the general population]. *Behav Psychol.* 2010;18:241-58.

Fernández VC, Ji L, Castro Y, Heppner WL, Vidrine JI, Costello TJ, et al. Mediators of the association of major depressive syndrome and anxiety syndrome with postpartum smoking relapse. *J Consult Clin Psychol.* 2012;80(4):636-48.

Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, *et al.* *Smoking cessation. Clinical Practice Guideline No 18.* Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; April, 1996.

Fortes RC, Reis RCM. Factors associated with non smoking cessation in the participants of therapy group a health center of the federal district. *Revisa.* 2012;1(1):3-8.

Furtado ES, Falcone EMO, Clark C. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. *Inter Psicol.* 2003; 7(2):43-s1.

Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Pers Individ Dif.* 2004;36(2):267-76.

Gimenez AS. Efectos del tabaco em el organismo. *PCM Ser Symp.* 1990;4(1):38-43.

Gonçalves O. Hermenêutica, construtivismo e terapia comportamental cognitiva: do objeto ao projeto. Em: Neimeyer RA, Mahoney M (Orgs.). *Construtivismo em psicoterapia.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clin.* 1998;25(5):245-50.

Guidano VE, Liotti G. *Cognitive processes and emotional disorders: a structural approach to psychotherapy.* New York: Guilford; 1983.

Hayes SC. Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: mindfulness, acceptance and relationships. Em: Hayes S, Follette V, Linehan M (Orgs.). *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive behavioural tradition.* New York: Guildford; 2004. p. 1-29.

Hayes SC, Pankey J, Gregg J. Anxiety and acceptance and commitment Therapy. Em: Gosh E, DiTomasso R (Orgs.). *Comparative treatments of anxiety disorders.* New York: Springer; 2002.

Husky MM, Mazure CM, Paliwal P, McKee SA. Gender differences in the comorbidity of smoking behavior and major depression. *Drug Alcohol Depend.* 2008;93(1-2):176-9.

Instituto Nacional de Câncer/Conprev. *Vigilância de tabagismo em escolares. Dados de 17 cidades brasileiras.* Rio de Janeiro: INCA; 2006.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). *Câncer na criança e no adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade.* Rio de Janeiro: INCA; 2008. 220 p.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa: incidência de câncer no Brasil;* 2012.

Issa JS, Perez GH, Diamant J, Zavattieri AG, Oliveira KU. Efetividade da bupropiona no tratamento de pacientes tabagistas com doença cardiovascular. *Arq Bras Cardiol.* 2007;88(4):434-40.

Karkow MJ, Caminha RM, Benetti SPC. Mecanismos terapêuticos na dependência química. *Rev Bras Ter Cogn.* Rio de Janeiro. 2005;1(2): 123-134.

Kastrup V. A psicologia no contexto das ciências cognitivas. Em: Jacó-Vilela AM, Ferreira AAL, Portugal F (Orgs.). *História da psicologia. Rumos e percursos.* Rio de Janeiro: Nau Editora; 2006. p. 215-38.

Knapp P. Princípios fundamentais da terapia cognitiva. Em: Knapp P. (Org.). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.* Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 19-41.

Knapp P, Beck AT. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(Supl. II): S54-64.

Kohlenberg RJ, Tsai M, Dougher M. The dimensions of clinical behavior analysis. *Behav Analyst.* 1993;16(2):271-82.

Labbadia EM, Ismael SMC, Fernandes ND, Berreta MA, David RJ, Schuman, C, Pavanello R, Cury Jr A. Atendimento multiprofissional ao tabagista. *Rev Soc Cardiol Est São Paulo;* 1995;5(supl 5A):6-11.

Leshner AL. Understanding drug addiction: implications for treatment. *Hosp Pract*. 1996;15:47-59.

Liese BS, Franz RA. Treating substance use disorders with cognitive therapy: Lessons learned and implications for the future. In: Salkovskis PM, ed. *Frontiers of cognitive therapy*. London: Guilford Press; 1996.

Lima MS, Viegas CAC. Avaliação do grau de ansiedade, depressão e motivação dos fumantes que procuraram tratamento para deixar de fumar no Distrito Federal. *Rev Bras Cancerol*. 2011;57(3):345-53.

Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilfor; 1993.

Luz FQ, Santos PL, Cazassa MJ, Oliveira MS. Diferenças nos esquemas iniciais desadaptativos de homens e mulheres. *Rev Bras Ter Cogn*. 2012;8(2):85-92.

Marlatt GA, Gordon J. *Prevenção da recaída*. Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artmed; 1993.

Marlatt GA, Gordon JR. Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In: Davidson PO, Davidson SM. eds. *Behavioral medicine: changing health lifestyles*. New York: Brunner/Mazel; 1980. p. 410-52.

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

Mcmullin RE. *Manual de técnicas em terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Meichenbaum D. *Cognitive-Behaviour modification: an integrative approach*. New York, Plenum; 1977.

Miller WR, Rollnick S. *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamento aditivo*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.

