

Programa Multiprofissional de Controle do Tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo

Artigo Original

Tobacco Control Multiprofessional Program: aspects related to long term abstinence

4

*Alessandra Alves da Costa, José Elabras Filho, Maurício Leal Araújo,
Júlia Elba de Souza Ferreira, Luísa Ribeiro de Meirelles, Cynthia Karla Magalhães*

Total Care Barra- Amil (RJ)

Objetivo: Abordagem multiprofissional do tabagismo, visando a alcançar melhores resultados de abstinência a longo prazo.

Métodos : 91 fumantes do programa de controle do tabagismo do Total Care (centro de tratamento da Amil para pacientes cardiopatas e diabéticos de alto risco) foram estudados, no período de 2004-2005. Os indivíduos foram avaliados por médico, com determinação do grau de dependência química, sendo submetidos a exames, e à avaliação: nutricional, psicológica e pelo educador físico.

Resultados. Os resultados parciais mostraram que 43% pararam de fumar (17% com abstinência de 1 ano). Dos que pararam de fumar: 41% apresentaram melhora dos hábitos alimentares, 37% adotaram a atividade física regular; 46% dos hipertensos alcançaram melhor controle pressórico, 63% não necessitaram de atendimento em serviço de emergência em seis meses de abstinência do cigarro. Em relação ao tratamento, 76% do grupo estudado necessitou de apoio medicamentoso. Os resultados apresentados são parciais, com ênfase na modificação comportamental. As demais análises citadas na metodologia serão publicadas posteriormente, quando o total de pacientes tiver atingido 1 ano de abstinência, para uma avaliação estatística adequada.

Conclusão: A avaliação parcial mostra que esta abordagem pode contribuir de forma positiva para a abstinência prolongada da nicotina. Isto se deve, além da terapia medicamentosa, à atuação na mudança comportamental através do preparo para enfrentamento de situações de risco para o tabagismo, controle da ansiedade, redução do sedentarismo, bem como a adoção de um estilo mais saudável de vida com reeducação alimentar e atividade física regular.

Palavras-chave: Cessação do tabagismo, Equipe multiprofissional, Abstinência de nicotina

Objective: Multiprofessional approach aiming to achieve better results in long term tobacco abstinence.

Methods: 91 smokers from the Total Care program (the AMIL health care center for high risk cardiopathy and diabetes patients) were studied in the 2004-2005 period. The individuals were submitted to both medical evaluation to determine their level of substance dependence and to exams as well as to nutritional, psychological, and fitness evaluation.

Results: The partial results showed that 43% quit smoking (17% with 1-year abstinence). Among those who quit smoking: 41% improved their eating habits; 37% adopted regular exercise; 46% of the hypertensive individuals reached better blood pressure control; 63% did not seek emergency services within six months of tobacco abstinence. As to the treatment, 76% of the studied group needed antismoking drugs. The results presented are partial and emphasis is placed on behavior changes. Additional analyses cited in the methodology will be published at a later time when all of the patients will have been smoke free for 1 year and an adequate statistical analysis will be then possible.

Conclusion: The partial study shows that this approach may contribute positively to long term nicotine abstinence. This is not only due to antismoking drugs but also to behavior changes brought about by the awareness of the risk factors of tobacco use, anxiety control, motivation to abandon a sedentary lifestyle toward a healthier lifestyle with alimentary reeducation and regular physical exercise.

Key words: Smoking cessation, Multiprofessional team, Nicotin abstinence

Endereço para correspondência: alessandrarrj@openlink.com.br

Alessandra Alves da Costa | Rua São Januário, 153 sala 216 | São Cristóvão, Rio de Janeiro - RJ | 20921-004

Recebido em: 21/07/2006 | Aceito em: 29/08/2006

Tabagismo: Aspectos epidemiológicos, mortalidade associada e custos

As doenças associadas ao tabaco são responsáveis, aproximadamente, por cinco milhões de mortes ao ano no mundo (15% do total mundial de mortes). Estudos mostram que esse número poderá chegar a 10 milhões em 2025. No Brasil, estima-se em 200 mil o número de óbitos anuais por doenças associadas ao hábito de fumar¹⁻³.

