



*Revista Saúde & Ciência*  
**UFPG (CCBS/UFPG)**  
 Ano I, v.I, n. 1,  
 janeiro - julho de 2010.

## USO DE CLORIDRATO DE BUPROPIONA EM UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR NO COMBATE AO TABAGISMO

DEBORAH ROSE GALVÃO DANTAS<sup>1</sup>, ANA RAQUEL DE ANDRADE LIMA BARBOSA<sup>2</sup>,  
 ANALINE ALVES CORREIA DE LIMA<sup>2</sup>, APOENNA ROCHA DE OLIVEIRA FRANÇA<sup>2</sup>,  
 CLARÍSIA COHEN ARCANJO DA SILVA<sup>2</sup>, DAYANE FREIRE DOS SANTOS<sup>2</sup>, DAYANNA  
 PATRÍCIA DE CARVALHO BARRETO<sup>2</sup>, GLYSSE DE MOURA SOUSA<sup>2</sup>, HAMOEDW  
 RÔMULLO DANTAS DE ARAÚJO<sup>2</sup>, ISABELLE KARINA TEIXEIRA FRANÇA<sup>2</sup>, JAINA  
 LORELAY GONÇALVES TIMÓTEO<sup>2</sup>, JOSÉ RAMALHO DA SILVA NETO<sup>2</sup>, NÁIRA  
 JULIETA ALVES DA FONSECA<sup>2</sup>, SAMUEL KELSON PAIVA DE MORAIS<sup>2</sup>, SIMONE  
 COSTA DE BRITO<sup>2</sup>, SUELLEN VIEIRA DIAS DA CRUZ<sup>2</sup>.

### RESUMO

Foi iniciado em abril de 2008, um programa-piloto de extensão aprovado pelo Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (CCBS/UFPG), que durou até fevereiro de 2009. O programa foi desenvolvido junto aos tabagistas maiores de 18 anos, usuários do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), oferecendo um tratamento multidisciplinar para o tabagismo, que se utilizava da informação através de palestras, tratamento psicoterapêutico e fisioterapêutico respiratório e de assistência social, concomitantes ao tratamento farmacológico com bupropiona (150 mg/dia, nos três primeiros dias e 150 mg de 12/12h até o fim do tratamento). Foram tratados 238 pacientes, predominado o sexo feminino, a faixa etária de 41 a 50 anos e o nível salarial de 1 a 5 salários mínimos. Na amostra avaliada, 95,37% diminuíram o número de cigarros fumados por dia e 32,35% abandonaram a prática tabagista, enquanto 67,65% não conseguiram parar de fumar. O percentual de abstinência obtido neste programa foi superior ao dos obtidos utilizando-se a bupropiona isoladamente, mesmo considerando-se o curto período de tratamento, em comparação com outros estudos realizados recentemente.

**Palavras-chave:** tabagismo, tratamento, multidisciplinar .

**TITLE: USE OF CLORIDRATE OF BUPROPION IN A  
 MULTIDISCIPLINAR BOARDING IN THE TOBACCO ADDICTION  
 COMBAT**

### ABSTRACT

It was initiated in April of 2008, a guide-program of University extension approved by the Center of Biological Sciences and Health Care of the Federal University of Campina Grande (CCBS/UFPG), that lasted until February of 2009. The program enclosed tobacco- dependent patients older than 18 years, users

<sup>1</sup> Mestre em Desenvolvimento Humano pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) Docente da Unidade Acadêmica de Medicina – Universidade Federal de Campina Grande (UAMED-UFPG). Rua João Quirino, 558 Catolé; CEP 58104-555, Campina Grande-PB. E-mail: deborahdantas@oi.com.br.

