



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

**ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE HUMANA**

UBTON JOSÉ ARGOLO NASCIMENTO

**PROGRAMA DE TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE NICOTINA:
CARACTERIZAÇÃO, ANÁLISE DAS ASSOCIAÇÕES ENTRE HISTÓRIAS DE
MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA, DEPENDÊNCIA E USO DE PRÁTICAS
HUMANISTAS EM GRUPO DE APOIO.**

TESE DE DOUTORADO

**Salvador
2019**

UBTON JOSÉ ARGOLO NASCIMENTO

**PROGRAMA DE TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA DE NICOTINA:
CARACTERIZAÇÃO, ANÁLISE DAS ASSOCIAÇÕES ENTRE HISTÓRIAS DE
MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA, DEPENDÊNCIA E USO DE PRÁTICAS
HUMANISTAS EM GRUPO DE APOIO.**

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Medicina e Saúde Humana.

Orientador: Prof. Dr. Aquiles Assunção Camelier

**Salvador
2019**

Ficha Catalográfica elaborada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas

N244 Nascimento, Ubton José Argolo
Programa de tratamento da dependência de nicotina: caracterização, análise das associações entre histórias de maus tratos na infância, dependência e uso de práticas humanistas em grupo de apoio. / Ubton José Argolo Nascimento. – 2019. 102f.: il. Color; 30cm.

Orientador: Prof. Dr. Aquiles Assunção Camelier

Doutor em Medicina e Saúde Humana.

Inclui bibliografia

1. Nicotina. 2. Tabagismo. 3. Psicoterapia de grupo. 4. Tratamento. 5. Humanismo. 5. Maus-tratos na infância.
I. Título.

CDU: 613.8

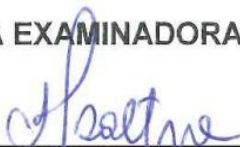
UBTON JOSÉ ARGOLO NASCIMENTO

**“ESTUDO EXPLORATÓRIO DE UM PROGRAMA DE TRATAMENTO DA
DEPENDÊNCIA DE NICOTINA: ASSOCIAÇÕES ENTRE HISTÓRIAS DE MAUS-
TRATOS NA INFÂNCIA E A DEPENDÊNCIA”**

Tese apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Medicina e Saúde Humana.

Salvador, 27 de novembro de 2018.

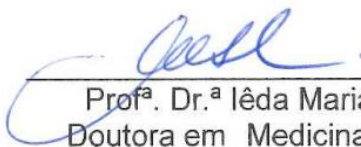
BANCA EXAMINADORA



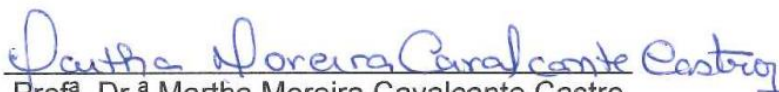
Prof.ª. Dr.ª Mônica Ramos Daltro
Doutora em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



Prof.ª. Dr.ª Carolina Villa Nova Aguiar
Doutora em Psicologia
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



Prof.ª. Dr.ª Iêda Maria Barbosa Aleluia
Doutora em Medicina e Saúde Humana
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, EBMSP



Prof.ª. Dr.ª Martha Moreira Cavalcante Castro
Doutora em Medicina e Saúde
Universidade Federal da Bahia, UFBA



Prof.ª. Dr.ª Margarida Celia Lima Costa Neves
Doutora em Medicina e Saúde
Universidade Federal da Bahia, UFBA

Este trabalho é dedicado a toda a minha linhagem familiar, meus antepassados, que contribuíram com a sustentação do campo para que um de seus representantes pudesse chegar a esse grau de formação acadêmica. Eu honro todos com este trabalho.

Dedico a todos os membros da família que vêm depois de mim, de forma que possam fazer bom uso desse caminho trilhado. Também honro todos neste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Sou profundamente grato, primeiramente a Deus, por estar sempre ao meu lado em todos os passos que dou na vida: sinto sua Presença.

Sou profundamente grato à minha família por compreender e estar do meu lado nesse momento. Por aceitar minha ausência nos momentos de lazer, durante boa parte do tempo do convívio familiar. Sou gratíssimo à minha esposa, Terê, pela sua paciência, incentivo, colaboração na leitura dos textos, confecção das tabelas e cuidado com as nossas filhas: Sofia e Carolina.

Sou muitíssimo grato à minha família de origem: minha mãe, meus irmãos, sobrinhos, cunhados, meus tios e primos que têm contribuído com seu incentivo e boas energias diante desse desafio que resolvi encarar.

Sou muitíssimo agradecido a meu pai (in memoriam), seu José, que adoraria ver seu filho encarando o grau mais alto de sua formação acadêmica.

Agradeço a amizade e a irmandade de Thelso de Jesus Silva por ter sido um leitor leal e incentivador.

Sou muitíssimo grato ao meu grupo de colegas professores do curso de Psicologia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Adoro fazer parte desse coletivo de pessoas comprometidas com a profissão. Em especial, à minha coordenadora Sylvia Barreto por ter me indicado para esse curso e pelo carinho sempre presente em suas ações.

Como comecei falando de Deus, tenho que agradecer o presente que recebi ao fazer parte do primeiro grupo de doutoramento especial da Escola Bahiana. Pessoas maravilhosas que compõem esse coletivo. Está sendo muito bom compartilhar o afeto, cuidado e carinho desenvolvidos por esse grupo ao longo dos meses de curso. Solidariedade é a palavra que sintetiza o que sinto por vocês.

Quero agradecer às colegas e parceiras Maristela Sestelo, médica pneumologista e docente da Escola por formarmos uma equipe de trabalho harmoniosa no cuidado aos fumantes que nos procuram e à minha colega Marlene Souza por dividir os cuidados nos trabalhos de grupo de apoio ao tratamento.

Agradecer ao meu orientador, Aquiles Assunção Camelier, por aceitar a desafio de me orientar.

Às minhas colegas Mônica Ramos Daltro, agradecimento pelo cuidado amoroso comigo na escrita deste texto. Sempre disponível, não se esquivou em compartilhar seu conhecimento. Marta Moreira Cavalcante Castro, com suas contribuições na leitura carinhosa e cuidadosa dos textos na banca de qualificação. Carolina Vila Nova Aguiar, sempre disponível a ajudar, contribuir e compartilhar seu conhecimento carinhosamente.

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

EBMSP – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

EQUIPE PARTICIPANTE

Ubton José Argolo Nascimento

Discentes de Iniciação Científica da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Fernanda Assemany Cruz, Psicologia EBMSP

Priscilla Souza Oliveira, Medicina EBMSP

Jay Antônio Sousa Monteiro Júnior, Medicina EBMSP

Andressa Thaíse Gondim Brito, Medicina EBMSP

RESUMO

A expectativa de vida de um indivíduo fumante é 25% menor que a de um não fumante. Com as projeções sobre produção e consumo de cigarros em todo o mundo, o número de mortes poderá chegar a oito milhões, em 2030. Este estudo buscou analisar o programa de tratamento ao tabagismo desenvolvido no ambulatório docente-assistencial da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Para tanto, foram realizados três artigos: no **primeiro estudo**, foi realizado um estudo descritivo do perfil sociodemográfico e clínico dos sujeitos que buscaram tratamento para o tabagismo na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, nos últimos seis anos. Foram analisados dados de 244 sujeitos que buscaram tratamento. A idade média das pessoas que procuram o serviço está em torno de 53,55 anos (10,93), mulheres (66%), solteiros (38%), com escolaridade no ensino médio completo (37%) e ativamente trabalhando (50%). Destes, 41% tratam de distúrbios de ansiedade, enquanto 27% de depressão. Iniciaram o fumar com 17,4 anos, tempo médio de uso de 37 anos e carga tabágica de 36 maços/ano. O sentimento de tristeza foi um dos mais prevalentes gatilhos para o início do hábito de fumar (82 %) e do uso de bebidas alcoólicas (86%). Este estudo indica a necessidade de mapeamento criterioso das variáveis de maior prevalência no momento da admissão ao tratamento. O **segundo estudo** buscou as associações entre histórias de maus-tratos na infância e o nível de dependência à nicotina nos tabagistas em tratamento. Esse estudo fez-se necessário diante das dificuldades encontradas por alguns tabagistas ao entrarem em abstinência e a manterem diante das adversidades da vida cotidiana. Foram avaliados 34 sujeitos com idade de $58,06 \pm 11,4$, majoritariamente do sexo feminino (67,6%) e escolaridade predominante de ensino médio completo (34,4%). As histórias de maus-tratos na infância foram classificadas como moderadas para fraca e, o grau da dependência à nicotina, leve. Foram encontradas correlações positivas e moderadas entre o grau de dependência ou perfil de gravidade da dependência e as categorias de maus-tratos, abuso físico ($r=0,455$) e negligência física ($r=0,365$). O *craving* fator 2 correlacionou-se com negligência física ($r=0,343$), ambos com $p < 0,05$. **Conclusão:** as categorias de maus-tratos na infância, abuso físico e negligência física, apresentaram correlação positiva e moderada com capacidade preditiva ao *craving* e ao grau de dependência à nicotina nos tabagistas em tratamento de reposição de nicotina. O **terceiro estudo** avaliou o papel do grupo de apoio ao tratamento de reposição de nicotina, o qual é realizado nas bases humanista, socioafetiva e sociopsicodramática, nas perspectivas dos usuários e dos discentes de graduação na disciplina da grade Saúde Comunitária. Os sujeitos dessa pesquisa foram 11 estudantes da graduação que participavam dos encontros de grupo e sete usuários do serviço em tratamento. Foram realizadas duas sessões de grupo focal transcritas e foi utilizado material de registro de campo feito pelos estudantes ao longo do tratamento. O material transcrito foi analisado segundo orientação da análise de conteúdo. Ficou evidenciado que o grupo de apoio ao tratamento em bases humanistas constituiu-se como local de acolhimento e trocas intersubjetivas potencializadoras das mudanças comportamentais e sustentação do tratamento. Para os estudantes, o desenvolvimento da sensibilidade e a escuta atenciosa foram citadas como fundantes no papel de profissional de saúde.

Palavras-chave: Tabagismo. Psicoterapia de grupo. Nicotina. Tratamento. Humanismo. Intersubjetividade. Maus-tratos na infância.

ABSTRACT

The life expectancy of an individual smoker is 25% lower than that of a non-smoker. With projections about production and consumption of cigarettes worldwide, the number of deaths could reach eight million in 2030. This study sought to analyze the smoking treatment program developed at the health care clinic of the Bahia School of Medicine and Public Health. Three articles were carried out: in the **first study**, a descriptive study was carried out on the sociodemographic and clinical profile of the subjects who sought smoking treatment at the Bahia School of Medicine and Public Health in the last six years. Data from 244 subjects who sought treatment were analyzed. The average age of those seeking the service is around 53.55 years (10.93), women (66%), unmarried (38%), with high school education (37%) and actively working (%). Of these, 41% treat anxiety disorders while 27% treat depression. They started smoking with 17.4 years, mean time of use of 37 years and smoking rate of 36 packs / year. The feeling of sadness was one of the most prevalent triggers for smoking (82%) and use of alcoholic beverages (86%). This study indicates the need for a careful mapping of the most prevalent variables at the time of admission to treatment. **The second study** looked at the associations between histories of childhood maltreatment and the level of nicotine addiction in smokers undergoing treatment. This study was made necessary by the difficulties encountered by some smokers in entering into abstinence and in the face of the adversities of daily life. A total of 34 subjects with a mean age of 58.06 ± 11.4 , predominantly female (67.6%) and predominantly high school education (34.4%) were evaluated. The stories of childhood maltreatment were classified as moderate to weak and the degree of nicotine dependence was mild. Positive and moderate correlations were found between the degree of dependence or severity profile of the dependency and the categories of maltreatment, physical abuse ($r = 0.455$) and physical neglect ($r = 0.365$). The craving factor 2 was correlated with physical negligence ($r = 0.343$), both with $p < 0.05$. Conclusion: The categories of childhood maltreatment, physical abuse and physical neglect presented a positive and moderate correlation with predictive craving capacity and degree of nicotine dependence in smokers undergoing nicotine replacement therapy. **The third study** evaluated the role of the nicotine replacement therapy support group, which is carried out on the humanistic, socioaffective and sociopsychodramatic basis of the users' and undergraduate perspectives in the Community Health Grid discipline. The subjects of this research were 11 undergraduate students who participated in the group meetings and 7 users of the service being treated. Two transcribed focus group sessions were conducted and field record material was used by the students throughout the treatment. The transcribed material was analyzed according to the orientation of the content analysis. It was evidenced that the group of support to the treatment in humanistic bases was constituted as place of reception and intersubjective exchanges potencializadoras of the behavioral changes and sustentation of the treatment. For students, the development of sensitivity and attentive listening were cited as founders in the role of health professional.

Keywords: Smoking. Group psychotherapy. Nicotine. Treatment. Humanism. Intersubjectivity. Child abuse.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRAPIA	Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência
ACE	Experiências Adversas na Infância
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CTQ	<i>Childhood Trauma Questionnaire</i>
CQTC	Convenção-Quadro para Controle do Tabagismo
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FTND	<i>Fargstrom Test for Nicotine Dependence</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NA	Afetos Negativos
PETab	Pesquisa Especial de Tabagismo
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNDA	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
QSU	<i>Questionnaire of Smoking Urge-Brief</i>
SUD	Desordem por Uso de Substâncias
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
VIVA	Vigilância de Violências e Acidentes
USF	Unidade de Saúde na Família
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos específicos	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	O <i>craving</i> como marcador da dependência de substâncias	17
3.2	Os maus-tratos à criança e as consequências na vida adulta	18
4	MÉTODOS	21
4.1	Desenho do estudo	21
4.2	População	21
4.2.1	População-alvo	21
4.2.2	População acessível	21
4.3	Crterios de inclusão e exclusão	21
4.3.1	Crterios de inclusão	21
4.3.2	Crterios de exclusão	21
4.4	Amostragem	22
4.5	Campo de estudo	22
4.6	Variáveis do estudo	22
4.7	Instrumento de coleta de dados	23
4.7.1	Etapas e estratégias da coleta	23
4.8	Análise estatística	24
4.9	Considerações éticas	24
5	RESULTADOS	25
5.1	Artigo 1: Caracterização dos usuários de programa de cessação ao tabagismo em tratamento de reposição de nicotina em ambulatório docente-assistencial	26
5.2	Artigo 2: Associações entre histórias de maus-tratos na infância e a dependência de nicotina em tabagistas em tratamento de reposição de nicotina	40
5.3	Artigo 3: As contribuições do grupo de apoio de base sociopsicodramática em programa de tratamento ao tabagismo	57
6	DISCUSSÃO	71
7	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	76
8	CONCLUSÕES	77
	REFERÊNCIAS	79
	ANEXOS	84

1 INTRODUÇÃO

A dependência à nicotina é uma temática que vem tomando a atenção de diversos governos em todo o mundo, preocupados com a extensão da pandemia do tabagismo. Grandes esforços de pesquisadores de importantes centros e uma quantia considerável de recursos têm sido envolvidos com o objetivo de tomar o controle da causa morte que mais mata no mundo. Em torno de 1 bilhão e 500 milhões de pessoas são dependentes do cigarro em todo o mundo, sendo que a expectativa de vida de um indivíduo fumante é 25% menor que a de um não fumante. Com as projeções sobre produção e consumo de cigarros em todo o mundo, o número de mortes pode chegar a oito milhões, em 2030⁽¹⁾.

Em 2003, o governo brasileiro e mais 192 países assinaram a Convenção Quadro^(2,3), na qual assumem o compromisso de desenvolver ações de combate ao tabagismo alinhado com as diretrizes da *World Health Organization* (WHO). Determinado a dar prioridade à saúde pública, o Ministério da Saúde do Brasil aprimora o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) com a implantação do plano para abordagem e tratamento do tabagismo no SUS, aprovado pela Portaria SAS/MS 442/04⁽⁴⁾.

O modelo de tratamento adotado pelo Brasil foi o de reposição de nicotina (adesivos de nicotina, goma de mascar e cloridrato de bupropiona) associada à terapia cognitivo-comportamental para grupo de apoio, por ser considerado um tratamento de primeira linha e dispor de respaldo científico com vasta pesquisa^(5,6). O programa de tratamento antitabagismo da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Bahia, criado em 2012, tem estado alinhado com o desafio de reduzir a prevalência de tabagistas na cidade, assim como o desenvolvimento de novas tecnologias que ajudem no seu aprimoramento. A equipe é composta por uma médica, especialista em pneumologia, credenciada pelo Ministério da Saúde para atuar no tratamento para cessação ao tabagismo do governo federal⁽⁷⁾, um psicólogo, uma odontóloga e uma fisioterapeuta, docentes da referida escola.

Este estudo foi motivado pelo questionamento do autor sobre fatores que levam os sujeitos tabagistas a recidiva ao uso da nicotina, uma vez que já haviam deixado ou reduzido bastante seu uso. Por vezes, pessoas que já haviam completado o tratamento, em fase de sua manutenção, frequentando o grupo de apoio, foram levadas a retomar o tabaco por conta de

acontecimentos adversos em suas vidas privadas. Esse fato despertou a curiosidade do pesquisado, que buscou organizar uma série de estudos capazes de indicar algumas variáveis que estavam envolvidas nesse fenômeno.

Esta pesquisa foi desenvolvida sob o formato de três estudos diferentes, registrados sob a forma de artigos. O primeiro artigo refere-se a um estudo descritivo quantitativo do perfil sociodemográfico de 244 sujeitos que buscaram tratamento nos últimos seis anos de diversas localidades da cidade de Salvador. Nesse estudo foram indicadas algumas variáveis significativas para a pesquisa e para o tratamento do tabagismo.

O segundo momento desta pesquisa buscou associações entre histórias de maus-tratos na infância e a dependência à nicotina nos tabagistas em tratamento. Esse estudo fez-se necessário diante das dificuldades encontradas por alguns tabagistas para entrarem em abstinência e a manterem diante das adversidades da vida cotidiana. Estudos⁽⁸⁾ revelam que 75% das recaídas ao uso de tabaco em pessoas que já deixaram ou que estejam em abstinência acontecem quando estão envolvidos sentimento de tristeza, ansiedade e conflitos interpessoais. Esse dado alinhou-se com estudos de revisão sistemática⁽⁹⁾ que reviu os efeitos psicobiológicos de experiências adversas na infância e suas consequências nos processos adaptativos para o restabelecimento da homeostase nesses sujeitos ao longo da vida.

O terceiro momento foi avaliar o papel do grupo de apoio humanista, sociopsicodramática, ao tratamento de reposição de nicotina, tendo a participação de discentes na graduação da disciplina da grade Saúde Comunitária. Foram realizados grupos focais tendo como pergunta orientadora “qual a função desse grupo de apoio para o tratamento do tabagismo?”. Também foram utilizados registros em diário de campo realizados pelos estudantes das partilhas após a realização das seções de grupo de apoio. Todos os dados foram analisados segundo análise de conteúdo.

A eficácia das campanhas para o tratamento do tabagismo, assim como de outras drogas, tem esbarrado em fatores desfavoráveis à abstinência. O uso de substâncias tem sido utilizado pelos dependentes como recurso para lidar com situações adversas da vida cotidiana que levam a situações de estresse, em que, sozinhos, eles não encontram condições de encaminhá-las de forma satisfatória. Desta feita, o suporte em grupo de base humanista

sociopsicodramático poderá introduzir uma nova forma de ajuda para o enfrentamento das questões subjetivas implicadas no processo de parada do uso da nicotina, alinhadas com as tecnologias leves na atenção à saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar o programa de tratamento ao tabagismo desenvolvido no Centro Médico Bahiana Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil pessoal e clínico dos usuários do programa de tratamento ao tabagismo da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública;
- Descrever as associações entre maus-tratos na infância e dependência de nicotina em tabagistas sob tratamento de reposição de nicotina e grupo de apoio;
- Explorar os benefícios percebidos pelos usuários em relação à prática psicológica de grupo de apoio na abordagem humanista.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A dependência à nicotina é classificada segundo o Código Internacional de Doenças (CID-10)⁽¹⁰⁾ no grupo de transtornos mentais e de comportamentos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. O tabagismo é uma das maiores causas de mortes entre as doenças, no mundo, despertando a atenção das grandes agências mundiais de saúde⁽¹¹⁾. Estima-se que temos mais de um bilhão e quinhentos milhões de tabagistas no mundo sendo que, metade deles, terá morte prematura por doença tabacorelacionada, caso nada seja feito⁽¹⁾.

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT)⁽¹¹⁾ no Brasil ganha caráter de Política de Estado, fundamental para alavancar as diretrizes assumidas na Organização Mundial de Saúde (OMS) para a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabagismo (CQCT)⁽³⁾. O Ministério da Saúde firma parcerias com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) para desenvolver trabalhos conjuntos visando traçar o mapa da realidade do tabagismo no Brasil. Essa ação foi de fundamental importância para o desenvolvimento de programa específico no tratamento ao tabagismo adequado ao público brasileiro e alinhado com as diretrizes internacionais.

O modelo de tratamento adotado pelo Brasil foi o de reposição de nicotina (adesivos de nicotina, goma de mascar e cloridrato de bupropiona) associado à terapia cognitivo-comportamental em grupo^(5,6). Fumantes com alto grau de dependência, que acendem cigarros em até 30 minutos após acordar ou que já passaram por tratamento anteriormente, ou que tenham escore superior a cinco (>5) no teste de Fagerstrom são os indicados para iniciar o tratamento medicamentoso⁽¹²⁾. O objetivo da prescrição é ajudar na manutenção da abstinência, visto que os efeitos da sua síndrome são considerados como uma das grandes barreiras para a manutenção da cessação.

A Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública conta com um serviço de tratamento ao tabagismo em seu Centro Médico Bahiana Saúde alinhado com as diretrizes do PCNT, disponibilizando uma equipe multiprofissional de docentes, composta por uma médica, um psicólogo, uma odontóloga e uma fisioterapeuta. A médica é especialista em pneumologia,

credenciada pelo Ministério da Saúde para atuar no tratamento para cessação ao tabagismo do governo federal⁽⁷⁾. O psicólogo é especialista em direção grupal e psicoterapia de base humanista. A odontóloga dirige trabalhos de grupo para a redução de danos e a fisioterapeuta é especialista em fisioterapia respiratória.

Esse programa funciona no espaço físico das clínicas de fisioterapia e psicologia do ambulatório, tendo atendido, nos últimos seis anos, 244 pessoas que procuram voluntariamente esse serviço para o tratamento ao tabagismo. Esses sujeitos passam por anamnese clínica para triagem e realizam exames clínicos para acompanhamento. Após essa etapa, passam a frequentar o grupo de apoio de base humanista sociopsicodramática^(13,15) por dez encontros com duração de 90 minutos. A metodologia sociopsicodrama consiste na pesquisação, no sentido de pesquisar através da ação. Partindo da configuração sociométrica do fenômeno, é possível viver e/ou reviver algo da dimensão do imaginário, que tenha realmente acontecido ou que possa vir a acontecer, compreendendo-os e integrando-os. A ação sociopsicodramática permite a dialética do subjetivo-objetivo, vivido nas relações, possibilitando o desempenho de papéis, agora os diferenciando.