Atualmente há cerca de um bilhão e trezentos milhões de fumantes no mundo, sendo um bilhão pertencente ao sexo masculino. Há uma tendência de declínio na prevalência masculina e aumento na feminina, e um crescimento dos números globais, principalmente nos países em desenvolvimento. Estatísticas mostram que o percentual de fumantes está inversamente associado ao nível socioeconômico das populações.

No Brasil, um terço da população adulta fuma, estimando-se em dezesseis milhões de homens e onze milhões de mulheres. Há evidências de redução da prevalência geral em relação aos anos anteriores, principalmente na população de maior renda, entretanto com um aumento relativo na população de mulheres e jovens^{1,2}.

O tabaco responde por 40% a 45% das mortes por câncer; 90% a 95% das mortes por câncer de pulmão; 75% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); 20% das mortes por doenças vasculares e 35% das mortes por doenças cardiovasculares entre homens de 35 a 69 anos.

O tabagismo gera uma perda mundial de 200 bilhões de dólares por ano, sendo que a metade dela ocorre nos países em desenvolvimento. Este valor é o resultado da soma de vários fatores, como o tratamento das doenças relacionadas ao tabaco, mortes de pessoas em idade produtiva, aposentadorias precoces, faltas ao trabalho e menor rendimento produtivo².

Mecanismos da dependência e danos orgânicos

O uso do fumo leva à dependência através da ação psicoativa da nicotina, da influência de fatores ambientais, de hábitos pessoais e de condicionamentos psicossociais.

A nicotina atua em receptores colinérgicos cerebrais, modificando a fisiologia destes. Leva à liberação de inúmeros mediadores do sistema nervoso como dopamina, serotonina, betaendorfinas, acetilcolina,

noradrenalina, vasopressina, glutamato e ácido gama-aminobutírico, cada um com efeitos cerebrais específicos³.

A fumaça do cigarro tem ação lesiva inflamatória e carcinogênica. Isso se deve a uma ação irritativa e tóxica sobre as células. O processo inflamatório vai levar à produção de radicais livres de oxigênio que vão agravar ainda mais a lesão tissular. Também ocorre uma inativação de antiproteases, contribuindo para o desenvolvimento do enfisema pulmonar⁴.

O Quadro 1 descreve as principais doenças associadas ao tabagismo em cada sistema⁴.

O fumante passivo

O tabagismo passivo consiste na exposição secundária à fumaça de cigarro ou outros derivados do tabaco por indivíduos não-fumantes, que convivem com fumantes em ambientes fechados. Está associado a um maior risco de DPOC, agravo da asma, câncer de pulmão, doença isquêmica do miocárdio, doença cerebrovascular, além de asma e infecções respiratórias na infância⁵.

Benefícios da cessação

A cessação do tabagismo leva a uma redução significativa da morbidade e mortalidade associadas a este hábito. Há uma grande redução do risco de doenças cardiovasculares e neoplásicas. Os sintomas respiratórios de tosse e pigarro rapidamente melhoram após a cessação, se o paciente ainda não apresentar danos pulmonares estruturais significativos. Nos pacientes com DPOC, após a cessação há uma diminuição da perda funcional pulmonar em relação aos pacientes que continuam a fumar⁶.

O exercício físico e o tabagismo

Os benefícios da atividade física estão bem estabelecidos. Evidências epidemiológicas e laboratoriais mostram que o exercício regular protege contra o desenvolvimento e a progressão de muitas doenças crônicas, sendo considerado um componente importante de um estilo de vida saudável.

A baixa tolerância ao exercício associa-se a risco relativo de morte por todas as causas. A simples modificação da situação de sedentário para ativo com regularidade, mesmo que determinando apenas discreta elevação do nível de aptidão física,

Quadro 1
Principais doenças associadas ao tabagismo

Sistemas	Doenças associadas ao tabagismo
Respiratório	Doença pulmonar obstrutiva crônica
	Doenças intersticiais pulmonares
	Câncer de pulmão
	Câncer de cabeça e pescoço
Digestivo	Câncer de esôfago
	Doença ulcerosa péptica
Urinário	Câncer de bexiga
Cardiovascular	Aterosclerose
	Hipertensão arterial
	Cardiopatía isquêmica
	Morte súbita
	Doenças vasculares arteriais periféricas
	Tromboembolismo venoso
Sistema nervoso central	Acidente vascular encefálico
	Estados demenciais
Sistema reprodutor	Impotência sexual masculina
	Diminuição da fecundidade feminina
	Maior morbidade gestacional
Sistema osteomuscular	Osteoporose
Pele	Envelhecimento cutâneo

introduz modificações na incidência de eventos cardiovasculares.