<sup>2</sup> Estudantes de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande (UFPG).

of the University Hospital Alcides Carneiro (HUAC), to whom it was suggested a multidisciplinary treatment. Information through lectures, psychological support, respiratory physiotherapy and social assistance were offered concomitant with pharmacological treatment with bupropion, 150 mg/day during the first three days and 150 mg 12/12h until the end of the treatment. In the sample of 238 patients, the feminine sex was predominant as well as the age of 41 to 50 years old and the wage level of 1 to 5 minimum salaries. 95.37% of the sample had diminished the number of cigarettes smoked per day and 32.35% had abandoned the tobacco dependence, whereas 67.65% didn't succeed to stop smoking. The percentage of abstinence observed in the sample was superior to the ones in which bupropion was prescribed separately, even considering the short period of the treatment in relation to other recent studies .

**Key-words:** tobacco addiction, treatment, mutidisciplinar.

## INTRODUÇÃO

O tabagismo tem sido considerado como pandemia mundial, assim como um sério problema de saúde pública. Esse *status* se dá pela droga afetar não apenas a saúde dos fumantes, mas também a dos que com eles convivem, em ambientes poluídos pela fumaça do tabaco. Através de milhares de pesquisas científicas realizadas em todo o mundo, torna-se cada vez mais conhecida a relação entre o tabagismo habitual e doenças graves e muitas vezes irreversíveis, como o câncer de pulmão, boca, faringe, laringe e esôfago. Nesses casos esta relação chega entre 80 a 95 por cento. Em pacientes com câncer de rins, bexiga, pâncreas, intestino grosso, colo do útero, próstata e leucemias, o percentual de relação com o fumo está entre 25 a 30 por cento. Enfisema pulmonar e bronquite crônica associam-se ao tabagismo em percentual entre 75 a 80 por cento. Além dessas enfermidades, podemos citar as miocardiopatias e coronariopatias, sendo bem conhecidos os casos de infarto agudo do miocárdio associado à morte súbita em adultos jovens, cujo percentual de relação com o fumo está entre 25 a 30 por cento (*Department of Health and Human Services*, 1993). Menos conhecida, mas também fundamentada em muitas pesquisas científicas, está a correlação entre o tabagismo e doenças diversas como o diabetes mellitus (efeito anti-insulínico da nicotina), a doença de Basedon-Graves, o aumento da pressão intra-ocular, as gastrites crônicas (Carvalho 1991; Silva, 1991)

É bastante conhecida a dificuldade de abandonar o hábito tabagista, tanto maior, quanto maior o tempo de consumo e a quantidade de cigarros fumados. Existem dois tipos de dependência associados ao abuso de drogas psicoativas: a dependência química, proporcionada quando alguma substância existente

na composição da droga tem a capacidade de atravessar a barreira hematoencefálica, chegar ao cérebro e combinar-se a receptores cerebrais específicos, como é o caso do etanol, nas bebidas alcoólicas, o tetrahidrocanabinol, na Cannabis sativa, a cocaína, nas folhas de coca e a morfina no uso do ópio. Entre os 4.720 elementos que compõem o fumo do tabaco, a nicotina é a única a exercer esta função: 7 segundos após a tragada, pode ser encontrada ligada aos receptores específicos cerebrais, o que provoca a dependência química (Rosemberg, 1987). A absorção dos componentes do tabaco em uma superfície imensa como a alveolar faz com que os seus componentes cheguem ao sangue em uma velocidade comparável ao de uma injeção intravenosa. Outro tipo de dependência associada ao abuso de drogas é a psicológica, que se dá quando as atividades da vida normal do usuário passam a ser realizadas em função ao uso da droga, ou associadas à mesma (Henningfield & Nemeth-Coslett, 1988). O tabagismo proporciona uma dupla dependência, química e psicológica, e difere de outras drogas pelo percentual de usuários regulares após a iniciação, (no caso, cerca de 90 por cento dos que experimentam o primeiro cigarro), bem como pela regularidade e intensidade do uso da droga (Fargerstron, 2006).