3.1 O *craving* como marcador da dependência de substâncias

Estima-se que cada cigarro contenha cerca de 7 a 9 mg de nicotina, sendo que os tabagistas só absorvem 1 mg por cigarro fumado⁽¹⁶⁾. A nicotina é, quimicamente classificada, uma amina terciária volátil, capaz de atingir o sistema nervoso de 9 a 17 segundos após ser absorvida pelos pulmões⁽¹⁷⁾. Esse fato promove o aumento da liberação de dopamina na fenda sináptica dos neurônios do núcleo accumbens, no córtex pré-frontal⁽¹⁸⁾ e outras regiões como a amígdala, hipocampo, hipotálamo e várias regiões do córtex frontal^(8, 9), responsáveis pela recompensa ou prazer, fundamental nos processos viciantes à nicotina e a outras drogas^(19,20).

A fissura ou *craving* pode variar em função de diversos fatores que podem funcionar como gatilhos para o uso de substâncias. Para quem está lutando contra o uso de substâncias, frequentar determinados lugares, pessoas e situações podem aumentar o risco de recaída ao uso da droga⁽⁸⁾. O estresse proveniente de situações da vida cotidiana está entre as principais variáveis preditoras do uso de substâncias. O termo “estresse” foi utilizado pela primeira vez em 1936 para designar um processo adaptativo de emergência para um estressor (Síndrome de

Adaptação Geral) projetado para manter o equilíbrio. Estudos sobre a recaída revelam que 75% das pessoas que recaíram ao uso da nicotina tiveram como disparadores situações adversas da vida cotidiana em que o estresse e a tristeza estavam envolvidos⁽⁸⁾. Estudos têm tentado decifrar a relação entre fumar e a regulação do estresse e dos afetos negativos (NA)⁽²¹⁾. Afetos negativos entendidos como uma "dimensão geral da angústia subjetiva e desagradável que assume uma variedade de estados de humor aversivos, incluindo raiva, desprezo, desgosto, culpa, medo e nervosismo"⁽²²⁾.

O *craving* ou desejo muito forte de usar a substância ainda é muito controverso quanto a sua utilização no meio científico enquanto parâmetro discriminatório da dependência da nicotina. Nos últimos 50 anos, mais de 10.000 artigos surgiram tratando do *craving*⁽²³⁾. Somente na primeira metade da década de 1990, mais de 2.100 resumos de pesquisas sobre o tema já podiam ser encontrados nas buscas em bancos de dados. Isso é um forte indicador de que os cientistas estão interessados em clarear as controvérsias sobre o assunto. Um dado importante oriundo dessas pesquisas é que o *craving* foi tido como uma variável com componente subjetivo muito grande, variando de pessoa a pessoa e subordinado a comportamentos que fogem ao das variáveis contínuas, requerendo metodologia capaz de incluir esses aspectos⁽²⁴⁾.

3.2 Os maus-tratos à criança e as consequências na vida adulta

As Experiências Adversas na Infância (ACE) estão fortemente associadas à saúde mental na fase adulta^(25,26). Definida como ocorrências traumatizantes antes dos 18 anos de idade, sentidas física ou emocionalmente, prejudiciais ou ameaçadoras ao desenvolvimento neurológico saudável da criança ou do adolescente por conta do aumento dos níveis de estresse, o que pode prejudicar o seu desenvolvimento neuropsicológico⁽²⁶⁾. Entre as ACEs, também entendidas como maus-tratos na infância, estão as mais variadas formas de negligências, abandonos e abusos que um adulto possa infringir sobre crianças e adolescentes e que tragam consequências ao seu desenvolvimento físico e emocional^(27,28). Os maus-tratos e traumas na infância estão relacionados a alterações na saúde mental de crianças e adolescentes, comportamentos antissociais e ao abuso de substâncias psicoativas^(25,26,29).

Foi na década de 1960 que a associação Americana de Pediatria reconheceu a síndrome da criança maltratada como uma questão de saúde pública. Daí então, o mundo acordou para a necessidade de olhar o tema e desenvolver políticas de saúde voltadas para a diminuição da

prevalência dessa síndrome no mundo. O Brasil não ficou fora dessa inovação na saúde da criança, apesar de, somente no fim da década de 1980, formalizar o Estatuto da Criança e do Adolescente⁽³⁰⁾ (ECA), Lei Federal 8.069, de 13/7/1990, quando se tornou compulsória a notificação de casos suspeitos ou confirmados. Os profissionais de saúde têm a obrigação legal de informar às autoridades responsáveis os casos de violência contra a criança e ao adolescente. Algumas formas de maus-tratos são de difícil identificação pelo profissional de saúde, tendo efeito no índice de subnotificações. Estima-se que, para cada caso denunciado, 20 outros não o são ⁽²⁸⁾.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), implantado em 2006 pelo Ministério da Saúde, tem por objetivo sistematizar todos os registros de violência e maus-tratos contra a criança em todo o território nacional ⁽³¹⁾. Em pesquisa no seu banco de dados, no ano 2010, foram registradas 12.473 notificações de violência doméstica, sexual e outros abusos contra crianças menores de 10 anos, sendo, desse total, 1.797 notificações em menores de um ano e 10.682 na faixa de 1-9 anos ⁽³¹⁾. Ficou evidente que ainda não é um hábito, nas unidades de saúde, a notificação dos casos de violência e maus-tratos contra a criança e o adolescente. Constata-se que apenas 16,9 % dos casos em menores de 10 anos são noticiados no Brasil, o que ainda é insuficiente para que se tenha um quadro mais realista desse dado de saúde pública.

Nesta pesquisa, consideraremos quatro categorias de maus-tratos contra criança: negligência e abandono constituem atos de omissão de cuidados básicos e de proteção à criança frente a agravos evitáveis. Abusos ou sevícias físicas consistem no uso da força física contra a criança pelos seus cuidadores. Abuso sexual é todo ato ou jogo sexual envolvendo crianças e adolescentes, cujo agressor está em desenvolvimento psicosssexual mais adiantado. O abuso emocional é toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição, além da capacidade de a criança dar conta ⁽³²⁾.

A violência contra criança é um fenômeno doméstico, tendo como principais perpetradores um membro da família e, na maioria das vezes, os pais. A mãe é a principal agente de violência contra criança em ambiente doméstico, por ser a pessoa de maior contato com a vítima, sendo a violência física e a negligência, as principais delas⁽²⁸⁾. A negligência e a violência física são os maus-tratos à criança de maior prevalência observados no Brasil⁽²⁸⁾.

Em crianças com menos de um ano, a negligência física e o abuso físico têm relação com irritação do cuidador com o choro da criança, que ainda não tem o domínio sobre essa faculdade. Sinais de descuido e sintomas físicos como fraturas ósseas, hematomas, lesões cerebrais e queimaduras são os indicadores mais comuns da violência nessa fase inicial da vida⁽³²⁾.

A negligência é um tipo de maus-tratos à criança de difícil detecção, uma vez que ocorre dentro do ambiente doméstico e é o maior causador de fatalidades na infância. Contando que são cometidas contra crianças em idades precoces, carentes dos cuidados dos adultos, expõe a dramaticidade da questão. A privação materna é um estressor importante que compromete o desenvolvimento da criança com sequelas importantes, tanto físicas como comportamentais quando elas conseguem chegar à fase adulta⁽³³⁾. Considerando que esses maus-tratos acontecem antes dos cinco anos de vida e que o sexo prevalente das vítimas é o masculino, eles tendem a apresentar desvios de conduta, na maioria das vezes, transgressões às regras sociais, como o abuso de substâncias psicoativas⁽²⁸⁾.

Em crianças acima de nove anos e do sexo feminino, a maior prevalência de maus-tratos é o abuso sexual⁽³¹⁾, sendo o mais notificado para essa faixa etária pelo quadro caótico em que as crianças chegam às unidades de saúde necessitando condutas médicas especiais, causando maior comoção entre os profissionais de saúde. Entre as crianças do sexo masculino, acima dos nove anos, o mais prevalente dos maus-tratos é o abuso físico ou violência física, justificado culturalmente pela necessidade de formar sujeitos obedientes e de bem⁽³¹⁾.

Um estudo prospectivo com jovens adultos descobriu que entre as vítimas de trauma com Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) aumentou consideravelmente o risco do uso de droga em relação àquelas que não o desenvolveram⁽²³⁾. Grande parte dos dados publicados sobre a associação é consistente com a amplamente realizada "hipótese de automedicação"⁽²⁴⁾. Indivíduos com o TEPT usam intencionalmente substâncias para aliviar ou gerenciar seus problemas com os sintomas de trauma. Principalmente para as mulheres, resultados robustos de estudo indicam que o uso de substâncias desenvolve-se em resposta para lidar com o afeto negativo proveniente de traumas⁽²⁵⁾.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Estudo descritivo retrospectivo com delineamento transversal, de abordagem mista qualitativa-quantitativa.

4.2 População

4.2.1 População-alvo

Tabagistas maiores de 18 anos que buscam tratamento para deixar os cigarros

4.2.2 População acessível

Tabagistas que procuraram voluntariamente o programa de Tratamento ao Tabagismo no Centro Médico da Bahiana Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

4.3.1 Critérios de inclusão

- a) Maiores de 18 anos
- b) Ter passado pela anamnese clínica
- c) Assinar o TCLE

4.3.2 Critérios de exclusão

- a) Apresentar complicações cardíacas que impeçam o uso de adesivo de nicotina
- b) Recusar assinar o TCLE

4.4 Amostragem

A amostragem constituiu-se por conveniência, composta por sujeitos tabagistas que buscaram os serviços de tratamento ao tabagismo da escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, estratificada da seguinte forma.

Para o primeiro objetivo primário (Artigo 1) foram tomados todos os 244 sujeitos que buscaram o serviço no período de 2012.1 a 2018.1.

Para o segundo objetivo primário (Artigo 2) foram tomados os sujeitos que adentraram ao programa em 2018.1 em um dos grupos, correspondendo a sete sujeitos usuários e 11 estudantes de graduação da disciplina PIS 100 do Programa Candeal.

Para o objetivo secundário (Artigo 3) foram tomados 34 sujeitos que adentraram ao programa em 2017.2.

4.5 Campo de estudo

Este estudo foi realizado no Centro Médico da Bahiana Saúde da Escola Bahiana da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. O Serviço de Tratamento ao Tabagismo ocupa espaço nas Clínicas de Fisioterapia (CLIFIS) e na Clínica de Psicologia (CLIPSI) no Campus de Brotas, localizado à Avenida D. João VI, 255, Brotas, Salvador, Bahia.

4.6 Variáveis do estudo

O primeiro artigo descreve o serviço ao longo de seis anos. Nele são utilizadas as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação de trabalho, número de dependentes, tipo de cigarro) e clínicas (distúrbios psiquiátricos, uso de álcool, hábitos de fumar, estágio motivacional, local onde fuma, tempo de tabagista, idade de início e carga tabágica) levantadas na anamnese clínica realizada no período pré-admissional ao tratamento.

O segundo artigo descreve o formato e o papel do grupo de apoio ao tratamento de reposição de nicotina. As variáveis foram levantadas em grupos focais realizados com os usuários e com

os estudantes e diário de campo realizado por alunos de graduação participantes do grupo de apoio.

No terceiro artigo, são avaliadas as possíveis associações entre histórias retrospectivas de maus-tratos na infância e a dependência à nicotina. Foram analisadas as variáveis sociodemográficas da amostra de 34 sujeitos, as categorias de maus-tratos na infância (abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional) e as variáveis de dependência à nicotina (*craving* e grau de dependência).

4.7 Instrumento de coleta de dados

Questionário sociodemográfico, Teste Motivacional, *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ), *Questionnaire of Smoking Urges-Brief* (QSU-B), *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND), gravação e transcrição de grupo focal.

4.7.1 Etapas e estratégias da coleta

A coleta dos dados para o primeiro artigo foi realizada ao longo de seis anos de atividade do serviço. A estratégia foi a resposta aos questionários de anamnese clínica realizada pela médica pneumologista e por seus estudantes da Liga de Pneumologia. Os sujeitos da pesquisa são avaliados individualmente pela médica a cada 15 dias e no fim de três de meses de tratamento são considerados abstêmios ou ainda fumando.

A coleta de dados para o segundo artigo foi realizada por cinco estudantes de iniciação científica, devidamente treinados, para aplicação das escalas CTQ, QSU e Fagerström e questionário sociodemográfico. A coleta foi realizada coletivamente em um único dia, com os estudantes auxiliando as pessoas que apresentavam dificuldades em responder algumas perguntas.

A coleta dos dados para o terceiro artigo foi realizada durante dez encontros de grupo de apoio com a participação dos estudantes pelos registros de campo das atividades de cada dia. A outra parte dos dados foi colhida em dois grupos focais gravados e transcritos por uma pessoa contratada para sua realização.

4.8 Análise estatística

Para o artigo 1, os resultados foram apresentados sob a forma de estatísticas descritivas, utilizando-se tabelas de distribuição por frequência simples em percentuais para variáveis discretas, médias e desvio-padrão para as variáveis contínuas.

No artigo 2, os dados foram analisados com o auxílio do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16.0. Inicialmente, os dados quantitativos foram submetidos a estatísticas descritivas e testes T e ANOVA para verificar eventuais diferenças nos grupos por gênero. Em caso de a hipótese nula ser falsa, foi dado seguimento a análises de correlações bivariadas de Pearson e de Spearman. Para determinar a associação entre as variáveis predictoras e o desfecho, foi usada a análise de regressão linear multivariada. O nível de significância estatística adotado nesse estudo foi de 5% ou 0,05.

Para o artigo 3, o processo de análise qualitativa do material seguiu os critérios do decálogo da análise de conteúdo de Minayo (34) que se constituiu de dez passos orientados pela autora como método para organizar e interpretar o conteúdo das narrativas dos sujeitos da pesquisa. Em primeiro lugar, a leitura flutuante do material, com atenção ao objeto da pesquisa; ordenação do material das diversas fontes em categorias de acordo com o sentido dado ao conteúdo do texto. Em seguida, essas categorias foram agrupadas pelo sentido com fusões de algumas que traziam conteúdos semelhantes e criação de novas subcategorias alinhadas com o objetivo do estudo. Esse material deu condições de promover as primeiras interpretações de segunda ordem, indo além do que fora falado nos grupos.

4.9 Considerações éticas

A pesquisa está em conformidade com as normas éticas para pesquisa científica no Brasil, tendo sido autorizada segundo parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, CAAE 54693516.6.0000.5544, em 29 de junho de 2016 e está de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

5 RESULTADOS

Artigo 1: Análise dos usuários de programa de cessação ao tabagismo em tratamento de reposição de nicotina em ambulatório docente-assistencial.

Apresenta a descrição do perfil sociodemográfico e clínico das pessoas que buscaram tratamento ao tabagismo no serviço multiprofissional de tratamento ao tabagismo da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública ao longo de seis anos (2012-2018).

Artigo 2: Associações entre histórias de maus-tratos na infância e a dependência de nicotina nos tabagistas em tratamento de reposição de nicotina.

Apresenta um estudo de características quantitativas em que descreve sobre as possíveis associações entre histórias de maus-tratos na infância e dependência ao tabagismo.

Artigo 3: As contribuições do grupo de apoio de base sociopsicodramático em programa de tratamento ao tabagismo.

Apresenta um estudo de caso exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, no qual são descritos as atividades e o papel do grupo de apoio de bases humanistas ao tratamento do tabagismo em contexto docente-assistencial.

5.1 Artigo 1: Análise dos usuários de programa de cessação ao tabagismo em tratamento de reposição de nicotina em ambulatório docente-assistencial.

Ubton José Nascimento¹, Aquiles Assunção Camelier²

RESUMO

Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico de indivíduos que aderiram ao Programa de Tratamento ao Tabagismo do Centro Médico Bahiana Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, no período de 2012 a 2018. O programa tem características multiprofissionais em contexto docente-assistencial. O modelo de tratamento ao tabagismo adotado é de reposição de nicotina utilizando um grupo de apoio socioafetivo humanista, com encontros semanais. O público teve características censitárias, formado por 244 tabagistas usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), maior de 18 anos, no período de 2012-2018. Após análise descritiva de distribuição de frequência, foram obtidos os resultados de mulheres (66%), solteiros (38%), com escolaridade no ensino médio completo (37%) e ativamente trabalhando (50%). Destes, 41% tratam de distúrbios de ansiedade, enquanto 27% de depressão. Iniciaram o fumar com 17,4 anos, tempo médio de uso de 37 anos e carga tabágica de 36 maços/ano. O sentimento de tristeza (82%) e o uso de bebidas alcoólicas (86%) foram as variáveis mais prevalentes como gatilhos que levam eles a fumar. Este estudo sinaliza a necessidade de acompanhamento do grupo de usuários após tratamento por período para avaliar a manutenção da abstinência. Outro encaminhamento desta pesquisa foi a necessidade de atenção especial às variáveis que levam os tabagistas a procurar o cigarro.

Palavras-chave: Tabagismo. Grupo de apoio. Nicotina. Humanismo.

ABSTRAT

Analysis of the users of smoking cessation program in nicotine replacement treatment in a teaching-assistance outpatient clinic.

This study aimed to describe the sociodemographic and clinical profile of individuals who joined the Smoking Treatment Program of the Bahiana Health Medical Center of the Bahian School of Medicine and Public Health from 2012 to 2018. The program has multiprofessional characteristics in a teaching- medical team, a psychologist, a physiotherapist and undergraduate students of various courses. The adopted treatment model is to replace nicotine using a humanistic socio-affective support group, with weekly meetings. The public formed by 244 smokers users of the Unified Health System (SUS) over 18 years. After descriptive analysis of frequency distribution, results were obtained from Women (66%), single (38%), with high school education (37%) and actively working (50%). Of these, 41% treat anxiety disorders while 27% depression. They started smoking at 17.4 years, mean time of use of 37 years and smoking rate of 36 packs / year. The feeling of sadness (82%) and the use of alcoholic beverages (86%) were the most prevalent variables as triggers that lead these smokers to smoke. This study indicates the need for follow-up of the group of users after treatment by period to evaluate the maintenance of abstinence. Another aspect of this research was the need for special attention to the variables that lead smokers to seek a cigarette.

Keywords: Smoking. Support group. Nicotine. Humanism.

Introdução

O tabagismo é, hoje, a principal causa de morte evitável no mundo, sendo responsável por 480.000 mortes/ano, somente nos Estados Unidos (2). No Brasil, são mais de 200 mil mortes/ano por doenças tabaco relacionadas (2,35). A fumaça do cigarro tem, aproximadamente, 4.700 substâncias identificadas, estando entre elas, aldeído, cetonas, dióxido de carbono, monóxido de carbono, formol, nicotina, nitrosaminas, entre outras (3), das quais, 70 são, reconhecidamente, cancerígenas em seu uso prolongado. A expectativa de vida de um indivíduo fumante é 25% menor que a de um não fumante. Com as projeções sobre produção e consumo de cigarro em todo o mundo, o número de mortes pode chegar a oito milhões, em 2030 (1).

O governo brasileiro assume o compromisso com a *World Health Organization* (WHO) em desenvolver ações de combate ao tabagismo e assina a Convenção Quadro para Controle do Tabagismo (CQCT) (2,35). O Ministério da Saúde do Brasil aprimora o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) com a implantação do plano para abordagem e tratamento do tabagismo no SUS, aprovado pela Portaria SAS/MS 442/04(11), que visa levar tratamento ao tabagismo utilizando-se da rede da atenção básica à saúde e dos equipamentos de média complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo treinamento de profissionais para atuarem com ação medicamentosa, assim como para atendimento dos grupos dentro da abordagem cognitivo-comportamental. O modelo de tratamento adotado pelo Brasil foi o de reposição de nicotina associado à terapia cognitivo-comportamental (36), por ser considerado um tratamento de primeira linha. O objetivo da prescrição é ajudar na manutenção da abstinência, visto que é uma das grandes barreiras para a manutenção da cessação.

O serviço de tratamento ao tabagismo da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública foi implantado em 2012, no Centro Médico Bahiana Saúde, fruto da iniciativa de uma médica pneumologista e um psicólogo, fruto da experiência acumulada dirigindo grupos de apoio ao tratamento no programa de extensão universitária, desde 2006. A equipe é composta por uma médica pneumologista, credenciada pelo Ministério da Saúde (7,11), um psicólogo, uma odontóloga e uma fisioterapeuta, docentes da referida escola.

O serviço de atendimento ao tabagista utiliza o espaço físico da clínica de fisioterapia, onde acontecem as avaliações clínica médica e fisioterápica. Os sujeitos fazem a inscrição,

por telefone ou presencialmente, são chamados para entrevistas e anamnese clínica, realizadas pela médica pneumologista e por estudantes da liga de pneumologia. Todos os sujeitos são avaliados clinicamente antes de adentrarem ao programa, para que possam receber os devidos cuidados diante da complexidade da sua dependência ao tabagismo. Além do suporte médico e fisioterápico, tem-se o suporte psicológico em grupo de apoio e, caso haja necessidade, acompanhamento psicoterápico individual.

O propósito desse estudo foi traçar o perfil sociodemográfico e clínico dos indivíduos que aderiram ao Programa de Tratamento ao Tabagismo do Centro Médico Bahiana Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, no período de 2012 a 2018.

Método

Este é um estudo descritivo, utilizando-se de amostra censitária para o programa de tratamento. Os participantes são tabagistas que procuram voluntariamente o serviço nos últimos seis anos (2012-2018). Sujeitos em tratamento psiquiátrico ou portadores de cardiopatias precisam da indicação dos seus médicos para fazer parte do grupo.

A pesquisa esteve em conformidade com as normas éticas para pesquisa científica no Brasil, tendo sido autorizada segundo parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública sobre CAAE 54693516.6.0000.5544, em 29 de junho de 2016 e está de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Foram aplicados os seguintes instrumentos: anamnese clínica, em que consta um questionário sociodemográfico e, para avaliação da motivação, foi utilizada a escala *University of Rhode Island Change Assessment Scale* – URICA (38), que é composta por 32 itens divididos nas subescalas: Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção, já tendo sido validadas e adaptadas para a população brasileira.

Os dados foram tratados estatisticamente pelo programa SPSS, versão 16. Os resultados foram apresentados sob a forma de estatísticas descritivas, utilizando-se tabelas de distribuição por frequência simples em percentuais para variáveis discretas e médias e desvio-padrão para as variáveis contínuas.

Procedimentalmente, os sujeitos da pesquisa são avaliados individualmente pela médica a cada 15 dias e, no fim de três de meses de tratamento, são considerados abstêmios ou ainda fumando.

Resultados

Foram atendidos 244 usuários ao longo de seis anos (2012-2018) das mais variadas localidades de Salvador, das quais, 66% foram mulheres. A idade média das pessoas que procuram o serviço foi de 53,55 anos (10,93), sendo um maior número de solteiros (38%) e a outra parte dominante de casados (26%). A metade das pessoas (50%) ainda se encontra inserida ativamente no mundo do trabalho, sendo que 28% são aposentados. O nível de escolaridade desses sujeitos foi de 37% com ensino médio completo e 22% com ensino fundamental incompleto. A renda média familiar totaliza R\$2.723,46 (2.630,44), correspondendo a uma renda média per capita de R\$ 733,96.