O fumante pode ter até 12% menos da capacidade aeróbica, devido à maior concentração do monóxido de carbono no sangue. Durante o exercício, há prejuízo da respiração pela bronquite, e a musculatura trabalhada recebe suprimento sanguíneo com maior concentração de monóxido de carbono, com aumento da frequência cardíaca, para manter a demanda adequada de oxigênio na musculatura. O fumo também promove, durante o exercício, um custo energético adicional, provocado pelo maior trabalho dos músculos respiratórios. Com o abandono do tabagismo e a prática regular da atividade física, a capacidade aeróbica pode voltar a valores normais^{7,8}.

Aspectos psicológicos dos tabagistas

O grupo de participantes deste estudo são fumantes portadores de doenças cardiovasculares. Portanto, aspectos psicológicos típicos destes pacientes, associados a impactos subjetivos como o abandono do cigarro, podem provocar sintomas emocionais significativos, clinicamente. A mudança comportamental, por meio da reestruturação cognitiva, é um importante pilar do tratamento. Por esse motivo, o trabalho psicológico junto ao grupo, assim como a abordagem individual têm grande

valor no apoio aos pacientes no controle do estresse e, conseqüentemente, nas modificações comportamentais e psicológicas necessárias ao processo de abandono do tabagismo e em relação à condição clínica subjacente.

Aspectos nutricionais e o tabagismo

A interrupção do tabagismo pode envolver o ganho ponderal em ambos os sexos⁹⁻¹¹. Observa-se que 1 em cada 10 fumantes pode ganhar de 11kg a 13,5 kg ao parar de fumar, ficando a média em torno de 2kg a 4kg. Cerca de metade dos fumantes irá ganhar menos que o ganho de peso médio, podendo não engordar e até mesmo emagrecer. A maior parte desse aumento de peso ocorre em média nos primeiros seis meses após a cessação, estabilizando-se após 1 ano¹.

No entanto, a preocupação com o ganho de peso parece influenciar negativamente mais as mulheres, o que em muitos casos, pode interferir fortemente na decisão de parar de fumar¹².

O ganho de peso durante a interrupção do tabagismo pode ser justificado pela substituição do cigarro pelo alimento. É comum observar entre as pessoas que param de fumar uma maior necessidade de consumir doces ou, então, de ter algo na boca, já que comer leva a uma gratificação oral assim como o cigarro. Além disso, com a interrupção

do tabagismo, há gradativamente uma melhora do paladar o que pode aumentar o apetite¹⁰.

Metodologia

Foram avaliados 91 fumantes com doença cardiovascular (hipertensão arterial sistêmica, coronariopatias), no programa de controle do tabagismo/TotalCare. Os pacientes foram avaliados desde 2004, e objetivo é avaliar o grupo até completarem 1 ano de abstinência à nicotina. Todos os fumantes foram encaminhados ao programa de controle do tabagismo por seus médicos assistentes. Os pacientes eram encaminhados para uma reunião inicial, quando eram informados sobre o programa de tratamento, e eram marcados para avaliação médica inicialmente. Após esta avaliação, foram encaminhados para avaliação nutricional, psicológica e pelo educador físico. Os fumantes foram submetidos ao modelo de Prochaska para a avaliação do estágio motivacional, e ao teste de Fagerström para avaliação do grau de dependência à nicotina. Foram submetidos a exames para avaliação clínica subjacente, e possível identificação de doenças-tabaco relacionadas: radiografia de tórax, espirometria (Aparelho da marca Collins-Eaglet, utilizando os critérios da ATS e da SBPT para classificação do grau de obstrução), exames de sangue (perfil lipídico) e teste ergométrico (protocolo de rampa).

