

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – MESTRADO

LUANE ARAÚJO RABELLO

**TRAÇOS DE *MINDFULNESS*, AFETOS E MOTIVAÇÃO ASSOCIADOS À  
PROCURA POR TRATAMENTO PARA O TABAGISMO EM FUMANTES COM  
MULTIMORBIDADES**

JUIZ DE FORA

2019

LUANE ARAÚJO RABELLO

**TRAÇOS DE *MINDFULNESS*, AFETOS E MOTIVAÇÃO ASSOCIADOS À  
PROCURA POR TRATAMENTO PARA O TABAGISMO EM FUMANTES COM  
MULTIMORBIDADES**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, por Luane Araújo Rabello.

**Orientador:** Prof. Dr. Fernando Antônio Basile Colugnati

**Co-orientadora:** Profª. Dra. Laisa Marcorela Andreoli Sartes

JUIZ DE FORA

2019

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Rabello, Luane Araújo.

Traços de mindfulness, afetos e motivação associados à procura por tratamento para o tabagismo em fumantes com multimorbidades / Luane Araújo Rabello. -- 2019.

134 p.

Orientador: Fernando Antônio Basile Colugnati

Coorientadora: Laisa Marcorela Andreoli Sartes

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2019.

1. Tabagismo. 2. Múltiplas Condições Crônicas. 3. Mindfulness. 4. Afetos. 5. Motivação. I. Colugnati, Fernando Antônio Basile, orient. II. Sartes, Laisa Marcorela Andreoli, coorient. III. Título.

**LUANE ARAÚJO RABELLO**

**TRAÇOS DE MINDFULNESS, AFETOS E MOTIVAÇÃO ASSOCIADOS  
À PROCURA POR TRATAMENTO PARA O TABAGISMO EM  
FUMANTES COM MULTIMORBIDADES**

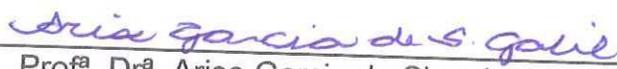
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Psicologia.

Dissertação defendida e aprovada em 25 de fevereiro de 2019.



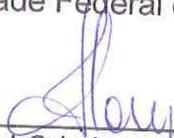
---

Prof. Dr. Fernando Antônio Basile Colugnati  
Universidade Federal de Juiz de Fora



---

Profª. Drª. Arise Garcia de Siqueira Galil  
Universidade Federal de Juiz de Fora



---

Drª. Isabel Cristina Weiss de Souza  
Espaço Terapêutico Isabel Weiss/JF

## AGRADECIMENTOS

À minha mãe Silvana, por ser a minha base, e a maior apoiadora de toda a minha felicidade, incluindo os meus sonhos e realizações. Dedico essa conquista a você, a qual sempre foi a minha companheira nessa caminhada dia após dia. Tudo isso foi possível graças ao seu incentivo, exemplo, e educação ímpares. Te amo infinito e além!

Ao meu pai Leonardo, sem o qual eu não teria chegado até aqui, e o qual pacientemente vem me apoiando ao longo dos anos, permitindo que eu consiga estudar e me dedicar a mais essa conquista. Te amo muito!

À equipe da UAI-T, a qual vem sendo uma segunda casa para mim, e a qual me acolheu com muita generosidade para me ensinar com maestria sobre o tratamento do tabagismo, e sobre acreditar com esperança na transformação humana. Gratidão!

À equipe da Cardiologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), a qual me acolheu com tanto carinho e atenção por longos meses de coleta de dados, e me permitiu conquistar grande parte desse trabalho. Muita gratidão!

Às meninas que me auxiliaram na coleta de dados: Luiza, Isabela e Franciele. Sem vocês eu não conseguiria chegar até aqui. Obrigada!

Aos meus companheiros e mestres de *Mindfulness* que me inspiraram a esse trabalho, e me permitem aprender ao longo dos anos cada vez mais sobre essa habilidade e estilo de vida. Gratidão!

Às minhas companheiras de classe: Luana e Érica pelos constantes auxílios e troca de ideias, e pela união de forças em fazer nossos trabalhos progredirem e serem finalizados. Gratidão!

Ao meu orientador Fernando pela oportunidade de poder desenvolver esse trabalho, e pelo auxílio em todas as etapas que passei ao longo desses dois anos. Obrigada!

A Deus, por ser mestre da minha vida e me guiar todos os dias rumo ao meu próprio caminho, me dando forças nas dificuldades e me fortalecendo frente as alegrias e conquistas.

## RESUMO

**Introdução:** O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo. Fumantes que apresentam múltiplas condições crônicas (MCC) requerem tratamento especializado para as suas morbidades, e a cessação tabágica deve ser medida prioritária. Apesar disso, fumantes enfrentam muitos desafios para a tomada de decisão de parar de fumar. A investigação de fatores que possam contribuir nesse processo se torna necessária, a fim de que melhorias possam ser feitas na oferta de tratamento aos fumantes com MCC. **Objetivos:** Investigar os fatores psicológicos Motivação, Traços de *Mindfulness* e Afetos e sua relação com a tomada de decisão por se tratar, em sujeitos com MCC em um serviço especializado para a cessação do tabagismo. **Método:** Estudo Clínico Longitudinal. A coleta de dados foi realizada em dois ambulatorios com tratamentos especializados para indivíduos com MCC no período prévio ao encaminhamento para o tratamento. Os critérios de inclusão compreenderam sujeitos adultos com MCC, e fumantes diários (leves ou pesados). **Resultados:** Do número total de entrevistados (n=61), apenas 19.7% (n=12) compareceu ao tratamento. Destes, 83.4% aderiu às 4 sessões de tratamento preconizadas pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), e 8.4% cessou o fumo ao final das 4 sessões de tratamento. Motivação esteve relacionada positivamente com busca por tratamento, porém, traço de *mindfulness* não se relacionou de forma positiva com o mesmo desfecho. As facetas de *mindfulness* se relacionaram de forma significativa com as variáveis psicológicas investigadas: grau de dependência à nicotina, ansiedade, afetos positivos e negativos, e motivação. **Conclusão:** Torna-se necessário que sejam levados em conta o perfil clínico e os fatores psicológicos envolvidos na busca por tratamento, para o desenvolvimento de estratégias mais eficazes de tratamento para fumantes com MCC.

**Palavras-chave:** Tabagismo, Abandono do Uso de Tabaco; Múltiplas Condições Crônicas; Tratamento; Atenção Plena; Motivação, Afetos.

## ABSTRACT

**Introduction:** Smoking is the leading cause of preventable death in the world. Smokers who present multiple chronic illnesses (MCI) require specialized treatment for their morbidities, and smoking cessation should be a priority measure. Despite that, smokers face many difficulties in making a decision to stop smoking. The investigation of factors that may contribute to this process is necessary, so improvements can be made in the supply of treatment to smokers with MCI. **Objectives:** To investigate psychological factors as Motivation, Trait Mindfulness and Affects, and its relation with decision making of being treated, among subjects with MCI in a specialized service for smoking cessation. **Method:** Longitudinal Clinical Study. Data collection was performed in two outpatient clinics with specialized treatments for individuals with MCI in the period prior to referral to treatment. The inclusion criteria included adult subjects with MCI, and daily smokers (light or heavy). **Results:** Of the total number of interviewees ( $n = 61$ ), only 19.7% ( $n = 12$ ) attended the treatment. Of these, 83.4% adhered to the 4 treatment sessions advocated by Instituto Nacional de Câncer (INCA), and 8.4% stopped smoking at the end of the 4 treatment sessions. Motivation was positively related to treatment seeking, however, trait mindfulness was not positively related to the same outcome. Mindfulness facets were significantly related to the psychological variables investigated: nicotine dependence degree, anxiety, positive and negative affect, and motivation. **Conclusion:** It is necessary to consider the clinical profile and the psychological factors involved in treatment seeking, in order to develop more effective treatment strategies for smokers with MCI.

**Keywords:** Tobacco Use Disorder; Tobacco Use Cessation; Multiple Chronic Illnesses; Therapy; Mindfulness; Motivation; Affect.

## SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

**LISTA DE SIGLAS**

**LISTA DE ANEXOS**

**LISTA DE FIGURAS**

**LISTA DE TABELAS**

**PARTE I – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO**

INTRODUÇÃO..... 1

OBJETIVOS..... 2

**PARTE II - JUSTIFICATIVA TEÓRICA..... 3**

**CAPÍTULO 1 – TABAGISMO**

1.1. Tabagismo e Múltiplas Condições Crônicas: Aspectos Epidemiológicos  
e Clínicos..... 4

1.2. Políticas de Redução do Tabagismo, Tratamento, e Barreiras Associadas  
ao Tratamento..... 6

**CAPÍTULO 2 – VARIÁVEIS PSICOLÓGICAS**

2.1. Fatores Psicológicos Associados à Procura por Tratamento..... 10

2.2. Motivação para a Mudança do Comportamento de Fumar.....	11
2.3. Regulação Emocional, Afetos e Tabagismo.....	13
2.4. <i>Mindfulness</i> : Origem, Definições e Mensuração.....	16
2.5. Traços de <i>Mindfulness</i> ou <i>Mindfulness</i> Disposicional e Tabagismo.....	18
<b>PARTE III - DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....</b>	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO 3 - MÉTODO</b>	
3.1. Caracterização do Estudo.....	24
3.2. Hipótese.....	24
3.3. Local.....	24
3.4. Participantes.....	25
3.5. Instrumentos.....	26
3.6. Procedimentos.....	28
3.7. Desfechos.....	29
3.8. Ética.....	30
3.9. Análise Estatística.....	30
<b>PARTE IV – APRESENTAÇÃO DE DADOS E CONSIDERAÇÕES.....</b>	<b>31</b>
<b>CAPÍTULO 4 - RESULTADOS</b>	
4.1. Características Sociodemográficas da Amostra e Comparecimento	

ao Tratamento.....	32
4.2. Avaliação dos Principais Desfechos na Amostra.....	35
4.3. Perfil Clínico da Amostra e Comparecimento ao Tratamento.....	36
4.4. Fatores Psicológicos e Comparecimento ao Tratamento.....	40
4.5. Traços de <i>Mindfulness</i> e Outras Variáveis Psicológicas.....	45
<b>CAPÍTULO 5 - DISCUSSÃO</b>	
5.1. Busca por Tratamento, Adesão e Cessação.....	50
5.2. Perfil Sociodemográfico e Perfil Clínico.....	52
5.3. Fatores Psicológicos Avaliados.....	54
5.4. Traços de <i>Mindfulness</i> e Outras Variáveis Psicológicas.....	54
<b>CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>60</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>83</b>
Apêndice 1. Artigo de Revisão Sistemática de Literatura: Submetido à Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia.....	84
<b>ANEXOS.....</b>	<b>103</b>

## LISTA DE SIGLAS

ACC- Abordagem Cognitivo-Comportamental

AN – Afetos Negativos

ANOVA – Análise de Variância

AP – Afetos Positivos

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CAMS - *Cognitive and Affective Mindfulness Scale*

CPD – Cigarros por dia

DCNT – Doenças Crônicas não- transmissíveis

DM - Diabetes Mellitus

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutivo Crônica

DRC- Doença Renal Crônica

DTR - Doenças Tabaco-Relacionadas

FMI - *Freiburg Mindfulness Inventory*

FFMQ – *Five Facet Mindfulness Questionnaire*

FFMQ/BR - Questionário das Facetas de *Mindfulness*

FTND - *Fagerström Test for Nicotine Dependence*

INCA- Instituto Nacional de Câncer

IMEPEN - Fundação Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisa em Nefrologia

HAS – Hipertensão Arterial

HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

LITS – *Light and Intermittent Smokers*/Fumantes Leves e Intermitentes

MAAS - *Mindful Attention Awareness Scale*

MCC - Múltiplas Condições Crônicas

MBSR – Redução de Estresse baseada em *Mindfulness*

MTT – Modelo Transteórico de Mudança Intencional de Comportamento

MQ - *Mindfulness Questionnaire*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNCT – Programa Nacional de Controle ao Tabagismo

PANAS/VRP - Versão Reduzida da Escala Portuguesa de Afeto Positivo e Negativo

SUS- Sistema Único de Saúde

UAI-T – Unidade de Assistência Integral ao Tabagista

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo 1.</b> Carta de Encaminhamento para o Tratamento do Tabagismo.....	104
<b>Anexo 2.</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	105
<b>Anexo 3.</b> Questionário Sociodemográfico com História Tabágica e de Meditação.....	107
<b>Anexo 4.</b> Teste de Dependência à Nicotina Fargestrom.....	109
<b>Anexo 5.</b> Régua da Prontidão para a Mudança.....	110
<b>Anexo 6.</b> FFMQ–BR /Questionário das Facetas de <i>Mindfulness</i> .....	111
<b>Anexo 7.</b> PANAS –VRP / Versão Reduzida da Escala Portuguesa de Afeto Positivo e Negativo.....	115
<b>Anexo 8.</b> Escore de Consumo Situacional Issa .....	116
<b>Anexo 9.</b> HADS / Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.....	117
<b>Anexo 10.</b> Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.....	118

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Acompanhamento dos Desfechos ao Longo do Tempo.....	29
--	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição do Desfecho quanto às Variáveis Sociodemográficas.....	34
<b>Tabela 2.</b> Análise Descritiva dos Principais Desfechos da Amostra.....	36
<b>Tabela 3.</b> Distribuição do Desfecho quanto às Variáveis Clínicas.....	39
<b>Tabela 4.</b> Distribuição do Desfecho quanto aos Fatores Psicológicos.....	43
<b>Tabela 5.</b> Correlação de <i>Spearman</i> entre Traços de <i>Mindfulness</i> e Variáveis Psicológicas.....	47
<b>Tabela 6.</b> Teste ANOVA FFMQ Total em Grupos e Variáveis Psicológica.....	49

**PARTE I**  
**APRESENTAÇÃO DO ESTUDO**

## INTRODUÇÃO

A grande parte dos estudos na área do tabagismo investiga os fumantes já em início de tratamento, ou durante e após a cessação tabágica. Apesar das dificuldades que fumantes enfrentam para tomar a decisão por se tratar, poucos ainda são os trabalhos que focam no levantamento de dados relativos a essa população no momento anterior à busca por tratamento para a cessação tabágica. Diante desse questionamento, o presente trabalho buscou investigar variáveis que pudessem estar associadas à decisão por tratamento do tabagismo entre fumantes com múltiplas condições crônicas (MCC). Através de uma abrangente pesquisa pela literatura sobre os aspectos clínicos do tabagismo, foram elencados como fatores de interesse para a investigação a motivação, os traços de *mindfulness* e os afetos. Além disso, outras variáveis também foram investigadas, como o padrão de uso do tabagismo, o grau de dependência à nicotina, e o rastreio para a ansiedade e a depressão.

O presente trabalho caracteriza-se por uma dissertação de mestrado intitulada de “Traços de *Mindfulness*, Afetos e Motivação associados à procura por tratamento para o Tabagismo em Fumantes com Multimorbidades”. Essa dissertação é apresentada em seis capítulos, sendo que os capítulos 1 e 2 são divididos em sete seções, as quais tratam da justificativa teórica encontrada na literatura científica para a explicação da temática, bem como a sua relevância para a comunidade científica. O capítulo 3 apresenta a metodologia adotada para o desenvolvimento da atual pesquisa. Já o capítulo 4 é dividido em cinco seções e apresenta os principais resultados encontrados após a análise estatística dos dados. O capítulo 5 apresenta os pontos a serem discutidos após análise dos resultados encontrados, com base na literatura de referência na área. Por fim, o capítulo 6 aborda as considerações finais a serem levantadas a respeito desse estudo.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral:**

Investigar se os fatores motivação, traços de *mindfulness* e afetos podem ser associados à tomada de decisão para o tratamento da cessação do tabagismo em fumantes com MCC.

### **Objetivos específicos:**

a) Analisar a associação de características sociodemográficas com a tomada de decisão por se tratar;

b) Analisar a associação de características clínicas com a tomada de decisão por se tratar;

c) Analisar a associação entre ansiedade e depressão com a tomada de decisão por se tratar;

d) Analisar a correlação entre as facetas de *mindfulness* e as variáveis: motivação, afetos, ansiedade, depressão e grau de dependência nicotínica;

e) Analisar as diferenças entre os grupos de diferentes níveis de traço de *mindfulness* em relação às variáveis: motivação, afetos, ansiedade, depressão e grau de dependência nicotínica.

**PARTE II**  
**JUSTIFICATIVA TEÓRICA**

## CAPÍTULO 1

### TABAGISMO

#### *1.1. Tabagismo e Múltiplas Condições Crônicas: Aspectos Epidemiológicos e Clínicos:*

Globalmente, o tabagismo foi responsável pela morte de 100 milhões de pessoas durante o século XX. As estimativas afirmam que o uso do tabaco estará associado à mortalidade de 01 bilhão de pessoas ao final do século XXI. As estatísticas também apontam que entre a população mundial, 942 milhões de homens e 175 milhões de mulheres acima de 15 anos são fumantes. (Drope et.al., 2018 & Eriksen et. al, 2015).

O ato de fumar também é responsável à exposição de mais de 7.000 substâncias tóxicas, sendo 70 delas comprovadamente cancerígenas, afetando praticamente todos os órgãos do corpo humano. O dano provocado pelo tabagismo aumenta de acordo com o número de cigarros fumados por dia, mas sabe-se que mesmo uma pequena quantidade de tabaco consumida por dia é capaz de causar más consequências à saúde, sendo que um fumante vive a menos que um não fumante em média de 10 a 11 anos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o tabagismo como a principal causa de morte evitável no mundo, sendo responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Organização Mundial de Saúde/WHO, 2011; INCA, 2018; Drope et.al., 2018).

O tabagismo aumenta o risco de morte por diversas doenças, sendo entre elas as mais comuns o câncer, a doença cardíaca isquêmica, a doença pulmonar obstrutivo-crônica (DPOC), e o acidente vascular cerebral (AVC). Além disso, o fumo também é considerado como fator de risco primário para o desenvolvimento da aterosclerose sistêmica, a qual é relacionada ao desenvolvimento de condições crônicas; e o mesmo também está diretamente relacionado ao desenvolvimento de outras doenças crônicas, aumentando as chances do

desenvolvimento de diabetes mellitus (DM) tipo II em 30 a 40%, sendo também um fator de risco independente para a lesão e a progressão da doença renal crônica (DRC), especialmente em indivíduos que já apresentam quadros de hipertensão arterial (HAS) e DM (Hallan & Orth, 2011; Elihimas J. et. al., 2014; Bucharles & Pecoits-Filho, 2009; Bilano, et. al, 2015; Eriksen et.al, 2015; *U.S Department of Health and Human Sciences*, 2014; Galil et.al., 2016; Rezonzew et.al., 2012; MC Cullogh et.al., 2008; Puddu & Menotti, 2015; & Galil, 2016).

O próprio tabagismo pode ser considerado como uma condição crônica de dependência nicotínica, e quando o mesmo ocorre em concomitância de uma ou mais doenças crônicas, estabelece-se um quadro intitulado de múltiplas condições crônicas (MCC), o qual contribuiu em 7 a 10% com o número de mortes por ano nos Estados Unidos (Goodman, 2013; Rostron et.al., 2014; & Galil, et.al., 2016). Um estudo brasileiro demonstrou que a prevalência de fumantes com MCC no Brasil é ligeiramente superior em relação à população de fumantes em geral, representando 12% versus 11,3%, respectivamente. Além disso, esse estudo também apontou que entre sujeitos com multimorbidades, fumantes demonstravam piores perfis clínicos que ex-fumantes ou não fumantes, apresentando maiores fatores de risco cardiovascular, e maior prevalência de doenças crônicas, corroborando com a literatura de referência em relação ao impacto positivo da cessação tabágica, especialmente para essa população (Bilano, et.al., 2015; Erhardt, 2009; Eriksen et.al., 2015; *U.S Department of Health and Human Sciences*, 2014; Fiore et.al., 2008; Lavi et.al., 2007; Ponciano-Rodriguez et.al, 2014; Perk. et.al, 2012; & Galil, et.al., 2016).

A cessação tabágica é apontada como a intervenção mais eficaz a ser implementada em populações com MCC, dentre todas as outras estratégias de prevenção, seja na atenção primária, secundária ou terciária (Eriksen et.al, 2015; Erhardt, 2009; *U.S Department of Health and Human Sciences*, 2014; Jemal et.al, 2014; Perk et.al, 2012 & Galil, et.al, 2016). A interrupção do ato de fumar em sujeitos com problemas cardiovasculares, diabetes e DPOC

pode promover importantes melhorias na qualidade da condição de saúde e em tempo de vida (Reichert et.al, 2009; Fiore, Jaen & Backer, 2008; Critchley & Unal, 2004; Jemal et.al, 2014 & Galil, 2016). Em estudos relacionados, autores afirmaram que tabagistas após 16 anos de abstinência e que cessaram o uso do cigarro antes dos 50 anos de vida, apresentaram uma redução de 50% no risco de morte por doenças associadas, e ademais, o risco de mortalidade por câncer de pulmão teve uma redução de 30 a 50%, e o risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares caiu pela metade após um ano da cessação tabágica. (*U.S Department of Health and Human Sciences*, 2004; Doll et.al, 2004; & Galil, 2016). Dessa forma, em populações com MCC é importante o desenvolvimento de melhorias na assistência por parte de profissionais da saúde, programas de saúde e programas sociais, para que os indivíduos possam ter mais qualidade de vida e melhorias no estado de saúde geral; principalmente no que diz respeito à estimulação e ao encorajamento do ato de parar de fumar, já que a cessação tabágica é possível e pode trazer benefícios para a saúde dessa população, como já acima evidenciado (Goodman et.al, 2013 & Galil, 2016).

### ***1.2. Políticas de Redução do Tabagismo, Tratamento, e Barreiras associadas ao Tratamento:***

Em vários países há uma mobilização na construção de uma força tarefa para reduzir o tabagismo. Dentre as medidas de saúde pública tabaco relacionadas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), encontram-se os espaços livres de fumo, a fim de se proteger os não fumantes do tabagismo secundário, prevenindo a contaminação pela fumaça do cigarro, um cancerígeno tipo A, podendo ser a causadora de câncer em seres humanos; e também a Convenção Quadro para o Controle do Tabagismo, baseada em seis diretrizes (MPOWER): M- monitorar o consumo de tabaco; P- proteger as pessoas do tabagismo secundário; O- oferecer auxílio no abandono ao tabagismo; W (*warn*) - informar a população sobre os riscos do tabagismo; E (*enforce*) - reforçar a proibição de campanhas e propagandas

do cigarro; e R (*raises*) - aumentar impostos sobre os produtos derivados do tabaco (Fagundes et.al, 2014).

Especificamente no Brasil, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), órgão do Ministério da Saúde, é o responsável pela coordenação das ações do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT), atuando em parceria com os estados e municípios, e com vários setores da sociedade civil organizada, como as sociedades científicas e os conselhos profissionais da área de saúde, para a realização de ações de controle do tabagismo (Ministério da Saúde, 2004; & Cavalcante, 2005). As principais medidas realizadas de controle ao tabagismo pelo PNCT são: divulgação de informações acerca dos malefícios do tabagismo para a saúde; redução da aceitação social do tabagismo; proteção à população contra a fumaça ambiental do cigarro; redução ao acesso de produtos derivados do tabaco; oferta de suporte às terapias combinadas para a cessação do cigarro; e controle e monitorização da comercialização de todos os produtos relacionados ao tabaco (Iglesias et.al., 2007). Ademais, no Brasil existem leis para combate ao fumo em locais fechados: “(...) está proibido o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos e outros produtos fumígenos em locais de uso coletivo, públicos ou privados, como *hall* e corredores de condomínio, restaurantes e clubes, mesmo que o ambiente esteja só parcialmente fechado por uma parede, divisória, teto ou até toldo.” (Brasil, Portal da Saúde, 2014).

Também como parte do PNCT, o tratamento ao fumante foi inserido na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2004, através do Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS, e do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. Além disso, o tratamento ao tabagista prevê a inserção da abordagem cognitivo-comportamental (ACC) e o tratamento medicamentoso na rede de atenção básica e de média complexidade (Ministério da Saúde, 2004; & Cavalcante, 2005). O tratamento realizado conta com consultas médicas e com grupos de apoio baseados na ACC. Os grupos

fornece informações sobre o tabagismo e os benefícios em parar de fumar, bem como promovem o autocontrole e o auto manejo do ato de fumar, para que o indivíduo consiga sair do quadro de dependência, tornando-se agente de sua própria mudança (INCA, 2001).

Apesar dos esforços empregados no combate ao fumo, e também da oferta de tratamentos especializados, muitas barreiras ainda permeiam a decisão por parar de fumar, bem como a permanência de fumantes em serviços especializados, como também, diversas são as dificuldades para a cessação ou a redução do número de cigarros fumados. Um levantamento feito nos Estados Unidos concluiu que metade de todos os americanos que já haviam fumado cessou o uso em sua vasta maioria por conta própria, sem recorrer a nenhum serviço especializado de tratamento (*Public Health Service*, 1964). Apesar de fumantes terem obtido mais acesso aos tratamentos especializados para a cessação tabágica após 1964, dados mais recentes apontam que menos da metade (42.7%) dos fumantes nos Estados Unidos realizaram tentativas para parar de fumar no último ano, e 55.1% dos americanos haviam obtido sucesso na cessação do tabagismo (*U.S Department of Health and Human Sciences*, 2014). Ademais, 50% dos fumantes que cessam o tabagismo por conta própria recaem após seis meses (Stapleton & West, 2012; & West, 2017).