O tratamento do tabagista regular é trabalhoso e muitas vezes não bem sucedido. A interrupção definitiva, na maioria dos casos, pode ser obtida após a sexta ou sétima tentativa. (Fiore, 1992). Assim sendo, compreende-se que o ponto-chave do combate ao tabagismo é a prevenção. O trabalho de prevenção inicia-se na infância, através do exemplo dos pais e outros familiares, que são fortes influências na posterior adição ao tabaco, e na adolescência, quando se inicia, em geral, o tabagismo, com uma média de idade entre 15 a 17 anos. A influência de amigos e

colegas é fundamental nesta fase de vida (Rosemberg, 1987).

Baseando-nos neste aspecto, coordenamos um programa de extensão universitária no período de 1995 a 2005, intitulado Programa de Prevenção ao Tabagismo em Escolares da Rede Pública e Privada de Campina Grande que deu origem a uma pesquisa posterior. Durante o período abrangido, ainda não havia maiores informações e maior interesse com relação ao tratamento do tabagismo, o que só veio a ocorrer a partir de 2002, quando se iniciaram ações através do Ministério da Saúde, tendo como exemplo as campanhas de divulgação de imagens negativas nas carteiras de cigarros, proibição da propaganda, e aprimoramento da legislação. Posteriormente, foi implantado no Sistema Único de Saúde (SUS) um protocolo para tratamento do tabagismo (Portaria Nº 1035/GM), que enfatizava a abordagem cognitivo-comportamental associada à farmacoterapia, sendo utilizado tratamento substitutivo da nicotina em forma de adesivo e/ou o cloridrato de bupropiona. Outros medicamentos, como o tartarato de vareniclina e clonidina não foram utilizados, pelo alto custo, ou efeitos adversos acentuados, ou por serem menos estudados (Gigliotti & Presman, 2006; Viegas, 2006).

Surgiu-nos então a idéia de criar um programa de tratamento, acrescentando ao protocolo do SUS informações ao paciente sobre os males causados pelo tabagismo (já oferecendo uma motivação ao abandono) e sobre todo o desenvolvimento do programa ao qual seriam submetidos, inclusive informações relativas ao medicamento que seria utilizado; uma abordagem e acompanhamento psicoterapêutico, que seria desenvolvido simultaneamente ao tratamento medicamentoso e que reforçaria a motivação ao abandono, interrupção ou mudança dos hábitos de vida associados ao uso do tabaco, além da busca pela quebra do automatismo gerado pelo hábito (dependência psicológica). A avaliação e tratamento fisioterapêuticos respiratórios concomitantes, considerando objetivou reforçar o bem-estar e melhora da capacidade respiratória adquiridos com a suspensão do tabagismo, minimizando o aparecimento de recaídas. A assistência social foi utilizada na tentativa de combater situações sociais específicas, que contribuem para manter o hábito tabagista.

No que se refere à dependência química, entre os vários caminhos que têm sido tentados (Balbani & Montovani, 2005), desde os tratamentos substitutivos, com a nicotina em forma de chicletes ou adesivos, até os medicamentos mais recentes, cujo mecanismo

de ação é a competição pelos receptores cerebrais para a nicotina (Presman, 2006), resolvemos adotar o cloridrato de bupropiona, medicamento aprovado pelo *Food and Drugs Administration* (FDA), dos Estados Unidos, que faz parte do protocolo do Ministério da Saúde do Brasil no tratamento do tabagismo pelo SUS. Isso porque, em sendo a população usuária do Hospital Universitário Alcides Carneiro beneficiária do programa, em sua maioria, de baixo poder aquisitivo, o medicamento teria que ser fornecido gratuitamente, o que foi feito pelo Laboratório Eurofarma, fabricante do medicamento Bup (cloridrato de bupropiona).