Foram tratados conforme os consensos atuais de cessação do tabagismo. Quando o paciente não tolerava ou apresentava contra-indicação às drogas do consenso, e da existência de transtorno psiquiátrico subjacente, outras classes de antidepressivos foram utilizadas (fluoxetina, dentre outras).

Terapia de reposição nicotínica e terapia cognitivo-comportamental, isoladamente e/ou em associação também foram utilizadas, conforme os consensos vigentes. O trabalho psicoterápico foi realizado individualmente e em grupo. O grupo de psicoterapia foi organizado com frequência semanal, com duração de 1 hora, por 3 meses. Neste grupo, houve aplicação da técnica cognitivo-comportamental, com análise dos comportamentos automáticos e proposta de mudança. Técnicas para reforço positivo da auto-estima também foram aplicadas. Os pacientes durante a terapia foram instruídos a responder diariamente o “diário tabagístico”, com informações sobre a hora, a razão e o sentimento do fumante ao fumar cada cigarro. Além do grupo de terapia, reuniões mensais foram realizadas para o recebimento de novos fumantes, com a participação dos fumantes que estavam em

tratamento. Nessa reunião, eram discutidas as dificuldades do período de abandono do tabagismo, além do esclarecimento sobre aspectos nutricionais e relacionados à atividade física, através da mudança de hábitos e adoção de medidas mais saudáveis.

A avaliação pelo educador físico compreendeu medidas físicas (peso, altura, índice de massa corporal (IMC)), porcentagem de gordura corporal, medidas de quadril e cintura, avaliação da composição corporal, da aptidão cardiorrespiratória e prescrição de exercícios. Durante a consulta nutricional inicial, avaliou-se a rotina alimentar atual do paciente e seu padrão alimentar anterior à abstinência do cigarro. Verifica-se também a existência de episódios de compulsão alimentar e a existência da fissura (*craving*) por doces. Nesta primeira etapa, formula-se um plano alimentar individualizado, levando em consideração as necessidades nutricionais específicas de cada participante, ressaltando-se a importância do fracionamento alimentar e da manutenção de uma hidratação adequada para auxiliar o organismo a eliminar as substâncias tóxicas oriundas do cigarro. Sugere-se também, na primeira consulta, preparações ou alimentos de baixo valor calórico, tais como palatinhos de cenoura / aipo, folhinhas de hortelã, pedacinhos de canela ou cravo para amenizar a necessidade de preencher a cavidade oral com o cigarro, evitando desta forma, o consumo de alimentos hipercalóricos. Nas consultas posteriores, trabalha-se de forma individualizada as necessidades nutricionais de cada participante, utilizando-se muitas vezes o registro alimentar associado às emoções (pré e pós-consumo alimentar), visando identificar os aspectos emocionais que possam estar envolvidos com excessos alimentares.

No programa de atividade física, estão incluídas: resistência aeróbica, resistência muscular localizada e flexibilidade. A resistência aeróbica utiliza exercícios dinâmicos, realizados em condições de equilíbrio de oferta e demanda de oxigênio, intensidade moderada, tempo prolongado e envolvimento de grandes grupamentos musculares. Condições que são obtidas com exercícios cíclicos como andar, correr, pedalar, nadar, etc, que favorecem os ajustes metabólicos necessários para o desenvolvimento de adaptações fisiológicas relacionadas com a manutenção da saúde. Exercícios de resistência como o treinamento com peso, é um componente importante de um plano de treinamento global bem fundamentado.

A avaliação da capacidade cardiorrespiratória, que fornece a medida direta do consumo máximo de

oxigênio, foi utilizada. É de fundamental importância que o indivíduo esteja em uso de medicação habitual para a prescrição do treinamento. Após a avaliação inicial, definem-se metas e objetivos a curto e longo prazos, esclarecendo os benefícios do programa de treinamento, realizando-se então a prescrição dos exercícios, junto com o paciente. Os pacientes com critério para atividade física supervisionada realizaram o treinamento no Total Care Barra (RJ).