Fumantes evitam serviços de tratamento para o tabagismo por várias razões: muitos não acreditam que esses serviços são eficazes ou seguros, ou acreditam que sozinhos serão capazes de parar de fumar, e, além disso, os tabagistas diferem entre si em relação à prontidão para a mudança e ao estágio de motivação, e por conta disso, nem todos estão preparados para buscarem ou darem início ao tratamento (Di Clemente et.al, 1991; Bansal et.al, 2004 & Gollust, Schroeder & Warner, 2008). Em adição, parar de fumar pode ser difícil, desagradável, leva tempo e esforço, e muitos fumantes apresentam comorbidades psiquiátricas ou uso de outras substâncias associadas ao tabagismo, o que dificulta mais ainda a cessação do uso do tabaco (Di Clemente et.al, 1991).

Aproximadamente 2,5 milhões entre os 45 milhões de fumantes ao redor do mundo encontraram sucesso quando tentaram a cessação tabágica, apesar de 70% dos mesmos afirmarem que desejavam cessar o uso do tabaco (*U.S Department of Health and Human Sciences*, 2004; Grant et.al, 2004; Lasser et.al, 2000 & Gollust, Schroeder & Warner, 2008). Nos Estados Unidos e no Reino Unido, 3 a cada 4 fumantes desejam parar o uso do cigarro, mas menos de 5% encontram sucesso por conta própria (Wu & Sin, 2011).

Segundo Garey et.al. (2016), a cessação no tabagismo envolve quatro fases específicas, sendo elas: motivação, pré-cessação, cessação e manutenção. Os tabagistas diferem entre si no desempenho em cada um dessas fases, por conta de diferenças individuais. Esses autores destacam que as fases iniciais (motivação e pré-cessação) merecem atenção, pois algumas barreiras podem estar envolvidas no não engajamento dos fumantes à cessação, como o desgaste pré-tratamento e as barreiras percebidas para desistir (percepções individuais de estressores relacionados à cessação), sendo estas as responsáveis pela avaliação cognitiva da tentativa de abandono ao tratamento. Fumantes que evadem antes do início do tratamento relatam mais ansiedade, menor tolerância ao desconforto, e menos motivação. Além disso, as barreiras percebidas para a cessação podem conter processos de regulação emocional, incluindo maiores expectativas de reforços negativos relacionados aos desfechos de cessação, sensibilidade à ansiedade, e intolerância ao sofrimento (Baker et al., 2011; Macnee & Talsma, 1995; MacPherson et al., 2008; Ahluwalia et al., 2002; Foster et.al., 2014; Johnson et.al., 2012; Peasley-Miklus et.al., 2012; Gonzalez et.al., 2008; & Kraemer et.al., 2013).

Dessa forma, torna-se essencial que os fatores envolvidos nas barreiras pela procura e adesão ao tratamento, e também na cessação ao tabagismo sejam melhores investigados e compreendidos, a fim de que melhores estratégias ligadas ao tratamento do tabagista possam ser desenvolvidas, para que fumantes possam se beneficiar e obterem mais sucesso nas tentativas de abandono ao cigarro.

## CAPÍTULO 2

### VARIÁVEIS PSICÓLOGICAS E TABAGISMO

#### ***2.1 Fatores Psicológicos Associados à Procura por Tratamento:***

A literatura de referência vem apontando a importância de fatores associados à procura e ao início do tratamento para o uso do tabaco, bem como a influência desses fatores à maior probabilidade para a cessação ou redução tabágica.

Um dos mecanismos relacionados à decisão por se tratar ou para a cessação do uso de tabaco é a motivação para a mudança, já que o sucesso da tomada de decisão para parar de fumar pode depender do estágio motivacional em que o tabagista se encontra (Russo & Azevedo, 2010; Cox, et.al, 2011; Sciamanna, 2000; Ussher et.al, 2016; Biener & Abrams, 1991; Jardim & Carpenter, 2012; Piñeiro et.al, 2016; Prochaska et.al., 2008 & Nguyen et.al., 2015).

A regulação emocional também exerce um papel importante na tomada de decisão por se tratar ou cessar o uso do cigarro, sendo que fumantes recorrem constantemente ao ato de fumar para a diminuição de afetos negativos, e dessa forma, a regulação emocional do tabagista exerce papel fundamental nesse processo (Carter, Lam, Robinson, et al., 2008; Farris, Zvolensky, & Schmidt, 2016; Zinser, Baker, Sherman, & Cannon, 1992; Buckholdt, Parra, Anestis, et al., 2015; Rogers et.al, 2018; Carmody, Vieten, & Austin, 2007; West, Hajek, & Belcher, 1989; Farris, Zvolensky & Schmidt, 2015; Garey et.al., 2016; Battista et.al., 2008; Novak et.al., 2003; Zvolensky et.al, 2007 & Johnson et.al, 2012).

Por fim, a literatura também aponta *mindfulness* disposicional ou traço de *mindfulness* como positivamente associado à cessação tabágica, à redução do número de cigarros fumados, à manutenção do quadro de abstinência e à prevenção de lapsos ou recaídas no tabagismo

(Heppner et.al., 2016; Spears et. al., 2015; Adams et.al., 2014a; Adams et.al., 2014b Vidrine et. al., 2009; Vinci et.al., 2016).

Dessa forma, esse estudo objetiva a investigação dos fatores motivação, traços de *mindfulness* e afetos em relação à procura de fumantes por tratamento para a cessação tabágica. Acredita-se que a investigação desses fatores é relevante no sentido de auxiliar a levantar hipóteses que possam contribuir com melhores intervenções clínicas, e a compreender melhor os processos cognitivos, emocionais e comportamentais entre a população de fumantes com MCC.

## ***2.2. Motivação para a Mudança do Comportamento de Fumar:***

A motivação entre tabagistas está relacionada ao grau de dependência e pode variar com o tempo, podendo ser influenciada por outras pessoas ou pelo ambiente em que o sujeito se encontra, e também pode ser responsável pela iniciativa do tabagista por tratamento e pelo sucesso na cessação tabágica (Russo & Azevedo, 2010).

O Modelo Transteórico de Mudança Intencional de Comportamento (MTT) surgiu a fim de compreender o processo de mudança comportamental humana, bem como as fases ou estágios envolvidos nesse processo. O MTT analisa a motivação de forma multidimensional, incluindo o conjunto de mecanismos cognitivos e comportamentais da mudança intencional. Para a mudança comportamental se iniciar, se estabelecer, e se sustentar ao longo do tempo, é necessário que o indivíduo passe por estágios motivacionais pré-determinados. São eles: Pré-Contemplação (o indivíduo não considera o processo de mudança); Contemplação (o indivíduo analisa custos e benefícios da mudança e já se preocupa em mudar); Preparação (indivíduo reúne coragem e comprometimento para um plano de mudança); Ação (transição do padrão atual de comportamento para o novo padrão); Manutenção (integração do novo comportamento ao estilo de vida do indivíduo); e Recaída (caso o indivíduo não consiga

sustentar a mudança, e recaia no antigo padrão de comportamento). (Prochaska & DiClemente, 1984; DiClemente & Prochaska, 1998; DiClemente, 2003; Prochaska, Norcross, & DiClemente 1994; Prochaska & Norcross, 2013; & DiClemente, 2017).

Essa concepção de estágios motivacionais e da mudança comportamental pode auxiliar pesquisadores e clínicos a compreenderem melhor o processo motivacional e observar onde estão os pontos de estagnação no processo de mudança para indivíduos, populações e subpopulações específicas, como fumantes, por exemplo. Por conta disso, é necessária a avaliação do grau de motivação do fumante, ou de qual estágio o indivíduo está, para que se possa compreender melhor o processo da tomada de decisão por parar de fumar ou não, e de forma a auxiliar o desenvolvimento de intervenções para auxiliar o indivíduo a envolver-se com os processos da mudança (Connors, DiClemente, Velasquez, & Donovan, 2013; DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velasquez, & Rossi, 1991; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1994 & DiClemente, 2017).

Alguns estudos que buscaram comparar fumantes que queriam a cessação com fumantes que não desejavam parar o uso de tabaco, demonstraram que a motivação é preditora de sucesso e, além disso, a literatura aponta evidências de que a motivação pode ser um fator chave em desfechos como a cessação (Cox, et.al, 2011; Sciamanna, 2000; Ussher et.al, 2016; Biener & Abrams, 1991; Jardim & Carpenter, 2012; & Piñeiro et.al, 2016).

Além disso, pesquisas também apontam que indivíduos motivados a buscarem tratamento para o uso do cigarro experimentam a abstinência de forma diferente ao invés de simplesmente retomarem o uso da substância, sendo que em situações de abstinência, os mesmos tendem a não fazer o uso da droga, já que estão motivados a cessarem o uso. Já àqueles não motivados, em situações de abstinência, experimentam apenas uma parada forçada do uso da substância, e os mesmos buscam retomar o uso do cigarro assim que puderem, tendo assim, a motivação um papel importante na manutenção da abstinência ao

cigarro (Tiffany, 1990 & Sayette & Dimoff, 2016). A motivação em fumantes também aumenta as intenções de parar de fumar, facilita as tentativas de cessação ao cigarro e aumenta o sucesso nas taxas de abstinência (Prochaska et.al., 2008 & Nguyen et.al., 2015).

Investigar a motivação em fumantes pode ser interessante na oferta de tratamentos a tabagistas, bem como para desenvolver estratégias a fim de auxiliar indivíduos a se manterem motivados na continuação do tratamento, bem como de permanecerem sem o uso do cigarro.

### ***2.3. Regulação Emocional, Afetos e Tabagismo:***

As emoções desempenham papel fundamental em nossos comportamentos e em nossas atitudes da vida diária. Pesquisadores do campo da Sociobiologia descobriram em seus achados que nas tomadas de decisão, as emoções exercem papel fundamental. Segundo eles, são as emoções os verdadeiros guias de quando indivíduos precisam tomar providências diante de impasses ou de certos desafios. Cada emoção vivenciada possui uma função específica em nosso repertório emocional, sinalizando a direção mais acertada para uma ação imediata ou automática. Estas ações ficaram guardadas em nosso sistema nervoso ao longo de séculos, pois durante o período da pré-história humana foram essenciais à sobrevivência. Sendo assim, a forma com a qual indivíduos avaliam e respondem às situações desafiadoras, não é moldada apenas por julgamentos racionais, mas também pelo nosso passado emocional ancestral (Ekman, 1992; Levenson, Ekman & Friesen, 1990; & Goleman, 2012).

Uma vez que indivíduos são guiados pelas emoções nas tomadas de decisões, entende-se que a forma com a qual um indivíduo lida com as suas emoções torna-se crucial para a aquisição de melhores comportamentos ou para a mudança comportamental, como por exemplo, parar de fumar ou buscar o tratamento para a cessação tabágica. Essa forma de manejo emocional pode ser chamada de Regulação Emocional, a qual engloba as estratégias de enfrentamento que o indivíduo usa ao confrontar a intensidade emocional. Sendo assim,

um estágio de desregulação emocional pode ser prejudicial ao comportamento, já que a dificuldade ou a inabilidade de lidar com as experiências ou com a vivência das próprias emoções, pode gerar estilos problemáticos de enfrentamento (Leahy, Tirsch & Napolitano, 2013).

A intensidade e a frequência com a qual indivíduos vivenciam emoções positivas ou negativas são denominadas de afetos positivos ou negativos. A frequência com a qual o afeto positivo ou negativo é experienciado torna-se mais importante para o bem-estar, que a intensidade com a qual os afetos são sentidos. Acontecimentos com alta carga emocional negativa ou positiva podem ter impactos positivo ou negativo na vida de indivíduos, mas com o passar do tempo, os mesmos tendem a retornar ao nível habitual da regulação dos afetos. Porém, a experimentação diária de mais afetos negativos que positivos pode ser potencialmente prejudicial aos comportamentos e à qualidade de vida, como o desenvolvimento de uma tendência a experimentar vulnerabilidade, ansiedade e depressão (Lyubomirsky, King & Diener, 2005; Diener & Larsen, 1984; Zanon, Dellazana-Zanon, & Hutz, 2014).

Em relação ao tabagismo, a desregulação emocional é um fator importante presente, já que fumantes usam o cigarro para reduzir afetos negativos, os quais são fatores-chaves no quadro de abstinência, e podem determinar o sucesso ou o insucesso da cessação tabágica. A desregulação emocional está diretamente relacionada aos comportamentos de risco, como por exemplo, o abuso de substâncias, entre outros (Carter, Lam, Robinson, et al., 2008; Farris, Zvolensky, & Schmidt, 2016; Zinser, Baker, Sherman, & Cannon, 1992; Buckholdt, Parra, Anestis, et al., 2015; Rogers et al., 2018).

Alguns estudos sugerem que o trabalho na regulação emocional, como o aumento da aceitação das emoções, pode ser positivo na prevenção de recaídas ao cigarro (Carmody, Vieten, & Astin, 2007; Rogers et al., 2018). Outro estudo apresentou em seus resultados que a

menor capacidade de regular as emoções e a falta de estratégias comportamentais para manejar estados de humor indesejados, podem desempenhar papel fundamental na manutenção do tabagismo. Esses autores também afirmam que a desregulação emocional pode se tornar um novo alvo nos tratamentos clínicos e nas intervenções para a cessação (Rogers et.al, 2018).

Fumantes com menores graus de regulação emocional tendem a aliviar o estresse através do ato de fumar, o que por sua vez, pode estar associado à vulnerabilidade para fumar e à dependência nicotínica. Além disso, indivíduos com menor regulação emocional, podem apresentar maiores problemas relacionados aos efeitos adversos do tabagismo, pois os mesmos recorrem fortemente ao ato de fumar para alívio do estresse (West, Hajek, & Belcher, 1989; Farris, Zvolensky & Schmidt, 2015 & Garey et.al, 2016). Sendo assim, na ausência de estratégias de regulação emocional, sujeitos recorrem ao cigarro para gerenciar estados de humor negativos, fazendo com que a cessação ao tabagismo seja mais difícil de ser alcançada (Johnson et.al, 2012).

Ademais, fumantes que experimentam altos níveis de afetos negativos tendem a passar por mais lapsos ou recaídas durante as tentativas de cessação, já que existem processos cognitivos ligados às crenças de que o cigarro ajudará a fazer com que o fumante se sinta melhor e mais relaxado, levando ao ato de recorrer ao cigarro diante das sensações desconfortáveis enfrentadas durante a abstinência, sendo a presença de maiores afetos negativos mais uma importante barreira, já que a mesma é causada pelo efeito reforçador negativo para o comportamento de fumar (Shiffman, 2005; Brandon & Baker, 1991; Kassel, Stroud e Paronis, 2003; Farris, Zvolensky & Schmidt, 2015).

Johnson et.al. (2012) destacaram a sensibilidade à ansiedade (medo de sentir ansiedade e as sensações associadas à mesma) como uma importante barreira à cessação no tabagismo, já que fumantes com alta sensibilidade à ansiedade recorrem mais ao ato de fumar

para a diminuição de afetos negativos, e para o alívio de sintomas ansiosos. Além disso, fumantes com alta sensibilidade à ansiedade percebem a cessação como um processo mais difícil e ameaçador, representando esta, uma barreira percebida para a cessação (Battista et.al., 2008; Novak et.al., 2003; & Zvolensky et.al, 2007).

Sendo assim, a avaliação dos níveis de afetos entre fumantes pode ser útil para compreender o processo de cessação ao tabagismo, bem como a procura por tratamento para parar de fumar, além dos potenciais fatores que levam aos lapsos, recaídas, e à manutenção do tabagismo.

#### **2.4. *Mindfulness*: origem, definições e mensuração**

Autores que abordaram a origem de *mindfulness* relacionaram que a sua raiz nasceu no budismo, através dos ensinamentos do *Buddha*, encontrados nos primeiros registros na língua pali, feitos pelo *Siddharta*. A palavra *mindfulness* é uma tradução para o inglês da palavra *sati* em pali, sendo *sati* definido como estar atento e lembrar. *Mindfulness* é o ensinamento central da psicologia budista, a qual une o alívio do sofrimento à investigação empírica (Rapgay & Bystrisky, 2009; Germer, Siegel & Fulton, 2016).

Após a Segunda Guerra Mundial houve maior interesse pela busca de psicologias asiáticas, especialmente o zen-budismo. Nas décadas de 1960 e 1970, *mindfulness* atraiu a atenção de muitos terapeutas que estavam em busca de um caminho de libertação emocional. Com maior popularização, o ensinamento de *mindfulness* passou a ser adaptado para as necessidades culturais e sociais das mais diversas regiões, e os estudos sobre meditação começaram a prosperar. Em 1977, a *American Psychiatrist Association* requisitou uma análise formal da eficácia clínica da meditação. John Kabat-Zinn em 1979 criou o *Center for Mindfulness*, o qual se propunha a ensinar a redução de estresse baseada em *mindfulness* (MBSR) para o manejo de condições crônicas de difícil tratamento. A partir de 1990, já era

possível observar uma grande ênfase em estudos de meditação *mindfulness* (Morita, 1998; Smith, 2004; & Germer, Siegel & Fulton, 2016).

Em sua definição geral, ressalta-se que *mindfulness* diz respeito à capacidade de estar alerta ao momento presente e no desenrolar da experiência. Todavia, a sua descrição também pode ser processada como um constructo mais amplo, englobando *mindfulness* como um constructo teórico (a ideia de *mindfulness*), exercícios para cultivar *mindfulness* ou práticas meditativas, além de processos psicológicos, que envolvam mecanismos de ação na mente e no cérebro (Kabat-Zinn, 2003; Germer, Siegel & Fulton, 2016)

*Mindfulness* é entendido como uma experiência não verbal, sutil. E assim, o uso de termos e definições teóricas não pode totalmente descrevê-lo, pois *mindfulness* é uma experiência que precisa ser à priori, sentida (Gunaratana, 2002; Kabat-Zinn, 2003; Germer, Siegel & Fulton, 2016). *Mindfulness* também pode ser compreendido como o acesso direto ao presente, envolvendo o cultivo da intenção de estar atento ao momento através da prática constante da percepção real ao que ocorre de imediato, seja ao dirigir o carro, ao fazer uma refeição, ao caminhar, durante a prática meditativa, ou simplesmente observando a própria respiração (Vorkapic & Rangé, 2013).

Apesar de haver pouco consenso para uma única definição do termo, Bishop e cols. (2004) propuseram um modelo conceitual a partir de dois componentes: autorregulação da atenção, para que ela seja sustentada na experiência imediata, e orientação particular à experiência do indivíduo, para que a mesma envolva aspectos como a curiosidade, abertura e aceitação. Para, além disso, é também importante ressaltar que qualidade do estado atencional é relevante, e que a experiência em *mindfulness* deve englobar componentes, como: ausência de julgamento, aceitação, bondade amorosa e compaixão (Germer, Siegel & Fulton, 2016).

Sendo um constructo bastante amplo, *mindfulness* passou a ser operacionalizado e mensurado por cientistas em todo o mundo através de questionários de auto-relato, entre

outros. Grossman (2018) aponta que a mensuração de *mindfulness* está inserida em um contexto complexo que envolve história, sociedade, economia, política e tecnologia. Dessa forma, esse processo precisa de muito cuidado e reflexão metodológica e científica, para que se possam evitar problemas significativos com a validade e a confiabilidade dos estudos.

Entre as escalas de *mindfulness* mais comumente usadas para mensurar o constructo, podemos citar a *Freiburg Mindfulness Inventory* (FMI); *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS); *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS); *Cognitive and Affective Mindfulness Scale* (CAMS) e *Mindfulness Questionnaire* (MQ). Baer et.al (2006) se basearam nessas escalas para a formulação da *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) que no Brasil deu origem ao Questionário das Facetas de *Mindfulness* (FFMQ-BR) traduzido e validado em 2014 para o contexto brasileiro (Barros et.al, 2014). Durante o processo de validação, foram entrevistados 395 sujeitos divididos entre estudantes universitários, população geral e meditadores. Após cuidadosa avaliação de consistência interna, o questionário brasileiro se dividiu em sete facetas que avaliavam os seguintes aspectos: não julgar, agir com consciência, observar, descrever, e não reagir. As facetas foram classificadas em: (1) não julgamento; (2) agir com consciência – A; (3) agir com consciência - B; (4) observar; (5) descrever – A; (6) descrever – B; e (7) não reatividade.

## **2.5. Traços de Mindfulness ou Mindfulness Disposicional e Tabagismo:**

Acredita-se que *mindfulness* disposicional é um traço naturalmente existente relativo à capacidade de consciência e atenção sustentada em indivíduos no contexto diário de suas vidas (Brown & Ryan, 2003; & Bowen & Enkema, 2014). Os traços de *mindfulness* estão presentes naturalmente nos indivíduos, mesmo que esses nunca tenham treinado meditação, e os mesmos também estão diretamente relacionados aos afetos, tendo *mindfulness* uma ligação com a regulação emocional, e esta por sua vez, influencia o uso de substâncias. Estudos

relacionando os traços de *mindfulness* com o uso de substâncias são ainda muito recentes na literatura, mas acredita-se que *mindfulness* proporciona a atenção plena no presente momento sem julgamentos, permitindo respostas mais funcionais às situações de estresse emocional ou de impulsos comportamentais (Bishop et.al, 2004; & Bowen & Enkema, 2014).

Alguns estudos que se propuseram a analisar o impacto de traços de *mindfulness* no uso de substâncias revelaram uma associação negativa entre alguns traços de *mindfulness* (descrever e agir com consciência) e o uso de substâncias, além de terem confirmado hipóteses de que os traços de *mindfulness* interagem entre si e influenciam na redução do uso da droga (Fernandez, Wood, Stein, & Rossi, 2010; Eisenlohr-Moul, Walsh, Charnigo, Lynam, & Baer, 2012; & Bowen & Enkema, 2014). Bowen & Enkema (2014) também sugerem uma associação negativa entre *mindfulness* disposicional e o nível de dependência, sendo o *mindfulness* um fator protetor em relação ao desenvolvimento de quadros mais graves de dependência em substâncias.

Imel & Dautovich (2016) confirmaram em seus achados que melhores níveis de traços de *mindfulness* são preditores diretos de níveis de afetos positivos, e demonstram uma relação positiva com o senso de controle interno, sugerindo que altos níveis de traços de *mindfulness* podem ser protetivos para o uso de substâncias. Além disso, altos níveis de *mindfulness* disposicional são preditores de baixos níveis de reação aos estímulos emocionais, melhores níveis de aceitação e consciência, e um aumento da habilidade de ajustar estados desagradáveis de humor em jovens adultos e em adultos médios (Brown & Ryan, 2003; Brown, Ryan, & Creswell, 2007; Creswell, Way, Eisenberger, & Lieberman, 2007, & Imel & Dautovich, 2016).

*Mindfulness* também proporciona ao indivíduo a observação do processo contínuo da experiência sem se conectar ou se identificar com o conteúdo de pensamentos, sentimentos, imagens, racionalizações cognitivas, impulsos ou fissuras, os quais podem levar ao lapso ou à

recaída. Dessa forma, embora o indivíduo possa sentir que a necessidade de fumar vai aumentar, a menos que ele acenda um cigarro, a fissura e a avidez mudarão por si mesmas com o passar do tempo (Marlatt, 2015; Bowen et.al., 2015). Além disso, vários estudos envolvendo *mindfulness* tiveram como alvo de investigação os seus efeitos na fissura, a fim de alcançarem mudanças clínicas significativas do comportamento em relação ao uso de substâncias, tendo a literatura já estabelecido de forma consistente que *mindfulness* atua diretamente na redução da fissura (Ruscio, Muench, Brede & Waters, 2016; Zemestani & Ottaviani, 2016; Tapper, 2018).

Em relação aos traços de *mindfulness* e o tabagismo especificamente, em uma revisão sistemática conduzida para esse projeto de pesquisa (Apêndice 1), os achados vão ao encontro com a literatura de referência quando a mesma trata do efeito do *mindfulness* disposicional e o uso de substâncias em geral (Rabello, Teixeira, Gusmão & Colugnati, 2019). Heppner et.al (2016) afirmam em seu estudo que altos níveis de pontuação na escala de *mindfulness* foram preditoras das chances de abstinência inicial e ao longo do tempo no tabagismo, bem como altos traços de *mindfulness* auxiliaram na recuperação de lapsos antes que se tornassem recaídas. Esses autores também afirmaram que mesmo entre fumantes, melhores níveis de *mindfulness* disposicional estavam associados com menores níveis de dependência de tabaco, menores níveis de afetos negativos e melhores níveis de afetos positivos, e maiores níveis de expectativas em relação à habilidade de regular as emoções sem recorrer ao ato de fumar. Sendo assim, o *mindfulness* está ligado a uma melhor estabilidade emocional, tendo relação positiva com melhores níveis de afetos positivos e baixos níveis de afetos negativos, o que pode ser compreendido através da característica do *mindfulness* de gerar menos impulsividade e reatividade diante de estímulos, diminuindo assim a probabilidade de oscilações extremas emocionais, e gerando um senso de equanimidade (Baer et al., 2006; Brown & Ryan, 2003; Baker et al., 2011, & Adams et.al, 2014a).

Ainda referente aos achados da revisão, Spears et.al. (2015) afirmaram que dentro dos traços de *mindfulness*, a faceta de Não Julgamento (FFMQ) previu maiores chances de abstinência ao cigarro, além de ser associada a menores níveis de depressão na amostra de fumantes estudada. Adams et.al. (2014a) também apontaram em seus resultados que maiores níveis de *mindfulness* disposicional foram associados a menor volatilidade de afetos negativos e menores sintomas depressivos durante o período da tentativa de cessação e em até um mês pós-cessação. Os sujeitos com melhores níveis de traços de *mindfulness* no baseline demonstraram menos volatilidade de emoções negativas durante as tentativas de cessação tabágica, sendo a volatilidade para emoções negativas um determinante crítico para a recaída no tabagismo (Cofa-Woerpel et al., 2011).

Adams et.al. (2014b) revelaram em seu estudo com mulheres com altas pontuações nas facetas de *mindfulness* disposicional Descrever, Agir com Consciência e Não Reagir (FFMQ) melhoraram a relação entre as preocupações com o peso em parar de fumar e a parada com o cigarro. Segundo os autores, mulheres que são mais capazes de descrever e rotular seus sentimentos, manterem-se concentradas no presente momento, e perceberem pensamentos e emoções sem ter que reagir a eles, estariam melhores preparadas para lidar com as preocupações com o ganho de peso, e com isso, obteriam mais sucesso na cessação ao tabagismo.