## METODOLOGIA

A pesquisa foi iniciada com a etapa de treinamento dos graduandos, em abril de 2008. Aos extensionistas, foram explicados os procedimentos a serem realizados durante o programa, desde a inscrição dos participantes, até a ministração das palestras, realização da anamnese e exame físico de cada paciente, encaminhamento para os grupos de fisioterapia, psicologia e para os de retorno. O grupo de extensionistas participou do treinamento de capacitação para realização das atividades do projeto. Por meio de palestras e estudo sistematizado do tema a ser trabalhado, a coordenadora e orientadores expuseram o cronograma de atividades, além de explanar como as atividades práticas deveriam ser realizadas.

Posteriormente, procedeu-se a preparação do local para exposição teórica a grupos de usuários e triagem de pacientes, em abril de 2008. O local onde foram ministradas as palestras, atendidos os grupos de retorno e o grupo da psicoterapia, foram três salas do HUAC, às tardes das sextas-feiras. Em sequência, realizamos a divulgação do programa através da imprensa falada, escrita e televisada, folhetos, folders e cartazes a serem distribuídos em vários locais da cidade (maio de 2008), visando alcançar o maior público possível.

A triagem sistematizada e tratamento dos pacientes tabagistas foi feita de maio de 2008 a fevereiro de 2009. Os pacientes, após inscreverem-se por telefone, foram informados sobre a data em que ocorreria a primeira palestra que explicava de maneira compreensível e detalhada as patologias que podem advir do hábito tabagista, bem como informações sobre o medicamento a ser utilizado, a bupropiona; sobre a avaliação e tratamento fisioterapêutico e psicoterapêutico, bem como todo o desenvolvimento do programa. As palestras eram realizadas em salas do H.U.A.C., fazendo-se uso de

recursos áudio-visuais e folhetos informativos. Por ocasião da palestra, os pacientes assinavam termo de consentimento livre e esclarecido, e recebiam orientação sobre a data de comparecimento à primeira avaliação.

A primeira avaliação se deu de maio de 2008 a dezembro de 2008. Os grupos de primeira avaliação ocorreram 15 dias após a primeira palestra, coordenados pela assistente social, contando com a presença dos discentes de medicina e da coordenadora do projeto. Cada grupo possuía, no máximo, 15 pacientes. Estes eram examinados individualmente, através da anamnese e exame clínico resumidos, sendo avaliada a indicação do tratamento medicamentoso, que era fornecido ao paciente em quantidade suficiente para 15 dias, na dosagem de 150 mg uma vez ao dia nos primeiros 3 dias e na dose de 150 mg duas vezes ao dia a partir do quarto dia.

O primeiro retorno ocorreu entre maio de 2008 a dezembro de 2008. Após 15 dias da primeira avaliação e fornecimento do medicamento, o que corresponde a 30 dias da palestra inicial, os pacientes voltavam ao grupo de retorno, também coordenado pela assistente social, com a presença de discentes de medicina e da coordenadora do projeto. Eram avaliados os casos de abstenção, diminuição, permanência ou aumento do consumo do tabaco, e a presença de efeitos colaterais do medicamento, que eram tratados e, quando muito intensos, poderiam ocasionar a suspensão do medicamento. Na mesma ocasião, eram encaminhados os pacientes que necessitassem, para o tratamento fisioterapêutico e/ou psicoterapêutico, e fornecida medicação suficiente para mais duas semanas, completando quatro semanas de tratamento para cada paciente;

A avaliação e tratamento fisioterapêutico (maio de 2008 a dezembro de 2008) foi feita pelos discentes de fisioterapia, orientados pela professora orientadora. O tratamento ocorreu em 10 sessões de fisioterapia respiratória, marcadas as datas de atendimento pela equipe responsável. A fisioterapia acompanhou, desde o início, os pacientes do programa antitabagismo. Primeiro, eles eram encaminhados para avaliação e triagem, realizada pelos estudantes da fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). A partir da primeira análise, eram estimadas o número de sessões necessárias. Os pacientes eram seguidos até apresentarem uma resposta satisfatória à dinâmica aplicada, onde, então, recebiam alta; tempo que variava de paciente para paciente.