Resultados

Os resultados parciais, mostraram que: 43% (n=39) pararam de fumar (17% com abstinência de 1 ano); 31% (n=28) reduziram o número de cigarros e 26% (n=24) desistiram do tratamento. Dos fumantes que pararam de fumar, 41% apresentaram melhora dos hábitos alimentares e 37% adotaram a atividade física regular. A função respiratória, documentada através da espirometria aumentou em 17% no grupo que parou de fumar. Em relação aos resultados do tratamento, 27% dos fumantes pararam de fumar com bupropiona + TCC; 30% com bupropiona + TRN + TCC; 24% com TCC; 19% com TCC + outros antidepressivos (nortriptilina, fluoxetina). Dos fumantes hipertensos, 46% alcançaram melhor controle pressórico com o abandono do tabagismo, avaliado durante as consultas de rotina. Foi observado que 63% dos ex-fumantes não necessitaram de atendimento em serviço de emergência em seis meses de abstinência do cigarro e um melhor controle da doença de base, principalmente pelo melhor controle da pressão arterial sistêmica. Dos fumantes avaliados, 11% tiveram o diagnóstico de DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), durante a avaliação no programa de tabagismo, pela espirometria.

O trabalho psicológico individual neste programa ajudou os pacientes a controlar a ansiedade e os momentos de fissura - entendida como aquele momento em que o desejo de fumar parece incontrolável -, a realizar mudanças ambientais e comportamentais para conseguir realizar as reduções graduais do número de cigarros consumidos até alcançar o abandono do tabagismo e a manutenção da abstinência.

Discussão

Dois importantes ensaios clínicos duplo cego placebo-controlados estudaram grupos recebendo 300mg de bupropiona diário por seis e nove semanas, com índice de abstinência após 1 ano de 24% versus 18% do placebo após nove semanas de

tratamento, respectivamente. A eficácia, a segurança e a tolerabilidade das terapias combinadas não estão exatamente bem documentadas. Um estudo comparando a bupropiona, o adesivo de nicotina e a bupropiona combinada com adesivo, encontrou um índice de abandono de tratamento de 34,8%, comparado com o grupo-placebo, que teve índice de descontinuidade de 48,8%. Apenas 8,8% abandonaram o tratamento devido a efeitos adversos. A eficácia após 12 meses de tratamento foram: 15,6% para o grupo-placebo e 16,4%, 30,3% e 35,5% para os grupos usando adesivo de nicotina, apenas bupropiona e bupropiona associada a adesivo de nicotina, respectivamente. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois últimos grupos mencionados.

Foi identificada DPOC em 11% dos 91 pacientes avaliados, através da espirometria. A literatura mostra prevalência da DPOC para tabagistas, pela espirometria, entre 9,1% e 14%⁴.

Evidências sugerem que o exercício pode ser importante como coadjuvante em programas de interrupção ao tabagismo. Possíveis explicações para este efeito incluem: redução no ganho de peso, redução dos sintomas de abstinência e do desejo de fumar. O efeito benéfico, do controle do peso pelo exercício, pode ser particularmente importante, como um motivador para aquelas pessoas que ganham peso e por isso continuam ou voltam a fumar¹³.

Estudos demonstram que o exercício reduz o desejo de nicotina, a inquietação, os distúrbios do sono, a tensão e o estresse, além de promover em muitos casos a melhora da auto estima, contribuindo para a prevenção da recaída.

O nível de atividade física é inversamente proporcional ao tabagismo. Ex-fumantes parecem ser mais receptivos a um estilo de vida ativo do que fumantes em geral. Tornar-se mais ativo tem sido associado positivamente tanto com a confiança em manter a abstinência como no sucesso da interrupção. Existe uma tendência positiva da atividade física em evitar recaídas, reforçando a hipótese de que a intervenção através do exercício pode ter uma ação tanto na melhora da desabitucação da nicotina como na redução da probabilidade das recaídas. A aderência é a principal razão do sucesso ou insucesso de um programa de atividade física. Embora muitos pacientes possam se sentir estimulados a iniciar um programa de treinamento físico, os resultados favoráveis

somente serão possíveis havendo uma participação contínua. A equipe do grupo de tratamento deve estar atenta para manter os pacientes motivados através de contatos regulares, pessoais ou por telefone. A variedade no programa de exercícios, a disponibilidade real de tempo, tanto no que diz respeito ao número de vezes semanais quanto aos minutos despendidos por dia, devem estar dentro da realidade de cada paciente. A definição de metas a longo, mas também a curto prazo, se faz necessária para a identificação das melhoras alcançadas, atentando para sinais de desmotivação. Modificações no programa e nas estratégias de motivação podem estimular o envolvimento, o interesse e a aderência do paciente. Dessa forma, parece importante a recomendação rotineira de exercícios físicos como coadjuvante nos programas de interrupção ao tabagismo.