Tabela 1: Caracterização do perfil dos 244 participantes no programa de tratamento ao tabagismo, atendidos no período de 2012-2018*. Salvador (Ba). 2017

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	161 (66,0)
Masculino	83 (34,0)
Estado Civil	
Casado	64 (26,2)
Solteiro	93 (38,1)
Divorciado	40 (16,4)
Separado	13 (5,3)
Viúvo	19 (7,8)
União estável	15 (6,1)
Escolaridade	
Ensino fundamental completo	10 (4,2)
Ensino fundamental incompleto	54 (22,7)
Ensino médio completo	88 (37,0)
Ensino médio incompleto	16 (6,7)
Superior completo	51 (21,4)
Superior incompleto	16 (6,7)
Pós-graduação	3 (1,3)
Situação de Trabalho	
Do lar	23 (10,8)
Encostado	23 (10,8)
Aposentado	60 (28,3)
Trabalhando	106 (50,0)
Número de dependentes	
1	60 (25,8)
2 ou 3	119 (51,1)
4 ou mais	54 (23,1)

*Centro Médico Bahiana Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Nesse público, quase metade dos que trabalham (45,7%) fuma no local de trabalho e 64,2 % fumam dentro de casa. Na grande maioria (93,4%), existia um membro da família que fumava, entre os quais, o pai (59,3%), os irmãos (60,9%) e a mãe (39,7%). Dessa forma, mais três pessoas fumam passivamente nos lares desses tabagistas, visto que 51% desses sujeitos moram com 2,71 (2,00) pessoas, agravando os danos à saúde desses sujeitos passivos, conforme Tabela 1.

Tabela 2: Caracterização clínica e da relação com o cigarro dos 244 participantes no programa de tratamento ao tabagismo, atendidos no período de 2012-2018*. Salvador (Ba). 2017

Variáveis	n (%)
Tipos de tabaco que usa:	
Cigarro industrializado	238 (97,5)
Palha	28 (11,5)
Acende primeiro cigarro do dia:	
Dentro de cinco min	28 (11,5)
De 6 a 30 min	31 (12,7)
De 31 a 60 min	88 (36,1)
Após 60 min	96 (39,3)
Tratou ou trata de transtorno psiquiátrico	
Sim (autodeclarado)	132 (54,1)
Ansiedade	102 (41,8)
Depressão	67 (27,5)
Transtorno do pânico	26 (10,7)
Distúrbio bipolar	6 (2,5)
Esquizofrenia	7 (2,9)
Não declarou	36 (14,6)
Faz uso de bebida alcoólica	208 (86)
Atividades diárias levam você a associar ao hábito de fumar?	
Café	193 (79,4)
Comer	141 (58,0)
Trabalho	75 (30,9)
TV	101 (41,6)
Beber	162 (66,7)
Tristeza	200 (82,3)
Amigos	154 (63,4)
Fumante na família?	
Sim.	227 (93,4)
Quem?	

Pai	144 (59,3)
Mãe	94 (38,7)
Irmãos	148 (60,9)
Fuma dentro de casa?	
Sim	156 (64,2)
Fuma onde trabalha?	
Sim	102 (45,7)
Estágio motivacional:	
Contemplativo	79 (32,5)
Determinação	140 (57,6)

*Centro Médico Bahiana Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

A idade média que essas pessoas começaram a fumar foi de 17,48 anos (5,56). Quase a totalidade das pessoas consome nicotina através do cigarro industrializado (97,5%), fumando há 35,65 (11,95) anos de suas vidas com uma média de 17,28 (10,81) cigarros em dias úteis da semana e 20,53 (15,46) cigarros nos fins de semana. Isso confere uma carga tabágica média de 35,86 (24,40) maços de cigarro/ano.

Com relação ao grau de gravidade da dependência à nicotina, 11,5% dos sujeitos acendem seu primeiro cigarro antes de cinco minutos após acordar. Apenas 12,7% fumam seu primeiro cigarro dos 6 aos 30 primeiros minutos depois que acordam. Outros (36,2%) fumam o primeiro cigarro dos 31 aos 60 primeiros minutos da manhã. O maior percentual acende seu primeiro cigarro após 60 minutos depois que acorda.

Elevada frequência de tabagistas que buscam tratamento no serviço (54%) declara que tratam ou já trataram algum transtorno mental. Entre os transtornos mais citados, a ansiedade com 41,8% é o mais frequente, seguido pela depressão 27,5%, transtorno do pânico 10,7%, transtorno bipolar 2,5 % e a esquizofrenia com 2,9%. Outros 14,6 % não declararam.

Quanto aos estágios motivacionais, 32,5% chegam ao programa no estágio contemplativo, quer dizer, vislumbram a possibilidade de parar de fumar e 57,6% encontram-se na determinação ou preparação para deixar.

Entre os participantes desta pesquisa, aqueles que consomem bebidas alcoólicas (86%) têm preferência pela cerveja (89%) e houve o percentual elevado (66,7%) daqueles que atribuem à bebida um iniciador para fumar. A tristeza foi o segundo motivo que leva as pessoas a fumar (82,3%), seguido pelo café como terceiro motivo disparador (79%). A companhia de amigos também foi fortemente citada (63,4%) como iniciador da vontade de fumar.

Quando avaliada a frequência das pessoas que deixaram o tabagismo, ao longo dos seis anos de atuação do serviço, verificou-se que 30% deles deixaram o programa em

abstinência ao cigarro. Esse dado refere-se ao momento da última consulta realizada pela médica pneumologista. Entre os que deixaram o cigarro, 46% foram do sexo masculino e 22% do sexo feminino.

Discussão

A análise do perfil sociodemográfico dos usuários do serviço de tratamento ao tabagismo do Centro Médico Bahiana Saúde revelou que a idade média dos sujeitos que procuraram o serviço nesse período foi de 53,55 anos (10,93). As mulheres foram as que mais procuraram tratamento ao tabagismo, apesar de os homens fumarem mais que as mulheres na população em geral (39). Estudos relatam que a diferença por gênero quanto aos cuidados com a saúde tem relação com o fato de as mulheres apresentarem fraca relação entre morbidade física e percepção de saúde: elas não precisam adoecer para perceber a necessidade de cuidar da saúde (22,40).

A idade de iniciação ao uso do tabagismo encontrada nessa população está condizente com aquela encontrada na pesquisa nacional, revelando que o tabagismo é uma doença de início na adolescência (41). Na cidade de Salvador, em pesquisa domiciliar (42), 88,9% dos adolescentes fumantes nunca foram impedidos de comprar cigarro nas lojas especializadas, sendo sua preferência a compra por unidade avulsa, o que fere o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (30). Portanto, isso pode estar contribuindo para que os jovens experimentem cigarro sem nenhuma restrição. Faz-se necessária uma campanha de fiscalização, orientação e incentivo ao tratamento na população mais jovem para que se possa diminuir a prevalência de tabagistas na fase adulta da vida.

As pessoas que buscam tratamento no Centro Médico da Bahiana apresentam como nível de escolaridade o ensino médio completo, que corresponde a 12 anos de estudo. A Pesquisa Especial de Tabagismo (40) sinaliza que a maior prevalência tabagista está nas pessoas com menor tempo de estudo, decrescendo à medida que o nível de escolaridade vai aumentando. Uma possibilidade para justificar essa diferença pode ser o fato de o serviço antitabagismo da Escola Bahiana de Medicina estar localizado num bairro da cidade onde tivemos, nos últimos vinte anos, uma drástica redução do analfabetismo passando de 6,62%, em 1991, para 2,64%, em 2010, reunidos em dados socioeconômicos e de infraestrutura, agregados por bairros e prefeituras-bairro do município de Salvador, em 2016 (42).

Dessa população pesquisada, a metade encontra-se em situação ativa de trabalho, sendo que quase metade deles fumam em ambiente de trabalho, o que pode levar os colegas à condição de fumantes passivos. Os estudos revelam que os fumantes passivos também têm sua saúde comprometida por conta da fumaça do cigarro, tendo o risco de desenvolver câncer de pulmão 30% maior que as pessoas não expostas à fumaça do cigarro, além de aumentar drasticamente complicações cardiovasculares em função da inalação da nicotina, que tem características vasoconstritoras (17).

A carga tabágica é um índice que indica o risco para o surgimento de doenças causadas pelo uso de cigarro por períodos prolongados. O risco de câncer de pulmão aumenta em relação direta com a carga tabágica, inclusive em mulheres fumantes passivas de seus maridos (39,43,44). O valor de carga tabágica apresentada nesta pesquisa indica a necessidade de alerta em relação ao surgimento de agravos à saúde desses sujeitos, requerendo que a equipe os encaminhe para avaliações médicas cuidadosas.

Em respostas ao teste de Fargerström, 36,1% dos sujeitos indicaram que acendem seu primeiro cigarro do dia de 31 a 60 minutos após acordar e 39,3% acendem após 60 minutos. Esse dado é um indicador do grau de gravidade da dependência da nicotina entre os pesquisados, sinalizando grau moderado de dependência. Em estudos brasileiros sobre o grau de dependência de nicotina (45) revelou que entre a população tabagista, no Brasil, há uma variação de moderada a grave quanto à gravidade da dependência.

A motivação tem sido variável determinante na busca e no sucesso do tratamento às dependências químicas (20). O público desta pesquisa apresentou percentual elevado de pessoas na fase de determinação ou preparação. Isso nos indica que mais da metade das pessoas que procuram esse serviço já admitem a necessidade de mudança e já estão planejando parar. Esse dado justifica a abordagem que o programa dá às pessoas que procuram o serviço, acolhendo-as e encaminhando-as para a avaliação clínica médica e ao grupo de apoio. A outra parte majoritária das pessoas encontra-se na fase contemplativa, requerendo atenção especial por conta do sentimento de ambivalência: querem parar de fumar, mas ainda têm dúvida se realmente darão conta do desafio de deixar o uso contínuo do tabaco por tanto tempo. Não houveram sujeitos na fase de ação da motivação, uma vez que ela corresponder ao processo de parada, propriamente dita, e todos os sujeitos declararam ser fumantes no momento da admissão ao programa.

Em pergunta dirigida sobre a saúde mental das pessoas que procuram o serviço, um elevado percentual (54%) declarou que já tratou ou ainda trata de algum transtorno mental. A

maior prevalência nas declarações foi para a ansiedade, em que 41,8% declararam que trataram ou ainda a tratam. O segundo transtorno mental mais citado pelos usuários foi a depressão (27,5%). Associação entre dependência da nicotina e ansiedade e/ou depressão já fora citado em estudos de revisão sistemática de literatura (46), ainda sem conclusões se são os transtornos que levam à depressão ou o sentido inverso. O que ficou constatado foi a associação positiva entre essas variáveis (47).

Esse dado no grupo pesquisado sugere a necessidade de cuidados especiais por parte da equipe, pois pode ter impacto direto sobre os riscos de recaída quando os sujeitos entrarem em abstinência durante o tratamento (47), levando-os a menores condições de enfrentar a carga de desafio que é manter-se em abstinência (48). Estudos indicam diminuição no sucesso ao tratamento quando a presença desse risco diminui a capacidade dos indivíduos tabagistas que o apresentam suportarem a pressão da síndrome de abstinência(49).

Um elevado percentual de sujeitos desta pesquisa indicou que fumam quando estão tristes ou para aplacar a tristeza. Estudos relatam a associação entre o comportamento de fumar e os afetos negativos (50,51), que se referem à experiência subjetiva do estado de humor. A tristeza é um dessas experiências subjetivas de característica negativa proveniente da relação dos sujeitos com suas questões cotidianas (52).

Um extenso estudo prospectivo realizado nos Estados Unidos (53,54) demonstra uma associação robusta entre a vivência de situações adversas na infância, saúde mental (55) e o aumento do risco de persistir na utilização do uso de álcool e nicotina. Esse fato nos coloca diante da necessidade de levantarmos dados retrospectivos das histórias de maus-tratos sofridas pelos sujeitos que procuram tratamento ao tabagismo, pois isso poderia melhorar o prognóstico do tratamento, uma vez controladas essas variáveis.

Conclusões

Este estudo revelou o perfil sociodemográfico e clínico do público que procura o serviço de Tratamento ao Tabagismo do Centro Médico Bahiana Saúde da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, indicando a distribuição da frequência em variáveis importantes para o conhecimento das características do público admitido no programa de tratamento nos últimos seis anos. Os dados deste estudo têm sua relevância quando associados a outros estudos que vêm sendo desenvolvidos por outros pesquisadores com esse mesmo público, que viabilizará o aprimoramento da atenção dispensada aos sujeitos tabagistas, para o

desenvolvimento de alternativas terapêuticas e organizativas buscando as melhorias do serviço.

Novas pesquisas precisam seguir acompanhando variáveis e suas associações com a dependência à nicotina: os gatilhos envolvendo sentimento de tristeza, ansiedade, depressão, estresse dos relacionamentos interpessoais no cotidiano requerem atenção dos estudiosos do assunto. São variáveis difíceis de serem acompanhadas por envolverem processos psicológicos diversos. As novas pesquisas devem dedicar considerável atenção às variáveis subjetivas com capacidade preditiva para o desfecho de sucesso ao tratamento.

Referências:

1. Mirra AP, Reichert J SC. Evidências Científicas sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário Projeto Diretrizes. Assoc Médica Bras. 2013;1-71.
2. Health Organization W. WHO Framework Convention on Tobacco Control [Internet]. Geneva; 2003 [cited 2018 Mar 13]. Available from:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>
3. INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco [Internet]. 2011 [cited 2018 Mar 10]. p. 58. Available from:
<https://drive.google.com/file/d/0B0HvJttn0WXDMjN0WG1MMldrV3M/view?usp=sharing>
4. Inca INDC- Tabagismo um grave problema de saúde pública [Internet]. 1ª. Vol. 1, Instituto Nacional de Câncer - INCA. Rio de Janeiro; 2007. Available from:
http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf%3E.
5. Bizarro L, Peuker A C, Castro E K. Self-regulatory strategies to longer nicotine abstinence maintenance in former smokers. Rev Bras Ter Cogn. 2016;12(1):2-11.
6. Presman S, Carneiro E GA. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. Rev Psiquiatr Clín. 2005;32(5):267-75.
7. Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Rev Psiquiatr Clín. 2005;32(5):283-300.
8. Marlatt A DD. Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. 2ª. Artmed Editora, editor. Poto Alegre; 2000.
9. Grassi-oliveira R, Ashy M, Stein LM. Psychobiology of childhood maltreatment :

- effects of allostatic load ? *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(1):60–8.
10. Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete CID 10. 10^a.* EDUSP, editor. São Paulo; 2007.
 11. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) [Internet]. Ministério da saúde. 2015 [cited 2018 Jul 15]. Available from: www.saude.gov.br/dab
 12. Ferreira PL, Quintal C LI, Taveira N. Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 2009;27(2):37–56.
 13. Araujo JS. Oficina do afeto - uma intervenção em atenção primária à saúde e a contribuição da teoria psicodramática. *Revista APS.* 2005;74–9.
 14. Moreno J. *Psicoterapia de grupo e psicodrama. 3^a.* Pleno L, editor. Campinas; 1999.
 15. Dolores M, Toloí C. Sociodrama temático: um procedimento de pesquisa. *Revista Brasileira de Psicodrama.* 2015;14–22.
 16. Volkow ND, Wang G, Fowler JS, Tomasi D. Addiction Circuitry in the Human Brain. *Focus (Madison).* 2015;13(3):341–50.
 17. Rosemberg J. *Nicotina: Droga Universal.* São Paulo; 2003.
 18. Ray R SRA, Lerman C. *Nicotine Dependence : Biology, Behavior, and Treatment.* *Annu Rev Med.* 2009;60(247–60).
 19. Koob GF, Le Moal M. Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. *Philos Trans R Soc B Biol Sci.* 2008;363(1507):3113–23.
 20. Brunzell H D MJM. Alpha7 Nicotinic Acetylcholine Receptors Modulate Motivation to Self-Administer Nicotine : Implications for Smoking and Schizophrenia. *Am Coll Neuropsychopharmacol.* 2012;37(5):1134–43.
 21. Weiss F. Neurobiology of craving, conditioned reward and relapse . *Neurociences.* 2005;5(January):9–19.
 22. Gerrit T. Koopmans LML. Gender and health care utilization: The role of mental distress and help-seeking propensity. *Soc Sci Med.* 2007;64:1216–30.
 23. Germeroth LJ, Wray JM, Gass JC TS. Diagnostic Utility of Craving in Predicting Nicotine Dependence: Impact of Craving Content and Item Stability. *nicotine Tob Res.* 2013;15(12):1988–95.
 24. JM H. *The Clinical Significance of Craving Across the Addictive Behaviors: a Review.* Springer Int Publ. 2017.
 25. Balistreri K S A-HM. Adverse childhood experiences, family functioning and


- adolescent health and emotional well-being. *Public Health*. 2015;1–7.
26. Brown N M, Brown S N, D BR, Germán M, Belamarich P F, Oyeku S O. Associations Between Adverse Childhood Experiences and ADHD Diagnosis and Severity. *Acad Pediatr Assoc*. 2017;17(4):349–55.
 27. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del maltrato infantil : Qué hacer , y cómo obtener evidencias*. Ginebra; 2009.
 28. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência & Saúde*. 2016;21(3):871–80.
 29. Van Dam NT, Rando K PN et al. Childhood Maltreatment, Altered Limbic Neurobiology, and Substance Use Relapse Severity via Trauma-Specific Reductions in Limbic Gray Matter Volume. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(8):917–25.
 30. Governo Brasileiro. *Estatuto da Criança e do Adolescente* [Internet]. 2009 p. 1–84. Available from: http://compassion.com.br/v2/wp-content/uploads/2017/09/Compassion_ECA.pdf.
 31. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP GD. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(9):2305–17.
 32. ALD P, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde*. 2005;12(1):42–9.
 33. Faleiros JM, Matias Araújo AS, Bazon MR. Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(2):337–48.
 34. Minayo M C S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Colet*. 2012;17(3):621–6.
 35. Mengel AA, Diesel V. Globalização, Convenção Quadro para o controle do tabaco e as disputas pelos rumos dos territórios fumicultores. *Revista Ideas*. 2009;3(2):226–55.
 36. Mesquita AA. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 2013;XV:35–44.
 37. Álvaro J, Marcolino M, Andrade L, Mathias T, Filho LP, Guaratini ÁA, et al. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório. *Rev Bras Anesthesiol*. 2007;57(1):52–62.
 38. Clemente CCDI. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change 1. 1982;19:276–88.

39. Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde. Pesquisa Especial de Tabagismo - PETab: Relatório Brasil. Rio de Janeiro; 2011. 205 p.
40. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5/6):365–73.
41. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde (INCA/MS). Prevalência do Tabagismo no Brasil. Rio de Janeiro; 2011.
42. CONDER - Companhia de Desenvolvimento Urbano. Painel de Informações Dados Socioeconômicos do Município de Salvador. Salvador; 2016.
43. Zamboni M. Epidemiologia do câncer do pulmão. *J Pneumol*. 2002;28(1):41–7.
44. Pechacek T, Tong V. Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses. *Oncol times*. 2009;42–4.
45. Carvalho CRSC. O Instituto Nacional do Câncer e o Controle do Tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS. 2009.
46. Mres MF, Taylor AE, Mres MG, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. 2018;(May):3–13.
47. Froeliger B, Modlin LA KR et al. Smoking Abstinence and Depressive Symptoms Modulate the Executive Control System During Emotional Information Processing. *Addict Biol*. 2012;17(3):668–79.
48. França SAS, Souza TAS MN et al. Fatores associados à cessação do tabagismo. *Rev Saúde Pública*. 2015;49(10).
49. Ferguson SG SS. Effect of high-dose nicotine patch on the characteristics of lapse episodes. *Heal Psychol*. 2010;29(4):358–66.
50. Rangel D, Castro G De. Sentimento de discriminação em estudantes : prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):236–45.
51. Shiffman S, Paty JA, Gwaltney CJ DQ. Immediate Antecedents of Cigarette Smoking : An Analysis of Unrestricted Smoking Patterns. *J Abnorm Psychol*. 2004;113(1):166–71.
52. Bowlby J. Apego e perda: perda: tristeza e depressão. Martins Fontes, editor. 1998.
53. Elliott JC, Stohl M, Wall MM, Wall MM et al. Childhood maltreatment, personality disorders, and 3-year persistence of adult alcohol and nicotine dependence in a national sample. *Addiction*. 2016;111(5):913–23.
54. Elliott JC, Stohl M, Wall MM et al. The risk for persistent adult alcohol and nicotine

- dependence: the role of childhood maltreatment. *Addiction*. 2014;109(5):842–50.
55. Keyes KM, Eaton NR, Krueger RF, McLaughlin KA, Wall MM, Grant BF, et al. Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *Br J Psychiatry*. 2012;200:107–15.

5.2 Artigo 2: Associações entre histórias de maus-tratos na infância e a dependência de nicotina em tabagistas em tratamento de reposição de nicotina.

ScholarOne Manuscripts™ Ubton José Nascimento ▾ Instructions & Forms Help Log Out

 Revista Brasileira de Psiquiatria

[Home](#) [Author](#)


Author Dashboard

Author Dashboard

- 1 Submitted Manuscripts** >
- [Start New Submission](#) >
- [Legacy Instructions](#) >
- [5 Most Recent E-mails](#) >

Submitted Manuscripts

STATUS	ID	TITLE	CREATED	SUBMITTED
ADM: Editorial Office, RBP	RBP-2018-0028	Association between stories of childhood maltreatment and nicotine addiction in smokers. View Submission	21-Jan-2018	21-Jan-2018
• Awaiting Admin Processing		Cover Letter		

SCHOLARONE™


Revista Brasileira de Psiquiatria

Revista Brasileira de Psiquiatria

RBP

Brazilian Journal of Psychiatry

Official Journal of the
Brazilian Psychiatric Association

**Association between stories of childhood maltreatment and
nicotine addiction in smokers.**

Journal:	<i>Revista Brasileira de Psiquiatria</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Original Article
Date Submitted by the Author:	n/a
Complete List of Authors:	Nascimento, Ubton José; Escola Bahiana de Medicina e Saude Publica, Psicologia Camelier, Aquiles; Universidade do Estado da Bahia, Ciencias da vida
Keyword:	Child maltreatment, nicotine addiction, craving

SCHOLARONE™
Manuscripts

BRAZILIAN PSYCHIATRY MAGAZINE

**Association between stories of childhood maltreatment
and nicotine addiction in smokers.**

Ubton Nascimento¹, Aquiles Assunção Camelier^{1,2}

1- Postgraduate Program in Medicine and Health, School of Medicine and Public Health - Bahiana.

2- Department of Life Sciences, State University of Bahia

School of Medicine and Public Health - Bahiana.

Corresponding Author: Ubton José Argolo Nascimento.

Address: Avenue Santos Dumont, 5535, Condomínio Vilas do Bosque, casa H-34, Lauro de Freitas, Bahia, Brasil. CEP. 42712-900. Tel.: +55 (71) 991789082/3374-5062.

E-mail. ubtonjose@bahiana.edu.br

BRAZILIAN PSYCHIATRY MAGAZINE

Association between stories of childhood maltreatment and nicotine addiction in smokers.Ubton Nascimento¹, Aquiles Assunção Camelier^{1,2}

1- Postgraduate Program in Medicine and Health, School of Medicine and Public Health - Bahiana.

2- Department of Life Sciences, State University of Bahia

School of Medicine and Public Health - Bahiana.

Objective: Determining the associations between histories of childhood maltreatment and nicotine addiction in smokers undergoing nicotine replacement therapy.

Method: A descriptive, cross - sectional measuring the associations between childhood maltreatment and nicotine addiction, performed at the health care clinic of the Bahia School of Medicine and Public Health. Participants answered the sociodemographic questionnaire, the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Questionnaire of Smoking Urges-Brief (QSU) and the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND). Data were submitted to bivariate correlations of Pearson, Spearman and logistic regression.

Results: Of the 34 patients, the majority of females (67.6%), with a predominance of high school education (34.4%), mean age 58.06 ± 11.44 years. The stories of childhood maltreatment classified as moderate and of dependence considered mild. We found associations between histories of childhood abuse and nicotine dependence and the severity profile of addiction.

Conclusions: Physical abuse with predictive capacity of 9.4% of craving variance and physical neglect with predictive capacity 17.6% of variance of severity profile of dependence. They signal to care for smoking cessation treatments focused on abstinence.