A avaliação e tratamento psicoterapêutico (maio de 2008 a dezembro de 2008) foram feitos pelos

discentes de psicologia, orientados pelo professor orientador, em 10 sessões de psicoterapia em grupos fechados ou abertos, marcadas as datas de atendimento pela equipe responsável.

A psicologia acompanhou pacientes pré-selecionados pela assistente social do HUAC, que quisessem participar da psicoterapia ou os que não haviam apresentado resposta com o tratamento medicamentoso. Inicialmente foram formados três grupos no período de junho a outubro de 2008, sendo um grupo aberto e dois fechados, a fim de aperfeiçoar o modo de atuação. Nesses grupos foram constatados que o hábito tabagista poderia estar relacionado à baixa auto-estima, à ansiedade, bem como a pacientes com hipótese diagnóstica de Histerismo, Depressão e Transtorno do Pânico. Durante as sessões era função dos líderes, auxiliar os participantes a extrair o máximo de sua experiência de grupo. Foi explicado para os participantes o contrato terapêutico e sua importância para a boa realização das atividades e o desenvolvimento de um clima de confiança (*"Quem você vê aqui, o que você vê aqui, deixe que fique aqui!"*).

Algumas normas básicas foram estabelecidas, para obtenção de melhores resultados: os membros deveriam comparecer a todas as sessões e participar delas, dando-se a conhecer e fornecendo realimentação (*feedback*) aos outros membros do grupo; os membros deveriam manter a confiança dos outros participantes do grupo; os membros poderiam decidir sobre suas próprias metas específicas e sobre as questões que estivessem desejosos e dispostos a explorar, desde que fossem de algum modo relacionadas ao abandono do hábito do tabagismo; os membros não poderiam fumar durante as sessões do grupo. Desta forma, a condução dos grupos seguiu a metodologia, orientados pelo psicólogo responsável, auxiliando, concomitantemente, as abordagens da fisioterapia e do grupo de medicina.

O Último grupo de retorno (agosto de 2008 a dezembro de 2008) foi feito 90 dias após a primeira palestra, sendo avaliados os índices de abstinência e diminuição do uso do tabaco após o tempo determinado, bem como outros itens relevantes, como a presença de efeitos colaterais do medicamento, participação nas equipes de psicologia e fisioterapia, entre outros.

Para a elaboração do relatório final, foram coletados os dados e elaborado relatório completo no período de janeiro de 2009 a fevereiro de 2009. A equipe de trabalho para realização desta pesquisa contou com um profissional médico, 15 discentes de medicina da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG – CCBS), um fisioterapeuta, 7 discentes de fisioterapia

da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), um psicólogo do HUAC, 4 discentes de psicologia da UEPB e uma assistente social do HUAC.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O programa de combate ao tabagismo contemplou um público alvo de 238 dos 360 previstos. A desistência de inscritos no programa (não comparecimento à palestra), no dia de início do tratamento (multidisciplinar), foi responsável pela redução do número de indivíduos atendidos. Além disso, pacientes, que após a palestra, ficaram cientes da impossibilidade de seguir o calendário de atividades proposto pelo programa, também contribuíram para a redução neste universo. Vale salientar que o número de inscritos não totalizou o previsto pelo programa, mas se aproximou daquele número (293).

O projeto foi desenvolvido junto à comunidade, abordando 238 pacientes, 33,3% homens e 66,7% mulheres (figura 1), com faixa etária predominante entre 41 e 50 anos (50%), com um percentual de 55,5% dos pacientes recebendo entre 1 a 5 salários-mínimos/mês e 38,5% recebendo menos de um salário mínimo/mês. A maioria absoluta dos usuários (73%), no momento da pesquisa, faz ou fez uso do tabaco por período superior a 20 anos.