Outros autores da revisão como Vidrine et. al (2009) rastream uma associação entre os traços de *mindfulness* e o grau de dependência à nicotina, sendo que indivíduos com maiores pontuações em traços de *mindfulness* possuíam menores níveis de dependência à nicotina, e além disso, os autores também associaram o *mindfulness* disposicional com a severidade da abstinência, tendo os sujeitos com maiores níveis de *mindfulness* experimentado menor gravidade na abstinência após a parada do cigarro. Segundo os autores,

essas descobertas auxiliam no rastreamento de fatores que podem ser protetivos para a recaída no cigarro.

Por fim, Vinci et.al. (2016) afirmaram que as facetas de *mindfulness* mediam a relação entre sintomas depressivos e o tabagismo, sendo a faceta de Não Julgamento associada a uma menor dependência nicotínica e considerada como um fator protetivo na relação entre sintomas depressivos e o comportamento de fumar.

Dessa forma, investigar os efeitos dos traços de *mindfulness* em desfechos de tabagismo pode ser importante para o desenvolvimento de melhores estratégias no tratamento, seja na busca por tratamento para o tabagismo, ou na cessação tabágica. Além disso, investigar os benefícios dos traços de *mindfulness* para o tabagismo pode respaldar o desenvolvimento de intervenções com treinamento em *mindfulness*, a fim de promover melhorias nos níveis dos traços já pré-existentes nos indivíduos, e assim, gerar melhores desfechos relacionados à cessação tabágica.

**PARTE III**  
**DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA**

## CAPÍTULO 3

### MÉTODO

**3.1. Caracterização do Estudo:** Estudo Clínico Longitudinal, observacional, exploratório e de natureza quantitativa.

**3.2. Hipótese:** os fatores Motivação, Traços de *Mindfulness*, e Afetos estariam associados à tomada de decisão para o tratamento da cessação do tabagismo em pacientes com MCC.

**3.3. Local:** a coleta de dados foi realizada no Ambulatório de Cardiologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), o qual é um ambulatório de Atenção Secundária à saúde, voltado à assistência de pacientes referenciados com patologias cardiológicas, procedentes das Unidades Básicas de Saúde ou de ambulatórios de outras especialidades médicas, agendados previamente para as consultas. Também foram coletados dados no Ambulatório de Diabetes, Hipertensão e Doença Renal Crônica (Hiperdia), pertencente à Fundação Instituto Mineiro de Estudos e Pesquisa em Nefrologia (IMEPEN), a qual é uma fundação também pertencente à Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), e que também atende pacientes referenciados e procedentes da atenção primária, com consultas agendadas previamente. Além dos ambulatórios de coleta, os sujeitos da pesquisa foram acompanhados na Unidade de Assistência Integral ao Tabagista (UAI-T). Esta unidade foi implementada pela Fundação IMEPEN, e é voltada para a cessação tabágica de fumantes com MCC, entre as quais: hipertensos, diabéticos, renais crônicos e/ou portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

### **3.4. Participantes:**

**Cálculo da Amostra:** A amostra foi de conveniência e compreendeu 61 indivíduos, sendo a coleta de dados realizada entre Dezembro de 2017 e Julho de 2018. O cálculo estimado contemplando cerca de 20% de perdas foi de 320 indivíduos, porém o número esperado não foi possível de ser alcançado em sua totalidade.

**Características da Amostra:** Adultos (homens e mulheres) fumantes com MCC, que estivessem realizando consultas nos respectivos ambulatórios participantes desse estudo.

#### **Crítérios de Inclusão ao Estudo:**

- a) Fumantes Leves (LITS): sendo aqueles que fumavam  $\leq 10$  cigarros por dia (CPD)\*;
- b) Fumantes Moderados a Pesados: sendo aqueles que fumavam  $> 10$  cigarros e  $\leq 20$  CPD\*;
- c) Fumantes muito Pesados: sendo aqueles que fumavam  $> 20$  CPD\*;

\*Essa classificação para o padrão de uso se deu a partir de outros autores que também a adotaram em outro estudo (Chkhaidze, 2013).

Obs: os fumantes que faziam uso de cigarro de palha foram considerados moderados ou pesados, dependendo do número de CPD. Para cada cigarro de palha, considerou-se a equivalência de 5 cigarros comerciais ou industrializados, de acordo com os critérios de avaliação adotados pela UAI-T.

- d) Ter sido categorizado com MCC: sendo aqueles que possuíssem diagnóstico de outra doença crônica além do tabagismo;
- e) Ter faixa etária igual ou superior a 18 anos;
- f) Ter sido capaz de responder aos itens das escalas de modo individual.

### **Crêterios de Exclusão ao Estudo:**

- a) Analfabetos;
- b) Ter apresentado comprometimento cognitivo ou comorbidades psiquiátricas evidentes;
- c) Já ter praticado medita o *Mindfulness*;
- d) Poliusu rios (outras drogas, exceto  lcool).

### **3.5. Instrumentos:**

**Questionário Sociodemográfico com História Tabágica e de Medita o (própria autora):** objetiva investigar história de medita o, perfil clínico e histórico de tratamento para o tabagismo.

**FARGESTROM/ Teste de Dependência   Nicotina (Carmo & Pueyo, 2002):** validado e adaptado para o Brasil, com objetivo de medir o grau de dependência   nicotina, contendo 6 questões. A avalia o final do grau de dependência consiste na soma bruta dos pontos marcados em cada item, e   categorizada em: muito baixa: 0 a 2 pontos; baixa: 3 a 4 pontos; média: 5 pontos; alta: 6 a 7 pontos; e muito alta: 8 a 10 pontos.

**FFMQ-BR /Questionário das Facetas de *Mindfulness* (Barros *et.al*, 2014):** validada e traduzida para o Brasil, tem o objetivo de traçar os níveis de *mindfulness* através de sete f cetas (*não julgamento, agir com consciência - a, observar, descrever - a, descrever - b, não reatividade e agir com consciência - b*), contendo 39 itens. Os itens da escala seguem pontua o em Escala *Likert*, variando de 1 a 5 pontos. O escore total FFMQ-BR varia de 39 a 195 pontos, e o escore dividido pelas f cetas acima citadas,   dado através de uma fórmula de cáculo atribuída, podendo utilizar valores inversos ou não.

**Régua da prontidão para a mudança (Velásquez, Maurer, Crouch, & DiClemente, 2001):** técnica analógico-visual que rastreia em qual nível de motivação o indivíduo se encontra, consistindo em uma régua com variação de respostas de 0 a 10, em que 0 encontra-se ausência de motivação, e 10 encontra-se o nível mais alto de motivação. O escore total atribuído foi a nota apresentada por cada participante.

**PANAS –VRP / Versão Reduzida da Escala Portuguesa de Afeto Positivo e Negativo (Galinha *et.al*, 2014):** escala que rastreia afetos positivos e negativos, e trata-se de uma versão reduzida, validada e traduzida em Portugal, e contém 10 itens. Os itens da escala seguem pontuação em Escala *Likert*, variando de 1 a 5 pontos.

Os pontos totais se dividem na soma dos itens de afetos negativos (assustado, amedrontado, atormentado, nervoso e culpado) e dos itens de afetos positivos (entusiasmado, inspirado, determinado, ativo e interessado). O escore total mínimo é de 10 pontos e o máximo de 50 pontos.

**Escore de Consumo Situacional Issa (Issa, 2012):** aplicado apenas para fumantes LITS. Trata-se de uma escala de 4 itens e que pretende compreender as situações envolvidas no consumo do tabaco. O resultado se baseia na soma total dos itens. Cada resposta sim equivale a 1 ponto. O grau de dependência se divide em: baixa (até 1 ponto); moderada (2 a 3 pontos) e alta (4 pontos).

**HADS / Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (Marcolino *et.al*, 2007):** tem o objetivo de traçar quadros de ansiedade e depressão, e a mesma foi validada para aplicação em contextos hospitalares ou ambulatoriais em saúde no Brasil, contendo 14 itens, dos quais

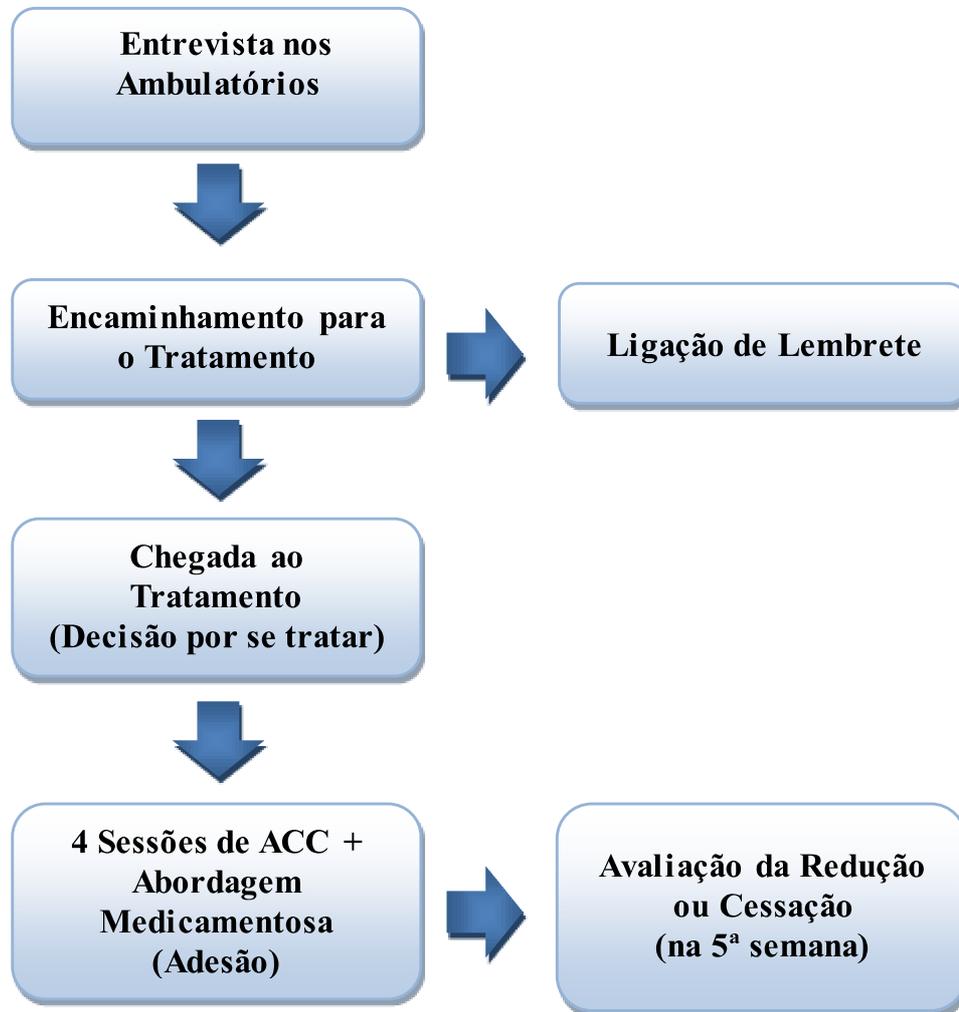
sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a avaliação da depressão (HADS-D).

Os itens da escala seguem pontuação em Escala *Likert*, variando de 0 a 6 pontos, divididos em itens de depressão e itens de ansiedade. A avaliação do rastreo de ansiedade e depressão segue o seguinte parâmetro: HAD-ansiedade: sem ansiedade de 0 a 8, com ansiedade  $\geq 9$ . HAD-depressão: sem depressão de 0 a 8, com depressão  $\geq 9$ .

### **3.6. Procedimentos:**

A coleta de dados foi realizada através da aplicação dos instrumentos nos Ambulatórios de Cardiologia do Hospital Universitário da UFJF (HU-UFJF) e no Ambulatório de Hipertensão, Diabetes e DPOC da Fundação IMEPEN. A entrevista foi realizada nas salas de espera enquanto os pacientes aguardavam o início da consulta. No ato da coleta, os sujeitos receberam uma Carta de Encaminhamento para o tratamento do tabagismo na Unidade de Assistência Integral ao Tabagista (UAI-T), a qual é pertencente ao IMEPEN. Após isso, foi realizado o acompanhamento dos que comparecerem à sensibilização para o início do tratamento do tabagismo na UAI-T; e também foi realizado o seguimento por cinco semanas da frequência dos mesmos nos grupos, sendo o primeiro encontro semanal caracterizado por uma reunião de sensibilização e mais quatro reuniões de ACC e abordagem medicamentosa. Posteriormente foram avaliadas a redução e a cessação do tabagismo entre os mesmos. Além disso, foi realizada uma ligação de lembrete à data e ao horário de início ao tratamento com pelo menos uma semana de antecedência (Figura 1).

**Figura 1. Acompanhamento dos Desfechos ao Longo do Tempo**



Fonte: A autora, 2019.

### **3.7. Desfechos:**

**Desfecho Primário:** comparecimento à primeira reunião do grupo da UAI-T, caracterizando a tomada de decisão pelo tratamento da cessação do tabagismo.

#### **Desfechos Secundários:**

a) Cessação e Redução, caracterizando sujeitos que interromperam o uso do cigarro ou reduziram o número de cigarros fumados por dia após o início do tratamento;

b) Adesão ao tratamento, caracterizando sujeitos que permaneceram até a 4ª sessão do tratamento, com o mínimo de 75% de frequência (INCA, 2001).

**3.8. Ética:** O projeto foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFJF (HU-UFJF), com número do parecer 2.273.709. A aplicação dos instrumentos somente teve início após a autorização do projeto. Todos os sujeitos da pesquisa preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no ato da entrevista, e os mesmos tiveram nomes e outros dados confidenciais preservados no armazenamento dos dados.

**3.9. Análise Estatística:** Análises descritivas como percentuais, médias, medianas e desvios padrão foram utilizados para descrever a amostra dos ambulatórios da amostra total. Avaliações dos desfechos utilizaram Testes Qui-Quadrado, Teste-T de Student, Análise de Variância (ANOVA), e Correlação de *Spearman*, de acordo com a natureza das variáveis em análise. As interpretações das análises se basearam nos Intervalos de Confiança de 95% e respectivos p-valores (probabilidade de significância), bem como no tamanho dos efeitos observados. A armazenagem de dados foi realizada através da ferramenta *Research Electronic Data Capture* (Redcap) e a análise de dados através do software SPSS versão 22.0.

**PARTE IV**  
**APRESENTAÇÃO DE DADOS E CONSIDERAÇÕES**

## CAPÍTULO 4

### RESULTADOS

#### *4.1. Características Sociodemográficas da Amostra e Comparecimento ao Tratamento:*

A amostra total de entrevistados compreendeu 61 indivíduos. Destes, 45.9% eram homens e 51.1% mulheres. Dentre os mesmos, 26.2% afirmaram ser solteiro(a)s, 47.6% casado(a)s, 13.1% divorciado(a)s e também 13.1% viúvo(a)s. Em relação à idade, 16.4% dos entrevistados possuíam faixa etária entre 31 e 50 anos, 49.2% entre 51 e 60 anos, e 34.4% entre 61 e 73 anos (Tabela 1).

No que diz respeito à ocupação, apenas 29.5% dos entrevistados afirmaram estarem trabalhando, enquanto 70.5% se declararam como aposentados. Em termos de renda familiar, a maior parte da amostra (52.4%) declarou ganhar de 1 a 3 salários mínimos, seguidos dos que relataram ganhar até 01 salário mínimo (36.1%), dos que ganhavam de 3 a 6 salários (6.6%), e dos que ganhavam mais de 06 salários mínimos (3.3%), havendo uma abstenção de resposta (1.6%) na amostra total (Tabela 1).

A escolaridade dos entrevistados em sua maior parte compreendeu a faixa da 1ª a 4ª série (primário), correspondendo a 39.3% da amostra total. Ademais, 29.5% declararam terem estudado até a 8ª série (ginásio), 23% até o Ensino Médio, e 8.2% completaram o Ensino Superior. Em relação à religião, 70.5% se declararam católicos, seguidos de 16.5% de protestantes. Os que declararam não possuírem religião representaram 4.9% da amostra, e também 4.9% da amostra relatou possuir outras religiões, e por fim, 3.2% declararam-se espíritas. (Tabela 1).

Em relação ao grupo dos sujeitos que compareceram ao tratamento (n=12), 50% eram homens e 50% mulheres. A faixa etária predominante foi de 51-60 anos (75%). E também, 50% se declararam casados, enquanto 25% eram solteiros, e 25% viúvos. Ademais, a maior parte destes sujeitos relatou não estar trabalhando (75%). Também entre os sujeitos que

compareceram ao tratamento, mais da metade (58.4%) afirmou ganhar de 1 a 3 salários mínimos, e 50% possuíam escolaridade completa até à 8ª série (ginásio), seguidos de 33.3% que completaram apenas até a 4ª série (primário). Por fim, a grande parte (83.4%) dos que participaram do tratamento era de católicos (Tabela 1).

Quando comparados, através da realização do Teste Qui-Quadrado, os grupos dos que compareceram ao tratamento com aqueles que não compareceram, não foram encontradas diferenças significativas entre as variáveis sociodemográficas. Porém, entre os comparecentes, observa-se uma prevalência de fumantes com mais de 50 anos, casados, com escolaridade equivalente ao ensino fundamental, católicos, e que não estavam trabalhando (Tabela 1).

**Tabela 1. Distribuição do Desfecho quanto às Variáveis Sociodemográficas**

Variáveis		Total (n=61)	Sim (n=12)	Não (n=49)	P valor
<b>Sexo</b>	Masculino	28 (45.9%)	6 (50%)	22 (44.9%)	0.751
	Feminino	33 (54.1%)	6 (50%)	27 (55.1%)	
<b>Faixa Etária</b>	31-50	10 (16.4%)	1 (8.3%)	9 (18.4%)	0.136
	51-60	30 (49.2%)	9 (18.4%)	21 (42.9%)	
	61-73	21 (34.4%)	2 (1.7%)	19 (38.8%)	
<b>Estado Civil</b>	Solteiro(a)	16 (26.2%)	3 (25%)	13 (26.5%)	0.309
	Casado(a)	29 (47.6%)	6 (50%)	23 (46.9%)	
	Divorciado(a)	08 (13.1%)	Nulo*	8 (16.3%)	
	Viúvo(a)	08 (13.1%)	3 (25%)	5 (10.2%)	
<b>Ocupação</b>	Trabalhando	18 (29.5%)	3 (25%)	15 (30.6%)	0.702
	Não Trabalhando	43 (70.5%)	9 (75%)	34 (69.4%)	
<b>Renda Familiar (por salário mínimo)</b>	Até 1	22 (36.1%)	3 (25%)	19 (38.8%)	0.720
	De 1 a 3	32 (52.4%)	7 (58.3%)	25 (51%)	
	De 3 a 6	04 (6.6%)	1 (8.3%)	3 (6.1%)	
	De 6 a 10	02 (3.3%)	1 (8.3%)	1 (2 %)	
	N.C*	01 (1.6%)	Nulo*	1 (2%)	

Legendas: Nulo = valor zero. NC= não consta/valor ausente.

Fonte: A autora, 2019.

**Tabela 1. Distribuição do Desfecho quanto às Variáveis Sociodemográficas****(continuação)**

<b>Variáveis</b>	<b>Total (n=61)</b>	<b>Sim (n=12)</b>	<b>Não (n=49)</b>	<b>P valor</b>	
<b>Escolaridade</b>	1ª a 4ª série (primário)	24 (39.3%)	4 (33.3%)	20 (40.8%)	0.118
	5ª a 8ª série (ginásio)	18 (29.5%)	6 (50%)	12 (24.5%)	
	Ensino Médio	14 (23%)	1 (8.3%)	13 (26.5%)	
	Ensino Superior	5 (8.2%)	1 (8.3%)	4 (8.1%)	
<b>Religião</b>	Católica	43 (70.5%)	10 (83.4%)	33 (67.4%)	0.765
	Protestante	10 (16.5%)	1 (8.3%)	9 (18.4%)	
	Espírita	02 (3.2%)	1 (8.3%)	1 (2%)	
	Não possui	03 (4.9%)	Nulo*	3 (6.1%)	
	Outros	03 (4.9%)	Nulo*	3 (6.1%)	

Legendas: Nulo = valor zero. NC= não consta/valor ausente.

Fonte: A autora, 2019.

#### **4.2. Avaliação dos Principais Desfechos na Amostra:**

Em relação aos principais desfechos avaliados no estudo, apenas 19.7% dos sujeitos entrevistados (n=12), encaminhados e convidados via ligação telefônica de lembrete (n=61) chegaram ao tratamento, enquanto 80.3% não compareceram. Da amostra que deu início ao tratamento para o tabagismo (n=12), foi possível observar que 83.4% dos sujeitos aderiram ao tratamento, havendo uma perda amostral de 16.6%. Destes, 8.4% cessaram o tabagismo até a 4ª sessão, e 66.6% reduziram o número de cigarros fumados por dia (Tabela 2).

**Tabela 2. Análise Descritiva dos Principais Desfechos da Amostra**

<b>DESFECHO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>COMPARECEU AO TRATAMENTO<sup>1</sup></b>		
Sim	12	19.7
Não	49	80.3
Total	61	100
<b>PERMANECEU ATÉ A 4ª SESSÃO<sup>2</sup></b>		
Sim	10	83.4
Não	2	16.6
Total	12	100
<b>CESSOU O TABAGISMO ATÉ A 4ª SESSÃO<sup>2</sup></b>		
Sim	1	8.4
Não	11	91.6
Total	12	100
<b>REDUZIU O NÚMERO DE CIGARROS ATÉ A 4ª SESSÃO<sup>2</sup></b>		
Sim	8	66.6
Não	4	33.4
Total	12	100

Legendas: <sup>1</sup> Desfecho primário. <sup>2</sup> Desfechos secundários.

Fonte: A autora, 2019.

#### **4.3. Perfil Clínico da Amostra e Comparecimento ao Tratamento:**

Em termos de avaliação do padrão de uso do tabaco, 49.2% da amostra compreenderam LITS ( $\leq 10$  CPD), enquanto 40.9% foram de Fumantes Moderados a Pesados ( $\geq 10$  e  $\leq 20$  CPD), e 9.9% de Fumantes muitos Pesados ( $\geq 20$  CPD) (Tabela 3).

Em relação ao grau de dependência pelo Teste Fargestrom (FTND), aplicado para a amostra total (n=61), a maior parte dos sujeitos apresentou grau de dependência à nicotina de muito baixo a moderado (65.6%), enquanto 34.4% da amostra apresentou grau de dependência alto e muito alto. Essa classificação foi baseada na classificação preconizada pelos autores que adaptaram o instrumento no Brasil, mas apesar disso, alguns autores já consideram alta dependência a partir de 05 pontos (Carmo e Pueyo, 2002; Heatherton, 1989; Barua et.al, 2018). (Tabela 3).

Já a avaliação de dependência baseada no Teste Issa, aplicado apenas para LITS (n=30), 80% da amostra apresentou dependência de baixa a moderada, e 20% apresentou alta dependência. Quanto ao tratamento prévio para o tabagismo, 32.4% afirmaram já ter realizado pelo menos uma vez o tratamento para parar de fumar, enquanto 67.3% nunca haviam se tratado (Tabela 3).

Em relação ao diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a maior parte da amostra (75.4%) relatou possuir HAS, enquanto 39.3% afirmou ter diagnóstico para DM, seguidos de 27.9% dos sujeitos que haviam sofrido de Doença Aterosclerótica Declarada (DAD), e 16.4% relataram possuir Doença Pulmonar Obstrutivo-Crônica (DPOC), e por fim, 8.2% da amostra também relatou possuir diagnóstico para outras doenças crônicas. Essas porcentagens foram calculadas com base na amostra total (n=61), mas por se tratar de uma população com MCC, alguns sujeitos apresentaram mais de um diagnóstico. Por conta disso, a carga de doença também foi calculada, a fim de apresentar dados descritivos relativos às multimorbidades (Tabela 3).

Sendo assim, metade (50.8%) da amostra total apresentou diagnóstico de 1 doença crônica além do tabagismo, enquanto a outra metade da amostra se dividiu em 44.3% com diagnóstico de 2 a 3 doenças crônicas, e 4.9% possuíam 4 ou mais doenças crônicas. Por fim,

em relação ao uso de outras substâncias, a maior parte (63.9%) afirmou fazer uso apenas de tabaco, e 36.1% também usavam álcool (Tabela 3).

No que diz respeito ao grupo que compareceu ao tratamento (n=12) e o perfil clínico, a maior parte (75%) dos sujeitos eram Fumantes Moderados a Pesados ( $\geq 10$  CPD e  $\leq 20$  CPD). Quando comparado com o grupo dos que não compareceram através do Teste Qui-Quadrado, houve diferença significativa em relação ao padrão de uso ( $p=0.024$ ), sendo que a maior parte dos fumantes que não foram para o tratamento eram aqueles que fumavam menos de 10 cigarros por dia (LITS) (Tabela 3).

Em relação ao grau de dependência pelo FTND, a maior parte dos sujeitos que chegaram ao tratamento possuía alta dependência (41.7%). Já o grau de dependência avaliado pelo Teste Issa para LITS, daqueles que foram ao tratamento (n=2), 50% possuíam baixa dependência e 50% alta dependência. Ademais mais da metade da amostra (58.3%) que chegou ao tratamento já havia feito tratamento prévio para o tabagismo (Tabela 3).

Em relação às MCC, a maior parte (83.3%) dos sujeitos do grupo que compareceu ao tratamento possuía HAS, seguidos dos 41.7% que declararam ter DM. Quando analisados pela carga de doença, mais da metade (58.3%) possuía 2 ou 3 doenças crônicas diagnosticadas e a maior parte (58.3%) destes sujeitos não fazia uso de outras substâncias (Tabela 3).