Keywords: Child maltreatment; nicotine addiction; craving

Introduction

The consumption of cigarettes has been suffering a strong attack all over the world. The Framework Convention¹, signed by 168 countries, was the fastest-growing treaty in the world, which highlights the importance of controlling this public health problem. However Smoking remains the leading cause of preventable death in the

1
2
3 world, accounting for 480,000 deaths / year, in the United States alone. In Brazil, data
4
5 from 2013 are more than 200 thousand deaths / year from tobacco-related diseases¹.
6
7 Given this fact, studies have been developed in the academic environment in order to
8
9 map the relationships involving the use of tobacco-related products and propose
10
11 preventive measures and treatment for it.
12

13
14 Despite the campaigns developed, very little is known about what causes people
15
16 not to adhere to or abandon treatment. Among so many factors, craving, as well as the
17
18 great craving for substance use, has been highlighted as a predictive variable for
19
20 abandonment to treatments or relapse. Craving is cited as one of the basic characteristics
21
22 of substance dependence in the current version of the International Classification of
23
24 Diseases (CID 10)² and the DSM-V³ version. Image studies reinforce this position when
25
26 it reaffirms the association between specific craving tests and regions of the brain linked
27
28 to rewards^{4,5}. The reward theory indicates that the neural pathway related to addictive
29
30 practices is the mesolimbic dopaminergic, also known as pleasure circuit.
31

32
33 Other pathways have led researchers to recognize the role of the insula in
34
35 nicotine addiction. It has been posed as the fundamental neural substrate in controlling
36
37 the urge to smoke. Severe smokers, who have developed insular brain lesions, have
38
39 altered dependency. The insula may participate in the assessment of distressing,
40
41 interoceptive cognitions as an alarm Center for homeostatic hazards or changes⁶. This
42
43 internal alarm hypothesis is consistent with the findings that insula is associated with
44
45 memories of emotion-generating situations.⁷
46

47
48 The stories of childhood maltreatment are strongly associated with mental health
49
50 in adulthood⁸. Among the types of maltreatment in childhood we have neglections
51
52 (physical and emotional), abuses (physical, emotional and sexual) as main⁹.
53
54 Maltreatment and traumas in childhood are related to the decrease in gray matter
55
56
57
58
59
60

1
2
3 volume in the region of the limbic system, which is predictive of psychoactive
4
5 substance abuse¹⁰.
6

7 **Tabela 1** Epidemiological distributions among the main types of maltreatment in some
8 countries¹¹

	Neglect and Abandonment %	Physical abuse %	Sexual abuse %	Emotional abuse %
Australia	34	28	10	34
Canadá	41	25	9	25
England	39	19	10	18
Brazil	41	38	9,5	15,5

10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22 In view of this, the effectiveness of smoking cessation campaigns, as well as
23
24 other drugs throughout the world, has been hindered by factors that are adverse to
25
26 abstinence. In fact, substance use has been used by addicts as a resource to deal with
27
28 situations that affect the neurochemical regulation system from the aftermath of ill-
29
30 treatment stories¹².
31
32

33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
The present study seeks to verify associations between histories of childhood
maltreatment and nicotine dependence in smokers in treatment with nicotine
replacement by transdermal patch and support group.

Method

Study Design and sample size

Descriptive cross-sectional study that evaluated the associations between
childhood maltreatment and nicotine dependence in a group of smokers undergoing
nicotine replacement therapy, performed from June 2016 to July 2017 at the
Assistencial Teaching Outpatient Clinic (ADAB) of Bahiana School of Medicine and
Public Health. These patients voluntarily seek the smoking cessation service, "Quit

1
2
3 Smoking Without Mysteries", made possible by the Ministry of Health of Brazil and
4 developed in partnership with INCA (Cancer Institute of the University of São Paulo).
5
6 The convenience sample consisted of 34 patients aged 33 and 80 years.
7
8

9 10 11 *Instruments* 12

13
14 The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), with translation and validation
15 for Brazil¹³, is a self-reporting measure that investigates five factors: physical abuse,
16 emotional abuse, sexual abuse, physical neglect, and emotional neglect¹⁴. It also has a
17 scale of minimization / negation of responses. Participants respond to 28 assertions
18 related to situations occurring in childhood on a five-point Likert scale
19
20 The Questionnaire of Smoking Urges-Brief (QSU)¹⁵- Portuguese version¹⁶ is a craving
21 scale composed of 10 questions, in which the individual responds to a 7-point likert
22 scale ranging from "totally disagree" to "strongly agree". The QSU-B can be analyzed
23 by means of the total sum of points, the points of the categories and points of factors 1
24 (desire to smoke and anticipation of the pleasure of smoking), and factor 2 (anticipation
25 of the relief of negative affection, of the symptoms of nicotine withdrawal, and by the
26 urgent and sweeping urge to smoke)
27
28 To assess the severity profile of smoking, we used the Fagerström Test for Nicotine
29 Dependence scale (FTND)¹⁷ - a test that assesses the typical pattern of smoking and
30 classifies nicotine dependence as mild, moderate, or severe. The validated version for
31 smokers in Brazil was used in this study.¹⁸
32
33 Data sheet with sociodemographic data used to identify characteristics of the sample,
34 factors related to tobacco consumption.
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Procedures

The research was in compliance with the ethical norms for scientific research in Brazil and was authorized according to the opinion of the Committee of Ethics in Research of the Bahian School of Medicine and Public Health on April, 16, 2016 (CAAE 54693516.6.0000.5544). Data collection took place at the Assisting Teaching Outpatient Clinic of the Bahian School of Medicine and Public Health, where the meetings for the group stage of anti-smoking treatment are held. The Informed Consent Term was delivered, read and signed. The questionnaires were answered individually by each subject. People who had some doubts were promptly helped.

Statistical analysis

The data were organized in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 21.0. Initially, the quantitative data were submitted to descriptive statistics and T and ANOVA tests to verify any differences in the groups followed by analyzes of bivariate correlations of Pearson, Spearman and logistic regression.

Results

The sociodemographic characteristics of the sample are presented in Table 1. The patients were female (67.6%), brown (64.5%), unmarried (56.3%) and predominantly high school (34.4%), with ages ranging from 33 to 80 years (M = 58.06 ± 11.44 years).

Tabela 2 Sociodemographic characteristics

Variables	Categories	Frequency (n)	Percentages
Sex	Male	11	32,4%
	Female	23	67,6%
Complexion	Black	4	12,9%
	White	7	22,6%
	Brown	20	64,5%

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Conjugal Situation	Married	14	43,7%
	Singles	18	56,3%
Education	Elementary School	6	18,8%
	Incomplete high school	5	15,6%
	Complete high school	11	34,4%
	Incomplete higher	1	3,1%
Age	Graduated	9	28,1%
	30 a 40 years	3	9,7%
	41 a 50 years	3	9,7%
	51 a 60 years	11	35,5%
	More of 60 years	14	45,2%

Participants fulfilled the criteria for nicotine dependence by ICD-10², with tobacco use time of 38.46 ± 12.17 years, with a mean consumption of 20.07 ± 10.66 cigarettes. The majority (96.8%) of the participants signaled the use of cigarettes of the industrialized type with a filter and also presented passive smoking (89.7%), with a mean exposure of 24.17 ± 14.88 years. The mean points in the categories of childhood abuse (CTQ) were: emotional abuse 9.19 ± 3.83 , physical abuse 7.97 ± 4.63 , sexual abuse 6.13 ± 2.21 , emotional neglect $10, 16 \pm 5.43$ and physical negligence 8.34 ± 3.66 . All these averages are classified as moderate¹⁹.

The total number of points obtained in Craving (QSU) for the participants was 23.94 ± 16.94 , considered as a light degree. Factor 1 obtained a mean of 11.35 ± 7.79 , which is also classified as light craving and Factor 2 obtained a mean of 6.53 ± 4.83 classified as moderate¹⁶. The category smoking desire 6.55 ± 5.88 , anticipation positive effect 4.78 ± 3.83 , relief of symptoms 5.19 ± 4.27 and intention to smoke 7.56 ± 4.99 .

The mean value obtained in the severity profile of smoking dependence (FTND) was 5.00 ± 2.72 , which is classified as a mild degree of dependence on smoking²⁰.

As for the comparative analysis by sex of the participants, some significant differences were found in relation to Craving ($t = 1,994$; $p = 0,02$). The overall mean of men was greater 14.64 ± 9.71 , when compared to that of women 9.55 ± 6.03 . The same

occurs in Factor 2 ($t = 1,803$, $p = 0.001$), men with a mean of 8.18 ± 5.70 , and women 5.67 ± 4.19 .

In the categories of childhood trauma, it was noticed that emotional abuse also presented differences as to sex ($t = 12,167$, $p = 0.002$). The mean of the women was higher 9.52 ± 3.32 , when compared to the men 8.55 ± 4.76 . The same occurs with regard to emotional neglect ($t = 18,715$, $p = 0.001$), women (10.71 ± 5.61) and men (9.09 ± 5.14)^{21,22}.

Correlations Trauma in childhood and other factors

As observed in Table 3, the positive and moderate correlations between physical abuse and number of cigarettes ($r = 0.557$, $p = 0.001$), emotional neglect and cigarette numbers ($r = 0.462$, $p = 0.001$) were observed. Physical abuse and FNTD cigarettes ($r = 0.455$; $p = 0.001$) and physical neglect and FNTD cigarettes ($r = 0.365$; $p = 0.005$).

Tabela 3 Multivariate analysis of the association between Childhood Maltreatment (CTQ), Number of day cigarettes, *Craving* and FNTD

	Childhood Maltreatment				
	Emotional abuse	Physical abuse	Sexual abuse	Emotional neglect	Physical neglect
Number of Cigarettes	,365*	0,557**	0,416*	0,462**	0,360*
QSU Factors					
1	0,174	0,16	-0,187	0,03	0,11
2	0,317*	0,342*	-0,028	0,287	0,351*
QSU Categories					
Desire to smoke	0,319*	,306*	-0,165	0,236	0,237
Anticipation effect positive	0,04	0,15	-0,225	0,026	0,01
Relief symptoms	0,313*	0,326*	-0,023	0,264	0,343*

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Intention to smoke	0,102	0,086	-0,238	-0,035	0,038
FNTD	0,294	0,455**	0,197	0,332*	0,365*

* The correlation is significant at the 0.05 level (unilateral).

** The correlation is significant at the 0.01 level (unilateral).

There were positive and low correlations between emotional abuse and Factor 2 ($r = 0.317$, $p = 0.005$), physical abuse and Factor 2 ($r = 0.342$, $p = 0.05$) and physical neglect and Factor 2 ($r = 0.351$, $p = 0.005$).

Positive and low correlations between emotional abuse and the desire to smoke with ($r = 0.319$, $p = 0.005$) and emotional abuse and symptom relief ($r = 0.313$, $p = 0.05$). Also, correlations between physical abuse and the desire to smoke ($r = 0.306$, $p = 0.05$) and physical abuse and symptom relief ($r = 0.326$, $p = 0.05$).

Positive and low correlations were observed between the severity profile of smoking and emotional neglect ($r = 0.332$, $p = 0.05$) and physical neglect ($r = 0.365$, $p = 0.05$). And, positive and moderate correlations with physical abuse ($r = 0.455$, $p = 0.01$).

Positive and low correlations were found between Craving and the severity profile of smoking. Total Craving and Profile of the severity of smoking ($r = 0.391$, $p = 0.05$), Factor 1 and Profile of the severity of smoking ($r = 0.377$; $r = 0.346$, $p = 0.05$).

Positive and moderate correlations were also found between Factor 2 and severity profile ($r = 0.457$, $p = 0.01$) and relief of symptoms and smoking severity profile ($r = 0.487$; $p = 0.01$).

Regression Analysis

Once the relationship between childhood maltreatment and Craving was identified, we started to analyze the joint effect of predictor variables, making it possible to identify those factors that are more determinant and, consequently, deserve more attention at the time of elaboration. intervention strategies. All the variables that

1
2
3 presented significant relationships ($p < 0.005$) with the profile of smoking severity and
4
5 Craving were inserted into the regression.
6

7
8 Of the set of variables tested as antecedents of Craving, we had physical
9
10 negligence with predictive capacity of 9.4% ($F = 0.00$, $p = 0.00$) of the variance of the
11
12 anticipation of the relief of the negative affection, the withdrawal symptoms of nicotine,
13
14 and by the urgent and exhilarating desire for smoking (QSU Factor 2)^{4, 15}.
15

16
17 Of the variables tested as antecedents of the severity profile of smoking
18
19 dependence we had physical abuse with predictive capacity of 17.6% of the variance of
20
21 this variance ($F = 6.78$, $p = 0.001$).
22

23 24 **Discussion**

25
26 This study aimed to evaluate the association between childhood abuse and
27
28 smoking dependence in smokers in nicotine replacement therapy and support group.
29
30 The sample studied had a long time exposure to tobacco (about 40 years) with average
31
32 consumption of one pack of cigarettes per day in adults over 30 years. There was a
33
34 predominance of females, perhaps due to a preference of this gender in better health
35
36 care. The level of schooling of the sample was slightly different from that found in
37
38 Brazil, where just over half (52%) of the population has only complete primary
39
40 education and 13.5% have completed higher education²⁵, being that the sample studied
41
42 has a better educational profile, perhaps due to specific characteristics of access to the
43
44 smoking program, to which they were included.
45
46

47
48 The main results found in the present study indicate the marked role of physical
49
50 abuse and physical neglect as predictors of nicotine dependence. Several studies have
51
52 confirmed the association between childhood maltreatment and other situations that are
53
54 adverse to psychological disorders and the use of psychoactive substances^{23,24}.
55
56
57
58
59
60

1
2
3 In view of the results found, the general points average for the abuse stories was
4 considered moderate, a fact that should pay attention to the health professionals who
5 care for candidates for smoking cessation.
6
7
8

9 It is noticed the existence of 87.6% of "underreporting" of maltreatment (false
10 negatives). The indicator is particularly salient when the test profile consists of very low
11 scores of maltreatment in one or more areas of maltreatment. This profile suggests a
12 tendency to minimize or deny the facts when responding to the questionnaire. Under
13 these circumstances, the profile of low maltreatment scores was interpreted with caution
14 and other data sought to verify the absence of abuse and neglect. This fact is supported
15 by the literature on the effect of social acceptance¹⁵.
16
17
18
19
20
21
22
23

24 The overall score of the craving as well as the severity profile of the FTND
25 dependency was considered mild and its association weak. This may be due to the fact
26 that the general measure of maltreatment has been moderate. The literature indicates a
27 positive association between these variables²².
28
29
30
31
32

33 There were differences by gender, both in the variables mistreatment in
34 childhood, as well as craving. Women presented higher rates of abuse stories than
35 men²². Result reversed when the variable was the craving: the men presented higher
36 rates. According to the literature, it is unclear why women are more vulnerable than
37 men to maltreatment.
38
39
40
41
42

43 It was clear the marked role of physical abuse, physical neglect as predictors of
44 nicotine dependence, especially the correlation with the relief of affections and negative
45 symptoms promoted by nicotine. Among the factors of abuse, physical neglect
46 presented greater predictive capacity in relation to craving factor 2, and physical abuse
47 predicts severity profile of dependence. It is worth mentioning that in the case of
48 maltreatment in childhood, physical care and attention precede other types of
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 mistreatment, such as emotional and sexual abuse. Physical neglect would be related to
4 the stories of abandonment, since they cease to care physically, feed, give physical
5 security, configure the same. While physical abuse, such as the use of force, places us
6 before another type of perpetration, where the active role of the perpetrator imposes
7 passivity on the perpetrator.
8
9

10
11
12
13 In view of the relationship indicated by this study and other records in the
14 literature, intervention in the histories of childhood maltreatment and trauma can help to
15 minimize the affect and negative feelings in the desire to smoke to alleviate the
16 symptoms. This confirms the theory that after subjects become dependent, cigarette use
17 is done by relieving symptoms of withdrawal and stress²⁶.
18
19

20
21
22
23 We have few studies that indicate this association and the need for intervention
24 in this association²². Thus, treatment programs could have a better prognosis regarding
25 treatment withdrawal and relapses. Bringing the subjects to abstinence from nicotine
26 may expose them to distressing situations now without the mediation of nicotine.
27 Therefore, promoting intervention in the histories of child abuse with therapy
28 methodologies, such as processing, should soften the prediction regarding craving and
29 relapse.
30
31

32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
The fact that this study is not controlled puts us before an exploratory study.
This does not make it less relevant to other studies, and may create the basis for a
controlled clinical trial with blind possibilities. But we can not make further scientific
inferences, and be limited to brief conclusions.

Another factor that we can question is the sample size. The calculation was
made based on the prevalence of smokers in the city of Salvador, according to the latest
survey, and the average prevalence of maltreatment in Brazil. In order for us to be able

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

to include other variables in our analysis, we should have a larger sample. That would give us more confidence in the predictions.

This study signals to place the psychological effects of memories of abuse at the heart of addiction treatment. It would be counter-indicated to expose people who for years have been adapted to dealing with their everyday issues with cigarettes as a "companion of difficult times". Once without the same, how would they now deal with the negative affects originating from such memories.

This study confirms the significant association between psychological effects of memories of maltreatment with fissure and elements of nicotine dependence. A factor that would justify the valuation of a specific approach to ill-treatment in candidates for smoking cessation. An issue that deserves attention in future studies, would be how to intervene with the minimization of the negative affects originated from such memories.

Disclosure

The authors report that there are no conflicts of interest.

References

- 1 Mengel A A, Diesel V. Globalization, Framework Convention on tobacco control and disputes over the directions of tobacco farmers. *Revista IDEAS*, v. 3, n. 2, p. 226-255, jul./dez. 2009.
- 2 World Health Organization. *CID-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.
- 3 American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- 4 Drobos J D, Tiffany S T. Induction of Smoking Urge Through Imaginal and In Vivo Procedures: Physiological and Self-Report Manifestations. *Journal of Abnormal Psychology* 1997, vol. 106, No. 1, 15-25.
- 5 Sehlmeier C, Schönig S, Zwitterlood P, Pfliegerer B, Kircher T, Arolt V, et al. Human Fear Conditioning and Extinction in Neuroimaging: A Systematic Review. *PLoS ONE*, June 2009 | Volume 4 | Issue 6 | e5865.

- 1
2
3 6 Naqvi N H, Rudrauf D, Damasio H, Bechara A. Damage to the Insula Disrupts
4 Addiction to Cigarette Smoking. *Science*. 2007 January 26; 315(5811): 531–534.
5 doi:10.1126/science.1135926.
- 6 7 Craig A D. How do you feel? Interoception: the sense of the physiological condition
7 of the body. *Nature Reviews | Neuroscience*, volume 3 | august 2002 | 655.
- 8 8 Daigre C, Rodríguez-Cintas L, Tarifa N, Rodríguez-Martos L, Grau-López L,
9 Berenguer M et al. History of sexual, emotional or physical abuse and psychiatric
10 comorbidity in substance-dependent patients, *Psychiatry Research*,
11 <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.08.008>.
- 12 9 Elliott J C, Stohl M, Wall M M, Keyes K M, Skodol A E, Eaton N R et al. Childhood
13 maltreatment, personality disorders and 3-year persistence of adult alcohol and nicotine
14 dependence in a national sample. *Addiction Research Report.*, 111, 913–923
15 doi:10.1111/add.13292.
- 16 10 Van Dam N T, Rando K, Potenza M N, Tuit K, Sinha R. Childhood Maltreatment,
17 Altered Limbic Neurobiology, and Substance Use Relapse Severity via Trauma-
18 Specific Reductions in Limbic Gray Matter Volume. *JAMA Psychiatry*.
19 2014;71(8):917-925. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.680.
- 20 11 Pires A L D, Miyazaki M C O S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão
21 da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde* 2005 jan-mar;12(1):42-9.
- 22 12 Kassel J D., Paronis C A., Stroud L R. Smoking, Stress, and Negative Affect:
23 Correlation, Causation, and Context Across Stages of Smoking. *Psychological Bulletin*,
24 2003, Vol. 129, No. 2, 270–304. DOI: 10.1037/0033-2909.129.2.270.
- 25 13 Grassi-Oliveira R, Cogo-Moreira H, Salum GA, Brietzke E, Viola TW, et al.
26 Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian Samples of Different Age Groups:
27 Findings from Confirmatory Factor Analysis; 2014.
- 28 14 Bernstein, D. P., & Fink, L. Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-
29 report: Manual. Psychological Corporation; 1998.
- 30 15 Cox, L. S., Tiffany, S. T., & Christen, A. G. Evaluation of the brief
31 questionnaire of smoking urges (QSU-brief) in laboratory and clinical settings. *Nicotine*
32 *& Tobacco Research*, 2001, 3(1), 7-16.
- 33 16 Araújo, R. B., Oliveira, M. D. S., Moraes, J. F. D., Pedroso, R. S., Port, F., & Castro,
34 M. D. G. T.D. Validation of the Brazilian version of Questionnaire of Smoking Urges-
35 Brief. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 2007, 34(4), 166-175.
- 36 17 Fagerström K-O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with
37 reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, Volume 3, Issues 3–
38 4, 1978, Pages 235-24 doi.org/10.1016/0306-4603(78)90024-2.
- 39 18 Carmo J T, Pueyo A A. The adaptation to Portuguese of the Fagerström test for
40 nicotine dependence (FTND) to evaluate nicotine dependence and tolerance in Brazilian
41 smokers. *Rev Bras Med*, 2002, 73-80.
- 42 19 Hardt J., Rutter M. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood
43 experiences: review of the evidence. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45: 260–73.
- 44 20 Achutti, A. National guide to the prevention and treatment of smoking. *Vitro*
45 *Comunicação*; 2001.
- 46 21 Tonmyr L., Thornton T, Draca J. Wekerle C. A Review of Childhood Maltreatment
47 and Adolescent Substance Use Relationship. *Current Psychiatry Reviews*, 2010, 6, 223-
48 234.
- 49 22 Smith P H, Saddleson L M, Homish G G, McKee S A, Kozlowski L T, Giovino G A.
50 The Relationship Between Childhood Physical and Emotional Abuse and Smoking
51 Cessation Among U.S. Women and Men. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2015,
52 Vol. 29, No. 2, 338–346.

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

23 Keyes K M, Eaton N R, Krueger R F, McLaughlin K A, Wall M M, Grant B F et al. Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry* (2012), 200, 107–115. doi: 10.1192/bjp.bp.111.093062.

24 Daigre C, Rodríguez-Cintas L, Tarifa N, Rodríguez-Martos L, Grau-López L, Berenguer M, Casas M, Roncero C, History of sexual, emotional or physical abuse and psychiatric comorbidity in substance dependent patients, *Psychiatry Research*, [cited 2017 Dec 15]. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.08.008.25>.

25 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD– 2015.). access in 03/12/2017. Available in <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/default.shtm>.

26 Germeroth L J, Wray J M, Gass J C, Tiffany S T. Diagnostic Utility of Craving in Predicting Nicotine Dependence: Impact of Craving Content and Item Stability. *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 15, Number 12 (December 2013) 1988–1995.