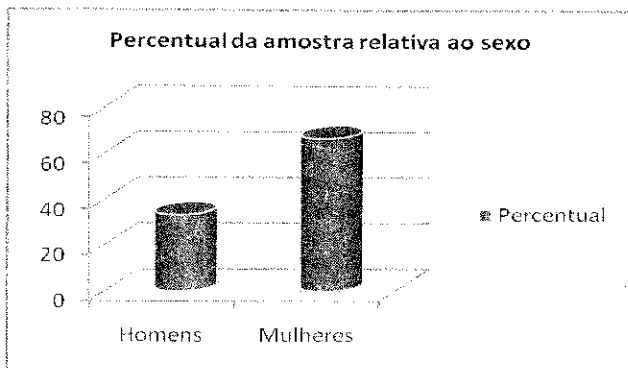


Figura 1. Percentual da amostra relativo ao sexo.

O predomínio do sexo feminino e da faixa etária entre 41 a 50 anos assemelhou-se a outros estudos (Llambi *et al*,2008; Planeta & Cruz, 2005; Santos *et al*,2008). A dificuldade de abstenção foi mais observada entre tabagistas do sexo feminino, durante as reuniões dos grupos de retorno. A maioria absoluta dos que procuraram o programa, apresentavam faixa salarial que variava entre menos de um a cinco salários mínimos (Figura 3).

Do número total de pacientes atendidos, os resultados obtidos após quatro semanas de tratamento medicamentoso, Oito sessões de fisioterapia e quatro sessões de psicoterapia foram: 32,35% (77 indivíduos) abandonaram a prática tabagista, enquanto que 67,65% (valor absoluto de 161) não conseguiram parar de fumar (Figura 2). Esses dados podem ser considerados satisfatórios quando comparados a outros estudos realizados com o cloridrato de bupropiona, onde o uso isolado desta droga, mostrou resultados menos efetivos, mesmo sendo usada em um espaço de tempo maior. Entre os que continuaram fumando, 95,37% diminuíram o consumo de cigarros, contra 4,63% que mantiveram ou aumentaram o número de cigarros/dia (Gráfico 3).