**Tabela 3. Distribuição do Desfecho quanto às Variáveis Clínicas**

Variáveis		Total (n=61)	Sim (n=12)	Não (n=49)	P valor
<b>Padrão de uso</b>	Fumantes Leves	30 (49.3%)	2 (16.7%)	28 (57.1%)	0.024*
	Fumantes Moderados a Pesados	25 (40.9%)	9 (75%)	16 (32.7%)	
	Fumantes Muito Pesados	6 (9.8%)	1 (8.3%)	5 (10.2%)	
<b>Grau de Dependência (Fargestrom)</b>	Muito baixo (0-2 pontos)	12 (19.7%)	1 (8.3%)	11 (22.4%)	0.463
	Baixo (2-4 pontos)	16 (26.2%)	4 (33.3%)	12 (24.5%)	
	Médio (5 pontos)	12 (19.7%)	1 (8.3%)	11 (22.4%)	
	Alto (6-8 pontos)	16 (26.2%)	5 (41.7%)	11 (22.4%)	
	Muito alto (8-10 pontos)	05 (8.2 %)	1 (8.3%)	4 (8.2%)	
<b>Tratamento</b>	Já fez	20 (32.7%)	7 (58.3%)	13 (26.5%)	0.061
	Nunca fez	41 (67.3%)	5 (41.7%)	36 (73.5%)	

Legendas: \*Nulo= valor zero. \*\*Valor <0.05.

Fonte: A autora, 2019.

**Tabela 3. Distribuição dos Desfechos quanto às Variáveis Clínicas (continuação)**

Variáveis	Total (n=61)	Sim (n=12)	Não (n=49)	P valor	
<b>Doenças Crônicas</b>	Hipertensão Arterial (HAS)	46 (75.4%)	10 (83.3%)	36 (73.5%)	0.477
	Diabetes Mellitus (DM)	24 (39.3%)	5 (41.7%)	19 (38.8%)	0.854
	Doença Pulmonar Obstrutivo-Crônica (DPOC)	10 (16.4%)	1 (8.3%)	9 (18.%)	0.400
	Doença Aterosclerótica Declarada (DAD)	17 (27.9%)	3 (25%)	14 (28.6%)	0.805
	Outras	05 (8.2%)	1 (8.3%)	4 (8.2%)	0.985
	<b>Carga de Doença (MCC)</b>	1 Doença Crônica	31 (50.8%)	5 (41.7%)	26 (53.1%)
2 ou 3 Doenças Crônicas		27 (44.3%)	7 (58.3%)	20 (40.8%)	
4 ou mais Doenças Crônicas		03 (4.9%)	Nulo*	3 (6.1%)	
<b>Uso de outras Substâncias</b>	Não faz uso	39 (63.9%)	7 (58.3%)	32 (65.3%)	0.652
	Álcool	22 (36.1%)	5 (41.7%)	17 (34.7%)	

Legendas: \*Nulo= valor zero. \*\*Valor <0.05.

Fonte: A autora, 2019.

#### **4.4. Fatores Psicológicos e Comparecimento ao Tratamento:**

Dentre as variáveis psicológicas investigadas nesse estudo, traços de *mindfulness* foram apresentados em sete facetas e também em escore total, divididos nos níveis baixo, médio e alto, através do cálculo de tercís de acordo com os escores apresentados. Ao analisar traços de *mindfulness* através do Teste Qui-Quadrado no grupo que compareceu ao

tratamento, a faceta Não Julgar a Experiência Interna (1) apresentou em sua maior parte (58.3%) nível baixo entre os sujeitos. A faceta Agir com Consciência - Piloto Automático (2) apresentou diferença significativa ( $p= 0.021$ ) entre os grupos, sendo que a maior parte (75%) dos sujeitos que compareceram também apresentou nível baixo nesta faceta, enquanto no grupo dos que não compareceram os maiores escores foram nos níveis médio e alto, com porcentagens de 32.7% em ambos (Tabela 4).

As facetas Observar (3), Descrever (4), Descrever - itens com formulação negativa (5) e Não Reagir à Experiência Interna (6) apresentaram porcentagens semelhantes, sendo que a maior parte (58.3%) dos sujeitos que foram se tratar apresentaram níveis baixos em cada uma dessas facetas. Na faceta Agir com Consciência - Distração (7), metade dos sujeitos (50%) que foram ao tratamento apresentou também níveis baixos. Por fim, no escore total da FFMQ, mais da metade (58.3%) dos sujeitos que compareceram ao tratamento também apresentaram níveis baixos de *mindfulness* (Tabela 4).

As variáveis ansiedade e depressão também foram analisadas através do Teste Qui-Quadrado nas categorias de rastreio positivo ( $\geq 9$  pontos) e rastreio negativo ( $\leq 8$  pontos). No grupo dos que compareceram ao tratamento, 50% deles possuíam rastreio positivo para ansiedade, enquanto 33.3% apresentaram rastreio positivo para depressão, não havendo diferenças significativas entre os grupos (Tabela 4).

Para os fatores afetos positivos (AP) e afetos negativos (AN), foi realizado Teste T na comparação entre os grupos (compareceu e não compareceu) através do escore total apresentado na escala para itens específicos de AP e AN. Dentre os sujeitos que foram ao tratamento, AP obteve média (16.2) levemente acima da média da amostra total (15.7), sendo que AN também obteve média superior (12.3) à média da amostra total (10.3). Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos (Tabela 4).

Por fim, a variável motivação também foi analisada através do Teste T, sendo considerados os valores variáveis entre 0 a 10 através da pontuação apresentada na régua da prontidão para a mudança. Dessa forma, entre o grupo dos que decidiram por se tratar, a média foi superior (9.1) à média da amostra total (8.3), enquanto que no grupo dos que não decidiram pelo tratamento isso não ocorreu, havendo assim, diferença significativa ( $p=0.033$ ) entre os grupos em relação ao grau de motivação dos sujeitos entrevistados (Tabela 4).

**Tabela 4. Distribuição do Desfecho quanto aos Fatores Psicológicos**

<b>Fatores Psicológicos</b>	<b>Total (n=61)</b>	<b>Sim (n=12)</b>	<b>Não (n=49)</b>	<b>P valor</b>
<b>Não Julgar a Experiência Interna (1)</b>	Baixo	07 (58.3%)	14 (28.6%)	0.148
	Médio	03 (25%)	19 (38.8%)	
	Alto	02 (16.7%)	16 (32.7%)	
<b>Agir com Consciência (Piloto Automático) (2)</b>	Baixo	09 (75%)	17 (34.7%)	0.021**
	Médio	03 (25%)	16 (32.7%)	
	Alto	Nulo*	16 (32.7%)	
<b>Observar (3)</b>	Baixo	07 (58.3%)	15 (30.6%)	0.189
	Médio	02 (16.7%)	17 (34.7%)	
	Alto	03 (25%)	17 (34.7%)	
<b>Descrever (4)</b>	Baixo	07 (58.3%)	17 (34.7%)	0.303
	Médio	02 (16.7%)	16 (32.7%)	
	Alto	03 (25%)	16 (32.7%)	

Legendas: \*Nulo=valor zero. \*\*Valores <0.05.

Fonte: A autora, 2019.

**Tabela 4. Distribuição do Desfecho quanto aos Fatores Psicológicos (continuação)**

<b>Fatores Psicológicos</b>	<b>Total (n=61)</b>	<b>Sim (n=12)</b>	<b>Não (n=49)</b>	<b>P valor</b>
<b>Descrever (itens com formulação negativa) (5)</b>	Baixo	07 (58.3%)	22 (44.9%)	0.303
	Médio	02 (16.7%)	10 (20.4%)	
	Alto	03 (25.0%)	17 (34.7%)	
<b>Não reagir à experiência Interna (6)</b>	Baixo	07 (58.3%)	15 (30.6%)	0.115
	Médio	04 (33.3%)	17 (34.7%)	
	Alto	01 (8.3%)	17 (34.7%)	
<b>Agir com Consciência (distracção) (7)</b>	Baixo	06 (50.0%)	18 (36.7%)	0.625
	Médio	03 (25.0%)	19 (38.8%)	
	Alto	03 (25.0%)	12 (24.5%)	
<b>FFMQ Total</b>	Baixo	07 (58.3%)	13 (26.5%)	0.103
	Médio	03 (25.0%)	18 (36.7%)	
	Alto	02 (16.7%)	18 (36.7%)	

Legendas: \* Nulo=valor zero. \*\* Valor < 0.05.

Fonte: A autora, 2019.

**Tabela 4. Distribuição do Desfecho quanto aos Fatores Psicológicos (continuação)**

<b>Fatores Psicológicos</b>	<b>Total (n=61)</b>	<b>Sim (n=12)</b>	<b>Não (n=49)</b>	<b>P valor</b>
<b>Ansiedade</b>	Rastreio +	6 (50%)	19 (38.8%)	0.479
	Rastreio -	6 (50%)	30 (61.2%)	
<b>Depressão</b>	Rastreio +	4 (33.3%)	12 (24.5%)	0.533
	Rastreio -	8 (66.7%)	37 (75.5%)	
<b>Afetos Positivos</b>	15.7 (4.7)***	16.2 (1.45)****	15.5 (0.67)****	0.651
<b>Afetos Negativos</b>	10.3 (4.3)***	12.3 (1.2)****	9.8 (0.6)****	0.066
<b>Motivação</b>	8.3 (2.3)***	9.1(0.3)****	8.1 (0.3)****	0.033**

Legendas: \*Nulo=valor zero. \*\*Valores <0.05. \*\*\*Média/Desvio Padrão. \*\*\*\*Média/Erro Padrão.

Fonte: A autora, 2019.

#### **4.5. Traços de Mindfulness e Outras Variáveis:**

O Teste de Correlação de *Spearman* foi utilizado para analisar a relação entre *mindfulness* e outras variáveis. A faceta Não Julgar a Experiência Interna (1) não se relacionou significativamente com as outras variáveis. Já a faceta Agir com Consciência – Piloto Automático (2) se relacionou negativamente com outras variáveis, como ansiedade ( $p<0.05$ ) e AN ( $p<0.01$ ). A faceta Observar (3) se relacionou positivamente com AP ( $p<0.05$ ) e negativamente com a motivação ( $p<0.05$ ), e a faceta Descrever (4) se relacionou negativamente com depressão ( $p<0.01$ ) e positivamente com AP ( $p<0.01$ ) (Tabela 5).

A faceta Descrever – itens com formulação negativa (5) também não se relacionou significativamente com as outras variáveis. Porém a faceta Não Reagir à Experiência Interna (6) se relacionou negativamente com grau de dependência ( $p < 0.05$ ) e AN ( $p < 0.05$ ), enquanto Agir com Consciência – Distração (7) se relacionou negativamente com ansiedade ( $p < 0.05$ ) (Tabela 5).

As correlações mais significativas se deram através de FFMQ Total e as outras variáveis, sendo que FFMQ total se relacionou negativamente com grau de dependência ( $p < 0.01$ ), ansiedade ( $p < 0.01$ ), depressão ( $p < 0.05$ ), e AN ( $p < 0.05$ ) (Tabela 5).

**Tabela 5. Correlação de Spearman entre Traços de Mindfulness e Variáveis Psicológicas**

<b>Faceta</b>	<b>Grau de Dependência</b>	<b>Ansiedade</b>	<b>Depressão</b>	<b>Afetos Positivos</b>	<b>Afetos Negativos</b>	<b>Motivação</b>
<b>Não Julgar a Experiência Interna (1)</b>	-0.231	-0.156	-0.153	-0.179	-0.244	-0.092
<b>Agir com Consciência (Piloto Automático) (2)</b>	-0.137	-0.314*	-0.147	.065	-0.332**	-0.134
<b>Observar (3)</b>	-0.198	.071	-0.111	.275*	-0.075	-0.302*
<b>Descrever (4)</b>	-0.170	-0.158	-0.388**	.347**	-0.007	-0.139
<b>Descrever (itens com formulação negativa) (5)</b>	-0.167	-0.128	-0.143	-0.41	.005	-0.042
<b>Não reagir à experiência Interna (6)</b>	-0.253*	-0.136	-0.232	.189	-0.273*	-0.241
<b>Agir com Consciência (distracção) (7)</b>	-0.159	-0.265*	-0.044	-0.016	-0.187	-0.090
<b>FFMQ Total</b>	-0.364**	-0.370**	-0.276*	.034	-0.280*	-0.230

Legendas: \* A correlação é significativa no nível 0.05. \*\* A correlação é significativa no nível 0.01.

Fonte: A autora, 2019.

O teste ANOVA foi realizado para analisar as diferenças das variáveis psicológicas entre os grupos da faceta FFMQ Total: Baixo, Médio e Alto, calculados de acordo com os tercis apresentados nos escores totais. Em relação ao grau de dependência, a diferença foi significativa ( $p < 0.05$ ) entre os grupos baixo e alto, com média de 3.5 (2.9; 4.0) no grupo de nível baixo, superior à média do grupo alto que foi de 2.3 (1.7; 2.9). Na comparação dos grupos em relação à ansiedade, houve diferença significativa ( $p < 0.05$ ) entre os grupos baixo e médio, com médias de 1.7 (1.4; 1.9) e 1.3 (1.0; 1.5), respectivamente. Também foram encontradas diferenças significativas ( $p < 0.05$ ) entre os grupos baixo e alto, com média de 1.2 no último grupo, a qual foi inferior à média no grupo de nível baixo (Tabela 6).

No quesito depressão, a diferença foi significativa ( $p < 0.05$ ) entre os grupos baixo e médio, com média de 1.5 (1.2; 1.7) no primeiro grupo, sendo superior à média do segundo grupo, que foi de 1.0 (0.9; 1.2). Tratando-se de afetos, nos AP a maior média foi encontrada no grupo de FFMQ Total médio (16.5 – 14.1; 18.9), apesar do Teste Post Hoc *Bonferroni* não demonstrar diferenças significativas entre as médias dos grupos. Já nos AN, a maior média (12.2 – 9.8; 14.5) foi encontrada entre os sujeitos do grupo FFMQ Total baixo, apesar de também não terem sido encontradas diferenças significativas entre os grupos. Por último, motivação teve médias iguais nos grupos baixo e médio (8.8 – 8.0; 9.5 e 8.8 – 7.9; 9.6), e também não apresentou diferenças significativas entre os grupos de acordo com o Teste *Bonferroni* (Tabela 6).

**Tabela 6. Teste ANOVA FFMQ Total em Grupos e Variáveis Psicológicas**

<b>Variáveis Psicológicas</b>		<b>Baixo (FFMQ total)</b>	<b>Médio (FFMQ total)</b>	<b>Alto (FFMQ total)</b>	<b>P valor</b>
<b>Grau de Dependência</b>	Média	3.5 <sup>b</sup>	2.6	2.3 <sup>b</sup>	0.09
	Intervalo de Confiança	(2.9; 4)	(2.0; 3.1)	(1.7; 2.9)	
<b>Ansiedade</b>	Média	1.7 <sup>a b</sup>	1.3 <sup>a</sup>	1.2 <sup>b</sup>	0.04
	Intervalo de Confiança	(1.4; 1.9)	(1.0; 1.5)	(1.0; 1.4)	
<b>Depressão</b>	Média	1.5 <sup>a</sup>	1.0 <sup>a</sup>	1.2	0.08
	Intervalo de Confiança	(1.2; 1.7)	(0.9; 1.2)	(1.0; 1.3)	
<b>Afetos Positivos</b>	Média	15	16.5	15.4	0.595
	Intervalo de Confiança	(12.9; 17.2)	(14.1; 18.9)	(13.3; 17.5)	
<b>Afetos Negativos</b>	Média	12.2	9.6	9.1	0.047
	Intervalo de Confiança	(9.8; 14.5)	(7.9; 11.3)	(7.4; 10.7)	
<b>Motivação</b>	Média	8.8	8.8	7.3	0.059
	Intervalo de Confiança	(8.0; 9.5)	(7.9; 9.6)	(5.9; 8.7)	

Legendas: <sup>a</sup> Diferença entre os grupos baixo-médio a nível de significância <0.05. <sup>b</sup> Diferença entre os grupos baixo-alto a nível de significância <0.05. \*Valor <0.05. \*\* Intervalo de Confiança=95%.

Fonte: A autora, 2019.

## CAPÍTULO 5 DISCUSSÃO

### ***5.1. Busca por Tratamento, Adesão e Cessação:***

Esse trabalho se propôs a investigar fatores psicológicos associados à procura por tratamento para a cessação tabágica, em uma população de fumantes com MCC. Dessa forma, observou-se que a maior parte dos sujeitos entrevistados não compareceu ao tratamento (80.3%), porém os que compareceram apresentaram boa adesão à 4ª sessão de tratamento (83.4%). Àqueles que compareceram tiveram dificuldades em cessar o fumo até à 4ª sessão de tratamento, sendo que a maior parte dos sujeitos conseguiu apenas reduzir o número de CPD fumados (66.6%).

O baixo número de sujeitos que compareceram ao tratamento (19.7%) pode estar relacionado às dificuldades que fumantes enfrentam para tomarem a decisão para abandonarem o cigarro. Entre os maiores desafios apontados pela literatura podemos elencar o grau de motivação associado à prontidão para a mudança, as comorbidades psiquiátricas, os processos de desregulação emocional e a intolerância ao desconforto que o quadro de abstinência causa (Di Clemente et.al, 1991; Bansal et.al, 2004; Gollust, Schroeder & Warner, 2008; Baker et al., 2011; Macnee & Talsma, 1995; MacPherson et al., 2008; Ahluwalia et al., 2002; Foster et.al, 2014; Johnson et.al, 2012; Peasley-Miklus et.al, 2012; Gonzalez et.al, 2008; & Kraemer et.al, 2013).

Além disso, é importante ressaltar que os sujeitos foram entrevistados em locais diferentes do local do tratamento, e com até quatro semanas antes do início do mesmo, o que pode ter exercido influência na baixa frequência de fumantes no comparecimento ao início do tratamento. Apesar disso, esse viés foi minimizado através de uma ligação de lembrete a todos

os sujeitos entrevistados para lembrá-los da data, local, e o horário de início do grupo de tratamento.

A taxa de adesão ao tratamento nesse presente estudo foi surpreendentemente alta em comparação a outro estudo que também avaliou a adesão até a 4ª sessão, em uma população de tabagistas com características clínicas semelhantes aos sujeitos incluídos nesse trabalho, e também em relação a levantamentos da aderência até a 4ª sessão feitos nos municípios do estado de Minas Gerais e de São Paulo que ofertavam tratamento para a cessação do tabagismo (Andrade, 2016; Santos et.al, 2012 & Longanezi, 2016). Porém, há de se considerar que a amostra dos sujeitos comparecentes (n=12) foi pequena para quaisquer conclusões mais robustas acerca da alta adesão.

Em relação à baixa cessação até a 4ª sessão de tratamento, Andrade (2016) que também avaliou fumantes com MCC, aponta que melhores taxas de cessação entre os sujeitos aderentes foram observadas com tempo superior de tratamento, variando até a 12ª semana. Apesar disso, alguns autores já apontam taxas de cessação consideradas por eles como satisfatórias na avaliação durante a 4ª sessão entre fumantes em geral (Santos et.al, 2012; Longanezi, 2016; & Mesquita, 2013).

Dessa forma, é possível relacionar que as taxas de cessação em estudos com fumantes que apresentam MCC são diferentes em relação aos estudos com fumantes em geral. É necessário que as particularidades envolvidas no perfil clínico do fumante com multimorbididades sejam consideradas na avaliação das taxas de adesão e cessação ao fumo, com adequação de estratégias de tratamento para as especificidades desse tipo de fumante que geralmente apresenta pior perfil clínico quando comparado com ex-fumantes ou nunca fumantes (Galil et.al, 2016).

## ***5.2. Perfil Sociodemográfico e Perfil Clínico:***

O perfil sociodemográfico e o perfil clínico apresentados no estudo foram condizentes com a literatura brasileira que estuda essa população, sendo que outros trabalhos previamente demonstraram dados semelhantes. A literatura de referência e o presente trabalho demonstram que os fumantes participantes dos estudos são em sua maioria: mulheres (54.1%); possuem mais de 50 anos (49.2%); são casado (a)s (47.6%); com escolaridade equivalente ao ensino primário (fundamental) (68.8%); não trabalham (70.5%); se afirmam como católico (a)s (70.5%); e possuem renda entre 1 a 3 salários mínimos (52.4%) (Melo, Oliveira & Ferreira, 2006; Lima & Viegas, 2011; Russo & Azevedo, 2010; Azevedo et.al, 2009; & Andrade, 2016).

O perfil clínico dos entrevistados também demonstrou similaridades com a maioria desses estudos brasileiros, mostrando que a maior parte dos fumantes possui padrão de uso no cigarro de moderado a pesado (50.7%), com grau de dependência à nicotina de médio a muito alto (54.1%), e com morbidades associadas ao tabagismo, sendo que as doenças crônicas mais prevalentes são HAS (75.4%), seguido de DM (39.3%) (Russo & Azevedo, 2010; Azevedo et.al, 2009; & Andrade, 2016).

Um achado inusitado desse presente trabalho foi de que a maior parte (67.3%) dos fumantes entrevistados na amostra total nunca havia passado por tratamento prévio para o tabagismo, e a maioria dos estudos demonstra que fumantes realizam várias tentativas de cessação ao cigarro ao longo da vida, tendo em média de cinco a sete tentativas antes de finalmente cessarem o uso do cigarro (Melo, Ferreira & Oliveira, 2006 & Russo & Azevedo, 2010). Uma das razões para que fumantes não procurem por tratamento em serviços especializados é a de que os mesmos realizam tentativas de cessação por conta própria (Public Health Service, 1964). Apesar disso, na amostra dos fumantes que compareceram ao tratamento, foi possível observar que mais da metade dos sujeitos (58.3%) já haviam passado

por tratamento prévio, o que vai ao encontro dos dados já apresentados pela literatura (Russo & Azevedo, 2010; Azevedo et.al, 2009; & Andrade, 2016).

Torna-se relevante apontar as especificidades no perfil dos fumantes brasileiros com MCC que chegam a contextos para o tratamento do tabagismo, sendo necessário que a abordagem a essa população esteja adequada às necessidades apresentadas por esses sujeitos. Dessa forma, é importante que as estratégias adotadas no tratamento estejam em consonância ao trabalho já preconizado pelo INCA, unindo a abordagem medicamentosa com outras abordagens adotadas no tratamento, como a ACC, por exemplo, (INCA, 2001).

Outro ponto importante a ser destacado é a minimização dos prejuízos causados pela carga de doença que esses sujeitos apresentam, ou seja, é necessário que o tratamento ofertado a essa população leve em conta o agravamento causado pelas doenças tabaco-relacionadas (DTR), as quais são associadas a um pior perfil clínico (Russo & Azevedo, 2010; Galil et.al, 2016).

Galil et.al (2016) apontam que o tabagismo é fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, bem como pela progressão de morbidades, e que a cessação do cigarro continua a ser a estratégia mais eficaz a ser implementada por profissionais de saúde nos contextos especializados de tratamento (Bilano et.al, 2015; Eriksen et.al, 2015; Erhardt, 2009; Goodman, 2013; *U.S Department of Health and Human Sciences*, 2014; Jemal et.al, 2014; Perk et.al, 2012). Dessa forma, torna-se vital que o perfil clínico do tabagista com MCC seja avaliado, e que a equipe responsável possa ser capaz de auxiliar essa população a minimizar os prejuízos causados pelas morbidades associadas ao tabagismo.

Em relação aos fatores do perfil clínico que foram associados com o comparecimento ao tratamento (desfecho principal), é relevante destacar que poucos LITS (16.7%) decidiram por se tratar. Alguns autores associam LITS como indivíduos que possuem tentativas de cessação recentes, com média de seis meses. Estes não necessariamente possuem dependência

nicotínica inferior aos fumantes moderados ou pesados, porém demonstram o desenvolvimento de mais estratégias para resistir ao cigarro, criadas muitas vezes através das aprendizagens adquiridas nas tentativas prévias de cessação, e sendo assim, estão mais próximos à parada do cigarro que fumantes pesados (Wortley et. al, 2003; & Thrul et al, 2016).

Apesar disso, alguns autores também afirmam que LITS encontram dificuldades na cessação, e apresentam taxas de recaídas semelhantes quando comparados aos fumantes pesados. Além disso, muitos LITS não procuram por tratamento, por não acreditarem serem dependentes do tabaco, e por acreditarem não estar em risco com o padrão de fumo que fazem, além de se pressupor que fumantes de baixa frequência são capazes de pararem de fumar por conta própria (Shiffman et.al, 2009; Tindle & Shiffman, 2011 & Formagini et.al, 2015).

Diante disso, fazem-se necessárias estratégias de conscientização dessa população de fumantes quanto à necessidade e importância da cessação ao fumo, bem como o incentivo aos mesmos de procurarem por tratamento, especialmente em fumantes com MCC, já que os mesmos necessitam da parada por completo do cigarro, e não apenas da redução do número fumados de CPD, como já evidenciado acima.

### **5.3. Fatores Psicológicos Avaliados:**

Os fatores psicológicos investigados nesse trabalho compreenderam Motivação, Traços de *Mindfulness*, Afetos positivos e negativos, e o rastreio para Ansiedade e Depressão. Um dos objetivos centrais do estudo buscou compreender como essas variáveis se relacionaram entre os sujeitos com a decisão por se tratar e comparecer ao tratamento.

Em relação aos Traços de *Mindfulness*, os achados desse trabalho não confirmaram a hipótese esperada. Nenhuma faceta foi significativamente associada ao desfecho comparecer

ao tratamento, e uma das sete facetas se relacionou com este desfecho de forma inversa ( $p=0.021$ ), ou seja, os sujeitos que compareceram ao tratamento possuíam menor pontuação na faceta Agir com Consciência (Piloto Automático) do que aqueles que não compareceram.