For Review Only

5.3 Artigo 3: As contribuições do grupo de apoio de base sociopsicodramática em programa de tratamento ao tabagismo.

Ubton José Argolo Nascimento¹, Aquiles Assunção Camelier²

Resumo

O Ministério da Saúde do Brasil, alinhado com diretrizes internacionais, vem desenvolvendo, como política de Estado, o combate ao tabagismo de forma sistemática. Treinou profissionais da atenção básica e fornece medicamentos via secretarias municipais de saúde para levar tratamento ao tabagismo à população mais pobre, pois é onde a prevalência é maior. O resultado vem sendo a redução da prevalência ao tabagismo para os patamares de 15% em nível nacional. Este estudo qualitativo descritivo exploratório tem como objetivo descrever uma metodologia humanista de trabalho em grupo de apoio ao tratamento do tabagismo em suas singularidades, na perspectiva dos usuários do serviço e nas perspectivas dos estudantes de graduação. Os sujeitos desta pesquisa foram 11 estudantes da graduação que participavam dos encontros de grupo e sete usuários do serviço em tratamento. Foram realizadas sessões de grupo focal e registros de campo feitos pelos estudantes ao longo do tratamento. Esse material foi transcrito e analisado segundo orientação da análise de conteúdo. Ficou evidenciado na perspectiva dos usuários que o grupo de apoio ao tratamento em bases humanistas constituiu-se como local de acolhimento e trocas intersubjetivas potencializadoras das mudanças comportamentais e sustentação do tratamento. Para os estudantes, o desenvolvimento da sensibilidade e a escuta atenciosa fora citada como fundante no papel de profissional de saúde. Esses resultados nos colocam afinados com a necessidade de se desenvolver habilidades nos profissionais da atenção básica sinalizada por outros estudos para tornar tais serviços humanizados e voltados para os seus usuários.

Palavras-chave: Tabagismo. Grupo de apoio. Intersubjetividade. Humanismo. Saúde.

Abstract

The Ministry of Health of Brazil, in line with international guidelines, has been developing, as a State policy, the fight against smoking in a systematic way. He trained primary health care professionals and provides medicines through municipal health departments to bring smoking treatment to the poorest population, as it is where the prevalence is highest. The result has been the reduction of smoking prevalence to levels of 15% at the national level. This qualitative study aims to describe a humanistic methodology of group work supporting the treatment of smoking in its singularities, from the perspective of service users and the perspective of undergraduate students. The subjects of this research were 11 undergraduate students who participated in the group meetings and seven users of the service being treated. Focal group sessions and field recordings were carried out by the students throughout the treatment. This material was transcribed and analyzed according to the orientation of the content analysis. It was evidenced from the perspective of the users that the group of support to the treatment in humanistic bases was constituted as place of reception and intersubjective

exchanges potentiating of the behavioral changes and sustentation of the treatment. For students, the development of sensitivity and attentive listening was cited as a founder in the role of health professional. These results put us in need of the development of skills in the primary care professionals signaled by other studies to make such services humanized and that are aimed at the users of the same.

Keywords: Smoking. Support group. Intersubjectivity. Humanism. Health.

Introdução

O tabaco foi historicamente utilizado pelos aborígenes americanos em rituais religiosos como forma de contato com os deuses (17). Os europeus tomaram contato com os poderes mágicos daquela folha, capaz de trazer efeitos que achavam medicinais e levaram para o Velho Continente. Acreditava-se que queimar tabaco ajudaria na cura de diversas doenças, entre as quais aquelas relacionadas ao trato digestivo. Inicialmente, ele era consumido sob a forma de cachimbos e rapé. Somente em meados do século XIX surgiu o cigarro, que era o tabaco enrolado em papel, barateando o custo, ampliando largamente a produção e o seu consumo (1). Hoje, existem, aproximadamente, 1 bilhão e 300 milhões de tabagistas em todo o mundo, correspondendo a um quinto da população mundial, uma verdadeira pandemia, quando se considera seus impactos na saúde pública.

Preocupado com os efeitos do tabagismo, o Ministério da Saúde do Brasil tem proposto políticas de atenção à saúde dos tabagistas no país, nos últimos 20 anos. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) é uma delas e aborda o tratamento aos tabagistas no Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado pela Portaria SAS/MS 442/04 (55). A estratégia do governo visa levar tratamento ao tabagismo utilizando-se da rede da atenção básica à saúde e aos equipamentos de média complexidade, promovendo treinamento de profissionais. O objetivo é atingir a população de baixa renda, visto que os levantamentos domiciliares indicavam maior prevalência do tabagismo nessa classe socioeconômica (56). O modelo de tratamento implantado pelo governo envolve o de reposição de nicotina, considerado de primeira linha em todo o mundo, (adesivos de nicotina, goma de mascar e cloridrato de bupropiona) e a utilização de terapia cognitivo-comportamental em grupo como apoio ao processo de abandono do hábito/vício de fumar (6) (5).

O Centro Médico da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, participa desse programa desde 2012 e singulariza-se por utilizar abordagem humanista sociopsicodramática. A equipe atual é composta por uma médica, um psicólogo, uma odontóloga e uma fisioterapeuta, docentes da Escola. O serviço de tratamento ao tabagismo teve sua origem no

Programa de Extensão Candeal, em 2016, que se constitui como uma prática curricular de caráter interdisciplinar/intercursos que integra alunos e professores de todos os cursos. Na atualidade, são 27 grupos atuando nos dois campi, com média de 360 estudantes de graduação por semestre.

A abordagem desenvolvida nas práticas grupais tem base humanista, sociopsicodramática, de Jacob Levi Moreno (14), que considera o homem como um ser espontâneo e criativo. Um dos conceitos básicos é a espontaneidade, como uma forma nova de agir, adequada, contextualizada a uma situação nova na vida ou agir de forma inovadora, criativa a uma situação velha. A conserva cultural seria a forma preestabelecida de perceber o mundo a sua volta, uma forma pronta, acabada, sendo o contraponto dos processos criativos no jogo de papéis na vida.

O papel é a forma através da qual o homem relaciona-se com outros homens e com as coisas na vida. É através dele que aparecemos na vida. Ele se desenvolve com as contribuições das vivências passadas e pelos padrões culturais da sociedade, sendo fruto das fusões pessoais e coletivas. Com essa perspectiva, espera-se que, intervindo na ampliação da percepção do sujeito sobre os sentidos atribuídos ao fumar ele possa promover mudanças no comportamento tabagista, suportado pelo compartilhamento das histórias dos seus membros e pela criação de um coletivo cuidador.

Com esse cenário teórico-metodológico, este estudo tem como objetivo descrever uma metodologia humanista de trabalho de grupo como apoio ao tratamento de reposição de nicotina ao tabagismo e discutir o papel do grupo de apoio ao tratamento na perspectiva dos usuários do serviço e dos estudantes da disciplina Programa Integral de Saúde (PIS 100).

Materiais e Método

Este estudo caracterizou-se como descritivo exploratório de abordagem qualitativa, tendo como população sete usuários do programa de tratamento ao tabagismo, sendo cinco do sexo masculino e dois do feminino, com idade média de 58 anos, que passaram pelo programa de tratamento no primeiro semestre de 2018. Os usuários foram avaliados por uma médica pneumologista com a realização de anamnese e exames clínicos. Em seguida, iniciaram no grupo de apoio para tratamento de reposição de nicotina, que foram realizados em dez encontros com duração de 90 minutos cada um. Esses sujeitos de pesquisa serão codificados como usuários (U1,2,3, ...).

O grupo de apoio ao tratamento do tabagismo teve a participação de 11 estudantes de graduação da disciplina PIS 100 (Programa Interdisciplinar em Saúde) como requisito curricular da grade de saúde comunitária, desenvolvendo atividades sociopsicoeducativas como jogos dramáticos, nos três primeiros encontros, tendo por finalidade facilitar o desenvolvimento das relações no grupo e servir como aquecimento para a atividade grupal. Também foram responsáveis pelos registros de campo das sessões de grupo de apoio. Estudantes dos diversos cursos (Psicologia, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Biomedicina, Enfermagem, Educação Física) foram codificados em suas falas da seguinte forma: Medicina (Cm, Rm, Jm, Com, L), Biomedicina (Ebm, Mbm), Enfermagem (Cen), Odontologia (Bo), Psicologia (Lp), Fisioterapia (Lf).

Após o desenvolvimento do jogo, ocorria o compartilhamento das experiências vivenciadas, em que emergiam as temáticas protagonizadas a serem trabalhadas no dia. As pessoas, ao compartilharem suas experiências, trazem em sua narrativa as questões relacionadas ao papel de tabagistas e demais papéis relacionados. Essas experiências vão ativando outras pessoas do grupo a compartilharem as suas ou complementarem o texto iniciado pelo companheiro. As vinculações sociométricas (13,14) vão constituindo-se e promovendo o contexto grupal, *locus* de tratamento dos papéis coletivos. A partir do terceiro encontro, não foi necessária a aplicação do jogo dramático como aquecimento, sendo que os grupos começavam espontaneamente a partir do diálogo que os usuários traziam dos acontecimentos da semana.

O diálogo (57) é desenvolvido coletivamente no formato sociodramático (15,58), no qual o grupo assume a gestão do processo e os conflitos grupais. Dessa forma, o sociodrama permite a expressão das pessoas e a tentativa de resolução dos seus dramas para além das questões individuais de cada sujeito. As demandas individuais não são negadas nem tomadas exclusivamente, mas sim, incluídas nas demais dimensões que a problemática da dependência do tabagismo encontra-se inserida.

Com vistas a atender aos objetivos deste estudo, foram realizadas duas sessões de grupo focal, tendo como pergunta norteadora, “qual a função dessas sessões de grupo de apoio no tratamento ao tabagismo?”. Um grupo focal foi realizado na ausência dos estudantes, sendo gravada e, posteriormente, transcrita. A outra sessão foi realizada na presença dos estudantes, registrada sob a forma de registro de campo por cada um dos estudantes presentes.

A base metodológica do processo de análise do material seguiu os critérios do decálogo da análise de conteúdo proposta por Minayo (34) que se constituiu de dez passos

orientados pela autora como método para organizar e interpretar o conteúdo das narrativas dos sujeitos da pesquisa. Em primeiro lugar, a leitura flutuante do material, com atenção ao objeto da pesquisa; ordenação do material das diversas fontes em categorias de acordo com o sentido dado ao conteúdo do texto. Em seguida, essas categorias foram agrupadas pelo sentido com fusões de algumas que traziam conteúdos semelhantes e a criação de novas subcategorias alinhadas com o objetivo do estudo. Esse material deu condições de promover as primeiras interpretações de segunda ordem, indo além do que fora falado nos grupos. Por fim, a síntese final, tendo o objeto como norteador.

A pesquisa esteve em conformidade com as normas éticas para pesquisa científica, no Brasil, tendo sido autorizada segundo parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, nº CAAE 54693516.6.0000.5544, em 29 de junho de 2016, e está de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Aos participantes desta pesquisa é apresentado, no primeiro encontro, o Termo de Livre Consentimento Esclarecido (TCLE), informando os detalhes da pesquisa e deixando claro que, caso ele não aceite fazer parte, pode não assinar o TCLE ou se retirar a qualquer momento.

Resultados e Discussão

O percurso metodológico deste estudo nos levou a duas vertentes temáticas, previamente apresentadas a partir dos sujeitos pesquisados: perspectiva dos usuários e perspectiva dos estudantes.

O grupo na perspectiva dos usuários

A perspectiva dos usuários, em grupo focal realizado sem a presença dos estudantes, evidenciou categorias para a pergunta norteadora: qual a função desse grupo de apoio no tratamento ao tabagismo? As categorias “conversas no grupo” e “força própria” mostraram sua potência em atuar na troca de experiências intersubjetivas, levando ao processo de espelhamento e tomando o outro como exemplo.

A categoria “conversas no grupo” refere-se aos diálogos desenvolvidos de forma grupal, na formação sociodramática (15,58), a qual abre a possibilidade de discussão sobre questões do coletivo a partir das experiências individuais. Eles relatam que o uso do cigarro

tem diminuído como resultado das conversas no grupo, que ficam presentes durante a semana pós-encontro do grupo, fazendo-os lembrar do que ali foi conversado no grupo. Nesse momento do trabalho, a “história do outro”, o “sofrimento que ele tinha” na relação com o tabaco e com os demais papéis da vida cotidiana atuam como ativadores dos afetos dos demais membros do grupo.

O contexto grupal intensifica-se, e o sofrimento, que era de um único sujeito, é tomado pelos companheiros que “dão a força”, que tomam para si, colocando-se nesse lugar, empaticamente, solidariamente. Esse fenômeno tem efeito positivo no despertar da “força de vontade”, como própria do sujeito, favorecendo o seu deslocamento na direção do estágio de ação na motivação (59). Os sujeitos sentem que têm suporte suficiente para entrar em abstinência com o auxílio dos adesivos transdérmicos de nicotina (60).

“(...) a experiência do outro foi me ajudando e eu fui travando, travando, travando e graças a Deus, graças a Deus. Eu não sei se amanhã eu vou pegar um cigarro e acender, porque hoje não é amanhã, eu sei, eu até agora eu tô livre e espero continuar.” (GF, U1)

“(...) a história dele, quando eu logo no começo, nos primeiros dias, o sofrimento que ele tinha e que ele contava aí, que foi quem incentivou foi você e a médica pra botar lá o adesivo. (...) (GF, U3)

A ajuda do companheiro de grupo dando a força foi um incentivo direto para que o outro tomasse uma posição mais ativa em relação ao tratamento, seja no uso do adesivo de nicotina, seja indicando alternativas para utilizá-lo na hora do desejo de fumar.

“Então, como vem diminuindo, é aqui conversando, inclusive aquela moça que deu pânico por causa do cigarro, ela me deu a força, e o senhor também me deu a força. Ela me deu a força principalmente com o adesivo, você já tinha me dado antes, você já tinha falado comigo umas três ou quatro vezes pra eu aguentar e eu sempre meio cabreiro sabe.” (GF, U4)

A tomada do outro como espelho atua na força própria com efeito benéfico na sustentação da abstinência e a manutenção da motivação. Dessa forma, as “conversas no grupo”, viabilizam as trocas de experiência intersubjetivas e ajudam a não acender o cigarro.

O grupo na perspectiva dos estudantes:

A participação de estudantes de graduação diretamente na assistência, acompanhados pelo professor tutor, foi um elemento importante citado nas falas dos usuários na pesquisa, como positiva e incentivadora para os usuários em tratamento, por serem jovens não fumantes. Quando eles foram solicitados a responder à pergunta norteadora da pesquisa, apareceu que o grupo é local, de escuta empática e acolhimento, criação de vínculo, local de

compartilhamento e autoconhecimento, o companheirismo com a sensação de não estarem sozinhos.

O desenvolvimento de vínculos entre os usuários e a equipe levou os sujeitos a experimentarem a sensação de pertencimento e a perceberem que não estão sozinhos nessa jornada. Crenças que até então eram individuais, foram coletivizadas, levando-os a se sentirem mais fortes para encarar o tratamento. O acolhimento às diferenças, aos sofrimentos dos usuários, presentes nas histórias compartilhadas, traduz claramente a humanidade como característica desse grupo de apoio ao tratamento.

“Acredito que a função do grupo é acolher a todos, de modo que eles se sintam à vontade para compartilhar suas experiências e serem ouvidos por cada um que está na sala, não só nós estudantes, mas principalmente entre eles mesmos, pois, apesar de viverem realidades diferentes, compartilham do mesmo problema, que é o tabagismo.” (GF.Lf)

Compartilhamento foi a resposta mais citada nas narrativas dos estudantes, seguida de núcleo comum, indicando como a criação de ambiência favorecedora do diálogo e da vivência dos objetivos comuns aos seus membros esteve presente na observação.

“Portanto, o grupo traz uma identidade coletiva que convive e troca influências com as respectivas identidades individuais de cada componente, fazendo com que sintam-se confortáveis e estimulados a se unirem em prol do bem comum, fora os que conseguiram parar de fumar e continuam retornando esporadicamente para ratificar a importância do grupo e a eficácia do tratamento.” (GF, Cm)

Nesse trecho acima, evidencia-se a direção e característica sociodramática (15,58) da condução do grupo de apoio, tendo o coletivo com foco do trabalho em que os papéis coletivos são colocados em discussão e tratamento. Nessa direção, o foco do trabalho transcende um dos usuários tabagistas, passando para tratar o tabagista.

Pedagogicamente, estudantes valorizaram o espaço de fala como importante para o processo de tratamento da dependência e localizaram a escuta como ferramenta/habilidade do trabalhador da saúde, tendo o sentimento como prerrogativa das humanidades. Descobrir-se profissional atento aos fluxos sentimentais e emocionais na relação com aqueles que o procuram para serem tratados, abre possibilidade de cuidar da pessoa do cuidador.

“Candeal tem me ensinado ainda mais a sentir (no sentido mais literal da palavra). E não apenas sentir! Muito mais do que isso, temos aprendido a ter consciência de cada uma das nossas emoções, bem como a importância de, a partir da experiência do outro, olharmos para nós mesmos.” (DC, Cef)

“Só então pude perceber (e acredito que os meus colegas também) a importância de calar um pouco e trabalhar a escuta ativa, olhando e ouvindo o outro de forma mais atenta e

cuidadosa, observando o que ele me passa de informações – verbais e não verbais, para tentar compreendê-lo diante disso.” (DC, Cm)

A escuta sensível e cuidadosa aos usuários em suas complexidades vem sendo o grande desafio da atenção básica à saúde, necessária aos profissionais e serviços (61). Saber acolher (9,8), desenvolver um bom vínculo profissional-usuário faz parte das tecnologias leves em saúde, fundamentais para a mudança do paradigma em saúde.

Apareceram também, nas narrativas dos usuários, registrados nos diários de campo dos estudantes, estados afetivos e emocionais vividos em outras relações de papéis, que servem de motivos ou gatilhos para as pessoas fumarem. Quando estão alegres, tristes com algum acontecimento na vida, preocupados ou quando vivenciam uma conquista, fumam. Em torno de 75% das recaídas ao uso de tabaco em pessoas que já deixaram ou que estejam em abstinência acontecem quando sentimento de tristeza, ansiedade, conflitos interpessoais e estresse estão envolvidos (8,62). Em registro de campo (DC), Lp, sinaliza:

“Dona U5 não sabe ainda uma alternativa em momentos de estresse que não seja o cigarro. Dona U4 sugeriu uma chupeta. Seu U6 disse que não usa o cigarro por causa do estresse. Seu U7 retornou ao grupo porque disse que quer parar de vez com essa história de fumar, porque quando ele parou de fumar e vinha o estresse ele não tinha vontade de fumar. Dona U4 disse que só para de fumar com adesivo por causa do estresse.”

Esse fato é reforçado por estudos que associam o ato de fumar ao relaxamento do estresse da vida cotidiana(63), por conta dos efeitos farmacológicos da nicotina, amina terciária volátil, capaz de atingir o sistema nervoso de 9 a 17 segundos, ativando o sistema de recompensas dopaminérgicas. Esse sistema leva ao alívio da tensão oriunda do estresse e dos afetos negativos(64) e os habilita a enfrentar melhor a situação.

Considerações Finais

Este estudo buscou descrever os trabalhos do grupo de apoio na abordagem humanista no tratamento ao tabagismo com reposição de nicotina com adesivos transdérmicos e o papel que esse grupo desempenha no tratamento. Essa atividade teve a participação de estudantes de graduação de todos os cursos da escola. Os resultados encontrados indicaram as peculiaridades do grupo de apoio nessa abordagem, assim como habilidades de escuta e acolhimento, importantes na atuação de profissionais de saúde.

A proposta de trabalho desenvolvida no grupo de apoio de base humanista ao tratamento do tabagismo proporciona o desenvolvimento do diálogo coletivo como empoderador para os usuários no processo de abandonar o uso da nicotina. O compartilhamento das histórias individuais vinculadas ao papel de tabagista viabiliza as trocas intersubjetivas criando espaço

para que o coletivo protagonize numa ação sociodramática: quando o drama é vivido coletivamente pelos sujeitos (14,15).

O reconhecimento de si mesmo na história do outro revela as alteridades e seus fluxos intersubjetivos (65,66): em termos psicológicos, a situação na qual, por suas mútuas relações, os sujeitos formam uma comunidade ou um campo comum, quando o pronome de tratamento é o “nós”. As subjetividades encontram-se no Inter jogo, abrindo espaço para o questionamento do papel de tabagista e demais papéis da constelação, território de mudança e ajustes nas condutas enquanto tabagistas em tratamento, no qual o espelhamento foi o mecanismo citado como terapêutico e pedagógico no processo de criação no papel.

A presença dos estudantes nas atividades, enquanto profissionais em formação, foi vista de forma positiva pelos usuários que os têm como um elemento diferente dos demais, uma vez que são jovens e não fumantes. Para eles, o grupo de apoio funciona como local de troca de experiências, levando os sujeitos a perceberem que não estão sozinhos no desafio de deixar o cigarro. Alinhado com os achados junto aos usuários quanto ao papel do grupo de apoio, os discentes relatam que a força que emana do coletivo ajuda a sustentar o tratamento.

Merhy (61) sinaliza que os usuários dos serviços de saúde não reclamam de uma possível deficiência técnica no atendimento, mas da falta de interesse e responsabilidade dos servidores pela sua causa. O que significa dizer que a relação usuário-profissional-usuário precisa ser problematizada e trabalhada para que a qualidade do vínculo entre os papéis se traduza na melhoria da qualidade da atenção à saúde. O autor propõe que os sujeitos sejam colocados como centro da atenção nos serviços de saúde, sendo protagonistas do seu processo de saúde individual e da coletividade em seu entorno. Isso está condizente com o modelo de atenção chamado “Em defesa da Vida” (67,68), no qual o vínculo e a confiança no cuidado, criam a referência dos usuários na equipe de trabalhadores, que se responsabilizam na produção do cuidado àqueles.

Este estudo qualitativo, de caráter exploratório, permitiu acessar informações sobre o papel do grupo de apoio de base humanista no tratamento ao tabagismo por reposição de nicotina, no qual ficou evidenciado que o desenvolvimento dos vínculos grupais entre os usuários favorece ao tratamento, pois cria ambiência favorável ao compartilhamento das histórias da relação do papel de tabagista com outros papéis da vida dos participantes.

O estresse, vivido em outros papéis, nas situações de vida cotidiana, afeta o papel de tabagistas, levando-os a acenderem o cigarro para aliviar a sensação desagradável. Estudos

(21,69) têm revelado como a nicotina, com suas funções farmacológicas, facilita a relação dos sujeitos com situações adversas nas suas relações.

O estudo revelou o espaço da escuta e a inclusão do diferente como recurso nos trabalhos de grupo de apoio na abordagem humanista. As pessoas são diferentes e suas histórias também, o que cria um gradiente que viabiliza as trocas intersubjetivas e a aprendizagem com a vivência do outro. Então, a habilidade da escuta deve ser colocada nas propostas pedagógicas dos cursos de graduação para formação de profissionais de saúde visando atender o que vem sendo sinalizado pelas pesquisas, que indicam a necessidade de acolher e humanizar os serviços oferecidos na atenção básica de saúde, com a inclusão das tecnologias leves (68). O humano deve ser colocado no centro do processo.

Este estudo coloca-nos diante de uma possibilidade de orientação metodológica epistemológica para trabalhos com grupos de apoio ao tratamento da dependência do tabagismo inédita na literatura. A abordagem sociopsicodramática pode ser utilizada nos grupos de apoio ao tratamento por auxiliar na abertura do espaço socioafetivo para o acolhimento e tratamento das questões dos usuários. A mudança de comportamento não está associada a uma perspectiva pedagógica unicamente, mas sociopsicoeducativas, num compromisso do sujeito com a experiência intersubjetiva vivida no grupo.