O nível de ansiedade global dos fumantes é maior do que nos não-fumantes¹⁴. Devido às características psicológicas associadas às doenças cardiovasculares, associadas ao fato de que o cigarro é uma fonte de prazer atuando no cérebro dos fumantes como uma espécie de calmante imediato, observa-se a necessidade de uma avaliação mais aprofundada do fumante que está em acompanhamento em um programa de abandono do tabagismo. O apoio psicoterápico num programa de tabagismo, principalmente com pacientes hipertensos ou coronariopatas, tem como objetivo o controle da ansiedade, além da aplicação da técnica cognitivo-comportamental para auxílio do abandono do tabagismo¹⁵⁻²⁰. Assim, os pacientes foram orientados quanto a técnicas de controle da ansiedade, tais como o relaxamento muscular progressivo e a respiração diafragmática^{21,22}, além do treinamento em habilidade social, especialmente para a recusa ao oferecimento de cigarro.

Pôde-se observar que eventos extremos como infarto, cirurgia ou perda de ente querido por doenças associadas ao cigarro, foram responsáveis pela motivação de alguns a deixarem o fumo. Estes eventos também foram responsáveis por ansiedades, medos e depressão, em conformidade com a literatura²³⁻³⁰.

Observou-se ainda que somente os pacientes que acreditaram na sua capacidade de abandonar o cigarro conseguiram, pois as dificuldades que surgiam eram encaradas como passageiras e necessárias. Os pacientes que falavam: "não custa tentar", "acho muito difícil", "acho que não vou conseguir", desistiam nas primeiras dificuldades ou não progrediam no tratamento. Isso também está em conformidade com a literatura e com o modelo cognitivo^{31,32}.

Conclusão

É importante ressaltar que a análise atual é parcial, visto que o número de pacientes analisados ainda é insuficiente para conclusões baseadas em dados significativamente estatísticos. Portanto, após este estudo inicial, eminentemente descritivo, pode-se observar que a abordagem multiprofissional no tratamento do tabagismo, além de prevenir e identificar as doenças tabaco-relacionadas, auxilia no controle da doença de base, além de promover mudanças de hábitos (alimentares e de atividade física); a reestruturação cognitiva, promovendo mudanças comportamentais; a redução do sedentarismo e melhora da condição cardiorrespiratória.

Outro fator importante, que deve ser considerado para o aumento da adesão ao programa de abandono do tabagismo, é o momento do encaminhamento para o tratamento pelo profissional de saúde. Alguns pacientes deste estudo participaram do programa de cessação do tabagismo por forte recomendação médica devido às condições clínicas e, algumas vezes, este motivo não foi suficiente para a decisão de parar de fumar. A motivação para o abandono do tabagismo precisa ser trabalhada e aprimorada por cada profissional de saúde junto ao paciente. No atual estudo, a mudança de hábitos, incluindo a reestruturação cognitiva, auxilia também no controle da ansiedade, funcionando como pilar da manutenção da abstinência da nicotina a longo prazo, embora mais estudos neste âmbito sejam necessários.

Referências

1. Instituto Nacional do Câncer. Abordagem e tratamento do fumante. Consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
2. Menezes AMB. Epidemiologia do tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2004;30(supl 2):S3-S7.
3. American Thoracic Society. Cigarette smoking and health. *Am Rev Respiratory Dis.* 1985;132(5):1133-136.
4. Kirchenchtejn C, Chatkin JM. Dependência da nicotina. *J Bras Pneumol.* 2004;30(supl 2):S11-S18.
5. Torres BS, Godoy ID. Doenças tabaco-relacionadas. *J Bras Pneumol.* 2004;30(supl 2): S19-S29.
6. Oliveira MVC, Sales MPU. Tabagismo passivo. *J Bras Pneumol.* 2004;30(supl 2):S65-S71.
7. Araújo CGS. Teste de esforço e prescrição de exercício. 5ed. Rio de Janeiro: Revinter: 2000.
8. Monteiro WD. Manual para avaliação e prescrição de condicionamento físico. 2ªed. Rio de Janeiro: Sprint; 1999.
9. Munafo MR, Murphy MF, Johnstone EC. Smoking cessation, weight gain, and DRD4 -521 genotype. *Int J Obes.* 2005;29(10):1289-294.