A literatura que estuda traços de *mindfulness* em tabagismo não investigou esse constructo no período de encaminhamento ao tratamento como foi feito no presente trabalho, sendo que esses autores mediram traço de *mindfulness* em sujeitos que já iriam dar início ao tratamento, sendo avaliados na linha de base dos estudos (Heppner et.al., 2016; Spears et al., 2015; Adams et.al., 2014a; Adams et.al., 2014b; Vidrine et. al, 2009; Vinci et.al., 2016).

Há de se ressaltar que esse estudo é o primeiro conhecido até o presente momento que investigou traços de *mindfulness* no período de encaminhamento ao tratamento, e que também abordou essa temática em fumantes com MCC. Por se tratar de uma população com especificidades clínicas já ressaltadas acima, e por investigar esse constructo associado à procura por tratamento, é necessário que as interpretações dos resultados levem em conta essas particularidades. O que foi possível de ser observado é de que fumantes com pior perfil clínico buscaram mais por tratamento, e isto pode incluir também o fato destes possuírem menores níveis de traço de *mindfulness*.

No quesito rastreio de Ansiedade e Depressão foi possível observar que os sujeitos que buscaram por tratamento não possuíam mais taxas de rastreio positivo para ambas comorbidades do que aqueles que não procuraram o tratamento. Apesar disso, foi possível observar que indivíduos com sintomas ansiosos (50%) compareceram mais que aqueles com sintomas de depressão (33.3%). Outros autores que investigaram ansiedade e depressão em população de fumantes encontraram índices semelhantes, sendo a ansiedade mais frequente que a depressão (Andrade, 2016; Santos et.al, 2008; Melo, Ferreira & Oliveira, 2006; Lima & Viegas, 2011; & Farinha et.al, 2013). Além disso, alguns autores relacionam maiores índices de ansiedade e depressão com menor aderência ao tratamento do tabagismo, e dessa forma,

podemos compreender melhor a razão pela qual foram encontrados menos sujeitos com rastreio positivo para essas comorbidades na amostra avaliada (Bull, Burke, Walsh & Whitehead, 2003; Hitsman et.al., 2002; & Melo, Ferreira & Oliveira, 2006).

O fato das comorbidades ansiedade e depressão não terem obtido rastreio positivo para a maior parte dos sujeitos entrevistados nesse estudo não diminui a importância da avaliação e rastreio dessas doenças em tabagistas, já que as mesmas exercem impacto negativo na cessação ao fumo, representando uma barreira à cessação (Andrade, 2016; Lima & Viegas, 2011; & Ferguson et.al, 2003). Dessa forma, é importante que haja atenção para essas comorbidades e auxílio para a diminuição do impacto negativo das mesmas na cessação, a fim de melhorar os índices de sucesso na cessação tabágica.

Tratando-se de afetos, também não foi possível confirmar a hipótese do estudo, porém foi notável que os sujeitos que compareceram ao tratamento possuíam maiores médias (16.2) tanto em afetos positivos (AP) quanto em afetos negativos (NA) (12.3) quando comparados com aqueles que não buscaram pelo tratamento. A maior diferença encontrada entre as médias diz respeito aos AN, sendo assim, aqueles que buscaram por tratamento obtiveram média aproximadamente 3 vezes mais alta em relação aos que não foram ao tratamento, enquanto a diferença da média em AP foi de menos de 1 ponto.

Esse dado pode corroborar com o fato dos sujeitos que procuraram tratamento, possuírem perfil clínico inferior aos que não compareceram, sendo que maiores níveis de desregulação emocional (presença maior de AN) estão relacionados à maior vulnerabilidade a recorrer ao ato de fumar (Carter, Lam, Robinson, et al., 2008; Farris, Zvolensky, & Schmidt, 2016; Zinser, Baker, Sherman, & Cannon, 1992; Buckholdt, Parra, Anestis, et al., 2015; Rogers et.al, 2018).

A motivação por sua vez, obteve valor significativo ( $p=0.033$ ) na comparação entre os escores dos grupos, e dessa forma, os sujeitos que compareceram ao tratamento demonstraram

estarem mais motivados que aqueles que não compareceram. Esse dado vem sendo apresentado de forma ampla pela literatura, sendo que outros autores já apontaram a motivação como um fator positivo na cessação tabágica (Russo & Azevedo, 2010; Lima & Viegas, 2011; Cox, et.al, 2011; Sciamanna, 2000; Ussher et.al, 2016; Biener & Abrams, 1991; Jardim & Carpenter, 2012; Piñeiro et.al, 2016).

Alguns trabalhos afirmam que 70% dos fumantes em média estão planejando a parada do cigarro em algum momento, mas que a maioria destes está em estágio de contemplação, o qual ainda não se considera estratégias de planejamento para a parada do cigarro (Hughes, 2003; Russo & Azevedo, 2010). Dessa forma, é necessário que contextos de saúde especializados no tratamento do tabagismo possam avaliar a motivação dos sujeitos, a fim de que as estratégias de tratamento possam estar de acordo com os estágios motivacionais, e que também possam promover a melhoria dos níveis de motivação entre os tabagistas, para que assim a cessação tabágica possa ser mais eficaz e bem sucedida.

#### ***5.4. Traços de Mindfulness e Outras Variáveis Psicológicas:***

Todas as variáveis se relacionaram com as facetas de *mindfulness* de forma significativa. Grau de Dependência, Ansiedade, Depressão, AN, e Motivação se relacionaram de forma negativa ( $p < 0.05$ ;  $p < 0.01$ ) com algumas facetas e AP se relacionou positivamente com algumas facetas ( $p < 0.05$ ;  $p < 0.01$ ). A faceta de FFMQ Total foi a que obteve mais relação com as outras variáveis, tendo se relacionado negativamente com Grau de Dependência, Ansiedade, Depressão e AN ( $p < 0.05$ ;  $p < 0.01$ ). Nas análises das diferenças entre os níveis (baixo, médio e alto) da faceta FFMQ total com as variáveis psicológicas, foi observado que grau de dependência, ansiedade e depressão apresentaram diferenças significativas ( $p < 0.05$ ) entre os níveis, mostrando que grau de dependência, ansiedade e depressão obtiveram médias maiores no grupo de nível baixo em *mindfulness* disposicional total.

Apesar da hipótese desse estudo não ter sido corroborada, os achados relativos aos traços de *mindfulness* quando relacionados a outras variáveis importantes no tabagismo, estão de acordo com dados já evidenciados pela literatura. A revisão sistemática localizada no Apêndice 1 (Rabello et.al, 2019), feita a partir desse estudo de mestrado, pontuou que traços de *mindfulness* estavam associados a maiores níveis de cessação tabágica, menor gravidade do quadro de abstinência e do grau de dependência, menores níveis de AN e de depressão. Apesar dos autores investigados na revisão não terem analisado os traços de *mindfulness* com ansiedade, outros autores já relacionaram traços de *mindfulness* negativamente com ansiedade, porém em contextos diferentes do tabagismo (Coffey & Hartman, 2008; Desrosiers et al., 2013; Jaiswal, 2018; Tubbs, 2018).

Dessa forma, é possível concluir nesse estudo que maiores níveis de *mindfulness* disposicional podem estar relacionados a um melhor perfil clínico, tendo sido associado negativamente com o quadro de dependência, rastreio para ansiedade e depressão e AN, e positivamente com AP; e que fumantes que buscaram por tratamento possuíam perfil clínico inferior, já que obtiveram pontuações inferiores nas facetas de *mindfulness*, entre outros aspectos clínicos já demonstrados anteriormente.

## CAPÍTULO 6

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho mostrou fatores associados à busca pelo tratamento para a cessação ao cigarro, levantando características psicológicas, clínicas e sociodemográficas acerca dos sujeitos que foram entrevistados, bem como daqueles que tomaram a decisão por se tratar.

É importante ressaltar a necessidade de investigação mais aprofundada acerca de traços de *mindfulness* e a regulação emocional em tabagistas, e como isso se relaciona com a tomada de decisão para a cessação tabágica, especialmente em uma amostra maior e com mais poder de generalização de dados. Faz-se necessário também, levar em conta as barreiras para a cessação, especialmente a baixa motivação, as comorbidades psiquiátricas, a falta de estratégias de enfrentamento frente à fissura e de regular as emoções, bem como também o acometimento causado por morbidades associadas ao tabagismo, como as doenças tabaco-relacionadas (DTR).

Sendo assim, é interessante que investigações futuras considerem as características que foram encontradas no perfil do fumante que buscou por tratamento nesse estudo, a fim de melhorar a captação de sujeitos para darem início ao tratamento, e também de forma a auxiliar essa população na cessação ao tabagismo de forma mais bem sucedida e consistente.

A principal limitação desse estudo diz respeito ao baixo tamanho da amostra, o que impossibilitou a construção de um modelo logístico de análise de dados, e também dificultou uma interpretação mais generalizada de como os fatores investigados se associaram com o desfecho principal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, C.E., Chen, M., Guo, L., Lam, C.Y., Stewart, D.W., Correa-Fernández, V., Cano, M.A... & Wetter, D.W. (2014a). Mindfulness Predicts Lower Affective Volatility Among African Americans During Smoking Cessation. *Psychol Addict Behav.* Jun; 28(2): 580–585. Doi:10.1037/a0036512.
- Adams, C. E.; McVay, M.A.; Stewart, D. W.; Vinci, C.; Kinsaul,J.; Benitez, L.; Copeland, A.L. (2014b). Mindfulness Ameliorates the Relationship between Weight Concerns and Smoking Behavior in Female Smokers: A Cross-Sectional Investigation. *Mindfulness (N Y)*. 2014, Abr 1; 5(2): 179–185. Doi: 10.1007/s12671-012-0163-9.
- Ahluwalia, J.S.; Richter, K.; Mayo, M.S.; Ahluwalia, H.K.; Choi, W.S.; Schmelzle K.H.; et al. (2002). African American smokers interested and eligible for a smoking cessation clinical trial: predictors of not returning for randomization. *Ann Epidemiol.*; 12(3):206–212. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11897179>.
- Andrade, B.A.B. (2016). *Barreiras psicológicas, sociais e clínicas para a manutenção da cessação tabágica no tratamento de usuários da atenção secundária com doenças crônicas*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, Brasil. Recuperado de: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/1762>.
- Azevedo, R.C.S.; Higa, C.M.H.; Assumpção, I.S.M.; Frazatto, C.R.G.; Fernandes, R.F.; Goulart, W. et.al. (2009). Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. *Rev Assoc Med Bras*; 55(5): 593-6. Doi: 10.1590/S0104-42302009000500025.

- Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*.; 13(1):27–45. 13/1/27. Doi: 10.1177/1073191105283504.
- Baker, T.B.; Mermelstein, R.; Collins, L.M.; Piper, M.E.; Jorenby, D.E.; Smith, S.S. et al. (2011). New methods for tobacco dependence treatment research. *Annals of Behavioral Medicine*.41(2):192–207. Doi: 10.1007/s12160-010-9252-y.
- Bansal, M.A., K.M. Cummings, A. Hyland, and G.A. Giovino. (2004). Stop-Smoking medications: Who Uses Them, Who Misuses Them, and Who Is Misinformed about Them?. *Nicotine and Tobacco Research* 6 (suppl. 3):S303–S310. Doi: 10.1080/14622200412331320707.
- Barbosa, M.M.; Nunes, M.C.P.; Campos Filho, O., Camarozano, A.; Rabischoffsky, A.; Maciel, B.C. et al. (2009). Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes das Indicações de Ecocardiografia. *Arq Bras Cardiol*;93(6 supl3):e265-e302. Recuperado de: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz\\_eco\\_9306supl3.asp](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2009/diretriz_eco_9306supl3.asp).
- Barros, V.V.; Kozasa, E.H.; de Souza, I.C.W; Ronzani, T.M. (2014). Validity evidence of the brazilian version of the five facet mindfulness questionnaire (FFMQ). *Psic.: Teor. e Pesq.* vol.30, no.3. Brasília Jul/Set. Doi: 10.1590/S0102-37722014000300009.
- Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, Cummings KM, Jazayeri M-A, Morris PB, Ratchford EV, Sarna L, Stecker EC, Wiggins BS. (2018). ACC expert consensus decision pathway on tobacco cessation treatment. *J Am Coll Cardiol* 2; XX:XXX–XX. Doi: 10.1016/j.jacc.2018.10.027.

- Battista, S.R.; Stewart, S.H.; Fulton, H.G.; Steeves, D.; Darredeau, C.; Gavric, D. (2008). A further investigation of the relations of anxiety sensitivity to smoking motives. *Addict Behav*; 22:1402–1408. Doi: 10.1016/j.addbeh.2008.06.016.
- Biener, L., & Abrams, D. B. (1991). The Contemplation Ladder: Validation of a measure of readiness to consider smoking cessation. *Health Psychology*, 10(5), 360–365. Doi: 10.1037/0278-6133.10.5.360.
- Bilano, V; Gilmour, S.; Moffiet, T., et al. (2015). Global trends and projections for tobacco use, 1990–2025: an analysis of smoking indicators from the WHO *Comprehensive Information Systems for Tobacco Control*, *Lancet* 385 (9972) 966–976. Doi: 10.1016/S0140-6736(15)60264-1.
- Bishop SR, Lau M, Shapiro SL, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, Devins G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 11:230–241.10.1093/clipsy.bph077. Doi: 10.1093/clipsy/bph077.
- Bowen, S., & Enkema, M.C. (2014). Relationship between Dispositional Mindfulness and Substance Use: Findings from a Clinical Sample. *Addict Behav*. Mar; 39(3): 532–537. Doi:10.1016/j.addbeh.2013.10.026.
- Bowen, S., Chawla, N., Marlatt, G.A. (2015) *Prevenção de Recaída Baseada em Mindfulness para Comportamentos Aditivos: um guia para o clínico*. Rio de Janeiro: Editora Cognitiva.
- Brandon, T.H.; & Baker, T.B. (1991). The Smoking Consequences Questionnaire: The subjective expected utility of smoking in college students. *Psychological Assessment*; 3(3):484–491. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/buy/1992-03850-001>.

Brasil. Ministério da Saúde (2014). Lei que proíbe fumo em locais fechados é regulamentada.

*Portal da Saúde*. Recuperado de:  
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/13071-ministerio-da-saude-regulamenta-a-lei-anti-fumo>.

Brown, K., & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848. Doi:10.1037/0022-3514.84.4.822.

Brown, K., Ryan, R., & Creswell, J. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 211–237. Doi: 10.1080/10478400701598298.

Bucharles, S.G.E; & Pecoits-Filho, R. (2009). Doença Renal Crônica: Mecanismo da Progressão e Abordagem Terapêutica. *J Bras Nefrol; 31(Supl1): 6-12*. Recuperado de:  
<http://www.jbn.org.br/details/1322/pt-BR/doenca-renal-cronica--mecanismos-da-progressao-e-abordagem-terapeutica>.

Buckholdt, K. E., Parra, G. R., Anestis, M. D., et al. (2015). Emotion regulation difficulties and maladaptive behaviors: Examination of deliberate self-harm, disordered eating, and substance misuse in two samples. *Cognitive Therapy and Research*, 39(2), 140–152. Doi.org/10.1007/s10608-014-9655-3.

Bull, L., Burke, R., Walsh, S. & Whitehead, E. (2003). Smoking in pregnancy and parenthood: What is the role of depression, anxiety and nicotine addiction?. *Early Child Development and Care*, 173(2/3), 349-356. Doi: 10.1093/ntr/ntw140.

Carmody, T. P., Vieten, C., & Astin, J. A. (2007). Negative Affect, Emotional Acceptance, and Smoking Cessation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(4), 499–508. Doi:10.1080/02791072.2007.10399889.

Carmo, J.T.; & Pueyo, A.A. (2002). A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *RBM rev. bras. med*;59(1/2):73-80, jan.-fev. Recuperado de: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=319174&indexSearch=ID>.

Carter, B. L., Lam, C. Y., Robinson, J. D., et al. (2008). Real-time craving and mood assessments before and after smoking. *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 10(7), 1165–1169. Doi.org/10.1080/14622200802163084.

Cavalcante, T.M. (2005). O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Rev. Psiq. Clín.* 32 (5); 283-300. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832005000500006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000500006).

Chkhaidze, I.; Maglakelidze, N.; Maglakelidze, T.; Khaltsev, N. (2013). Prevalência de tabagismo e fatores que o influenciam em estudantes de medicina e outros universitários em Tbilisi, Geórgia. *J Bras Pneumol*;39(5):579-584. Doi: 10.1590/S1806-37132013000500008.

Coffey, K. A., & Hartman, M. (2008). Mechanisms of action in the inverse relationship between mindfulness and psychological distress. *Complement. Health Pract. Rev.* 13, 79–91. Doi: 10.1177/1533210108316307.

- Cofta-Woerpel L, McClure JB, Li Y, Urbauer D, Cinciripini PM, Wetter DW. (2011). Early cessation success or failure among women attempting to quit smoking: trajectories and volatility of urge and negative mood during the first postcessation week. *Journal of Abnormal Psychology*; 120(3):596–606. Doi: 10.1037/a0023755.
- Connors, G.; DiClemente, C.C; Velasquez, M.M & Donovan, D. (2013). *Substance abuse treatment and the stages of change*. 2 ed. New York: Guilford Press.
- Cox, L. S., Wick, J. A., Nazir, N., et al. (2011). Predictors of early versus late smoking abstinence within a 24-month Disease Management Program. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(3), 215–220. Doi: 10.1093/ntr/ntq227.
- Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine*, 69, 560–565. Doi:10.1097/PSY.0b013e3180f6171f.
- Critchley, J.A.; Unal, B. (2004). Is smokeless tobacco a risk factor for coronary heart disease? A systematic review of epidemiological studies. *European Journal of Preventive Cardiology*; 11(2):101:112. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15187813>.
- Desrosiers, A., Vine, V., Klemanski, D. H., and Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mindfulness and emotion regulation in depression and anxiety: common and distinct mechanisms of action. *Depress. Anxiety* 30, 654–661. Doi: 10.1002/da.22124.
- DiClemente, C.C., J.O. Prochaska, S.K. Fairhurst, W.F. Velicer, M.M. Velasquez, and J.S. Rossi. (1991). The Process of Smoking Cessation: An Analysis of Precontemplation, Contemplation, and Preparation Stages of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59(2):295–304. Doi: 10.1037/0022-006X.59.2.295.

- DiClemente, C.C; & Prochaska, J.O. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In: W.R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors. 4 ed., pp. 3-24*. New York: Plenum Press.
- DiClemente, C.C. (2003). *Addiction & change: How addictions develop and how addicted people change*. New York: Guilford Press.
- DiClemente, C.C. (2017). O Modelo Transteórico: Implicações para a Clínica e para a Saúde Pública. In: Oliveira & Orgs. (2017). *Por que é tão difícil mudar?: Contribuições do Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento na Prática Clínica e na Promoção de Saúde*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Diener, E. & Larsen, R. J. (1984). Temporal stability and cross-situational consistency of affective, behavioral, and cognitive responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47 (4), 871-883. Doi: 10.1007/978-90-481-2354-4\_2.
- Doll, R.; Peto, R.; Boreham, J.; Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*; 328(7455):1519. Doi: 10.1136/bmj.38142.554479.
- Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, Liber A, Nargis N, Stoklosa M. (2018). The Tobacco Atlas. *Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies*. Recuperado de: [https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas\\_6thEdition\\_LoRes\\_Rev0318.pdf](https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf)
- Eisenlohr-Moul TA, Walsh EC, Charnigo RJ Jr, Lynam DR, Baer RA. (2012). The ‘what’ and the ‘how’ of dispositional mindfulness: Using interactions among subscales of the Five-Facet Mindfulness Questionnaire to understand its relation to substance use. *Assessment*; 19(3):276–286. Doi: 10.1177/1073191112446658.

Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions. *Cognition and Emotion*, 6, p. 169-200.

Recuperado de:

<https://pdfs.semanticscholar.org/93d3/6be2da43bfe8303e718b061e7c6edf016256.pdf>.

Elihimas, J; Elihimas, H.C.S.; Lemos, V.M.; Leão, M.A.; As, M.P.B.O; França, E.E.T.; et al. (2014). Tabagismo como fator de risco para doença renal crônica: revisão sistemática. *J Bras Nefrol*; 36(4):519-528. Doi: 10.5935/0101-2800.20140074.

Erhardt, L. (2009). Cigarette smoking: an undertreated risk factor for cardiovascular disease. *Atherosclerosis* 205 (1), 23–32. Doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2009.01.007.

Eriksen M, Mackay J, Schluger N, Gomeshtaph F, Drope J. (2015). The Tobacco Atlas. *Fifth Edition revised, Expanded, and Update*. Recuperado de: [http://3pk43x313ggr4cy0lh3tctjh.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/03/TA5\\_2015\\_WEB.pdf](http://3pk43x313ggr4cy0lh3tctjh.wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads/2015/03/TA5_2015_WEB.pdf).

Fagundes, L.G.S., Martins, M., Magalhães, E.M., Palmiéri, P.R., & Junior, S.I.S. (2014). Políticas de saúde para o controle do tabagismo na América Latina e Caribe: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 19, núm. 2, Jan-fev, pp. 499-510. Doi: 10.1590/1413-81232014192.13482012.

Farinha, H.; de Almeida, J. R.; Aleixo, A.R.; Oliveira, H.; Xavier, F.; Santos, A.I. (2013). Relação do Tabagismo com Ansiedade e Depressão nos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Med Port; Set-Out;26(5):523-530*. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Helder\\_Farinha/publication/258313624\\_Relationship\\_between\\_Smoking\\_and\\_Anxiety\\_and\\_Depression\\_in\\_Primary\\_Care/links/59b078bd0f7e9b374346665c/Relationship-between-Smoking-and-Anxiety-and-Depression-in-Primary-Care.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Helder_Farinha/publication/258313624_Relationship_between_Smoking_and_Anxiety_and_Depression_in_Primary_Care/links/59b078bd0f7e9b374346665c/Relationship-between-Smoking-and-Anxiety-and-Depression-in-Primary-Care.pdf).

- Farris, S.G.; Leventhal, A.M.; Schmidt, N.B.; Zvolensky, M.J. (2015). Anxiety sensitivity and pre-cessation smoking processes: testing the independent and combined mediating effects of negative affect-reduction expectancies and motives. *J Stud Alcohol Drugs; 76(2):317–325*. Doi: 10.15288/jsad.2015.76.317.
- Farris, S. G., Zvolensky, M. J., & Schmidt, N. B. (2016). Difficulties with emotion regulation and psychopathology interact to predict early smoking cessation lapse. *Cognitive Therapy and Research, 40(3), 357–367*. Doi.org/10.1007/s10608-015-9705-5.
- Ferguson JA, Patten CA, Schroeder DA, Offord KP, Eberman KM, Hurt RD. (2003). Predictors of 6-month tobacco abstinence among 1224 cigarette smokers treated for nicotine dependence. *Addict Behav; 28:1203-18*. Doi: 10.1016/S0306-4603(02)00260-5.
- Fernandez AC, Wood MD, Stein LAR, Rossi JS. (2010). Measuring mindfulness and examining its relationship with alcohol use and negative consequences. *Psychology of Addictive Behaviors; 24(4):608–616*. Doi: 10.1037/a0021742.
- Fiore, M.C.; Jaen, C.R.; Baker, T. et al., (2008). Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. *Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952>.
- Formagini, T.D.B.; Machado, N.M.; Richter, K.P.; & Ronzani, T.M. (2015). Intervenções de Cessação de Tabagismo em Fumantes Leves: Uma Revisão Sistemática. *Psicologia em Estudo, Maringá, v. 20, n. 2 p. 201-211, abri./jun*. Doi: 10.4025/psicoestud.v20i2.24908.
- Foster, D.W.; Zvolensky, M.J.; Garey, L.; Ditre, J.W., Schmidt, N.B. (2014) Relationships between drinking motives and smoking expectancies among daily smokers who are also problem drinkers. *Journal of Dual Diagnosis; 10(3):118–129*. Doi:

10.1080/15504263.2014.926759.

Galil, A. G. D. S. (2016). *Influência do uso do tabaco em população com múltiplas condições crônicas*. (Tese de doutorado). Recuperado de: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/3695>.

Galil, A.G.S.; Cupertino, A.P.; Banhato, E.F.C.; Campos, T.S.; Colugnati, F.A.B.; Richter, K.P.; & Bastos, M.G. (2016). Factors associated with tobacco use among patients with multiple chronic conditions. *International Journal of Cardiology* 221; 1004–1007. Recuperado do doi: 10.1016/j.ijcard.2016.07.041.

Galinha, I.C.; Pereira, C.R.; Esteves, F. (2014). Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo – PANAS-VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Psicologia vol.28 no.1 Lisboa jun*. Recuperado de: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-20492014000100005](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492014000100005).

Garey, L. B. A.; Brooke Kauffman, Y. B. S. Neighbors, C.; Schmidt, N.B.; Zvolensky, M.J. (2016). Treatment Attrition: Associations with Negative Affect Smoking Motives and Barriers to Quitting Among Treatment-Seeking Smokers. *Addict Behav. December ; 63: 165–171*. Doi:10.1016/j.addbeh.2016.07.018.

Germer, C.K; Siegel, R.D; Fulton, P.R. (2016). *Mindfulness e Psicoterapia*. 2ªed. Porto Alegre: Artmed.

Goleman, D. (2012). *Inteligência Emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente*. 2 ed. Rio de Janeiro: Objetiva.