Referências

1. Mirra AP, Reichert J SC. Evidências Científicas sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário Projeto Diretrizes. Assoc Médica Bras. 2013;1–71.
2. Health Organization W. WHO Framework Convention on Tobacco Control [Internet]. Geneva; 2003 [cited 2018 Mar 13]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>
3. INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco [Internet]. 2011 [cited 2018 Mar 10]. p. 58. Available from: <https://drive.google.com/file/d/0B0HvJtn0WXDMjN0WG1MMldrV3M/view?usp=sharing>
4. Inca INDC-. Tabagismo, um grave problema de saúde pública [Internet]. 1ª. Vol. 1, Instituto Nacional de Câncer - INCA. Rio de Janeiro; 2007. Available from: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf%3E.
5. Bizarro L, Peuker A C, Castro E K. Self-regulatory strategies to longer nicotine abstinence maintenance in former smokers. Rev Bras Ter Cogn. 2016;12(1):2–11.
6. Presman S, Carneiro E GA. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. Rev Psiq Clín. 2005;32(5):267–75.
7. Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. Rev Psiq Clín.

- 2005;32(5):283–300.
8. Marlatt A DD. Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. 2^a. Artmed Editora, editor. Poto Alegre; 2000.
 9. Grassi-oliveira R, Ashy M, Stein LM. Psychobiology of childhood maltreatment : effects of allostatic load ? Rev Bras Psiquiatr. 2008;30(1):60–8.
 10. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete CID 10. 10^a. EDUSP, editor. São Paulo; 2007.
 11. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) [Internet]. Ministério da Saúde. 2015 [cited 2018 Jul 15]. Available from: www.saude.gov.br/dab
 12. Ferreira PL, Quintal C LI, Taveira N. Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2009;27(2):37–56.
 13. Araujo JS. Oficina do afeto - uma intervenção em atenção primária à saúde e a contribuição da teoria psicodramática. Revista APS. 2005;74–9.
 14. Moreno J. Psicoterapia de grupo e psicodrama. 3^a. Pleno L, editor. Campinas; 1999.
 15. Dolores M, Toloí C. Sociodrama temático: um procedimento de pesquisa. Revista Brasileira de Psicodrama. 2015;14–22.
 16. Volkow ND, Wang G, Fowler JS, Tomasi D. Addiction Circuitry in the Human Brain. Focus (Madison). 2015;13(3):341–50.
 17. Rosemberg J. Nicotina: Droga Universal. São Paulo; 2003.
 18. Ray R SRA, Lerman C. Nicotine Dependence : Biology, Behavior, and Treatment. Annu Rev Med. 2009;60(247–60).
 19. Koob GF, Le Moal M. Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. Philos Trans R Soc B Biol Sci. 2008;363(1507):3113–23.
 20. Brunzell H D MJM. Alpha7 Nicotinic Acetylcholine Receptors Modulate Motivation to Self-Administer Nicotine : Implications for Smoking and Schizophrenia. Am Coll Neuropsychopharmacol. 2012;37(5):1134–43.
 21. Weiss F. Neurobiology of craving , conditioned reward and relapse. Neurociences. 2005;5(January):9–19.
 22. Gerrit T. Koopmans LML. Gender and health care utilization: The role of mental distress and help-seeking propensity. Soc Sci Med. 2007;64:1216–30.
 23. Germeroth LJ, Wray JM, Gass JC TS. Diagnostic Utility of Craving in Predicting Nicotine Dependence: Impact of Craving Content and Item Stability. nicotine Tob Res. 2013;15(12):1988–95.
 24. JM H. The Clinical Significance of Craving Across the Addictive Behaviors: a Review. Springer Int Publ. 2017.
 25. Balistreri K S A-HM. Adverse childhood experiences , family functioning and adolescent health and emotional well-being. Public Health. 2015;1–7.
 26. Brown N M, Brown S N, D BR, Germán M, Belamarich P F, Oyeku S O. Associations

- Between Adverse Childhood Experiences and ADHD Diagnosis and Severity. *Acad Pediatr Assoc.* 2017;17(4):349–55.
27. Organización Mundial de la Salud. *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias.* Ginebra; 2009.
 28. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência & Saúde.* 2016;21(3):871–80.
 29. Van Dam NT, Rando K PN et al. Childhood Maltreatment, Altered Limbic Neurobiology, and Substance Use Relapse Severity via Trauma-Specific Reductions in Limbic Gray Matter Volume. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(8):917–25.
 30. Governo Brasileiro. *Estatuto da Criança e do Adolescente [Internet].* 2009 p. 1–84. Available from: http://compassion.com.br/v2/wp-content/uploads/2017/09/Compassion_ECA.pdf.
 31. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP GD. Notificações de violência doméstica , sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17(9):2305–17.
 32. ALD P, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde.* 2005;12(1):42–9.
 33. Faleiros JM, Matias Araújo AS, Bazon MR. Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(2):337–48.
 34. Minayo M C S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17(3):621–6.
 35. Mengel AA, Diesel V. Globalização, Convenção Quadro para o controle do tabaco e as disputas pelos rumos dos territórios fumicultores. *Revista Ideas.* 2009;3(2):226–55.
 36. Mesquita AA. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva.* 2013;XV:35–44.
 37. Clemente CCDI. *Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change* 1. 1982;19:276–88.
 38. Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde. *Pesquisa Especial de Tabagismo - PETab: Relatório Brasil.* Rio de Janeiro; 2011. 205 p.
 39. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica.* 2002;11(5/6):365–73.
 40. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde (INCA/MS). *Prevalência do Tabagismo no Brasil.* Rio de Janeiro; 2011.
 41. CONDER - Companhia de Desenvolvimento Urbano. *Painel de Informações Dados Socioeconômicos do Município de Salvador.* Salvador; 2016.
 42. Zamboni M. Epidemiologia do câncer do pulmão. *J Pneumol.* 2002;28 (1):41–7.
 43. Pechacek T, Tong V. Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses. *Oncol times.* 2009;42–4.

44. Carvalho CRSC. O Instituto Nacional do Câncer e o Controle do Tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS. 2009.
45. Mres MF, Taylor AE, Mres MG, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety: A Systematic Review. 2018;(May):3–13.
46. Froeliger B, Modlin LA KR et al. Smoking Abstinence and Depressive Symptoms Modulate the Executive Control System During Emotional Information Processing. *Addict Biol.* 2012;17(3):668–79.
47. França SAS, Souza TAS MN et al. Fatores associados à cessação do tabagismo. *Rev Saúde Pública.* 2015;49(10).
48. Ferguson SG SS. Effect of high-dose nicotine patch on the characteristics of lapse episodes. *Heal Psychol.* 2010;29(4):358–66.
49. Rangel D, Castro G De. Sentimento de discriminação em estudantes: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(2):236–45.
50. Shiffman S, Paty JA, Gwaltney CJ DQ. Immediate Antecedents of Cigarette Smoking : An Analysis of Unrestricted Smoking Patterns. *J Abnorm Psychol.* 2004;113(1):166–71.
51. Bowlby J. Apego e perda: perda: tristeza e depressão. Martins Fontes, editor. 1998.
52. Elliott JC, Stohl M, Wall MM, Wall MM et al. Childhood maltreatment, personality disorders, and 3-year persistence of adult alcohol and nicotine dependence in a national sample. *Addiction.* 2016;111(5):913–23.
53. Elliott JC, Stohl M, Wall MM et al. The risk for persistent adult alcohol and nicotine dependence: the role of childhood maltreatment. *Addiction.* 2014;109(5):842–50.
54. Keyes KM, Eaton NR, Krueger RF, McLaughlin KA, Wall MM, Grant BF, et al. Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *Br J Psychiatry.* 2012;200:107–15.
55. Silva TS, Martins MC, Faria FR CR. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011;19(2):539–52.
56. Bazotti A, Finokiet M, Conti IL, França MTA WP. Tabagismo e pobreza no Brasil : uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2016;21(1):45–52.
57. Freire P. *Pedagogia do Oprimido.* 50ª edição. Paz e Terra, editor. 2013.
58. Costa LF. O sociodrama como método de pesquisa qualitativa. *Paidéia.* 2006;16(35):305–13.
59. Melo WV OM, Ferreira EA. Estágios motivacionais , sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. *Interação em Psicologia.* 2006;10(1):91–9.
60. Ana. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina - Consensus on the treatment of nicotine dependence. *Rev Bras Psiquiatr.* 2001;23(4):200–14.
61. Franco T B, Bueno W S MEE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 1999;15(2):345–53.

62. Szupsznski KP, Oliveira MS. O modelo transteórico no tratamento da dependência química. *Psicol Teor e Prática*. 2008;10(1):162–73.
63. Kassel JD, Parions CA SL. Smoking, Stress, and Negative Affect: Correlation , Causation , and Context Across Stages of Smoking. *Psychol Bull*. 2013;129(2):270–304.
64. Farris S G, Zvolensky MJ BJ et al. Trauma Exposure and Cigarette Smoking: The Impact of Negative Affect and Affect-Regulatory Smoking Motives Samantha. *J Addict Dis*. 2014;33(4):354–65.
65. Coelho Junior N E FLC. Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. *INTERAÇÕES*. 2004;IX(17):9–28.
66. Ayres CM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde Subject, intersubjectivity , and health practices. 63–72.
67. Coelho M O, Jorge M S B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14 (supl 1):1523–31.
68. Marque GQ, Lima MADS. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviço de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2004;25(1):17–25.

6 DISCUSSÃO

Este estudo buscou descrever o programa de tratamento ao tabagismo do Centro Médico Bahiana Saúde, vinculado à estratégia governamental para a diminuição da prevalência de tabagistas no Brasil, implantado numa instituição de ensino superior de formação em saúde, sem fins lucrativos.

O primeiro estudo descreve o perfil dos usuários que buscam o programa de tratamento do Centro Médico Bahiana Saúde. Durante seis anos de funcionamento do serviço, as mulheres buscaram mais o tratamento, em relação aos homens. A diferença por gênero quanto aos cuidados com a saúde deve-se ao fato de as mulheres apresentarem fraca relação entre morbidade física e percepção de saúde. Isso quer dizer que elas não precisam adoecer para perceber a necessidade desse cuidado^(22,39). Apesar de as mulheres procurarem em maior número o serviço para tratamento ao tabagismo, os homens foram os que, em maior número, deixaram o cigarro. Entre os trinta por cento que abandonaram o cigarro, nesse período, cinquenta e dois por cento eram homens e quarenta e oito por cento mulheres, que correspondem a achados em outras pesquisas que sinalizam que os homens têm maior sucesso no tratamento⁽³⁹⁾.

Quanto ao nível de escolaridade, prevaleceu o ensino médio completo seguido, de perto, pelo ensino médio incompleto, diferindo dos dados da pesquisa nacional em domicílio⁽³⁸⁾ quanto ao nível de escolaridade. Uma possibilidade para justificar essa diferença no público pode ser o fato de o serviço antitabagismo da Escola Bahiana de Medicina estar localizado num bairro da cidade onde ocorreu, nos últimos 20 anos, uma drástica redução do analfabetismo, passando de 6,62%, em 1991, para 2,64%, em 2010, reunidos em dados socioeconômicos e de infraestrutura, agregados por bairros e prefeituras-bairro do município de Salvador, em 2016⁽⁴¹⁾. Outro fator que pode justificar essa diferença é a pesquisa nacional⁽³⁸⁾ levar em consideração a população rural, onde o nível de escolaridade é menor que o da população urbana.

A avaliação da motivação do público que procura o serviço de tratamento ao tabagismo indica percentual elevado de pessoas na fase de determinação ou preparação. Isso nos indica que mais da metade das pessoas que procuram esse serviço já admitem a necessidade de mudança

e já estão planejando parar. A motivação para o tratamento é peça fundamental de todo o programa, pois é a responsável por levar as pessoas a encararem o desafio de parar de fumar, com todas as dificuldades oriundas da síndrome de abstinência, maior agente de insucesso no tratamento e na sua manutenção. Observando os resultados do terceiro artigo desta pesquisa, que trata do grupo de apoio de bases humanistas sociopsicodramáticas, verificou-se que as “conversas” no grupo ajudam os sujeitos em tratamento a deixarem de fumar.

Em torno de setenta e cinco por cento das recaídas ao uso de tabaco em pessoas que já deixaram ou que estejam em abstinência acontecem quando sentimento de tristeza, ansiedade, conflitos interpessoais e estresse estão envolvidos^(8,62). Um elevado percentual de sujeitos desta pesquisa (82%) indicou que fumam, entre outros motivos, quando estão tristes ou para aplacar a tristeza. Estudos relatam a associação entre o comportamento de fumar e os afetos negativos^(63,70) que se referem à experiência subjetiva do estado de humor, com influência direta na saúde mental.

Os dados desta pesquisa indicam que metade do público declarou tratar ou ter tratado algum transtorno mental em algum momento na vida. Isso indica uma possibilidade significativa de efeito comórbido com a dependência à nicotina. Pesquisas indicam que os riscos de recaída são maiores para os sujeitos dependentes da nicotina e portadores de transtornos mentais, pois teriam menores condições de enfrentar a carga de desafio que é manter-se em abstinência⁽⁴⁷⁾. Esse dado da prevalência de pessoas com indicação de transtorno mental deve deixar em alerta os profissionais de saúde envolvidos no tratamento, uma vez que pode ser um fator adverso no percurso do tratamento.

O segundo estudo busca associação entre histórias retrospectivas de maus-tratos na infância e dependência ao tabagismo entre usuários em tratamento de reposição de nicotina e no grupo de apoio. Foram constatadas correlações positivas e moderadas entre o número de cigarros e as categorias de maus-tratos na infância: negligência emocional e abuso físico. Verificou-se, também, correlação positiva e moderada entre o grau de dependência ou perfil de gravidade da dependência (FTND) e as categorias de maus-tratos: abuso físico e negligência física.

Uma revisão seletiva de base sistemática⁽⁹⁾ revelou o efeito compensador, adaptativo do sistema nervoso em indivíduos que viveram histórias adversas em momento precoce do

desenvolvimento socioemocional, tendo como consequências alterações nas estruturas cerebrais responsáveis pelos afetos, pelo processamento das emoções e do estresse, assim como sua relação com a saúde mental.

Os principais resultados indicam o abuso físico e a negligência física como variáveis preditoras da dependência da nicotina. Entre os fatores de maus-tratos, a negligência física apresentou maior capacidade preditiva em relação ao alívio dos sintomas negativos da síndrome de abstinência (*craving* Fator 2). Abuso físico prediz perfil de gravidade da dependência demonstrado pelo teste de Fargerström (FTND). As situações de maus-tratos na infância são tomadas como forte variável associada à saúde mental e ao uso de substâncias lícitas e ilícitas, evidenciado em revisão sistemática que analisou 31 estudos relacionando as histórias de maus-tratos na infância e o uso e abuso de substâncias psicoativas com surgimento precoce na adolescência ⁽⁷¹⁾.

Esse dado alerta para a necessidade de promover intervenção nos maus-tratos sofridos na infância por tabagistas com esse registro, ajudando-os a mapear, delimitar e elaborar tais situações, utilizando-se de abordagens psicoterápicas específicas, podendo alterar essa associação ⁽⁷²⁾. Fumar tem a função de diminuir o medo e a incapacidade em lidar com situações estressantes do cotidiano. Um sujeito com medo ou estressado tem menor percepção do ambiente a sua volta, ficando mais exposto aos perigos ⁽⁷³⁾. Sendo assim, promover intervenção nas histórias de maus-tratos na infância poderia diminuir as chances de recaída. Este estudo sinaliza a inserção dos efeitos psicológicos das memórias de maus-tratos no centro do tratamento das dependências, introduzindo escalas que possam dar indicação daqueles sujeitos que encontrem maiores dificuldades em entrar em abstinência.

A terceira parte deste estudo propôs-se descrever e discutir o papel do grupo de apoio no tratamento ao tabagismo com reposição de nicotina pelo adesivo dentro da abordagem humanista sociopsicodramática. Os resultados indicam que, na perspectiva dos usuários, o grupo de apoio de base humanista possibilita a criação de ambiência para o diálogo entre os membros do grupo, a escuta cuidadosa, em que trocam experiências e cuidados. Nessa proposição dialógica, eles resgatam o contato com a força própria, a força de vontade, que, segundo eles, é o mais importante no processo de tratamento.

Os estudantes de graduação, participantes do grupo de apoio, profissionais em formação, registraram em grupo focal que o grupo de apoio é local de escuta empática e acolhimento, criação de vínculo, local de compartilhamento e autoconhecimento, o companheirismo como a sensação de não estarem sozinhos. Essas categorias indicam que, no grupo, os sujeitos trazem a sensação de pertencimento com o desenvolvimento do vínculo e o cuidado mútuo. O resultado é o fortalecimento dos sujeitos para seguirem o tratamento da dependência à nicotina. Essa força reflete-se no desenvolvimento da motivação para entrar em abstinência e aderir ao uso dos adesivos.

As narrativas dos usuários, registradas nos diários de campo dos estudantes, traz estados afetivos e emocionais vividos em outras relações de papéis, que servem de motivos ou gatilhos para as pessoas fumarem. Quando estão alegres, tristes com algum acontecimento na vida, preocupados ou quando vivenciam uma conquista, fumam. A grande dificuldade para seguir o tratamento da dependência química são as constantes recaídas ao uso da substância, mesmo após o tratamento. Estudos indicam que os dependentes do tabaco tentam de quatro a seis vezes deixar o cigarro, antes de conseguirem ⁽⁶⁰⁾.

A capacidade de acolher os sujeitos e suas complexidades vem sendo o grande desafio da atenção à saúde necessária aos profissionais e serviços de atenção básica em saúde ^(68,74). Saber acolher, desenvolver o vínculo e a autonomia fazem parte das tecnologias leves em saúde, fundamentais para a mudança do paradigma em saúde. Merhy ⁽⁷⁵⁾ sinaliza que os usuários dos serviços de saúde não reclamam de uma possível deficiência técnica no atendimento, mas da falta de interesse e responsabilidade dos servidores pela sua causa. O autor propõe que os sujeitos sejam colocados como centro da atenção nos serviços de saúde, sendo protagonistas do seu processo de saúde individual e da coletividade em seu entorno.

No grupo de apoio, os sujeitos sentiram-se cuidados, tratados, escutados em suas necessidades pelos estudantes. Sentem que têm, ali, alguém preocupado com a causa deles, capaz de debruçar-se, inclinar-se, numa escuta clínica humanizada, de pessoa-a-pessoa. Isso está condizente com o modelo de atenção chamado “Em defesa da Vida” ^(67,68), no qual o vínculo e a confiança no cuidado criam a referência dos usuários na equipe de trabalhadores, que se responsabilizam na produção do cuidado àqueles. Desenvolver a capacidade de acolher a história do outro para além da doença e do transtorno é humanizar a assistência. Acolher os

sujeitos em sua integralidade e singularidade consta das Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação do médico e outros profissionais de saúde ⁽⁷⁶⁾. O objetivo principal é colocar os sujeitos em tratamento como centro do processo de cura.

Este estudo reforça a noção da relação complexa entre a dependência à nicotina e o estado de bem-estar psicológico e a saúde mental. No primeiro, aproximadamente metade dos sujeitos fizeram ou ainda fazem tratamento para algum transtorno mental. O segundo artigo demonstra a associação entre maus-tratos na infância e a dependência à nicotina, sabendo que as histórias de maus-tratos infantis têm relação com os estados de bem-estar psicológico na fase adulta. O terceiro artigo mostra a importância do acolhimento das histórias de vida das pessoas que compõem o grupo de tratamento, num processo de apoio ao tratamento da dependência da nicotina.

Este estudo coloca-nos diante da necessidade de realizar pesquisas clínicas capazes de delimitar as variáveis subjetivas associadas ao tabagismo nesse público que busca tratamento no serviço. Outros estudos vêm sendo realizados por outros pesquisadores com o mesmo público o que proporcionará desenvolver e aprimorar o programa de tratamento do tabagismo.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma primeira limitação foi referente aos processamentos dos dados do primeiro artigo, em que não foi possível uma maior inferência quanto às variáveis preditoras do desfecho. Isso se deu por divergências nos desfechos registrados nas tabelas. Por prudência e segurança, preferimos não os lançar como dados processáveis.

No segundo artigo, podemos questionar o tamanho amostral. O cálculo foi feito tomando como base a prevalência de tabagistas na cidade de Salvador, segundo o último levantamento e a prevalência média de maus-tratos no Brasil, visto que não há dados sobre essa variável no estado da Bahia. Para que tivéssemos condições de incluir outras variáveis na nossa análise, deveríamos ter uma amostra maior, o que nos daria maior confiabilidade nas predições. O fato de não ter incluído grupo-controle inviabiliza uma análise mais acurada dos resultados, podendo compará-las com outros estudos.

A limitação do terceiro artigo está no número limitado de grupos focais, visto que as características das atividades têm cronograma semestral de entrada de usuários. Esse fato limitou as possibilidades de saturação da amostra, podendo incorrer em viés na diversidade de categorias levantadas. A forma de retificar essa limitação seria seguir com os grupos focais por, pelo menos, dois semestres.

Destarte, mesmo sendo um estudo exploratório, descritivo, tem sua relevância científica e acadêmica, pois cria as bases para o planejamento de estudos futuros que possam delimitar as variáveis e o controle da pesquisa.

8 CONCLUSÕES

Artigo 1:

O tratamento à dependência da nicotina é um desafio de alta complexidade por envolver diversas variáveis. A associação entre academia e Estado tem viabilizado o aprimoramento de novas tecnologias com vistas ao tratamento do tabagismo através de pesquisa e treinamento profissional na graduação. Novas pesquisas precisam seguir acompanhando variáveis diferentes e suas associações com a dependência à nicotina, visto que, pela complexidade da temática, a recaída ou o abandono ao tratamento tem sido um grande dificultador à diminuição da prevalência. Entre tantas variáveis levantadas neste estudo, os gatilhos envolvendo sentimento de tristeza, ansiedade, depressão, estresse nos relacionamentos interpessoais do cotidiano requerem atenção dos estudiosos do assunto. São variáveis difíceis de serem acompanhadas por envolverem processos psicológicos diversos intra e intersubjetivos. As novas pesquisas devem dedicar considerável atenção às variáveis subjetivas com capacidade preditiva para o desfecho de sucesso ao tratamento.

Artigo 2:

Diante da verificação das associações entre histórias de maus-tratos vividos na infância e a dependência à nicotina, os programas de tratamento ao tabagismo, em busca da diminuição da prevalência do uso da substância, precisam levar em consideração a complexidade da problemática e incluir as perspectivas psicológicas. Tratando-se de pessoas que utilizam a nicotina como elemento de equilíbrio dos afetos negativos, seria pouco prudente levá-las à abstinência, pura e simplesmente, pois colocaríamos em risco a sua capacidade de lidar com as dificuldades do cotidiano. Os objetivos dos programas de tratamento ao uso de substâncias visam a abstinência à nicotina, desconhecendo a rede imbricada de associações que podem ameaçar a saúde mental dos sujeitos. Pelos resultados encontrados neste estudo, diminuir a prevalência de tabagistas no mundo estaria associado à diminuição da prevalência de sujeitos com histórias de maus-tratos vividos na infância. Esse caminho nos levará a um território delicado, que são as relações intrafamiliares, terreno complexo e pouco acessível de intervenção.

Artigo 3:

A dependência à nicotina é uma temática complexa e, como tal, não pode ser reduzida à abstinência, apesar de ser o objetivo final. Este estudo mostrou entrelaçamentos que envolvem a dependência à nicotina e o desafio dos usuários e profissionais em seu tratamento. O estudo de base qualitativa exploratório permitiu acessar informações sobre o papel do grupo de apoio de base humanista no tratamento ao tabagismo de reposição de nicotina em atividade docente-assistencial para a formação de futuros profissionais de saúde. Este estudo revelou que o espaço da escuta e o acolhimento são fundamentais para o resgate da força própria para lidar com o tratamento. O grupo de apoio na abordagem humanista é apropriado para tal por colocar o sujeito no centro das atividades, não cabendo certo ou errado nas falas ou a busca por diagnósticos. A mudança de comportamento está associada a uma perspectiva sociopsicoeducativa, num compromisso do sujeito com as experiências intersubjetivas vividas no grupo.