Millon T. *Disorders of personality*. Introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal (3rd ed.). New York, NY: John Wiley & Sons; 2011.

Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Câncer. *Convenção quadro para o controle do tabaco*. Rio de Janeiro: INCA; 2011.

Morano JP. Science of women and addiction. In: Morano JP. *A primer on women and tobacco: the leading American epidemic*. Reston: American Medical Student Association; 2002. p. 12-20.

Mykletun A, Overland S, Aarø LE, Liabø HM, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: the HUNT study. *Eur Psychiatry*. 2008;23(2):77-84.

Palfai T, Jankiewicz H. *Drugs and human behavior*. 2nd ed. Madison, Wis: Brown, Benchmark; 1997.

Pan American Health Organization *Trade in Health Services: Global, Regional and Country Perspectives*. Washington DC: Program on Public Policy and Health, Division of Health and Human Development; 2002.

Perea-Baena JM, Oña-Compan S, Ortiz-Tallo M. [Clinical personality traits differences in the maintainance of abstinence and in relapses in the treatment of smoking cessation]. *Psicothema*. 2009;21(1):39-44.

Perkins KA. Sex differences in nicotine versus non-nicotine reinforcement as determinants of tobacco smoking. *Exp Clin Psychopharmacol*. 1996;(11):199-212.

Prochaska JD, Di Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psych*. 1992;47(9):1102-14.

Rangé BP, Falcone EMO, Sardinha A. *Manual pratico das Terapia Cognitivo-Comportamental*. História e panorama atual das terapias cognitivas do Brasil. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.

Rodrigues VS. *Estudo das habilidades sociais em tabagistas* [Dissertação]. Programa de Psicologia Clínica. Porto Alegre: Faculdade de Psicologia, PUCRS; 2008.

Romans SE, Tyas J, Cohen MM, Silverstone T. Gender differences in the symptoms of major depressive disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2007; 195(11):905-11.

Roper L, Dickson JM, Tinwell C, Booth PG, McGuire J. Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: changes associated with a brief residential abstinence program. *Cogn Ther Res*. 2010;34:207-15.

Samet JM, Yoon SY, editors. *Women and the tobacco epidemic: challenges for the 21st century*. Geneva: World Health Organization; 2001.

Sardinha A, Oliva AD, D'Augustin J, Ribeiro F, Falcone EMO. Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro. *Rev Bras Ter Cognitivas*. 2005;1(1):83-9.

Schwartz JL. Methods of smoking cessation. *Med Clin North Am*. 1992;76(2):451-76.

Shorey RC, Anderson SE, Stuart GL. Gender differences in early maladaptive schemas in a treatment-seeking sample of alcohol-dependent adults. *Subst Use Misuse*. 2012;47(1):108-16.

Shorey RC, Stuart GL, Anderson S, Strong DR. Changes in early maladaptive schemas after residential treatment for substance use. *J Clin Psychol*. 2013;69(9):912-22.

Silva JG, Cazassa MJ, Oliveira MS, Gauer GC. Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos: estudo psicométrico em alcoolistas. *J Bras Psiquiatr*. 2012;61(4):199-205.

Souza EST, Crippa JAS, Pasian SR, Martinez JAB. Escala razões para fumar modificada: tradução e adaptação cultural para o português para uso no Brasil e avaliação da confiabilidade teste-reteste. *J Bras Pneumol*. 2009;35(7):683-9.

Spielberger C, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the state-trait anxiety inventory ("self-evaluatin questionnaire"). California: Consulting-Psychologists; 1970.

Stead LF, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Apr 18;(2): CD001007.

Tomkins SS. Psychological model for smoking behavior. *Am J Public Health Nations Health*. 1966;56(12):Suppl 56:17-20.

Trindade MT, Mossatti RL, Mazzoni CG. (2009). Terapia do esquema: uma evolução na Terapia Cognitivo-Comportamental. Trabalho apresentado no XII Seminário Intermunicipal de Pesquisa de Guaíba. (01-08). [citado em: 22 jan 2015]. Disponível em: <http://guaiba.ulbra.br/seminario/eventos/2009/artigos/psicologia/salao/609.pdf>.

U.S. *Department of Health and Human Services*, "O tabaco e a mulher", 2001.

Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: VIGITEL 2013. *Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde*, Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

WHO. *Report on the global tobacco epidemic*, 2011: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization; 2011.

Wilhelm K, Mitchell P, Slade T, Brownhill S, Andrews G. Prevalence and correlates of DSM-IV major depression in an Australian national survey. *J Affect Disord*. 2003;75(2):155-62.

Wright MO, Crawford E, Del Castillo D. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: the mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse Neglect*. 2009; 33(1):59-68.

Young JE. *Young Schema Questionnaire short form*. New York: Cognitive Therapy Center; 1998.

Young JE. *Young Schema Questionnaire: Special Edition*. New York: Schema Therapy Institute; 2001.

Young JE. *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada em esquemas*. Porto Alegre: Artmed; 2003.

Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: The Guilford Press; 2003.

Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed; 2008.