- Gollust, S.E.; Schroeder, S.A.; & Warner, K.E. (2008). Helping Smokers Quit: understanding the Barriers to Utilization of Smoking Cessation Services. *The Milbank Quarterly*, Vol. 86, No. 4, (pp. 601–627). Doi:10.1111/j.1468-0009.2008.00536.x.
- Gonzalez, A.; Zvolensky, M.J.; Vujanovic, A.A.; Leyro, T.M.; Marshall, E.C. (2008). An evaluation of anxiety sensitivity, emotional dysregulation, and negative affectivity among daily cigarette smokers: Relation to smoking motives and barriers to quitting. *Journal of Psychiatric Research*; 43(2):138–147. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2008.03.002.
- Goodman, R.A. (2013). Defining and measuring chronic conditions: imperatives for research, policy, program, and practice. *Prev. Chronic Dis.* 10. Doi: 10.5888/pcd10.120239.
- Grant, B.F., Hasin, D.S, Chou, S.P, Stinson, F.S & Dawson, D.A. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*. Nov; 61(11):1107-15. Doi: 10.1001/archpsyc.61.11.1107.
- Grossman, P. (2018). On the porosity of subject and object in “mindfulness” scientific study: Challenges to “scientific” construction, operationalization and measurement of mindfulness, *Current Opinion in Psychology*. Doi: 10.1016/j.copsyc.2018.11.008.
- Gunaratana, B. (2002). *Mindfulness in Plain English*. Sommerville, MA: Wisdom.
- Hallan, S.I.; Orth, S.R. (2011). Smoking is a risk factor in the progression to kidney failure. *Kidney International* ;80:516-523. Doi: 10.1038/ki.2011.157.
- Hutz, C.S & orgs. (2014). *Avaliação em Psicologia Positiva*, pp.49-59. Porto Alegre: Artmed.
- Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. (1989). Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of

- cigarettes smoked per day. *Br J Addict.*;84:791–9. Doi:10.1111/j.1360-0443.1989.tb03059.x.
- Heppner, W.L., Spears, C.A., Correa-Fernández, V., Castro, Y., Li, Y., Guo, B., Reitzel, L.R... Wetter, D.W. (2016). Dispositional Mindfulness Predicts Enhanced Smoking Cessation and Smoking Lapse Recovery. *Ann. Behav. Med.* Doi: 10.1007/s12160-015-9759-3.
- Hitsman, B., Abrams, D. B., Shadel, W. G., Niaura, R., Borrelli, B. & Emmons, K. M. (2002). Depressive symptoms and readiness to quit smoking among cigarette smokers in outpatient alcohol treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(3), 264-268. Doi: 10.1037/0893-164X.16.3.264.
- Hughes JR. (2003). Motivating and helping smokers to stop smoking. *J Gen Intern Med.*;18(12):1053-7. Doi: 10.1111/j.1525-1497.2003.20640.x.
- Iglesias, R.; Jha, P.; Pinto, M.; Da Costa e Silva, V.L.; Godinho, J. (2007). Controle do Tabagismo no Brasil. *Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento/ Banco Mundial 1818 H Street, NW Washington, DC 20433*. Recuperado de: [http://actbr.org.br/uploads/conteudo/202\\_controle-tabagismo-brasil-BM.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/202_controle-tabagismo-brasil-BM.pdf).
- Imel, J.L., & Dautovich, N.D. (2016). The Associations Between Dispositional Mindfulness, Sense of Control, and Affect in a National Sample of Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, Vol. 00, No. 00, 1–10. Doi: 10.1093/geronb/gbw092.
- Instituto Nacional de Câncer (INCA). (2001). *Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA, 38p. Recuperado de: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/e776ee0047dec36284a4cd9ba9e4feaf/tratamentoconsenso.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=e776ee0047dec36284a4cd9ba9e4feaf>.

- Instituto Nacional de Câncer (INCA). (2018). *Programa Nacional de Controle do Tabagismo: Tabagismo*. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tabagismo>.
- Issa, J. S. (2012). Um novo escore para dependência a nicotina e uma nova escala de conforto do paciente durante o tratamento do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 38(6), 761–765. Doi: 10.1590/S1806-37132012000600012.
- Jaiswal, S.; Tsai, S.Y.; Juan, C.H.; Liang, W.K.; Muggleton, N.G. (2018). Better Cognitive Performance Is Associated With the Combination of High Trait Mindfulness and Low Trait Anxiety. *Front. Psychol.* 9:627. Doi: 10.3389/fpsyg.2018.00627.
- Jardin, B. F., & Carpenter, M. J. (2012). Predictors of quit attempts and abstinence among smokers not currently interested in quitting. *Nicotine & Tobacco Research, Volume 14, Number 10, 1197–1204*. Doi: 10.1093/ntr/nts015.
- Jemal, A. P. Vineis, F. Bray, Forman. (2014). *The Cancer Atlas*. 2 ed. American Cancer Society, GA, (Atlanta). Recuperado de: <http://canceratlas.cancer.org/assets/uploads/2015/04/The-Cancer-Atlas-Second-Edition-in-Portuguese.pdf>
- Johnson, K.A.; Farris, S.G.; Schmidt, N.B.; Zvolensky, M.J. (2012). Anxiety sensitivity and cognitive-based smoking processes: Testing the mediating role of emotion dysregulation among treatment-seeking daily smokers. *Journal of Addictive Diseases*; 31(2):143–157. Doi: 10.1080/10550887.2012.665695.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 144-156. Doi: 10.1093/clipsy.bpg016.

- Kassel, J.D.; Stroud, L.R.; Paronis, C.A. (2003). Smoking, stress, and negative affect: correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin*; 129(2):270–304. Doi:10.1037/0033-2909.129.2.270.
- Kraemer, K.M.; McLeish, A.C.; Jeffries, E.R.; Avallone, K.M.; Luberto, C.M. (2013). Distress tolerance and perceived barriers to smoking cessation. *Subst Abus*; 34(3):277–282. Doi: 10.1080/08897077.2013.771597.
- Lasser, K; Boyd, J.D; Woolhandler, S; Himmelstein, D.U.; McCormick, D & Bor, D.H. (2000). Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA*. Nov 22-29;284(20):2606–10. Doi: 10.1001/jama.284.20.2606.
- Lavi, S.; Prasad, A.; Yang, E.H. et al. (2007). Smoking is associated with epicardial coronary endothelial dysfunction and elevated white blood cell count in patients with chest pain and early coronary artery disease. *Circulation* 115 (20), 2621–2627. Doi: 10.1161/circulationaha.106.641654.
- Leahy, R. L.; Tirsch, D.; Napolitano, L.A. (2013). Por que a regulação emocional é importante?. In: Leahy et.al. (2013). *Regulação Emocional em Psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*, pp. 19-36. Porto Alegre: Artmed.
- Levenson, R.W.; Ekman, P; & Friesen, W.V. (1990). Voluntary Facial Action Generates Emotion Specific Autonomic Nervous System Activity. *Psychophysiology*, 27. Doi.org/10.1111/j.1469-8986.1990.tb02330.x.
- Lima, M.S.; & Viegas, C.A.A. (2011). Avaliação do Grau de Ansiedade, Depressão e Motivação dos Fumantes que Procuraram Tratamento para Deixar de Fumar no Distrito Federal. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 57(3): 345-353. Disponível

em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000141&pid=S01040707201300040000700016&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000141&pid=S01040707201300040000700016&lng=pt).

Longanezi, V. (2016). *Efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo oferecido pelo SUS no estado de São Paulo*. (Dissertação de Mestrado). Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/pdfs/mestrado-profissional/mestrado-turma-2014/valerialonganezi-dissertacaocompleta.pdf>.

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131(6), 803-855. Doi: 10.1037/0033-2909.131.6.803.

Mc Culloch, P.A.; Li, S.; Jurkovitz, C.T.; Stevens, L.; Collins, A.J; Chen, S.C.; et al. (2008). Chronic Kidney Disease, prevalence of premature cardiovascular disease, and relationship for short-term mortality. *Am Heart J*; 156(2):277-83. Doi: 0.1016/j.ahj.2008.02.024.

Macnee, C.L; & Talsma, A. (1995). Development and testing of the barriers to cessation scale. *Nursing Research*; 44(4):214-219. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7624231>.

MacPherson, L.; Stipelman, B.A; Duplinsky, M.; Brown, R.A.; Lejuez, C. (2008). Distress tolerance and pre-smoking treatment attrition: Examination of moderating relationships. *Addictive Behaviors*. 33(11):1385-1393. Doi: 10.1016/j.addbeh.2008.07.001.

Marcolino, J.A.M.; Mathias, L.A.S.T.; Filho, L.P.; Guaratini, A.A.; Suzuki, F.M.; Alli, L.A.C. (2007). Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório. *Rev Bras Anestesiol*; 57:

1: 52-62. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rba/v57n1/06.pdf>.

Marlatt, G.A. (2015). Prefácio. In: Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G.A. *Prevenção de Recaída Baseada em Mindfulness para Comportamentos Aditivos: um guia para o clínico*. Rio de Janeiro: Editora Cognitiva.

Melo, W.V.; Oliveira, M.S.; & Ferreira, E.A. (2006). Estágios motivacionais, sintomas de ansiedade e de depressão no tratamento do tabagismo. *Interação em Psicologia*, 10(1), p. 91-99. Doi: 10.5380/psi.v10i1.5769.

Mesquita, A. A. (2013). Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. Vol. XV, n° 2, 35-44. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151755452013000200004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151755452013000200004).

Ministério da Saúde. (2004). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina*, Anexo II da Portaria SAS/MS 442/04. Recuperado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0442\\_13\\_08\\_2004\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0442_13_08_2004_comp.html).

Morita, S. (1998). *Morita therapy and the true nature of anxiety-based disorders: Shinkeishitsu*. Albany, NY: State University of New York Press.

Nguyen, N. T. P; Tran, B. X.; Hwang, L. Y.; Markham, C. M.; Swartz, M. D.; Vidrine, J.I.; Phan, H.T.T. et. al. (2015). Motivation to quit smoking among HIV-positive smokers in Vietnam. *BMC Public Health*, 15:326. Doi: 10.1186/s12889-015-1672-y.

Novak, A.; Burgess, E.S.; Clark, M.; Zvolensky, M.J.; Brown, R.A. (2003). Anxiety sensitivity, self-reported motives for alcohol and nicotine use and level of consumption. *J Anxiety Disord*; 17:165– 180. Doi:10.1016/S0887-6185(02)00175-5.

Organização Mundial de Saúde (WHO). (2011). *Who Report on the Tobacco Epidemic*.

Recuperado de [http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2011/exec\\_summary/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/exec_summary/en/).

Peasley-Miklus CE, McLeish AC, Schmidt NB, Zvolensky MJ. (2012). An examination of smoking outcome expectancies, smoking motives and trait worry in a sample of treatment-seeking smokers. *Addictive Behaviors*; 37(4):407–413. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.11.037>.

Perk, J. G. De Backer, H. Gohlke, et al. (2012). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *Eur. Heart J.* 33 (13) 1635–1701. Doi: 10.1093/eurheartj/ehs092.

Piñeiro, B., López-Duran, A., del Río, E.F., Martínez, U., Brandon, T. H., & Becoña, E. (2016). Motivation to quit as a predictor of smoking cessation and abstinence maintenance among treated Spanish smokers. *Addictive Behaviors* 53, 40–45. Doi: 10.1016/j.addbeh.2015.09.017.

Ponciano-Rodriguez, G.; Paez-Martinez, N.; Villa-Romero, A.; Gutierrez-Grobe, Y.; Mendez-Sanchez, N. (2014). Early changes in the components of the metabolic syndrome in a group of smokers after tobacco cessation, *Metab. Syndr. Relat. Disord.* 12 (4), 242–250. Doi: 10.1089/met.2014.0007.

Prochaska, J.O; & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Malabar, FL: Krieger.

Prochaska, J.O; Norcross, J.C; & DiClemente, C.C. (1994). *Changing for good*. New York: Avon.

Prochaska, J.O.; Redding, A.C.; Evers, K.E. In: Glanz Rimer, B.K.; Viswanath, K.; editors. (2008). *The Transtheoretical Model and Stages of Change, in Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; p. 97–117.

Prochaska, J.O. & Norcross, J. C. (2013). *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*, 8 ed. New York: Brooks Cole.

Public Health Service. (1964). Smoking and Health. Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the United States. *U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Center for Disease Control. PHS Publication no. 1103*. Recuperado de: <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/Narrative/NN/p-nid/60>.

Puddu, P.E.; Menotti, A. (2015). The impact of basic lifestyle behaviour on health: how to lower the risk of coronary heart disease, other cardiovascular diseases, cancer and all-cause mortality. Lifestyle adaptation: a global approach. *Esc Council for Cardiology Practice; 13 (32)*. Recuperado de: <http://www.escardio.org/Guidelines-&-Education/Journals-and-publications/ESC-journals-family/E-journal-of-Cardiology-Practice/Volume-13/E-journal-of-Cardiology-Practice-Volume-13>.

Rapgay, L & Bystrisky, A. (2009). Classical Mindfulness: An Introduction to Its Theory and Practice for Clinical Application. Longevity, Regeneration, and Optimal Health. *Ann. N.Y. Acad. Sci. 1172: 148–162*. Doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04405.x

Reichert, V.; Xue, X.; Bartscherer, D. et al. (2009). A pilot study to examine the effects of smoking cessation on serum markers of inflammation in women at risk for cardiovascular disease. *CHEST Journal. ;136(1):212-219*. Doi: 10.1378/chest.08-2288.

- Rezonzew, G.; Chumley, P.; Feng, W.; Hua, P.; Siegal, G.P.; Jaimes, E.A. (2012). Nicotine exposure and the progression of chronic kidney disease: role of the  $\alpha 7$ -nicotinic acetylcholine receptor. *Am J Physiol Renal Physiol*; 303:F304-312. Doi: 10.1152/ajprenal.00661.2011.
- Rogers, A.H.; Bakhshaie, J.; Viana, A.G.; Manning, K.; Mayorga, N.A.; Garey, L. et.al. (2018). Emotion dysregulation and smoking among treatment-seeking smokers. *Addictive Behaviors* 79;124–130. Doi: 10.1016/j.addbeh.2017.12.025.
- Rostron, B.L.; Chang, C.M.; Pechacek, T.F. (2014). Estimation of cigarette smoking—attributable morbidity in the United States. *JAMA Intern. Med.* 174 (12), 1922–1928. Doi: 10.1001/jamainternmed.2014.5219.
- Ruscio, A.C., Muench, C., Brede, E. & Waters, A.J. (2016). Effect of brief mindfulness practice on self-reported affect, craving, and smoking: a pilot randomized controlled trial using ecological momentary assessment. *Nicotine & Tobacco Research*, 18, 64-73. Doi: 10.1093/ntr/ntv074.
- Russo, A.C., & Azevedo, R.C.S. (2010). Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. *J Bras Pneumol.* 36(5):603-611. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132010000500012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132010000500012).
- Santos, J.P.; Duncan, B.B.; Sirena, S.A.; Vigo, A.; & Abreu, M.N.S. (2012). Indicadores de efetividade do Programa de Tratamento do Tabagismo no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*, 21(4):579-588, out-dez.. Doi: 10.5123/S1679-49742012000400007.

- Sayette, M.A.; & Dimoff, J.D. (2016). In search of anticipatory cigarette cravings: The impact of perceived smoking opportunity and motivation to seek treatment. *Psychol Addict Behav. May ; 30(3): 277–286*. Doi: 10.1037/adb0000177.
- Shiffman S. (2009). Light and intermittent smokers: background and perspective. *Nicotine & Tobacco Research, 11*,122-125. Doi: 10.1093/ntr/ntn020.
- Schmidt, M.I., Duncan, B.B., Silva, G.A., Menezes, A.M., Monteiro, C.A., Barreto, S.M., Chor, D., & Menezes, P.R. (2011). Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet. London, p. 61-74*. Doi: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
- Sciamanna, C. N., Hoch, J. S., Duke, G. C., Fogle, M. N., & Ford, D. E. (2000). Comparison of five measures of motivation to quit smoking among a sample of hospitalized smokers. *Journal of General Internal Medicine, 15(1), 16–23*. Doi: 10.1046/j.1525-1497.2000.11198.x.
- Shiffman, S. (2005). Dynamic influences on smoking relapse process. *Journal of Personality; 73(6):1715–1748*. Doi: 10.1111/j.0022-3506.2005.00364.x.
- Smith, J.C. (2004). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation: three caveats. *Psychosomatic Medicine, 66, 148-152*. Recuperado de: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=14747650>.
- Spears, C.A.; Houchins, S.C.; Stewart, D. W.; Chen, M.; Correa-Fernández, V.; Cano, M.A. et. al. (2015). Nonjudging Facet of Mindfulness Predicts Enhanced Smoking Cessation in Hispanics. *Psychol Addict Behav. Dez; 29(4): 918–923*. Doi:10.1037/adb0000087.
- Stapleton, J. A., & West, R. (2012). A direct method and ICER tables for the estimation of the cost-effectiveness of smoking cessation interventions in general populations: application

- to a new cytosine trial and other examples. *Nicotine & Tobacco Research*, 14, 463–471.  
Doi:10.1093/ntr/ntr236.
- Tapper, K. (2018). Mindfulness and craving: effects and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 59, 101–117. Doi: 10.1016/j.cpr.2017.11.003.
- Tiffany, S.T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*. 1990; 97(2):147–168.  
Doi: 10.1037/0033-295X.97.2.147.
- Tindle, H. A., & Shiffman, S. (2011). Smoking cessation behavior among intermittent smokers versus daily smokers. *American Journal of Public Health*, 101(7), 1-3. Doi: 10.2105/AJPH.2011.300186.
- Threl, J.; Ferguson, S.G.; & Bühler, A. (2016): How Do Light and Intermittent Smokers Differ from Heavy Smokers in Young Adulthood: The Role of Smoking Restraint Strategies. *Journal of Psychoactive Drugs*. Doi: 10.1080/02791072.2016.1172744.
- Tubbs, J.D.; Savage, J.E.; Adkins, A.E.; Amstadter, A.B.; Dick, D.M. (2018): Mindfulness Moderates the Relation Between Trauma and Anxiety Symptoms in College Students. *Journal of American College Health*. Doi: 10.1080/07448481.2018.1477782.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2004). The 2004 United States Surgeon General's Report: The Health Consequences of Smoking. *Washington, D.C.: Centers for Disease Control and Prevention*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15543245>.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2014). The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. *Atlanta, GA: U.S.*

*Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Recuperado de: <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>.*

Ussher, M., Kakar, G., Hajek, P., & West, R. (2016). Dependence and motivation to stop smoking as predictors of success of a quit attempt among smokers seeking help to quit. *Addictive Behaviors* 53 (2016) 175–180. Doi: 10.1016/j.addbeh.2015.10.020.

Velasquez, M. M.; Maurer, G. G.; Crouch, C.; DiClemente, C. C. (2001). *Group treatment for substance abuse: a stages-of-change therapy manual*. Nova Iorque: Guilford Press.

Vidrine, J. I.; Businelle, M. S.; Cinciripini, P.; Li, Y.; Marcus, M. T.; Waters, A. J. et.al (2009). Associations of Mindfulness with Nicotine Dependence, Withdrawal, and Agency. *Subst Abus*; 30(4): 318–327. Doi: 10.1080/08897070903252973.

Vinci, C.; Spears, C.A.; Peltier, M.R.; Copeland, A.L. (2016). Facets of Mindfulness Mediate the Relationship between Depressive Symptoms and Smoking Behavior. *Mindfulness (N Y). Dec*; 7(6):1408-1415. Doi: 10.1007/s12671-016-0582-0.

Vorkapic, C.F.; & Rangé, B. (2013). O que são técnicas contemplativas? In: Vorkapic, C.F.; & Rangé, B. (2013). *Mindfulness, meditação, yoga e técnicas contemplativas: um guia de aplicações e de prática pessoal para profissionais de saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Cognitiva.

West, R.J.; Hajek, P.; Belcher, M. (1989). Severity of withdrawal symptoms as a predictor of outcome of an attempt to quit smoking. *Psychol Med* ; 19(4):981–985. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2594893>.

- West, R. (2017). Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology & Health, Vol. 32, No. 8, 1018–1036*. Doi: 10.1080/08870446.2017.1325890.
- Wortley, P. M., C. G. Husten, A. Trosclair, J. Chrismon, & L. L. Pederson. (2003). Nondaily smokers: A descriptive analysis. *Nicotine & Tobacco Research 5 (5):755–59*. Doi:10.1080/1462220031000158753.
- Wu, J.; & Sin, D.D. (2011). Improved patient outcome with smoking cessation: when is it too late?. *International Journal of COPD:6*. Doi: 10.2147/COPD.S10771.
- Zanon, C.; Dellazzana, L.L.; Hurtz, C.S. (2014). Afetos positivos e negativos: definições, avaliações e suas implicações para intervenções. In: Hutz, C.S & orgs. (2014). *Avaliação em Psicologia Positiva, pp.49-59*. Porto Alegre: Artmed.
- Zemestani, M. & Ottaviani, C. (2016). Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention for co-occurring substance use and depression. *Mindfulness, 7, 1347- 1355*. Doi: 10.1007/s12671-016-0576-y.
- Zinser, M. C., Baker, T. B., Sherman, J. E., & Cannon, D. S. (1992). Relation between self-reported affect and drug urges and cravings in continuing and withdrawing smokers. *Journal of Abnormal Psychology, 101(4), 617–629*. Doi: 10.1037/0021-843X.101.4.617.
- Zvolensky, M.J.; Bernstein, A.; Cardenas, S.J.; Colotla, V.A.; Marshall, E.C.; Feldner, M.T. (2007). Anxiety sensitivity and early relapse to smoking: A test among Mexican daily, low-level smokers. *Nicotine Tob Res; 9:483–491*. Doi: 10.1080/14622200701239621.

## APÊNDICES

## Apêndice 1. Artigo de Revisão Sistemática de Literatura: Submetido à Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia

Associação entre Traço de *Mindfulness* e Tabagismo: uma revisão sistemática

Association between Trait Mindfulness and Smoking: a systematic review

Asociación entre Trazo de *Mindfulness* y Tabaquismo: una revisión sistemática

Luane Araújo Rabello <sup>1</sup>; Roberta da Silva Teixeira<sup>2</sup>; Mariana Muniz Gusmão<sup>1</sup>; Fernando

Antônio Basile Colugnati<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

<sup>2</sup>Instituto Nacional de Cardiologia (INC)

### RESUMO

**Introdução:** Mediante a importância da cessação do tabagismo, a investigação de constructos que contribuam com intervenções é necessária. Traço de *Mindfulness* diz respeito à capacidade de atenção sustentada no momento presente, sem prévio treinamento em meditação *Mindfulness*. **Método:** Revisão Sistemática sobre a associação entre Traço de *Mindfulness* e o Tabagismo. Bases de dados *Medline*, *Cochrane Library*, *PsycInfo* e *Scopus* foram consultadas. A seleção dos estudos, avaliação da qualidade e extração de dados foram realizadas por dois revisores e os desacordos resolvidos por um terceiro. **Resultados:** Seis artigos foram incluídos. A maioria dos estudos avaliou o Traço de *Mindfulness* e abstinência, grau de dependência e/ou frequência do fumo. Também houve menção aos afetos, depressão, entre outros. **Conclusão:** Traço de *Mindfulness* foi positivamente associado à cessação do tabagismo, abstinência e gravidade da dependência, e negativamente associado com afetos e depressão.

**Palavras-chave:** Tabagismo; Abandono do Uso de Tabaco; Atenção plena; Literatura de Revisão como Assunto.

## ABSTRACT

**Introduction:** Through the importance of smoking cessation, the investigation of constructs that contribute to interventions is necessary. Trait Mindfulness refers to the capacity for sustained attention in the present moment, without prior training in mindfulness meditation.

**Method:** Systematic Review about the association between Trait Mindfulness and Smoking. Medline, Cochrane Library, PsycInfo and Scopus databases were consulted. Selection of studies, quality assessment and data extraction were performed by two reviewers and disagreements resolved by a third one. **Results:** Six articles were included. Most of the studies evaluated Trait Mindfulness and abstinence, degree of dependence and / or smoking frequency. There was also mention of affects, depression, among others. **Conclusion:** Trait Mindfulness was positively associated with cessation of smoking, withdrawal and severity of dependence, and negatively associated with affects and depression.

**Keywords:** Tobacco use disorder; Tobacco use cessation; Mindfulness; Review literature as topic.

## RESUMEN

**Introducción:** Mediante la importancia de la cesación del tabaquismo, la investigación de constructos que contribuyen con intervenciones es necesaria. Trazo de *Mindfulness* se refiere a la capacidad de atención sostenida en el momento presente sin previo entrenamiento en meditación. **Método:** Revisión Sistemática sobre la asociación entre Trazo de *Mindfulness* y Tabaquismo. Se han consultado las bases *Medline*, *Cochrane Library*, *PsycInfo* y *Scopus*. La

selección de los estudios, evaluación de la calidad y extracción de datos fueron realizados por dos revisores y los desacuerdos resueltos por un tercero. **Resultados:** Se incluyeron seis artículos. La mayoría de los estudios evaluaron Trazo de *Mindfulness* y abstinencia, grado de dependencia y/o frecuencia del humo. También mencionaron afectos, depresión, entre otros. **Conclusión:** Trazo de *Mindfulness* fue positivamente asociado a cesación del tabaquismo, abstinencia, gravedad de la dependencia, y negativamente asociado con afectos y depresión. **Palabras clave:** Tabaquismo; Cese del uso de tabaco; Atención plena; Literatura de revisión como asunto.

## INTRODUÇÃO

O tabagismo, considerado como a principal causa de morte evitável no mundo, é responsável por um montante de quase seis milhões de óbitos por ano, sendo entre estes, mais de 600 mil inerentes às vítimas do fumo passivo (INCA, 2017). Outrossim, visto como um importante fator de risco para Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) e relacionado a fatores resultantes na perda da capacidade funcional, o uso do tabaco é ponderado como um dos principais problemas de saúde pública (Brasil, 2013; Brasil, 2015; *U.S Department of Health and Human Sciences*, 2014 & Galil, et.al, 2016).

Ao ser atribuído como o método mais eficaz para reduzir a mortalidade, em médio prazo, das causas tabaco-relacionadas, atenuar os casos de DCNT e restabelecer a capacidade funcional, a cessação tabágica é, inquestionavelmente, pautada como de extrema importância (Brasil, 2004; Brasil, 2009; Organização Mundial da Saúde, 2010). Neste contexto, constructos que possam auxiliar para a preconização de futuras intervenções na cessação do tabagismo, tem sido objeto de investigação por parte de alguns autores, como é o caso dos

efeitos de *mindfulness* no ato de fumar, especialmente o efeito dos traços de *mindfulness* ou *mindfulness* disposicional.