REFERÊNCIAS

1. Mirra AP, Reichert JSC. Evidências Científicas sobre Tabagismo para Subsídio ao Poder Judiciário Projeto Diretrizes. Assoc Médica Bras. 2013;1–71.
2. Health Organization W. WHO Framework Convention on Tobacco Control [Internet]. Geneva; 2003 [cited 2018 Mar 13]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>.
3. Instituto Nacional do Cancer. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco [Internet]. 2011 [cited 2018 Mar 10]. p. 58. Available from: <https://drive.google.com/file/d/0B0HvJttn0WXDMjN0WG1MMldrV3M/view?usp=sharing>.
4. Inca INDC-. Tabagismo um grave problema de saúde pública [Internet]. 1ª. Vol. 1, Instituto Nacional de Câncer - INCA. Rio de Janeiro; 2007. Available from: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf%3E.
5. Bizarro L, Peuker AC, Castro EK. Self-regulatory strategies to longer nicotine abstinence maintenance in former smokers. *Rev Bras Ter Cogn*. 2016;12(1):2–11.
6. Presman S, Carneiro EGA. Tratamentos não-farmacológicos para o tabagismo. *Rev Psiquiatr*. 2005;32(5):267–75.
7. Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil : avanços e desafios. *Rev Psiquiatr*. 2005;32(5):283–300.
8. Marlatt ADD. Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. 2ª. Artmed Editora, editor. Poto Alegre; 2000.
9. Grassi-oliveira R, Ashy M, Stein LM. Psychobiology of childhood maltreatment : effects of allostatic load ? *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(1):60–8.
10. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete CID 10. 10ª. EDUSP, editor. São Paulo; 2007.
11. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) [Internet]. Ministério da Saúde. 2015 [cited 2018 Jul 15]. Available from: www.saude.gov.br/dab.
12. Ferreira PL, Quintal CLI, Taveira N. Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2009;27(2):37–56.
13. Araujo JS. Oficina do afeto - uma intervenção em atenção primária à saúde e a contribuição da teoria psicodramática. *Revista APS*. 2005;74–9.
14. Moreno J. Psicoterapia de grupo e psicodrama. 3ª. Pleno L, editor. Campinas; 1999.
15. Dolores M, Toloi C. Sociodrama temático: um procedimento de pesquisa. *Revista Brasileira de Psicodrama*. 2015;14–22.
16. Volkow ND, Wang G, Fowler JS, Tomasi D. Addiction Circuitry in the Human Brain. *Focus (Madison)*. 2015;13(3):341–50.
17. Rosemberg J. Nicotina: Droga Universal. São Paulo; 2003.

18. Ray RSRA, Lerman C. Nicotine Dependence: Biology, Behavior, and Treatment. *Annu Rev Med.* 2009;60(247–60).
19. Koob GF, Le Moal M. Neurobiological mechanisms for opponent motivational processes in addiction. *Philos Trans R Soc B Biol Sci.* 2008;363(1507):3113–23.
20. Brunzell HDMJM. Alpha7 Nicotinic Acetylcholine Receptors Modulate Motivation to Self-Administer Nicotine : Implications for Smoking and Schizophrenia. *Am Coll Neuropsychopharmacol.* 2012;37(5):1134–43.
21. Weiss F. Neurobiology of craving , conditioned reward and relapse. *Neurociences.* 2005;5(January):9–19.
22. Gerrit T. Koopmans LML. Gender and health care utilization: The role of mental distress and help-seeking propensity. *Soc Sci Med.* 2007;64:1216–30.
23. Germeroth LJ, Wray JM, Gass JCTS. Diagnostic Utility of Craving in Predicting Nicotine Dependence: Impact of Craving Content and Item Stability. *nicotine Tob Res.* 2013;15(12):1988–95.
24. JM H. The Clinical Significance of Craving Across the Addictive Behaviors : a Review. *Springer Int Publ.* 2017.
25. Balistreri KS A-HM. Adverse childhood experiences , family functioning and adolescent health and emotional well-being. *Public Health.* 2015;1–7.
26. Brown NM, Brown SN, D BR, Germán M, Belamarich P F, Oyeku S O. Associations Between Adverse Childhood Experiences and ADHD Diagnosis and Severity. *Acad Pediatr Assoc.* 2017;17(4):349–55.
27. Organización Mundial de la Salud. Prevención del maltrato infantil : Qué hacer , y cómo obtener evidencias. Ginebra; 2009.
28. Nunes AJ, Sales MCV. Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência & Saúde.* 2016;21(3):871–80.
29. Van Dam NT, Rando K PN et al. Childhood Maltreatment, Altered Limbic Neurobiology, and Substance Use Relapse Severity via Trauma-Specific Reductions in Limbic Gray Matter Volume. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(8):917–25.
30. Governo Brasileiro. Estatuto da Criança e do Adolescente [Internet]. 2009 p. 1–84. Available from: http://compassion.com.br/v2/wp-content/uploads/2017/09/Compassion_ECA.pdf.
31. Assis SG, Avanci JQ, Pesce RP GD. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17(9):2305–17.
32. ALD P, Miyazaki MCOS. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. *Arq Ciênc Saúde.* 2005;12(1):42–9.
33. Faleiros JM, Matias Araújo AS, Bazon MR. Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(2):337–48.
34. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17(3):621–6.

35. Mengel AA, Diesel V. Globalização, Convenção Quadro para o controle do tabaco e as disputas pelos rumos dos territórios fumicultores. *Revista Ideas*. 2009;3(2):226–55.
36. Mesquita AA. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. 2013;XV:35–44.
37. Clemente CCDI. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change 1. 1982;19:276–88.
38. Instituto Nacional de Câncer/Ministério da Saúde. Pesquisa Especial de Tabagismo - PETab: Relatório Brasil. Rio de Janeiro; 2011. 205 p.
39. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;11(5/6):365–73.
40. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva/Ministério da Saúde (INCA/MS). Prevalência do Tabagismo no Brasil. Rio de Janeiro; 2011.
41. CONDER - Companhia de Desenvolvimento Urbano. Painel de Informações Dados Socioeconômicos do Município de Salvador. Salvador; 2016.
42. Zamboni M. Epidemiologia do câncer do pulmão. *J Pneumol*. 2002;28(1):41–7.
43. Pechacek T, Tong V. Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses. *Oncol times*. 2009;42–4.
44. Carvalho CRSC. “O Instituto Nacional do Câncer e o Controle do Tabagismo: uma análise da gestão federal do tratamento do tabagismo no SUS.” 2009.
45. Mres MF, Taylor AE, Mres MG, Munafò MR. The Association of Cigarette Smoking With Depression and Anxiety : A Systematic Review. 2018;(May):3–13.
46. Froeliger B, Modlin LA KR et al. Smoking Abstinence and Depressive Symptoms Modulate the Executive Control System During Emotional Information Processing. *Addict Biol*. 2012;17(3):668–79.
47. França SAS, Souza TAS MN et al. Fatores associados à cessação do tabagismo. *Rev Saúde Pública*. 2015;49(10).
48. Ferguson SG SS. Effect of high-dose nicotine patch on the characteristics of lapse episodes. *Heal Psychol*. 2010;29(4):358–66.
49. Rangel D, Castro G De. Sentimento de discriminação em estudantes: prevalência e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):236–45.
50. Shiffman S, Paty JA, Gwaltney CJ DQ. Immediate Antecedents of Cigarette Smoking : An Analysis of Unrestricted Smoking Patterns. *J Abnorm Psychol*. 2004;113(1):166–71.
51. Bowlby J. Apego e perda: perda: tristeza e depressão. Martins Fontes, editor. 1998.
52. Elliott JC, Stohl M, Wall MM, Wall MM et al. Childhood maltreatment, personality disorders, and 3-year persistence of adult alcohol and nicotine dependence in a national sample. *Addiction*. 2016;111(5):913–23.
53. Elliott JC, Stohl M, Wall MM et al. The risk for persistent adult alcohol and nicotine

- dependence: the role of childhood maltreatment. *Addiction*. 2014;109(5):842–50.
54. Keyes KM, Eaton NR, Krueger RF, McLaughlin KA, Wall MM, Grant BF, et al. Childhood maltreatment and the structure of common psychiatric disorders. *Br J Psychiatry*. 2012;200:107–15.
 55. Silva TS, Martins MC, Faria FR CR. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;19(2):539–52.
 56. Bazotti A, Finokiet M, Conti IL, França MTA WP. Tabagismo e pobreza no Brasil : uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;21(1):45–52.
 57. Freire P. *Pedagogia do Oprimido*. 50ª edição. Paz e Terra, editor. 2013.
 58. Costa LF. O sociodrama como método de pesquisa qualitativa. *Paidéia*. 2006;16(35):305–13.
 59. Melo WVOM, Ferreira EA. Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. *Interação em Psicologia*. 2006;10(1):91–9.
 60. Ana. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina - Consensus on the treatment of nicotine dependence. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(4):200–14.
 61. Franco TB, Bueno W S MEE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais , Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(2):345–53.
 62. Szupsznski KP, Oliveira MS. O modelo transteórico no tratamento da dependência química. *Psicol Teor e Prática*. 2008;10(1):162–73.
 63. Kassel JD, Parions CA SL. Smoking , Stress , and Negative Affect: Correlation , Causation, and Context Across Stages of Smoking. *Psychol Bull*. 2013;129(2):270–304.
 64. Farris SG, Zvolensky MJ BJ et al. Trauma Exposure and Cigarette Smoking: The Impact of Negative Affect and Affect-Regulatory Smoking Motives Samantha. *J Addict Dis*. 2014;33(4):354–65.
 65. Coelho Junior NEFLC. Figuras da intersubjetividade na constituição subjetiva: dimensões da alteridade. *INTERAÇÕES*. 2004;IX(17):9–28.
 66. Ayres CM. Sujeito , intersubjetividade e práticas de saúde Subject, intersubjectivity , and health practices. 63–72.
 67. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*,. 2009;14 (supl 1):1523–31.
 68. Marque GQ, Lima MADS. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviço de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2004;25(1):17–25.
 69. Shiffman S, Dunbar MS, Li X, Scholl S M, Tindle H A, Anderson S J, et al. Smoking Patterns and Stimulus Control in Intermittent and Daily Smokers. *PLoS One*. 2014;9(3):1–14.
 70. Ditre JW, Brandon TH, Zale EL MM. Pain, Nicotine, and Smoking: Research Findings and Mechanistic Considerations. *Psychol Bull*. 2011;137(6):1065–93.

71. Tonmyr L, Thornton T, Draca J, Wekerle C. A Review of Childhood Maltreatment and Adolescent Substance Use Relationship. 2010;223–34.
72. Smith PH, Saddleson ML, Mckee SA et al. The relationship between childhood physical and emotional abuse and smoking cessation among U.S. women and men Philip. Psychol Addict Behav. 2015;29(2):338–46.
73. Farris SG, Zvolensky MJ, Beckham JC, att all. Trauma Exposure and Cigarette Smoking : The Impact of Negative Affect and Affect-Regulatory Smoking Motives. J Addict Dis. 2014;33(June 2015):354–65.
74. EE M. O SUS em Belo Horizonte. Xamã, editor. 1998.
75. Merhy EE. Cartografia do Trabalho vivo. 3rd ed. Editora Hucitec, editor. Vol. 24. São Paulo; 2002. 1953-1955 p.
76. Educação M da. Diretrizes Curriculares Nacionais: Curso de Medicina [Internet]. 2014. p. 8–11. Available from: <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1- Termo de Livre Consentimento Esclarecido.



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS (CEP)
ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: avaliar como a intervenção com brainspotting pode impactar na correlação entre o *craving* e os afetos negativos oriundos das histórias de vida traumatizantes numa amostra de tabagistas em tratamento com reposição de nicotina

Instituição: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (ADAB-Brotas)

O Sr(a) está sendo convidado a participar da pesquisa acima citada, com o objetivo de examinar a relação entre dependência de nicotina e sentimentos desagradáveis decorrentes das histórias pessoais em tabagistas em tratamento de reposição de nicotina. Os participantes responderão ao Questionário Sobre Trauma na Infância (composto de vinte e oito perguntas sobre a história de vida infantil dos participantes e os cuidados recebidos nessa fase), questionário para avaliar a vontade de usar nicotina (composto de dez perguntas sobre a rotina do uso do cigarro e suas associações com as situações de vida diária) e ao teste de Fagerström (composto de seis questões sobre o hábito de fumar e avaliar a tolerância à nicotina). Os resultados do questionário de trauma na infância indicarão o foco das sessões de intervenções terapêuticas as quais os participantes passarão, com uma técnica específica com vistas a processar tais situações. Os dados constantes nas fichas de entrevista respondidos na etapa de triagem pela médica para a construção do banco de dados, sendo que os nomes das pessoas não aparecerão, serão abstraídos, trocados por código. Os riscos inerentes a esta pesquisa serão minimizados pelo funcionamento do grupo de apoio social e por sessões individuais, caso necessário. Os participantes poderão beneficiar-se diretamente dessa pesquisa por meio da elaboração de pontos da história de vida, assim como a comunidade com a introdução de uma nova ferramenta terapêutica nos tratamentos da dependência da nicotina. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em congressos e revistas científicas. Os pesquisadores garantem guardar sigilo em relação à identidade dos participantes e estes têm a garantia de esclarecimento em relação a qualquer dúvida, antes e durante o curso da pesquisa, estando livres para recusar-se a participar da pesquisa, assim como retirar este consentimento a qualquer momento, sem penalização ou prejuízo ao seu cuidado. Não haverá remuneração aos participantes, sendo que eles já estarão na instituição para tratamento.

O pesquisador responsável Ubton José Argolo Nascimento, RG 178498700, endereço: Av. Santos Dumont, s/n, Km 4,5, Condomínio Vila do Bosque, Quadra K, casa 03, Pitangueiras, Lauro de Freitas-Ba, CEP 42.700-000, Tel.(71) 3374-5962/99178-9082.

Em caso de dúvida ou denúncia contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – Av. D. João VI, 275 – Brotas - CEP. 40.285-01-Salvador- BA. Tel.:(71) 3276-8225.

Eu,.....dou meu consentimento para participar desta pesquisa, após ter lido, recebido esclarecimentos e compreendido.

Salvador, Ba , ___/___/___

Assinatura do Participante da pesquisa ou representante

Anexo 2 – Childhood Trauma Questionnaire

As afirmações abaixo se referem a algumas experiências de quando você era criança ou adolescente. Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, circule a resposta que melhor descreve o que você acha que ocorreu enquanto crescia. Se você desejar mudar sua resposta, coloque um X na antiga e circule a nova escolha.

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas Vezes	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Eu não tive o suficiente para crescer.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eu acho que havia alguém para me cuidar e proteger.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. As pessoas da minha família me chamaram de nomes do tipo "estúpido (a)", "preguiçoso (a)" ou "fofo (a)".	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Meus pais sofreram muito bebida ou drogas para poder cuidar da família.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Havia alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Eu tive que estar na presença de...	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Eu me senti amado (a).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Eu acho que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Eu aprendi tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Alguém da minha família me falou tanto que me deixava com má consciência sobre...	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Eu aprendi com irmãos, vovô, vovó ou outras pessoas que me influenciaram.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. As pessoas da minha família cuidavam muito das coisas.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Pessoas da minha família disseram coisas que me influenciaram ou me afetaram.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Eu gostaria que fui maltratado (a) fisicamente.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Eu tive uma ótima infância.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Eu aprendi tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Eu acho que alguém da minha família me odiava.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. As pessoas da minha família se sentiam unidas.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Tentaram me fazer ou me fazerem fazer de uma maneira sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Anteciparam me machucar ou cometer crimes sobre mim ou eu não tivesse algo sexual.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Eu tive a melhor família do mundo.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Tentaram me fazer a fazer algo sexual ou cometer crimes sobre mim.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Alguém me negligenciou.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Eu gostaria que fui maltratado (a) emocionalmente.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Havia alguém para me levar ao médico quando eu precisava.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Eu gostaria que fui abusado (a) sexualmente.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Minha família foi uma fonte de força e apoio.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). Copyright © 1998 NCS Pearson, Inc. Portuguese translation © 2004 NCS Pearson, Inc. Adapted, and reproduced with permission. All rights reserved.

Anexo 3 – Questionnaire of Smoking Urges Brief (QSU)

Apêndice

Questionnaire of Smoking Urges Brief-QSU-B – Versão Brasil

Indique o quanto você concorda com ou discorda das afirmações a seguir, marcando apenas um dos números entre Discordo totalmente e Concordo totalmente. Quanto mais perto estiver sua marca de um dos lados, mais você estará concordando ou discordando. Queremos saber o que você está pensando e sentindo agora, enquanto preenche o questionário.

1. Desejo fumar um cigarro agora.

Discordo totalmente 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7 Concordo totalmente

2. Nada seria melhor do que fumar um cigarro agora.

Discordo totalmente 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7 Concordo totalmente

3. Se fosse possível, eu provavelmente fumaria agora.

Discordo totalmente 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7 Concordo totalmente

4. Eu controlaria melhor as coisas, neste momento, se eu pudesse fumar.

Discordo totalmente 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7 Concordo totalmente

5. Tudo o que eu quero agora é fumar um cigarro.

Discordo totalmente 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7 Concordo totalmente

6. Eu tenho necessidade de um cigarro agora.

Discordo totalmente 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7 Concordo totalmente

7. Fumar um cigarro seria gostoso nesse momento.

Discordo totalmente 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7 Concordo totalmente

8. Eu faria praticamente qualquer coisa por um cigarro agora.

Discordo totalmente 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7 Concordo totalmente

9. Fumar me faria ficar menos deprimido.

Discordo totalmente 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7 Concordo totalmente

10. Eu vou fumar assim que for possível.

Discordo totalmente 1: 2: 3: 4: 5: 6: 7 Concordo totalmente

Anexo 4 – Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND)

Nome: _____ Nº Registro ou leito: _____

Local: _____

Data: ___/___/___ Idade: ___ Sexo: M F

m/a Motivado a deixar o fumo Sim

nos próximos seis meses? Não

1. Quanto tempo após acordar você fuma a seu primeiro cigarro?

- dentro de 5 minutos (3)
- entre 6 e 30 minutos (2)
- entre 31 e 60 minutos (1)
- após 60 minutos (0)

2. Você acha difícil não fumar em locais onde o fumo é proibido (como igrejas, biblioteca etc.)?

- sim (1)
- não (0)

3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação (ou que mais detestaria deixar de fumar)?

- o primeiro da manhã (1)
- outros (0)

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

- 10 ou menos (0)
- 11 a 20 (1)
- 21 a 30 (2)
- 31 ou mais (3)

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã (ou nas primeiras horas do dia) que no resto do dia?

- Sim (1)
- Não (0)

6. Você fuma mesmo quando está tão doente que precisa ficar na cama a maior parte do tempo?

- Sim (1)
- Não (0)

Total:

Tabela de Fagerström

Conclusão quanto ao grau de dependência

- 0 a 2 pontos – muito baixo
- 3 a 4 pontos – baixo
- 5 pontos – médio
- 6 a 7 pontos – elevado
- 8 a 10 pontos – muito elevado

Uma soma acima de seis pontos indica que provavelmente o paciente terá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar

29. Se sim, há quantos meses? (CATARROQ)	_____ meses
30. O Sr.(ª) costuma ter sibilos? (SIBILOS)	[1] Sim [2] Não
31. Se sim, há quantos meses? (SIBILOSQ)	_____ meses
32. O Sr.(ª) costuma ter dispneia? (DISP)	[1] Sim [2] Não
33. Se sim, há quantos meses? (DISPQ)	_____ meses

34. ESCALA DO MRC – *MEDICAL RESEARCH COUNCIL* (MRC)

[1] Só sofre de falta de ar durante exercícios intensos,
 [2] Sofre de falta de ar quando andando apressadamente ou subindo uma rampa leve
 [3] Anda mais devagar do que pessoas da mesma idade por causa de falta de ar ou tem que parar para respirar mesmo quando andando devagar
 [4] Para para respirar depois de andar menos de 100m ou após alguns minutos
 [5] Sente tanta falta de ar que não sai mais de casa ou sente falta de ar quando está se vestindo

Por exemplo: Estou muito feliz Estou muito triste

PONTUAÇÃO

035. CAT1	Nunca tenho tosse	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Tenho tosse o tempo todo	<input type="text"/>
036. CAT2	Não tenho nenhum catarro (secreção) no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	O meu peito está cheio de catarro (secreção)	<input type="text"/>
037. CAT3	Não sinto nenhuma pressão no peito	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto uma grande pressão no peito	<input type="text"/>
038. CAT4	Não sinto falta de ar quando subo luma ladeira ou um andar de escada	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto bastante falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	<input type="text"/>
039. CAT5	Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa	<input type="text"/>
040. CAT6	Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	<input type="text"/>
041. CAT7	Durmo profundamente	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar	<input type="text"/>
042. CAT8	Tenho muita energia (disposição)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Não tenho nenhuma energia (disposição)	<input type="text"/>

43. COPD ASSESSMENT TEST (CAT) Pontuação total:

QUESTIONÁRIO DE VIAS AÉREAS 20
 (Cada "SIM" vale 1 ponto. "NÃO" ou "NÃO SE APLICA" valem 0 ponto.)