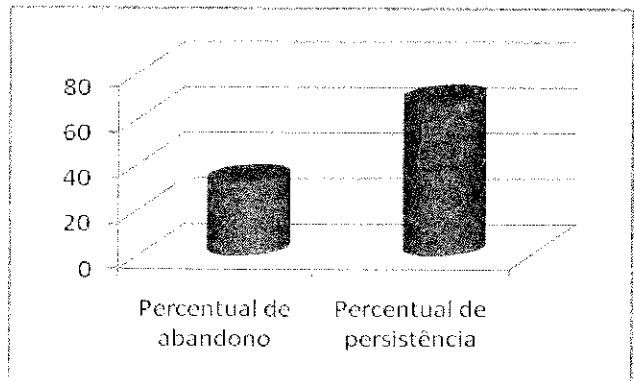


Figura 2. Percentuais resultantes do tratamento multidisciplinar

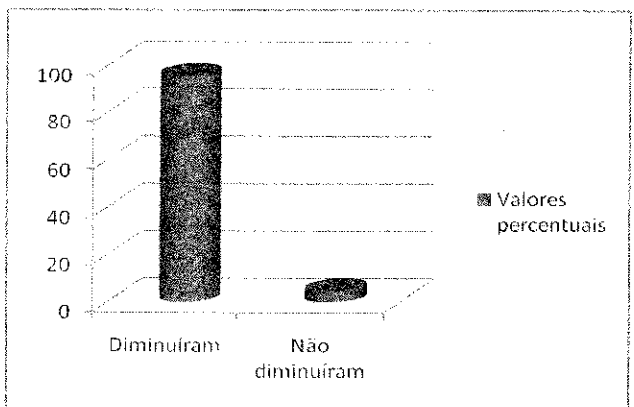


Figura 3. Percentual dos que diminuíram a quantidade de cigarros

Informações da literatura atual (Gigliotti *et al.*, 2006; Viegas, 2007), revelam que o uso isolado do cloridrato de bupropiona mostra níveis de abstenção em torno de 28,6% a 29,8%, após 12 semanas de tratamento. Trabalhos semelhantes ao nosso, realizados recentemente, mostram que o uso da Bupropiona mostra-se mais eficaz que o do tratamento substitutivo de nicotina (Isolan *et al.*, 2000), pela maior relação deste com transtorno de humor e síndrome de abstinência. Outro trabalho (Otero *et al.*, 2006) mostra maior índice de abstinência em pacientes que utilizaram em conjunto a abordagem cognitivo-comportamental com adesivos de nicotina, de 20 a 23% de abstinência nos grupos sem terapia de reposição nicotínica, contra 30 a 33 % nos grupos que utilizaram os tratamentos associados durante 12 meses. Ismael (2007) revela maior sucesso em 6 meses de tratamento com a associação terapia cognitivo-comportamental e medicamento, em contraposição ao uso do medicamento isolado. Estudo realizado por Issa *et al.* (2007), mostra resultado em que o uso da bupropiona isolada por 12 semanas teve sucesso em 50% dos casos, mas reduziu-se a 25 % ao final de 52 semanas.

Outro trabalho realizado por Sales *et al.* (2006), revelou que a chance de parar de fumar era maior quando associada à medicação, atingindo 50% de abstenção após um ano de terapêutica, 17,8% recaíram e 31,4% não pararam de fumar. Haggstram *et al.* (2006) realizaram estudo sobre o tratamento do tabagismo por aproximadamente um ano, com associação de bupropiona e reposição nicotínica. Foi observado um índice de abandono de 49%, diminuição de 14% e fracasso em 37% dos pacientes. Costa (2006) realizou estudo com 330 pacientes submetidos ao tratamento com pelo menos três produtos anti-tabaco se complementando, obtendo resultado de 77% de abandono.

## CONCLUSÕES

A faixa etária da maioria dos tabagistas que participaram do programa, e o tempo prolongado de tabagismo, mostram que os que iniciaram-se no hábito há mais tempo, apresentam maior dificuldade para parar. O sexo feminino mostrou maior procura pelo tratamento e maior dificuldade em abster-se.

Tomando por base os estudos da literatura atual em que se utilizou a bupropiona, conforme discussão anterior, conclui-se que o tratamento mais eficaz ocorre com o uso de abordagem cognitivo-comportamental associada à terapia de reposição nicotínica e/ou

bupropiona, ou com o uso de vários produtos anti-tabaco associados. No trabalho por nós realizado, o tratamento multidisciplinar, com psicoterapia e fisioterapia e assistência social associados, mostrou-se mais eficaz que o uso da bupropiona isolada (28 a 29%) e tão eficaz quanto aqueles que utilizam a associação de abordagem cognitivo-comportamental e/ou bupropiona e/ou terapia de reposição nicotínica associados, relatados pela literatura atual, em menos tempo de tratamento (quatro semanas em média, versus 12 semanas de tratamento medicamentoso em outros estudos);

O tratamento fisioterapêutico contribuiu não apenas para melhorar dos índices de capacidade respiratória dos pacientes, mas para o aumentar a confiança e adesão ao tratamento, conforme estudo realizado pela equipe de Fisioterapia que participou do programa.