Em sua definição geral, ressalta-se que *mindfulness* diz respeito à capacidade de estar alerta ao momento presente e no desenrolar da experiência. Todavia, a sua descrição também pode ser processada como um constructo mais amplo, englobando *mindfulness* como um constructo teórico (a ideia de *mindfulness*), exercícios para cultivar *mindfulness* ou práticas meditativas, além de processos psicológicos, que envolvam mecanismos de ação na mente e no cérebro (Kabat-Zinn, 2003; Germer, Siegel & Fulton, 2016). Dessa forma, *mindfulness* disposicional pode ser referido como um traço naturalmente existente relativo à capacidade de consciência e atenção sustentada em indivíduos no contexto diário de suas vidas (Brown & Ryan, 2003; & Bowen & Enkema, 2014). Ao passo, afirma-se que traços de *mindfulness* estão naturalmente presentes nos indivíduos, mesmo que esses nunca tenham treinado meditação, e é justamente essa perspectiva teórica de constructo que abordamos na presente revisão sistemática de literatura.

No mais, tendo em vista a relevância recente desta temática e a necessidade de averiguar as novas estratégias de combate ao tabagismo a nível mundial, essa revisão sistemática propôs avaliar a literatura que investiga as associações do constructo *mindfulness* disposicional com o tabagismo.

## **MÉTODO**

Foram realizadas buscas, nas bases de dados *Medline* (acessada via PubMed Central), *Cochrane Library*, *PsycInfo* e *Scopus*, englobando o período até Julho de 2017. A estratégia de busca utilizada considerou a adoção de descritores, quando presentes, e fundamentou-se na

intervenção estudada (“*dispositional mindfulness*” ou “*trait mindfulness*”) e na condição de base (“*smoking cessation*”).

Suplementarmente foi efetuada a busca cruzada nas referências presentes nos textos completos selecionados na presente revisão, a fim de identificar estudos que pudessem não ter sido capturados pela estratégia de busca elaborada.

A respectiva seleção dos estudos, em duas etapas (análise de títulos e resumos, com posterior análise de textos completos), contou com o suporte da ferramenta *EndNote WEB* e foi conduzida por dois avaliadores independentes, com os potenciais desacordos resolvidos por um terceiro revisor. Nesse processo, os critérios de elegibilidade para inclusão de artigos nessa revisão foram ensaios clínicos (randomizados ou não) e estudos observacionais (transversais e série de casos), nos idiomas português, inglês ou espanhol, que avaliassem a associação entre *mindfulness disposicional* ou traços de *mindfulness* na população adulta ( $\geq 18$  anos) e com desfecho relacionado ao tabagismo.

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos também foi procedida de forma independente, por dois revisores, sendo suas potenciais divergências resolvidas por um terceiro revisor. Para tal, no caso dos artigos transversais, utilizaram-se os critérios propostos por Loney e colaboradores (Loney, Chambers, Bennett, Roberts & Stratford, 1998) e para as séries de casos, o instrumento adotado foi o *Quality Appraisal Checklist for Case Series Studies* (Institute of Health Economics, 2014).

Os dados dos estudos incluídos na revisão foram extraídos independentemente por três revisores via a utilização de um devido formulário e, posteriormente foram analisados e sumarizados em tabelas e gráficos. Os resultados discutidos na sequência partiram de um consenso acerca das conclusões de todos os avaliadores que participaram dessa revisão.

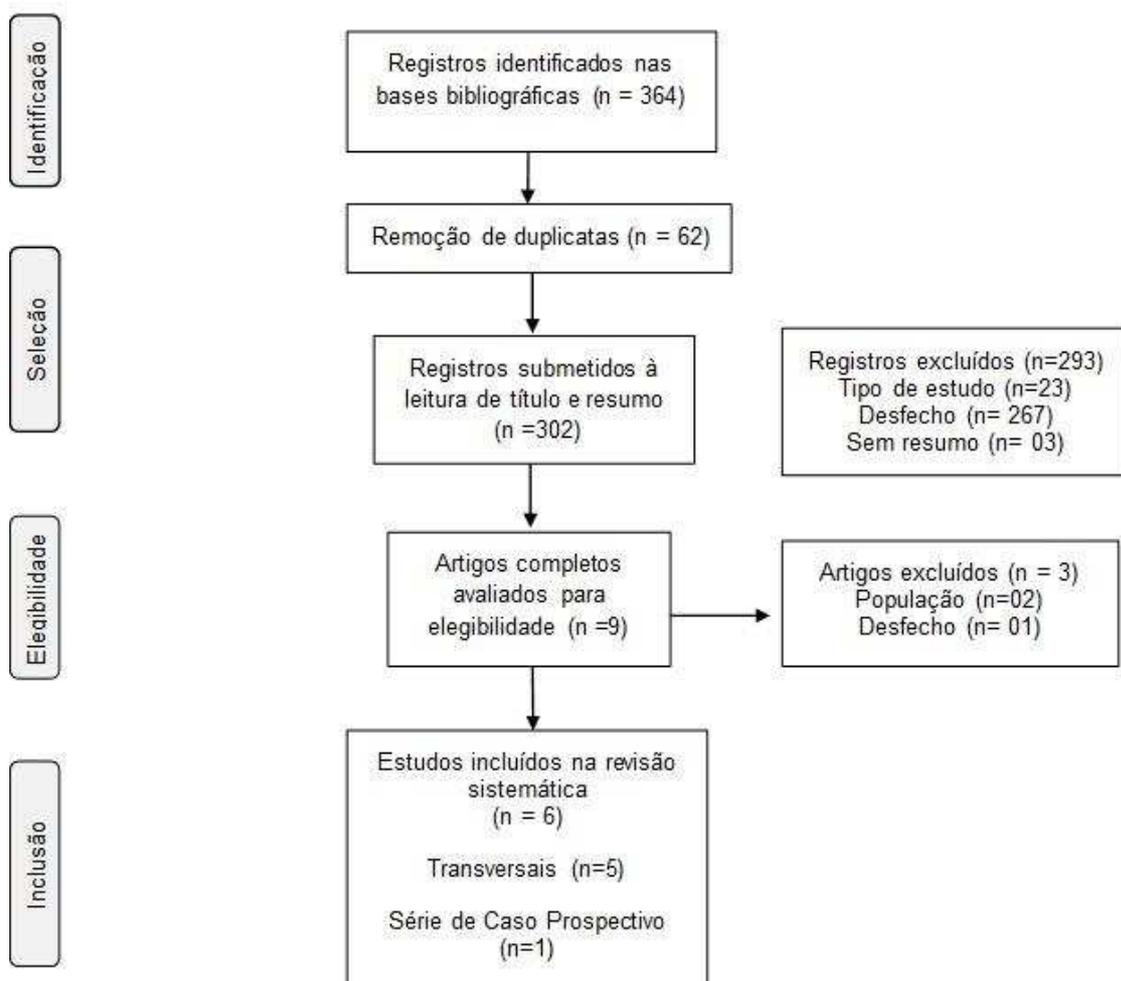
Por fim, salienta-se que a presente revisão foi efetuada seguindo o guideline PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (Liberati, Altman,

Tetzlaff, Mulrow, Gotzsche, Ioannidis, et.al., 2009), e que seu protocolo foi registrado na base PROSPERO com a numeração CRD 42018112609.

## **RESULTADOS**

As buscas nas bases de dados resultaram em 364 manuscritos, dos quais após todo o processo de remoção de duplicatas e seleção dos estudos em duas etapas, totalizou um quantitativo de seis artigos incluídos na revisão sistemática (Heppner et.al., 2016; Spears et al., 2015; Adams et.al., 2014a; Adams et.al., 2014b; Vidrine et. al, 2009; & Vinci, Spears, Peltier & Copeland, 2016). Desses, cinco foram classificados com delineamento transversal (Heppner et.al., 2016; Adams et.al., 2014a; Adams et.al., 2014b; Vidrine et. al, 2009; & Vinci et.al, 2016) e um como série de caso prospectivo (Spears et al., 2015). (Figura 1).

**FIGURA 1. FLUXOGRAMA DA SELEÇÃO DOS ESTUDOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA**



Fonte: Fluxograma do Prisma Guideline. “The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration” de Liberati et.al. (2009). *Bmj*; 339:b2700.

Todos os estudos foram realizados nos Estados Unidos, com tamanhos amostrais compreendendo desde 72 até 399 indivíduos, sendo que 83% (5/6) deles foram publicados depois do ano de 2013. Constata-se a presença de populações de diferentes etnias, em sua maioria, de mulheres e homens adultos.

Em relação aos desfechos principais, traços de *mindfulness* e tabagismo, foi possível observar que a maioria dos artigos (Heppner et.al, 2016; Spears et al., 2015; Adams et.al, 2014b; Vidrine et. al., 2009; Vinci et.al, 2016) se propuseram a avaliar a associação entre *mindfulness* disposicional e abstinência, grau de dependência e/ou frequência do fumo. No entanto, somente dois manuscritos investigaram essas potenciais correlações por meio de uma medida de efeito (Heppner et.al, 2016; Spears et al., 2015). A volatilidade de afetos durante a cessação do tabagismo foi analisada por Adams e colaboradores (2014a). Secundariamente, outros desfechos, tais como afetos positivos e negativos, sintomas de depressão, preocupações com o peso, auto-eficácia e suporte social também foram abordados.

Os estudos incluídos na revisão se utilizaram de três diferentes escalas para analisar *mindfulness*, sendo elas a *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS) (Baer et.al, 2004), *The Five-Factor Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) (Baer et.al, 2008), e *The Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS) (Brown et. al, 2003). A avaliação do tabagismo foi realizada majoritariamente por meio do auto-relato do número de cigarros consumidos. Em três ocasiões, também se aplicou o monoxímetro (Heppner et.al, 2016; Spears et. al, 2015; Adams et.al, 2014a. Alguns trabalhos (Heppner et.al, 2016; Spears et al., 2015; Adams et.al, 2014a; Vidrine et. al, 2009) consideraram apenas fumantes diários ( $\geq 5$  cigarros/dia), e outros (Adams et.al, 2014b & Vinci et.al, 2016) consideraram fumantes ocasionais ou leves ( $\leq 5$  cigarros/dia/semana). *Mindfulness* disposicional foi descrito de diferentes formas, porém todos os trabalhos avaliaram *mindfulness* sem treinamento prévio à condução do estudo. (Tabela 1).

TABELA 1. CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLuíDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA

Autor (Ano)	País	N	Tipo de estudo	Origem da amostra	Gênero/ Faixa Etária	Critério para Tabagismo	Definição de Traço de Mindfulness	Desfecho avaliado com Traços de Mindfulness	OR	Conclusão
Hepner et.al (2016)	EUA	399	Transversal	Afro-americana	Homens e mulheres; Adultos	Fumar = 5 cigarros/dia por = 12 meses. CO = 8ppm. Planejar parar de fumar dentro de 2 semanas a partir da avaliação inicial.	Tendência para a atenção consciente na vida cotidiana de forma multifacetada (Baer et al., 2006).	(1) Abstinência sem ajustamento; (2) Abstinência ajustada para demografia e tratamento.	(1) OR=2.22* (2) OR=1.69*	Altos níveis de <i>mindfulness</i> disposicional (MAAS) aumentaram as chances de abstinência ao cigarro.
Spears et.al (2015)	EUA	199	Série de Caso	Hispânicos/Herança Mexicana	Homens e mulheres; 18-65 anos	Fumar = 5 cigarros/dia por = 12 meses. CO = 8ppm. Estar motivado a parar de fumar no mês seguinte à avaliação.	Prestar atenção no momento presente sem julgamentos. (Kabat-Zinn, 1994).	(1) Abstinência com controle de co-variáveis (demográficas e dependência); (2) Abstinência sem controle de co-variáveis.	(1) OR=1.06* (2) OR=1.08*	Altos níveis de <i>mindfulness</i> disposicional (FFMQ) aumentaram as chances de abstinência ao cigarro.
Adams et.al (2014a)	EUA	399	Transversal	Afro-americana	Homens e mulheres; 21-65 anos	Fumar = 5 cigarros/dia por = 12 meses. CO = 8ppm. Planejar parar de fumar dentro de 2 semanas a partir da avaliação inicial.	Atenção deliberada, focada no presente, com aceitação e atitude não julgadora (Baer, et al. 2006; Kabat-Zinn, 1994).	(1) Volatilidade de afetos durante a cessação; (2) Volatilidade de afetos até 01 mês pós cessação.	NC	Melhores níveis de <i>mindfulness</i> disposicional (MAAS) associados com menor volatilidade de afetos negativos durante o período de cessação, e até um mês após.

Legenda: CO – monóxido de carbono; EUA – Estados Unidos; FFMQ - *The Five-Factor Mindfulness Questionnaire*; MAAS - *The Mindful Attention Awareness Scale*; N - tamanho amostral; NC – não consta; OR – odds ratio; KIMS - *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills*; \* valor de  $p < 0, 05$ .

Fonte: Os autores, 2019.

TABELA 1. CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA (CONTINUAÇÃO).

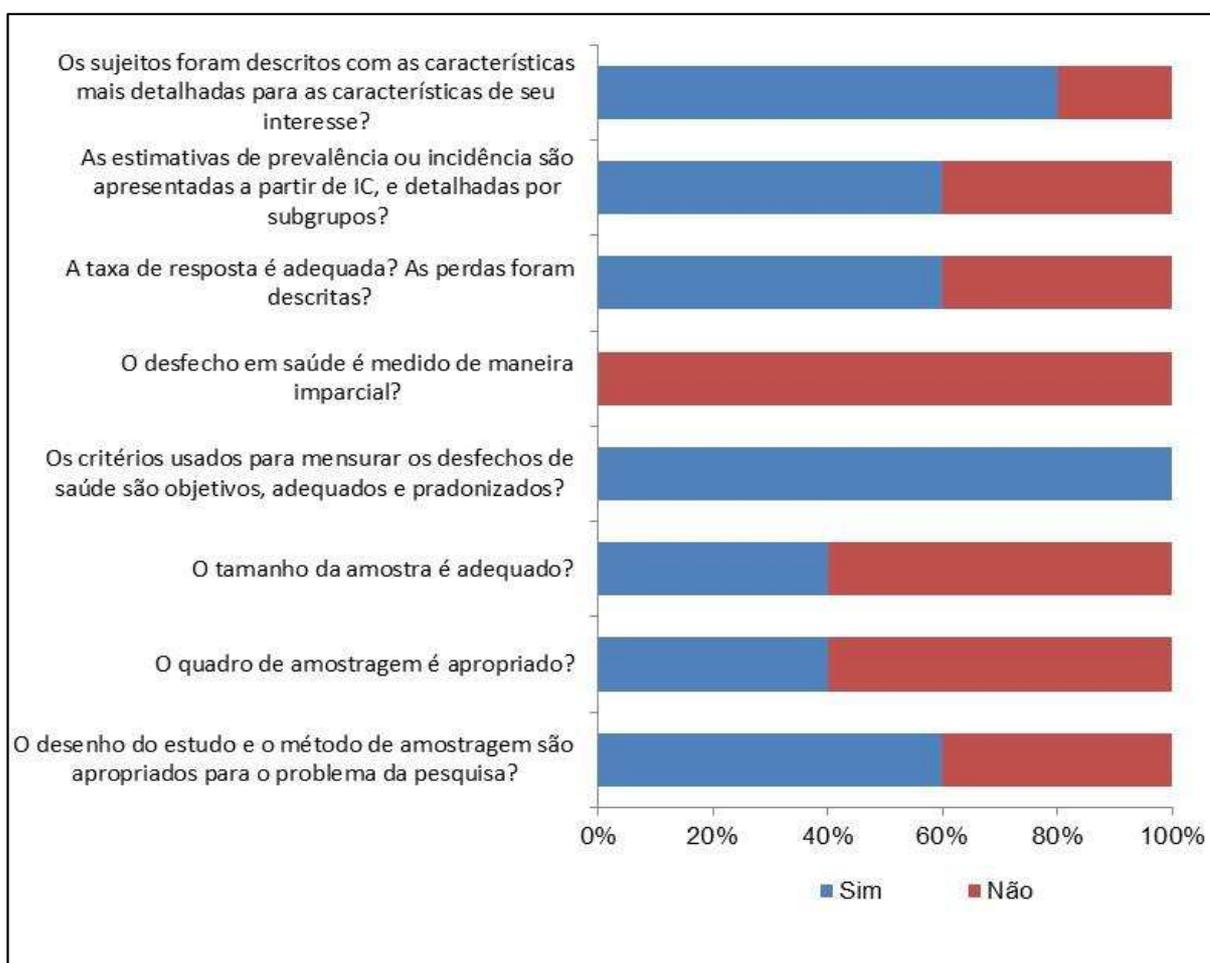
Autor (Ano)	País	N	Tipo de estudo	Origem da amostra	Gênero/ Faixa Etária	Critério para tabagismo	Definição de Mindfulness Disposicional	Desfecho avaliado com Traços de Mindfulness	OR	Conclusão
Adams et al. (2014b)	EUA	112	Transversal	Alunos da <i>Louisiana State University</i>	Mulheres; 18-26 anos	Auto-relato do número de cigarros fumados por semana.	Atitude aberta e sem julgamento em relação à experiência, a fim de diminuir a tendência de tentar evitar pensamentos ou emoções desagradáveis (Bishop et al., 2004).	(1) Frequência tabágica; (2) Grau de dependência; (3) Faceta Agir com Consciência e frequência tabágica.	NC	<i>Mindfulness</i> (FFMQ) sem associação significativa com frequência tabágica ou dependência nicotínica. Faceta Agir com Consciência moderou a relação entre preocupações com o peso e a frequência do tabagismo.
Vidrine et al. (2009)	EUA	158	Transversal	Área metropolitana de Houston	Homens e mulheres; Adultos	Fumar = 05 cigarros/ dia no último ano, e estar motivado a parar de fumar nos 30 dias seguintes.	Consciência intencional dos estímulos internos e externos que ocorrem no momento presente (Roemer et al. 2003).	(1) Grau de Dependência (MAAS e KIMS); (2) Gravidade da Abstinência (MAAS e KIMS).	NC	Maiores níveis de <i>mindfulness disposicional</i> associados a menor gravidade da dependência nicotínica (MAAS e KIMS) e menor severidade no quadro de abstinência (MAAS e KIMS).
Vinci et al. (2016)	EUA	72	Transversal	NC	Homens e mulheres; Adultos	Fumar = 01 cigarro/dia.	Atenção plena como um fator disposicional ou característico. Habilidade modificável e aprimorada pela prática (Baer et al. 2006; Lau et al. 2006; Thompson & Waltz, 2007).	(1) Frequência tabágica.	NC	Faceta Aceitar sem Julgamentos (KIMS) associada com menor número de cigarros fumados por dia.

Legenda: CO – monóxido de carbono; EUA – Estados Unidos; FFMQ - *The Five-Factor Mindfulness Questionnaire*; MAAS - *The Mindful Attention Awareness Scale*; N - tamanho amostral; NC – não consta; OR – odds ratio; KIMS - *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills*; \* valor de  $p < 0, 05$ .

Fonte: Os autores, 2019.

Nas avaliações da qualidade metodológica dos estudos transversais foi possível constatar que dos oito domínios, apenas um (critérios objetivos, adequados e padronizados para medir o desfecho) foi contemplado completamente por todos os trabalhos. Em contrapartida, o critério, desfecho medido de maneira imparcial, não foi atendido por nenhum dos estudos. Dessa forma, os cinco artigos transversais (Heppner et.al., 2016; Adams et.al., 2014a; Adams et.al., 2014b; Vidrine et. al, 2009; Vinci et.al., 2016) avaliados pelos critérios de Loney (Loney, Chambers, Bennett, Roberts & Stratford, 1998), como pode ser visualizado no gráfico 1, tiveram baixa a média pontuações.

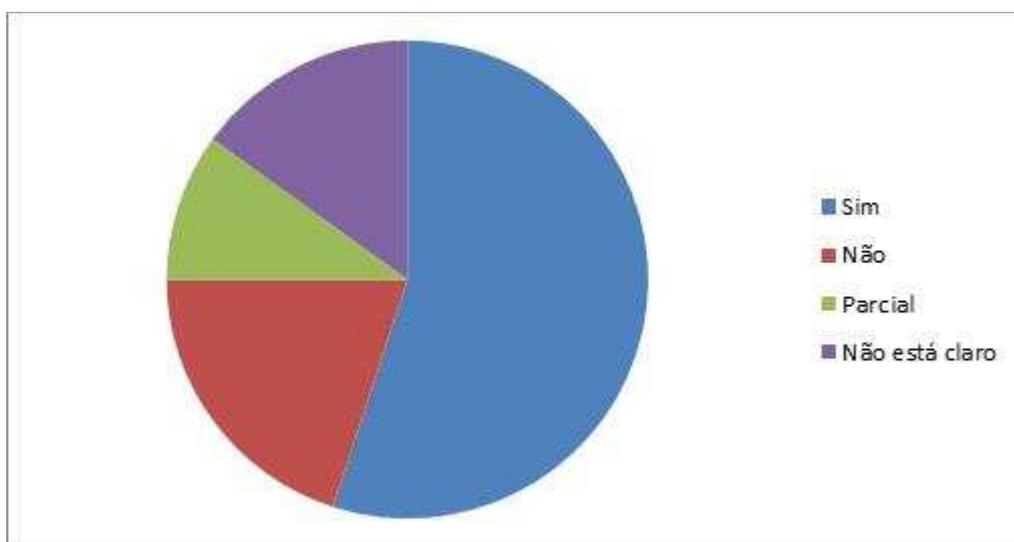
**GRÁFICO 1. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS TRANSVERSAIS INCLUÍDOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA**



Fonte: Os autores, 2019.

Dos 20 parâmetros avaliados na série de caso prospectivo (Gráfico 2), 55% foram positivamente contemplados e 10% parcialmente. Três fundamentos não estavam claros (15%) e quatro foram negativamente avaliados (20%). Portanto, o artigo (Spears et al., 2015) obteve uma pontuação médio-alta na avaliação da sua qualidade metodológica.

## GRÁFICO 2. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DO ESTUDO SÉRIE DE CASO PROSPECTIVO



Fonte: Os autores, 2019.

## DISCUSSÃO

Sabe-se que outras revisões sistemáticas e meta-análises já propuseram avaliar treinamento em *Mindfulness* e tabagismo (Oikonomou, Arvanitis, & Sokolove, 2017; Maglione et. al, 2017; & de Souza et.al, 2015). Contudo, há de se ressaltar, que a presente revisão é a primeira conhecida até o atual momento, que buscou avaliar traço de *mindfulness* e tabagismo. Entre os nossos principais achados estão o fato que o constructo traço de *mindfulness* ou *mindfulness* disposicional pode ser associado a maiores níveis de cessação

tabágica, menor gravidade do quadro de abstinência e do grau de dependência, menores níveis de afetos negativos e de depressão (Heppner et.al, 2016; Spears et al, 2015; Adams et.al, 2014a; Adams et.al, 2014b; Vidrine et. Al, 2009; & Vinci et.al, 2016).

Dessa forma, foi possível inferir que *mindfulness* pode estar presente nos indivíduos mesmo que esses não tenham passado por intervenções com treinamento e que essa habilidade atua de forma positiva na cessação ao tabagismo. No mais, afirma-se que os referidos efeitos podem ser potencializados por intermédio da prática em *mindfulness*. Tal circunstância é corroborada ao analisar estudos que assinalaram o quanto o treinamento em *mindfulness* pode ser uma estratégia eficaz no tratamento do tabagismo, de forma a auxiliar no manejo de sintomas de abstinência e fissura, na recuperação de lapsos antes de se tornarem recaídas, na diminuição do número de cigarros fumados por dia, na regulação de afetos e auto-eficácia, e nos sintomas de ansiedade (Davis et.al, 2017; Spears et.al, 2017; Vidrine et.al, 2016; Schuman-Olivier, Hoepner, Evins & Brewer, 2014; Elwafi, Witkiewitz, Mallik, Thornhill IV & Brewer, 2013; Brewer et.al, 2011).

Salienta-se que o presente trabalho fundamentou-se apenas em estudos observacionais devido à ausência de ensaios clínicos controlados que contemplassem os critérios de elegibilidade da revisão sistemática, o que pode ser justificado pela conjuntura do *mindfulness* disposicional ser uma temática recente na literatura. Ainda assim, a condução desse estudo é benéfica, no sentido de obter informações sistematizadas, ampliando a visão dos pesquisadores e auxiliando investigações futuras (Sampaio & Mancini, 2007).

A qualidade metodológica, pertinente ao constructo traço de *mindfulness* e o tabagismo, foi considerada precária. Nenhum dos artigos atendeu aos critérios de alta qualidade, evidenciando a necessidade de serem realizados estudos menos propensos a vieses, que podem impactar nos resultados obtidos. Adicionalmente, é relevante que as pesquisas

sejam mais homogêneas, haja vista as diferentes formas de avaliação do *mindfulness* e do tabagismo, bem como a gama de desfechos referentes a condição de saúde.

A revisão sistemática retratou um pequeno número de estudos incluídos, os quais foram conduzidos apenas nos Estados Unidos e, além disso, os estudos avaliaram populações de etnias específicas, dificultando a compreensão do panorama internacional da questão abordada.

## CONCLUSÃO

*Mindfulness* disposicional tem um impacto positivo no tabagismo inerente a cessação, abstinência, gravidade da dependência, menores níveis de afetos negativos e melhorias nos sintomas depressivos. É fundamental que estudos futuros continuem investigando a natureza desse constructo, principalmente em diversos países. Por fim, espera-se que a revisão possa encorajar novas pesquisas com treinamento em *mindfulness*, com o intuito de explorar e potencializar seus efeitos positivos no tabagismo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, CE; Chen, M; Guo, L; Lam, CY; Stewart, DW; Correa-Fernández, V, et al. (2014a).