PERGUNTA	SIM (1)	NÃO (2)	NÃO SE APLICA
----------	------------	------------	---------------

			(3)
44. Você tem crise de tosse durante o dia? (AQ1)			
45. Você frequentemente se sente cansado devido a sua doença pulmonar? (AQ2)			
46. Você sente falta de ar ao cuidar do jardim devido a sua doença pulmonar? (AQ3)			
47. Você se preocuparia em ir à casa de um amigo se lá existisse algo que pudesse causar uma crise de sintomas pulmonares? (AQ4)			
48. Você tem sintomas pulmonares quando fica exposto a cheiros fortes, fumaça de cigarro ou perfume? (AQ5)			
49. O (a) seu (sua) companheiro (a) fica incomodado com a sua doença pulmonar? (AQ6)			
50. Você fica com falta de ar enquanto tenta dormir? (AQ7)			
51. Você fica preocupado com os efeitos em longo prazo na sua saúde causados pelos medicamentos que você tem que tomar por causa da sua doença pulmonar? (AQ8)			
52. Os seus sintomas pulmonares pioram quando você fica aborrecido? (AQ9)			
53. Existem momentos em que você tem dificuldade de andar pela casa devido a sua doença pulmonar? (AQ10)			
54. Você sente falta de ar para suas atividades durante o trabalho devido aos seus problemas pulmonares? (AQ11)			
55. Você sente falta de ar para subir escadas devido a sua doença pulmonar? (AQ12)			
56. Devido a sua doença pulmonar você sente falta de ar para realizar as tarefas domésticas? (AQ13)			
57. Devido a sua doença pulmonar você tem que voltar para casa mais cedo do que as outras pessoas após um programa noturno? (AQ14)			
58. Você tem falta de ar quando está rindo devido a sua doença pulmonar? (AQ15)			
59. Você frequentemente se sente impaciente devido a sua doença pulmonar? (AQ16)			
60. Devido a sua doença pulmonar você sente que não consegue aproveitar totalmente a sua vida? (AQ17)			
61. Devido a sua doença pulmonar você se sente muito enfraquecido após um resfriado? (AQ18)			
62. Você tem a sensação constante de um peso no tórax? (AQ19)			
63. Você se preocupa muito com a sua doença pulmonar? (AQ20)			
64. TOTAL (AQ)	_____ pontos		

FATORES DE RISCO

TABAGISMO

65. O (a) Senhor(a) fuma ou já fumou cigarros em sua vida? (TABA)

[1] Nunca fumou [2] Ex-fumante [3] Fumante atual

66. Por quantos anos o (a) senhor(a) fumou? (TABAT)

67. Em média, quantos cigarros o (a) senhor(a) fuma(va) por dia? (TABAQ)

68. Carga tabágica: (TABACARGA)

69. Qual tipo de cigarro o (a) senhor(a) mais fuma(va)? (TABATIPO)	
[1] Industrializado (pronto), com filtro	[2] Industrializado (pronto), sem filtro
[3] Feito à mão com papel	[4] Feito à mão com palha
[5] Outro: _____	
FOGÃO A LENHA OU CARVÃO	
70. O (a) Sr.(ª) já morou em uma casa que utilizava fogão a lenha ou carvão? (FOG)	
[1] Sim [2] Não	
71. Por quantos anos o(a) Sr.(ª) morou em casa que utilizava fogão a lenha ou carvão? (FOGT)	
_____ anos	
72. O (a) Sr.(ª), de maneira regular, já cozinhou ou preparou alimentos utilizando fogão a lenha ou carvão? (FOGCOZI)	
[1] Sim [2] Não	
73. Por quantos anos o (a) Sr.(ª) cozinhou ou preparou alimentos utilizando fogão a lenha ou carvão? (FOGA) _____ anos	
74. Em média quantas horas por dia o(a) Sr.(ª) utilizava para cozinhar ou preparar alimentos utilizando fogão a lenha ou carvão? (FOGM) _____ minutos	
TABAGISMO PASSIVO	
75. O(a) Sr.(ª) já morou em uma casa onde outras pessoas fumavam? (TABPAS)	
[1] Sim [2] Não	
76. Por quantos anos o(a) Sr.(ª) morou em casa onde outras pessoas fumavam? (TABPAST)	
_____ anos	
EXPOSIÇÃO A OUTROS GASES, FUMAÇAS OU PARTÍCULAS	
77. O(a) Sr.(ª) já trabalhou em algum ambiente que possuía fumaças, gases ou partículas? (TRAB)	
[1] Sim [2] Não	
78. Por quantos anos o(a) Sr. (ª) trabalhou em um ambiente que possuía fumaças, gases ou partículas? (TRABT) _____ anos	
79.	

ÍNDICE DE COMORBIDADE DE CHARLSON				
O (a) Sr.(^a) tem ou já teve alguma dessas doenças?	SIM (1)	NÃO (2)	NÃO SABE (3)	PESO
80. Infarto do miocárdio (INFARTO)				1
81. Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)				
82. Doença vascular periférica (VASCULAR)				
83. Doença cerebrovascular (CEREBRO)				
84. Demência (DEMEN)				
85. Doença pulmonar crônica (PNEUMO)				
86. Doença do tecido conjuntivo (CONJUNT)				
87. Úlcera (ÚLCERA)				
88. Doença crônica do fígado e cirrose (CIRROSE)				
89. Diabetes sem complicação (DIASEM)				2
90. Hemiplegia ou paraplegia (HEMIPL)				
91. Doença renal severa ou moderada (RENAL)				
92. Diabetes com complicação (DIACOM)				
93. Tumor (TUMOR)				3
94. Leucemia (LEUCE)				
95. Linfoma (LINFO)				
96. Doença do fígado severa ou moderada (FIGADO)				6
97. Tumor maligno, metástase (MALIG)				6
98. AIDS (AIDS)				6
99. TOTAL (CHARLSON)	_____ pontos			

ÍNDICE DE COMORBIDADE DE COTE				
O(a) Sr.(^a) tem ou já teve alguma dessas doenças?	SIM (1)	NÃO (2)	NÃO SABE (3)	PESO
100. Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC2)				1
101. Úlceras gástricas ou duodenais (ULCERA2)				
102. Doença arterial coronariana (INFARTO2)				
103. Cirrose hepática (CIRROSE2)				2
104. Fibrilação atrial / Flutter (FA)				
105. Diabetes com neuropatia (DIANEU)				
106. Fibrose pulmonar (FIBROSE)				
107. Câncer de pulmão, esôfago, pâncreas ou mama (CA)				6
108. Transtorno de Ansiedade (ANSIE)				
109. TOTAL (COTE)	_____ pontos			

DADOS E EXAMES COMPLEMENTARES	
110. Peso (kg): (PESO)	111. Altura (m): (ALTU)
112. IMC: (IMC)	113. Circunferência abdominal: (CIRCUN)

114. Data da última espirometria (DATAESPIRO): _____/_____/_____				
	Pré BD	% Pré BD	Pós BD	% Pós BD
CVF (L-%)	115. (CVFPRE)	116. (CVFPREP)	117. (CVFPOS)	118. (CVFPOSP)
VEF ₁ (L-%)	119. (VEFPRE)	120. (VEFPREP)	121. (VEFPOS)	122. (VEFPOSP)
VEF ₁ /CVF (%)	123. (VCPRE)	124. (VCPREP)	125. (VCPOS)	126. (VCPOSP)

127. SpO ₂ % (ar ambiente) (SPO): _____				
128. Teste da caminhada (6 min) (TESTE): _____				
129. Estadiamento da DPOC (GOLD): [1] Leve [2] Moderada [3] Grave [4] Muito Grave				
130. Índice BODE (BODE): _____ pontos				

131. Realizou dosagem de alfa-1-antitripsina? (ALFA) [1] Sim [2] Não [3] Não sabe				
132. Resultado do AAT (ATT): _____		133. Valor de referência (ATTREF): _____		

134. Glicemia em jejum: (GLICE)		135. Hemoglobina: (HEMO)		
136. Triglicérides: (TRIG)		137. Colesterol total: (COLEST)		
138. Colesterol HDL: (HDL)		139. Colesterol LDL: (LDL)		
140. Colesterol VLDL: (VLDL)				


TRATAMENTO			
“Quais medicamentos para a DPOC o (a) Sr.(ª) vinha utilizando regularmente (30 dias ou mais) antes desta consulta?”			
Medicamento	SIM (1)	NÃO (2)	NÃO SABE (3)
141. Salbutamol (SALBU)			
142. Fenoterol (FENO)			
143. Ipratrópio (IPRA)			
144. Formoterol (FORMO)			
145. Salmeterol (SALME)			
146. Indacaterol (INDA)			
147. Vilanterol (VILA)			
148. Olodaterol (OLO)			
149. Tiotrópio (TIO)			
150. Glicopirrônio (GLICO)			
151. Aclidínio (ACLI)			
152. Outro broncodilatador inalado (OUTROB)			

153.	Qual outro broncodilatador inalado (se houver) (BRONCO):			
154.	Beclometasona (BECLO)			
155.	Budesonida (BUDE)			
156.	Fluticasona (FLUTI)			
157.	Mometasona (MOME)			
158.	Outro corticoesteroide inalado (OUTROC)			
159.	Qual outro corticoesteroide Inalado (se houver) (CORTICO):			
160.	Metilxantina oral (METIL)			
161.	N-acetil-cisteína oral (ACETIL)			
162.	Roflumilast oral (ROFLU)			
163.	Antimicrobiano oral (ANTIMI)			
164.	Corticoide oral (CORTIORA)			
165.	Corticoide parenteral (CORTIPARA)			
166.	Reposição venosa de alfa-1-antitripsina (ALFAVEN)			
167.	Outros medicamentos para DPOC estável (OUTROMED)			
168.	Quais outros medicamentos utilizados (se houver) (OUTRO NOME):			

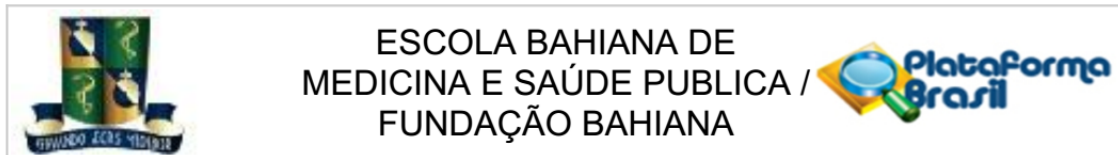
169. Todos os medicamentos para DPOC que o (a) Sr. ^(a) utiliza estão disponíveis gratuitamente onde você mora? (GRÁTIS)			
[1] Sim [2] Não [3] Não sabe			
Onde o (a) Sr. ^(a) adquire seus medicamentos para DPOC?			
	SIM (1)	NÃO (2)	NÃO SABE (3)
170.	Farmácia popular / UBS (UBS)		
171.	Programa Estadual (ESTADO)		
172.	Compra (COMPRA)		
173.	Amostra grátis (AMOSTRA)		
174.	Outro (OUTROL)		
175.	Qual outro (QUAL):		

176.	Nos últimos 12 meses o (a) Sr. ^(a) tomou a vacina contra a gripe (Influenza)? (IVACI)			
177.	Nos últimos cinco anos o (a) Sr. ^(a) tomou a vacina contra a pneumonia? (PVACI)			
178.	O (a) Sr. ^(a) realiza atividades físicas regularmente (pelo menos 3x/semana) durante o último ano? (FÍSICA)			
179.	O (a) Sr. ^(a) tem frequentado um centro de reabilitação pulmonar durante o último ano? (REABI)			

Anexo 6 – Licença de uso do CTQ

<i>Authorized Signature</i>	<i>Authorized Signature</i>
Name: <u>Cheryl</u> <u>McDougald</u>	Name: 
Title: <u>Vice President, PreK-12 Specialty</u>	Title: <u>PhD. STUDENT</u>
<u>Assessment Products and Policy</u>	
Date: 8 of 8	Date: <u>10-10-2016</u>
<p>Pearson 12915-U / Ubton Jose Argolo Nascimento Research License Agreement. Agreement is held by Pearson as a trade secret. Do not disclose. LA</p>	

Anexo 7 – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Utilização do Brainspotting no tratamento à dependência da nicotina em tabagistas submetidos a tratamento de reposição de nicotina com adesivo transdérmicos.

Pesquisador: Aquiles Assunção Camelier

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54693516.6.0000.5544

Instituição Proponente: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FUNDECI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.612.320

Apresentação do Projeto:

O presente estudo tem como objetivo geral examinar a relação entre o nível de dependência à nicotina em tabagistas em tratamento de reposição de nicotina e grupo de apoio e os afetos negativos relacionados com situações traumatizantes na infância, utilizando grupo controle randomizado submetido à intervenção com Brainspotting (diagnóstico e tratamento simultâneos). Esta pesquisa será realizada nas dependências do Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana (ADAB), especificamente com os grupos em tratamento ao tabagismo do programa ministerial Deixando de Fumar Sem Mistérios. Os dados serão coletados mediante ficha de anamnese médica de triagem dos pacientes, que será lançada no programa estatístico SPSS for Windows versão 16.0 para tratamento e análise dos dados. Após análises estatísticas, um grupo aleatório randomizado de participantes da pesquisa passará por entrevistas semiestruturada com vistas a preparar a intervenção com Brainspotting. Espera-se com o presente estudo o delineamento do programa de tratamento ao tabagismo realizado nas dependências da escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, em parceria com o Distrito Sanitário de Brotas, assim como apresentar à comunidade científica mais um recurso para auxílio no tratamento à dependência química da nicotina.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

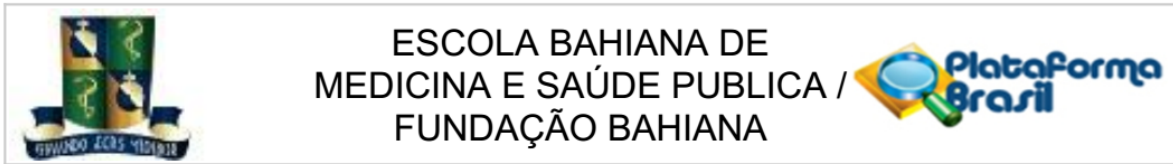
UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

CEP: 40.290-000

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.612.320

Examinar a relação entre o nível dependência de nicotina, afetos negativos relacionados às situações traumatizantes na infância em tabagistas em tratamento de reposição de nicotina e grupo de apoio, e submetido à intervenção de Brainspotting.

Objetivos Secundários:

1. Relacionar o perfil sociodemográfico dos participantes do grupo para tratamento do tabagismo e os traumas psicológicos;
2. Pesquisar a relação entre nível de dependência à nicotina e situações traumatizantes ao longo da vida;
3. Relacionar situações traumatizantes ao longo da vida e o craving;
4. Avaliar as alterações no nível de dependência após intervenção nas variáveis situações traumatizantes ao longo da vida com terapia de processamento Brainspotting.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A metodologia apresenta risco, já que se trata de intervenção psicoterápica com vistas a auxiliar na elaboração de situações gatilhos na prevenção à recaída das pessoas em tratamento do tabagismo. Como todo projeto de pesquisa onde seres humanos estão envolvidos, este tem como risco possíveis desdobramentos na fase de intervenção com a ferramenta da terapia de processamento. Como a proposta de intervenção é de caráter breve, caso seja necessário, poderemos realizar um número maior de sessões para aquelas pessoas que apresentarem respostas diferentes das esperadas para a grande maioria da população. Esse é o compromisso ético ao qual toda pesquisa deve ter, além de feedback ao público participante da mesma, em acordo com as diretrizes e normas da Resolução nº 466/12, que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos. Outros riscos que por ventura podemos correr já são minimizados quando da realização da anamnese clínica e a realização dos exames médicos clínicos prévios ao início do tratamento. Pessoas com graves dificuldades cardíacas ou transtornos psiquiátricos

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

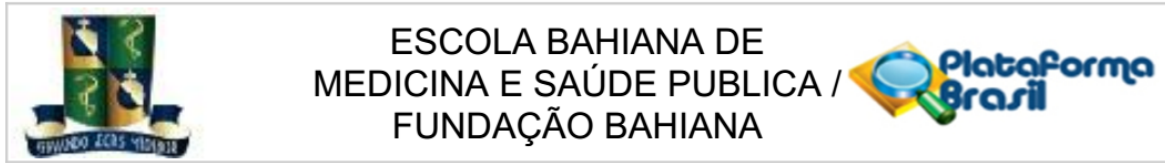
CEP: 40.290-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.612.320

graves são desaconselhados a participarem do programa de tratamento geral. Essas pessoas requerem acompanhamento de seus médicos especialistas e um planejamento diferenciado dos demais.

Benefícios:

Apresenta como benefício a possibilidade de comprovação de mais um recurso para tratamento à dependência química da nicotina, com a melhora da qualidade de vida dos pacientes submetidos ao tratamento, resultando no aperfeiçoamento da técnica de trabalho de grupo e aprimoramento da metodologia de tratamento à dependência da nicotina, bem a montagem e disponibilização de banco de dados para pesquisa sobre o tema, bem como ações educativas tendo como público-alvo a comunidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo transversal de caráter qualitativo e quantitativo e será realizado de acordo com seguintes etapas:

A amostra será a de conveniência incluindo 100 participantes da pesquisa. A investigação transcorrerá nos grupos de tratamento ao tabagismo no Ambulatório Docente Assistencial da Bahiana (ADAB), no bairro de Brotas. O público alvo desse estudo será composto por tabagistas que se inscreveram e foram selecionados para iniciarem o tratamento no Programa Deixando de Fumar Sem Mistérios, maiores de 18 anos. São pessoas dos mais variados bairros da cidade de Salvador, assim como de outras cidades próximas.

- Seleção do pessoal com a realização da anamnese e realização dos exames clínicos;
- Apresentação da proposta de pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;
- Criação da base do banco de dados clínicos e sócio-demográficos, oriundo dos pontos da anamnese;
- Aplicação do Teste de Tolerância de Fagerstrom;
- Aplicação da escala de dependência de nicotina Questionnaire of Smoking Urges (QSU);
- Aplicação do Questionário de Trauma na Infância CQT;
- Questionário semiestruturado tendo como foco os pontos críticos do questionário de trauma;

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

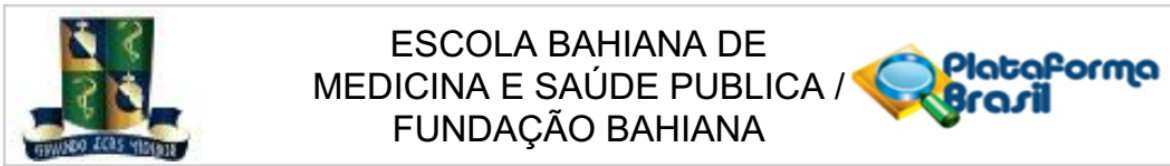
CEP: 40.290-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.612.320

• Escala SUDS (The Subjective Units of Disturbance Scale)

O primeiro momento da coleta de dados acontecerá durante a anamnese clínica realizada individualmente com cada participante do grupo, num contato individual com a médica pneumologista que dá apoio médico ao programa. A mesma é docente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, sendo acompanhada por discentes da Liga de Pneumologia da referida escola. Durante a anamnese será solicitado exames clínicos básicos pré-tratamento.

Os participantes da pesquisa deverão responder ao questionário de anamnese com perguntas de cunho sócio-demográfico, o qual será aplicado por estudantes de psicologia e medicina em programa de iniciação científica. Dentre as perguntas constantes no questionário, teremos: Nome, idade e sexo; Faixa socioeconômica (ganhos por faixa salarial); nível de escolaridade; Histórico de tabagismo; tempo de tabagismo; consumo diário de cigarros; Como começou a fumar; Motivos para deixar de querer fumar; grau de motivação; História de tentativas anteriores de cessar com o uso de tabaco; principais causas de insucesso; Após a seleção das pessoas que participarão do tratamento, esclareceremos da realização da pesquisa, apresentando, em linhas gerais, a necessidade da mesma para a comunidade acadêmica e para os usuários do serviço.

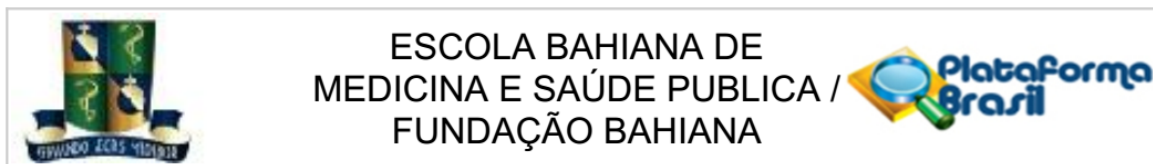
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto preenchida de forma plena e assinada pelo Coordenador de Pesquisa e Inovação da EBMSP;
- Apresenta carta de anuência do ADAB-FBDC-EBMSP assinada por seu diretor;
- Apresenta termo de confidencialidade dos pesquisadores, garantindo a preservação da privacidade e identidade dos participantes da pesquisa;
- Os instrumentos de coleta de dados que serão utilizados estão anexados.

Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE

Após reformulação foi apresentado em linguagem acessível ao público-alvo.

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275	CEP: 40.290-000
Bairro: BROTAS	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3276-8225	E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.612.320

Cronograma de Execução

Apresentado de forma completa, após revisão da versão inicial do projeto. O início da coleta de dados está previsto para 01 de setembro de 2016.

Orçamento

Apresentado de forma detalhado, no valor de R\$ 512,00 (Quinhentos e doze reais) oriundos de custeio próprio.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. TCLE

1.1 A redação do TCLE foi adequada ao entendimento do público-alvo da pesquisa;

1.2 O TCLE foi reapresentado com a inclusão do telefone do CEP, bem como o endereço e contatos telefônicos do pesquisador responsável.

1.3. Foram informados, no TCLE, os benefícios diretos e indiretos da pesquisa.

1.4. Os conteúdos dos questionários que serão utilizados foram sumarizados no TCLE.

1.5. Foram incluídos/mencionados os riscos da pesquisa e as formas de minimizá-los.

2. Cronograma:

2.1.Foi informado o fluxo de produção e entrega de relatório final da pesquisa ao CEP-EBMSP.

3. Guarda e confidencialidade das informações

3.1. As informações de como serão armazenados os dados após a realização da pesquisa, e a metodologia a ser utilizada para garantir a confidencialidade dos mesmos foram detalhados tanto no corpo do projeto atualizado, bem como do texto do TCLE, em resposta às pendências

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

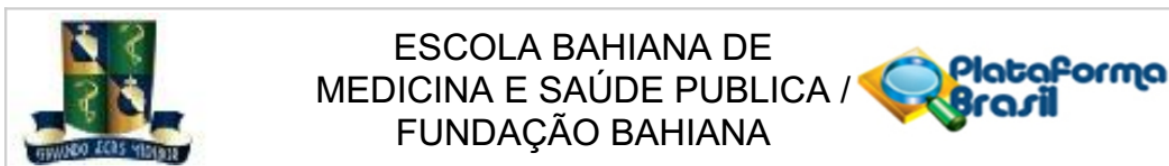
UF: BA

Município: SALVADOR

CEP: 40.290-000

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.612.320

identificadas.

4. Riscos

4.1. Após reformulação, os riscos inerentes à realização da pesquisa foram Informados na metodologia do estudo, bem como as ações para sanar ou minimizá-los.

As respostas às pendências demarcadas no parecer da primeira avaliação foram apresentadas em folha anexa e introduzidas de forma adequada nos respectivos documentos do presente processo de avaliação bioética, conforme solicitado.

Situação do Parecer:

Após análise bioética do protocolo de pesquisa, com base nas recomendações da Resolução 466/12, considerando que as pendências identificadas foram sanadas e, salvo melhor juízo, considero o projeto como aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Atenção : o não cumprimento à Res. 466/12 do CNS abaixo transcrita implicará na impossibilidade de avaliação de novos projetos deste pesquisador.

XI DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

XI.1 - A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais.

XI.2 - Cabe ao pesquisador: a) e b) (...)

c) desenvolver o projeto conforme delineado;

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final;

e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;

f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e

h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

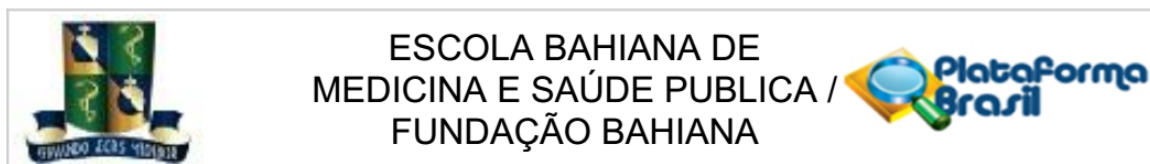
UF: BA

Telefone: (71)3276-8225

Município: SALVADOR

CEP: 40.290-000

E-mail: cep@bahiana.edu.br



Continuação do Parecer: 1.612.320

a não publicação dos resultados

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_686972.pdf	26/05/2016 03:16:15		Aceito
Outros	RespostaCEPUBTON260516.pdf	26/05/2016 03:15:49	Aquiles Assunção Camelier	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto260516.pdf	26/05/2016 03:15:14	Aquiles Assunção Camelier	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLUpton260516.pdf	26/05/2016 03:14:13	Aquiles Assunção Camelier	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia.pdf	30/03/2016 19:18:55	Aquiles Assunção Camelier	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Conf.jpg	30/03/2016 19:14:50	Aquiles Assunção Camelier	Aceito
Folha de Rosto	rostoubton.pdf	30/03/2016 19:00:46	Aquiles Assunção Camelier	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 29 de Junho de 2016

**Assinado por:
Roseny Ferreira
(Coordenador)**

Endereço: AVENIDA DOM JOÃO VI, 275

Bairro: BROTAS

CEP: 40.290-000

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3276-8225

E-mail: cep@bahiana.edu.br