10. John U, Hanke M, Rumpf HJ, et al. Smoking status, cigarettes per day, and their relationship to overweight and obesity among former and current smokers in a national adult general population sample. *Am J Addict.* 2006;15(2):192-97.
11. Twardella D, Loew M, Rothenbacher D, et al. The impact of body weight on smoking cessation in German adults. *J Health.* 2006;25(2):183-97.
12. Sanchez-Johnsen LA. Smoking cessation, obesity and weight concerns in black women: a call to action for culturally competent interventions. *Prev Med.* 2006;42(2):109-13.
13. Menezes RS, Nunes MP, Silveira RO, et al. Variação dos sintomas depressivos entre o pré e o pós-operatório de pacientes de cirurgia de revascularização miocárdica. *Rev ABP-APAL.* 1995;17(1):1-6.
14. Herculano-Houzel S. Sexo, drogas, rock' n' roll... e chocolate: o cérebro e os prazeres da vida cotidiana. Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2003.
15. Bilinska M, Tylka E, Tylka J, et al. Mental stress test in patients with stable coronary artery disease. *Pol Merkuriusz Lek.* 2003;15(89):412-15.
16. Sociedade Brasileira de Cardiologia [homepage na internet]. Brandão AA. Hipertensão. [Palestras Online]. [acesso em 30/5/2004]. Disponível em: <<http://prevencao.cardiol.br/sbc-funcor/palestrasonline>>
17. Giannotti A. Prevenção da doença coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. *Psicologia (USP).* 2002;13(1):167-95.
18. Lipp MN. Stress e hipertensão arterial essencial. In: Oliveira MFP, Ismael SMC (orgs). *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia.* Campinas: Papirus; 1995.
19. Malagris LEN, Silva PJA, Espósito B, et al. Hipertensão e estresse em um grupo de mulheres: em busca de uma associação oculta. *Rev SOCERJ.* 2003;16(supl A).
20. Sociedade Brasileira de Hipertensão [homepage na internet]. Mion D, Pierin AMG, Ortega KC (cols). Cartilha do hipertenso n. 1. [acesso em 31/5/2004]. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/publico/informacoes/cartilhas>>
21. Barlow DH. Manual clínico dos transtornos psicológicos. Porto Alegre: Artmed; 1999.
22. Rangé B. Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed; 2001.
23. Teixeira MB. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
24. Cabral SB. Estudo prospectivo da ocorrência de quadros depressivos em pacientes submetidos à revascularização do miocárdio. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1995.
25. Camargo Júnior KR. O impacto psicológico da cirurgia cardíaca. *Inf Psiquiatria.* 1983;4(1):9-12.
26. Godoy AFR, Sarmiento SMS, Romano BW. Depressão e estratégias de enfrentamento em cardiopatas nas fases pré e pós-cirúrgica. *Rev Soc Bras Psicol Hospitalar.* 2003;6(1):21-27.
27. Menezes RS, Nunes MP, Silveira RO, et al. Variação dos sintomas depressivos entre o pré e o pós-operatório de pacientes de cirurgia de revascularização miocárdica. *Rev ABP-APAL.* 1995;17(1):1-6.
28. Ribeiro AS, Rengel DHP. Estudo comparativo sobre a ansiedade frente a cirurgia cardíaca entre paciente coronarianos e valvulopatas. *Rev SOCESP.* 1992;2(1 supl):9-12.
29. Romano BW. Psicologia e cardiologia: encontros possíveis. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
30. Santos FLMM, Araújo TL. Vivendo infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. *Rev Latino-Americana de Enfermagem.* 2003;11(6), 742-8
31. Beck JS. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
32. Greenberger D, Padesky CA. A mente vencendo o humor: mude como você se sente, mudando o modo como você pensa. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.