Mindfulness Predicts Lower Affective Volatility among African Americans During Smoking Cessation. *Psychol Addict Behav.*; 28(2): 580–585.

Adams, CE; McVay, MA; Stewart, DW; Vinci, C; Kinsaul, J; Benitez, L, et al. (2014b).

Mindfulness Ameliorates the Relationship between Weight Concerns and Smoking Behavior in Female Smokers: A Cross-Sectional Investigation. *Mindfulness (N Y)*; 5(2): 179–185.

- Baer, R. A., Smith G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., . . . Williams, J. M. (2008). Construct validity of the five facet Mindfulness Questionnaire in Meditating and Nonmeditating Samples. *Assessment*, 15, 329-342. doi: 10.1177/1073191107313003.
- Bishop, SR; Lau, M; Shapiro, S; Carlson, L; Anderson, ND; Carmody, J; Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*.11:230– 241.10.1093/clipsy.bph077.
- Bowen, S., & Enkema, M.C. (2014). Relationship between Dispositional Mindfulness and Substance Use: Findings from a Clinical Sample. *Addict Behav.* Mar; 39(3): 532–537.
- Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. (2013). *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, Vigitel 2009*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2009.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2009.pdf). Acesso em 10 de Setembro de 2018.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. (2004). *Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003*. Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inquerito\\_domiciliar\\_comportamentos\\_risco\\_doencas\\_transmissiveis.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inquerito_domiciliar_comportamentos_risco_doencas_transmissiveis.pdf). Acesso em 10 de Setembro de 2018.
- Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. (2015). *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*.

Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2014.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf). Acesso em 10 de  
Setembro de 2018.

Brasil, Ministério da Saúde. (2011). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011/2022*. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf). Acesso em 10 de Setembro de 2018.

Brewer, JA; Malik, S; Babuscio, TA; Nich, C; Johnson, H.E; Deleone, CM; Minnix-Cotton, CA. (2011). Mindfulness Training for smoking cessation: results from a randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend.* Dez 1; 119(1-2): 72–80.

Brown, K., & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848.

Davis, JM; Goldberg, S.B; Angel, KS; Silver, RH; Kragel, EA; Lagrew, DJ. (2017). Observational Study on a Mindfulness Training for Smokers within a Smoking Cessation Program. *Mindfulness (N Y)*. Dez ; 8(6): 1698.

De Souza, I. C.W; Barros, V.V; Gomide, H.P; Miranda, T.C.M; Menezes, V.P; Kozasa, E.H; Noto, A.R. (2015). Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Smoking: A Systematic Literature Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine; Volume 21, N. 3*, pp. 129–140.

Elwafi, H.M; Witkiewitz, K; Mallik, S; Thornhill, T.A; Brewer, J.A. (2013). Mindfulness training for smoking cessation: moderation of the relationship between craving and cigarette use. *Drug Alcohol Depend.* Jun 1; 130(0): 222–229.

- Galil, A. G. S.; Cupertino, A. P.; Banhato, E. F. C.; Campos, T. S.; Colugnati, F. A. B.; Richter, K. P.; & Bastos, M. G. (2016). Factors associated with tobacco use among patients with multiple chronic conditions. *International Journal of Cardiology*; 221; 1004–1007.
- Germer, C.K; Siegel, R.D; Fulton, P.R. (2016). *Mindfulness e Psicoterapia*. 2ªed. Porto Alegre: Artmed.
- Hepner, W.L; Spears, CA; Correa-Fernández, V; Castro, Y; Li, Y; Guo, B, et al. (2016). Dispositional Mindfulness Predicts Enhanced Smoking Cessation and Smoking Lapse Recovery. *Ann Behav Med.*; 50(3): 337–347.
- Institute of Health Economics (IHE). (2014). Quality Appraisal of Case Series Studies Checklist. Edmonton (AB): Institute of Health Economics. Disponível em: <http://www.ihe.ca/research-programs/rmd/cssqac/cssqac-about>. Acesso em 10 de Dezembro de 2018.
- Instituto Nacional de Câncer (INCA). (2017). *Notas técnicas para o controle do tabagismo, Tabaco: uma ameaça ao desenvolvimento*. Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro da Organização Mundial de Saúde para Controle do Tabaco (Conciq). Rio de Janeiro: INCA. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/nota-tecnica-tabaco-uma-ameaca-ao-desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 08 de Agosto de 2018.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness and meditation in everyday life*. Hyperion; New York.

Liberati, A; Altman, DG; Tetzlaff, J; Mulrow, C; Gotzsche, PC; Ioannidis, JP, et al. (2009).

The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *Bmj*; 339:b2700.

Loney, PL; Chambers, LW; Bennett, KJ; Roberts, JG; Stratford, PW. (1998). Critical appraisal of the health research literature: prevalence or incidence of a health problem. *Chronic Dis Can*; 19(4):170-6.

Maglione, M.A., Maher, A.R., Ewing, B., Colaiaco, B., Newberry, S., Kandrack, R., Shanman, R.M., Sorbero, M.E. & Hempel, S. (2017). Efficacy of mindfulness meditation for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis, *Addictive Behaviors*. S0306-4603(17)30031-X.

Oikonomou, M T; Arvanitis, M & Sokolove, R L. (2017). Mindfulness training for smoking cessation: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of Health Psychology*. Vol. 22(14) 1841– 1850.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2011). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: [https://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/). Acesso em 10 de Agosto de 2018.

Sampaio, R. F.; Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista brasileira de fisioterapia*, 11(1), 83-89.

Schuman-Olivier, ZD; Hoepfner, BB; Evins, AE; & Brewer, J. (2014). Finding the right match: Mindfulness training may potentiate the therapeutic effect of non-judgment of inner experience on smoking cessation. *Subst Use Misuse*. Abr; 49(5): 586–594.

Spears, CA; Hedeker, D; Li, L; Wu, C; Anderson, Houchins, S, C; Vinci, C; Hoover, DS; et.al. (2017). Mechanisms Underlying Mindfulness-Based Addiction Treatment versus Cognitive Behavioral Therapy and Usual Care for Smoking Cessation. *J Consult Clin Psychol.* Nov; 85(11): 1029–1040.

Spears, CA; Houchins, SC; Stewart , DW; Chen, M; Correa-Fernández, V; Cano, MA, et al. (2015). Nonjudging Facet of Mindfulness Predicts Enhanced Smoking Cessation in Hispanics. *Psychol Addict Behav.*; 29(4): 918–923.

U.S. Department of Health and Human Services. (2014). *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress*. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Disponível em: <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>. Acesso em 06 de Julho de 2018.

Vidrine, JI; Businelle, MS; Cinciripini, P; Li, Y; Marcus, MT; Waters, AJ, et al. (2009). Associations of Mindfulness with Nicotine Dependence, Withdrawal, and Agency. *Subst Abus.*; 30(4): 318–327.

Vidrine, JI; Spears, CA; Heppner, WL; Reitzel, LR; Marcus, MT; Cinciripini, PM; Waters, AJ, et.al. (2016). Efficacy of Mindfulness Based Addiction Treatment (MBAT) for Smoking Cessation and Lapse. *J Consult Clin Psychol.* September ; 84(9): 824–838.

Vinci, C; Spears, CA; Peltier, MR; Copeland AL. Facets of Mindfulness Mediate the Relationship Between Depressive Symptoms and Smoking Behavior. (2016). *Mindfulness (N Y).*; 7(6):1408-1415.

## **ANEXOS**

## Anexo 1: Carta de Encaminhamento para o Tratamento do Tabagismo



UAI-T

### ENCAMINHAMENTO

Informamos que o Sr (a) \_\_\_\_\_  
foi selecionado para começar o tratamento GRATUITO para cessação do tabagismo (parar de fumar) na Unidade de Assistência Integral ao Tabagista (UAI-T), localizada na Rua José Lourenço Kelmer, nº 1300, sala 109, Bairro São Pedro, Juiz de Fora, MG (Centro Comercial São Pedro). O início do tratamento será em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ às 08:30 hrs.

Contamos com a sua presença!

Atenciosamente,

Equipe UAI-T.



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE



## Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

	<b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA</b> Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HU-UFJF	
---	---	---

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“TRAÇOS DE ATENÇÃO PLENA (“MINDFULNESS”) DISPOSICIONAL, AFETOS, E ESTÁGIO MOTIVACIONAL, ASSOCIADOS À DECISÃO PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA CRÔNICA”**. Neste estudo pretendemos investigar os fatores associados à procura por tratamento para o uso de tabaco em pacientes portadores de doença crônica. O motivo que nos leva a estudar essa temática é o de que a literatura de referência vem apontando que o estágio motivacional, os traços de atenção plena (*mindfulness*) disposicional, e os afetos podem desempenhar papéis fundamentais na tomada de decisão para tratamento do tabagismo. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: a coleta será realizada no Serviço de Cardiologia do Hospital Universitário (HU) unidade Santa Catarina, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora/ MG, o qual é um ambulatório de Atenção Secundária à saúde, voltado à assistência de pacientes referenciados com patologias cardiológicas, procedentes das Unidades Básicas de Saúde ou de ambulatórios de outras especialidades médicas, agendados previamente para as consultas. Os pacientes serão abordados após o término das consultas com o cardiologista, e serão convidados a participarem da pesquisa, e àqueles que consentirem, responderão aos itens das escalas em uma sala privada juntamente a um aplicador, e receberão encaminhamento para participarem da Unidade de Assistência Integral ao Tabagista (UAI-T). A UAI-T foi desenvolvida pela Fundação IMEPEN, também pertencente à UFJF, e é voltada para o tratamento de cessação tabágica de pacientes com múltiplas condições crônicas, entre as quais: hipertensos, diabéticos, renais crônicos e/ou portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Após a coleta, será realizado o acompanhamento dos pacientes que comparecerem à sensibilização para o início do tratamento do tabagismo (decisão) na UAI-T, e também será realizado o acompanhamento da frequência dos mesmos nos grupos ao longo do tratamento (adesão), sendo avaliados desfechos como a redução e a cessação tabágica entre os mesmos. O estudo trata-se de uma pesquisa de baixo risco. Os participantes podem apresentar algum desconforto ao responderem aos itens da escala, e por conta disso, o aplicador estará atento a esses possíveis acontecimentos, e será orientado a interromper imediatamente a aplicação dos instrumentos nesses casos. Além disso, a psicóloga responsável pela pesquisa estará disponível a acolher possíveis demandas que surjam diante da aplicação dos questionários, e se caso necessário, a fazer os possíveis encaminhamentos desses participantes para serviços de Psicologia ou Psiquiatria. Em relação aos benefícios, através desse estudo, os participantes serão encaminhados e terão acesso a um serviço gratuito de tratamento para o tabagismo.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação

Verão Fevereiro/2017

brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao Sr.(a). Em caso de quaisquer dúvidas, o Sr. (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora principal **Luane Araújo Rabello** através do endereço eletrônico: [luarabello@gmail.com](mailto:luarabello@gmail.com).

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos do estudo **“TRAÇOS DE ATENÇÃO PLENA (“MINDFULNESS”) DISPOSICIONAL, AFETOS, E ESTÁGIO MOTIVACIONAL, ASSOCIADOS À DECISÃO PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA CRÔNICA”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

_____ Nome e assinatura do(a) participante	_____ Data
_____ Nome e assinatura do(a) pesquisador	_____ Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:

CEP HU-UFJF – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF

Hospital Universitário Unidade Dom Bosco, 2º. Andar

Fone: (32) 4009-5336

E-mail: [cep.hu@ufjf.edu.br](mailto:cep.hu@ufjf.edu.br)

Verão FEVEREIRO/2017



<p><b>10. Quais dos locais abaixo você recebeu tratamento de saúde relacionado ao uso de tabaco? (caso seja necessário, marque mais de uma opção)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. CAPS ad.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Comunidade Terapêutica</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Clínica Particular Especializada</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Hospital Psiquiátrico</p> <p><input type="checkbox"/> 5. UBS (Posto de Saúde)</p> <p><input type="checkbox"/> 6. HPS</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Outros: _____ _____</p> <p><b>10.1 Por quanto tempo?</b> _____</p>	<p><b>12. Com quais doenças abaixo você já foi diagnosticado por algum médico, ou pelas quais você faz tratamento médico?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. HAS</p> <p><input type="checkbox"/> 2. DIABETES MELLITUS II</p> <p><input type="checkbox"/> 3. DAD (Doença Aterosclerótica Declarada – Infarto, AVC, Derrame)</p> <p><input type="checkbox"/> 4. DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)</p> <p><input type="checkbox"/> 5. DRC (Doença Renal Crônica)</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Outros: _____</p>
<p><b>11. Você pratica ou já praticou meditação?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Sim      <input type="checkbox"/> 2. Não</p>	<p><b>13. Usa outras substâncias além do cigarro?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Álcool</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Maconha</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Cocaína</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Crack</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Outros: _____</p>

## Anexo 4: Teste de Dependência à Nicotina Fargestrom

---

**DADOS PESSOAIS**

---

NOME:

ID:

---

**II) Teste de Dependência de Nicotina de Fagerström**

---

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

- 3. Dentro de 5 minutos
- 2. Entre 6 e 30 minutos
- 1. Entre 31 e 60 minutos
- 0. Após 60 minutos

**2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas, etc?**

- 1. Sim
- 0. Não

**3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?**

- 1. O primeiro da manhã
- 0. Outros

**4. Quantos cigarros você fuma por dia?**

- 0. Menos de 10
- 1. De 11 a 20
- 2. De 21 a 30
- 3. Mais de 31

**5. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?**

- 1. Sim
- 0. Não

**6. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?**

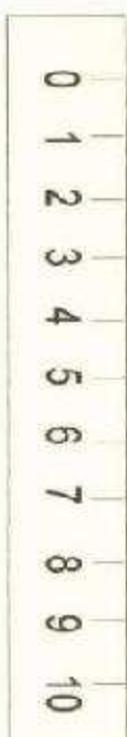
- 1. Sim
- 0. Não

## Anexo 5: Régua da Prontidão para a Mudança

NOME:	ID:
-------	-----

### Régua de Prontidão para a mudança:

*Quanto você se sente motivado para iniciar o tratamento para o tabagismo?*



A vertical ruler with numbers 0 to 10, used for rating motivation. The numbers are arranged vertically from top to bottom: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Quanto maior a resposta, maior a motivação.

Anexo 6: FFMQ–BR /Questionário das Facetas de *Mindfulness*

<b>DADOS PESSOAIS</b>	
NOME:	ID:

**Questionário das Facetas de Mindfulness (FFMQ-BR)**

**Instrução:** Por favor, circule a resposta que melhor descreva a frequência com que as sentenças são verdadeiras para você.

Nunca ou raramente verdadeiro	As vezes verdadeiro	Não tenho certeza	Normalmente verdadeiro	Quase sempre ou sempre verdadeiro
1	2	3	4	5

1) Quando estou caminhando, eu deliberadamente percebo as sensações do meu corpo em movimento.

1    2    3    4    5

2) Sou bom para encontrar palavras que descrevam os meus sentimentos.

1    2    3    4    5

3) Eu me critico por ter emoções irracionais ou inapropriadas.

1    2    3    4    5

4) Eu percebo meus sentimentos e emoções sem ter que reagir a eles.

1    2    3    4    5

5) Quando faço algo, minha mente voa e me distraio facilmente.

1    2    3    4    5

6) Quando eu tomo banho, eu fico alerta às sensações da água no meu corpo.

1    2    3    4    5

7) Eu consigo facilmente descrever minhas crenças, opiniões e expectativas em palavras.

1    2    3    4    5

8) Eu não presto atenção no que faço porque fico sonhando acordado, preocupado com outras coisas ou distraído.

1    2    3    4    5

9) Eu observo meus sentimentos sem me perder neles.

1    2    3    4    5

10) Eu digo a mim mesmo que eu não deveria me sentir da forma como estou me sentindo.

1 2 3 4 5

11) Eu percebo como a comida e a bebida afetam meus pensamentos, sensações corporais e emoções.

1 2 3 4 5

12) É difícil para mim encontrar palavras para descrever o que estou pensando.

1 2 3 4 5

13) Eu me distraio facilmente.

1 2 3 4 5

14) Eu acredito que alguns dos meus pensamentos são maus ou anormais e eu não deveria pensar daquela forma.

1 2 3 4 5

15) Eu presto atenção em sensações, tais como o vento em meus cabelos ou o sol no meu rosto.

1 2 3 4 5

16) Eu tenho problemas para encontrar as palavras certas para expressar como me sinto sobre as coisas.

1 2 3 4 5

17) Eu faço julgamentos sobre se meus pensamentos são bons ou maus.

1 2 3 4 5

18) Eu acho difícil permanecer focado no que está acontecendo no momento presente.

1 2 3 4 5

19) Geralmente, quando tenho imagens ou pensamentos ruins, eu "dou um passo atrás" e tomo consciência do pensamento ou imagem sem ser levado por eles.

1 2 3 4 5

20) Eu presto atenção aos sons, tais como o tic tac do relógio, o canto dos pássaros ou dos carros passando.

1 2 3 4 5

21) Em situações difíceis, eu consigo fazer uma pausa, sem reagir imediatamente.

1 2 3 4 5

---

22) Quando tenho uma sensação no meu corpo, é difícil para mim descrevê-la porque não consigo encontrar as palavras certas.

1      2      3      4      5

23) Parece que eu estou “funcionando no piloto automático” sem muita consciência do que estou fazendo.

1      2      3      4      5

24) Geralmente, quando tenho imagens ou pensamentos ruins, eu me sinto calmo logo depois.

1      2      3      4      5

25) Eu digo a mim mesmo que eu não deveria pensar da forma como estou pensando.

1      2      3      4      5

26) Eu percebo o cheiro e o aroma das coisas.

1      2      3      4      5

27) Mesmo quando me sinto terrivelmente aborrecido, consigo encontrar uma maneira de me expressar em palavras.

1      2      3      4      5

28) Eu realizo atividades apressadamente sem estar realmente atento a elas.

1      2      3      4      5

29) Geralmente, quando eu tenho imagens ou pensamentos afetivos, eu sou capaz de apenas notá-los, sem reagir a eles.

1      2      3      4      5

30) Eu acho que algumas das minhas emoções são más ou inapropriadas e eu não deveria senti-las.

1      2      3      4      5

31) Eu percebo elementos visuais na arte ou na natureza tais como: cores, formatos, texturas ou padrões de luz e sombra.

1      2      3      4      5

32) Minha tendência natural é colocar minhas experiências em palavras.

1      2      3      4      5

---

33) Geralmente, quando eu tenho imagens ou pensamentos ruins, eu apenas os percebo e os deixo ir.

1      2      3      4      5

34) Eu realizo tarefas automaticamente, sem prestar atenção no que estou fazendo.

1      2      3      4      5

35) Normalmente quando tenho pensamentos ruins ou imagens estressantes, eu me julgo como bom ou mau, dependendo do tipo de imagens ou pensamentos.

1      2      3      4      5

36) Eu presto atenção em como minhas emoções afetam meus pensamentos e comportamento.

1      2      3      4      5

37) Normalmente eu consigo descrever detalhadamente como me sinto no momento presente.

1      2      3      4      5

38) Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção a elas.

1      2      3      4      5

39) Eu me reprovo quando tenho ideias irracionais.

1      2      3      4      5

**Anexo 7: PANAS –VRP / Versão Reduzida da Escala Portuguesa de Afeto Positivo e Negativo**

<b>NOME:</b>	<b>ID:</b>
--------------	------------

**PANAS – VRP (VERSÃO REDUZIDA PORTUGUESA)**

*Esse questionário consiste num conjunto de sentimentos e emoções. Leia cada item e marque a resposta correta no espaço à frente de cada palavra, de acordo com as seguintes opções de resposta: 1 “Nada ou muito ligeiramente”; 2 “Um pouco”; 3 “Moderadamente”; 4 “Bastante”; e 5 “Extremamente”.*

*Indique em que medida você se sentiu dessa forma durante as últimas semanas:*

	1	2	3	4	5
	Nada ou muito ligeiramente	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
Interessado/a	1	2	3	4	5
Nervoso/a	1	2	3	4	5
Enthusiasmado/a	1	2	3	4	5
Amedrontado/a	1	2	3	4	5
Inspirado/a	1	2	3	4	5
Ativo/a	1	2	3	4	5
Assustado/a	1	2	3	4	5
Culpado/a	1	2	3	4	5
Determinado/a	1	2	3	4	5
Atormentado/a	1	2	3	4	5

## Anexo 8: Escore de Consumo Situacional Issa

Escore de Consumo Situacional Issa	
Nome:	
ID:	
1 - Necessita fumar para melhorar atenção, concentração e produção?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
2 - Necessita fumar quando está ansioso (a), tenso (a), preocupado (a) ?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
3 - Necessita fumar quando está triste, aborrecido (a) ?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>
4 - Necessita fumar quando está tomando bebida alcoólica, ou após refeição, e ou quando está em ambientes festivos?	Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>

## Anexo 9: HADS / Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

### ESCALA HAD - AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

DADOS PESSOAIS			
NOME			
ORIENTAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DO TESTE			
Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão.			
<b>1. Eu me sinto tensa (o) ou contrainda (o):</b>			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> nunca [0]
<b>2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes:</b>			
<input type="checkbox"/> sim, do mesmo jeito que antes [0]	<input type="checkbox"/> não tanto quanto antes [1]	<input type="checkbox"/> só um pouco [2]	<input type="checkbox"/> já não consigo ter prazer em nada [3]
<b>3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer</b>			
<input type="checkbox"/> sim, de jeito muito forte [3]	<input type="checkbox"/> sim, mas não tão forte [2]	<input type="checkbox"/> um pouco, mas isso não me preocupa [1]	<input type="checkbox"/> não sinto nada disso[1]
<b>4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas</b>			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> atualmente um pouco menos[1]	<input type="checkbox"/> atualmente bem menos[2]	<input type="checkbox"/> não consigo mais[3]
<b>5. Estou com a cabeça cheia de preocupações</b>			
<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[3]	<input type="checkbox"/> boa parte do tempo[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> raramente[0]
<b>6. Eu me sinto alegre</b>			
<input type="checkbox"/> nunca[3]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[1]	<input type="checkbox"/> a maior parte do tempo[0]
<b>7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:</b>			
<input type="checkbox"/> sim, quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> nunca[3]
<b>8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas:</b>			
<input type="checkbox"/> quase sempre[3]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[1]	<input type="checkbox"/> nunca[0]
<b>9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:</b>			
<input type="checkbox"/> nunca[0]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> muitas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase sempre[3]
<b>10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:</b>			
<input type="checkbox"/> completamente[3]	<input type="checkbox"/> não estou mais me cuidando como eu deveria[2]	<input type="checkbox"/> talvez não tanto quanto antes[1]	<input type="checkbox"/> me cuido do mesmo jeito que antes[0]
<b>11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum:</b>			
<input type="checkbox"/> sim, demais[3]	<input type="checkbox"/> bastante[2]	<input type="checkbox"/> um pouco[1]	<input type="checkbox"/> não me sinto assim[0]
<b>12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir</b>			
<input type="checkbox"/> do mesmo jeito que antes[0]	<input type="checkbox"/> um pouco menos que antes[1]	<input type="checkbox"/> bem menos do que antes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]
<b>13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:</b>			
<input type="checkbox"/> a quase todo momento[3]	<input type="checkbox"/> várias vezes[2]	<input type="checkbox"/> de vez em quando[1]	<input type="checkbox"/> não senti isso[0]
<b>14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:</b>			
<input type="checkbox"/> quase sempre[0]	<input type="checkbox"/> várias vezes[1]	<input type="checkbox"/> poucas vezes[2]	<input type="checkbox"/> quase nunca[3]
R: SUI TAEC IX: I I S II			
OBSERVAÇÕES:			
NOME RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO DO TESTE			
DATA			

## Anexo 10: Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** TRAÇOS DE ATENÇÃO PLENA ("MINDFULNESS") DISPOSICIONAL, AFETOS, E ESTÁGIO MOTIVACIONAL ASSOCIADOS À DECISÃO PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO EM PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA CRÔNICA.

**Pesquisador:** Fernando Antonio Basile Colugnati

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 73117717.3.0000.5133

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.273.708

#### Apresentação do Projeto:

**Procedimentos Adotados/Estratégias de Ação:** A coleta será realizada no Serviço de Cardiologia do Hospital Universitário (HU) unidade Santa Catarina, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora/ MG, o qual é um ambulatório de Atenção Secundária à saúde, voltado à assistência de pacientes referenciados com patologias cardiológicas, procedentes das Unidades Básicas de Saúde ou de ambulatórios de outras especialidades médicas, agendados previamente para as consultas. Os pacientes serão abordados após o término das consultas com o cardiologista, e serão convidados a participarem da pesquisa, e àqueles que consentirem, responderão aos itens das escalas em uma sala privativa juntamente a um aplicador, e receberão encaminhamento para participarem do tratamento para o tabagismo na da Unidade de Assistência Integral ao Tabagista (UAI-T). A UAI-T foi desenvolvida pela Fundação IMEPEN, também pertencente à UFJF, e é voltada para o tratamento de cessação tabágica de pacientes com múltiplas condições crônicas, entre as quais: hipertensos, diabéticos, renais crônicos e/ou portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Após a coleta, será realizado o acompanhamento dos pacientes que comparecerem à sensibilização para o início do tratamento do tabagismo (decisão) na UAI-T, e também será realizado o acompanhamento da frequência dos mesmos nos grupos ao longo do tratamento (adesão), sendo avaliados desfechos

**Endereço:** Av. Eugênio do Nascimento, s/n  
**Bairro:** Dom Bosco **CEP:** 36.038-330  
**UF:** MG **Município:** JUIZ DE FORA  
**Telefone:** (32)4009-5336 **Fax:** (32)4009-5336 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br