A faixa salarial predominante, variando entre menos de um a 5 salários mínimos, referendou a importância do tratamento, através da assistência social, psicoterapêutica, fisioterapêutica e medicamentosa, considerando-se que tais serviços e produtos foram fornecidos gratuitamente a uma população que de outra maneira, estaria impossibilitada de obtê-los.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALBANI, A. P.S & MONTOVANI, J.C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência de nicotina. *Rev. Bras. Otorrinolaringol*;71(6):820-827, nov.-dez.2005.
- CARVALHO, C. M. Fumo e Saúde: Doenças Diversas Tabaco-relacionadas. *JBM*, 60,5 p 64-90, 1991.
- COSTA, S.de O.: Recuperação de fumantes em consultório:uma experiência estimulante. *J. Bras. Med*;91(3):50-65,set.2006,ilus,tab.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The Health Consequence of Smoking: **Cardiology disease**. Washington, 1993. Iv.
- FARGERSTROM, K. Uma breve apresentação da neurofarmacologia e fisiologia da dependência à nicotina. IN:**Atualização no tratamento do tabagismo**. ABP Saúde. Rio de Janeiro. 13-20pp, 2006.
- FIORE, M.C. Tabagismo. **Clínicas Médicas da América do Norte**. Rio de Janeiro: Interlivros Edições Ltda, vol 02, 1992.
- \_\_\_\_\_ Tendência do Tabagismo nos Estados Unidos. A epidemiologia do uso do tabaco. In: **Clínicas Médicas da América do Norte**, Interlivros Edições Ltda. 2:289-303, 1992.
- GIGLIOTTI, A. de P., OLIVEIRA, C. L., LARANJEIRA, R. IN: **Atualização no tratamento do tabagismo**, ABP A saúde, Rio de Janeiro, PP 74-95,2006.

- HAGGSTRÅM, F. M.;CHATKIN,J.M;CAVALET-BLANCO,D;RODIN,V;FRITSHER,C.C. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. **J.Pneumol**;27(5):255-261,set. 2001
- HENNINGFIELD,J.E. & NEMETH-COSLETT. Nicotine dependence-interface between tobacco and tobacco-related disease. **Chest**. Estados Unidos,v.93, n.2. Fevereiro,1988. Suplemento.
- ISMAEL,S.M.C: **Efetividade da terapia cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista**.São Paulo,s.n;2007.153p,ilus,tab,graf.
- ISOLAN L. R.; NOGUEIRA, L. FERREIRA, E. D.; CHAVES, M. L. F. Bupropiona para o tratamento da cessação do hábito de fumar. **Rev. AMRIGS**,44(1/2)74-8,jan-jun,2000.
- ISSA, J. S;PEREZ,G.H;DIAMANT,J;ZAVATTIERI,AG; OLIVEIRA,K.U.de.Efetividade da bupropiona no tratamento de pacientes tabagistas com doença cardiovascular,**Arq .Bras. Cardiol.**;88(4): 434-440,abr.2007.
- LLAMBI, M. L; ESTEVES, E; BLANCO, M.L; BARROS, M; PARODI, C; GOJA, B.Factores predictores de êxito em el tratamiento del tabaquismo.**Rev. Med. Urug**.24(2)83-93,jun.2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; CEBRID.
- OTERO, U. B; PEREZ, C. A; SZKLO, M; ESTEVES, G. A; PINHO, M. M. de; SZKLO, A. S; TURCIS, R. B. Ensaio clínico randomizado:efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicosda reposição de nicotina, na cessação de fumar,em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro. **Rep. public health**;22(2)439-449, fev. 2006
- PLANETA, C.S. & CRUZ, F.C: Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco.**Rev. psiquatr. clín.**(São Paulo),32(5)251-258,set-out.2005.
- PRESMAN, S. Intervenção intensiva e terapia de grupo. IN: **Atualização no tratamento do tabagismo**. ABP Saúde, Rio de Janeiro.30-51p,2006.
- ROSEMBERG, J. **Tabagismo e Saúde** – Informações para Profissionais da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- ROSEMBERG, Tabagismo e doenças respiratórias. **J Br Med** 59-4 p. 25-40, 1990. 41.
- SALES,M.P.U;FIGUEIREDO,M.R.F.de;OLIVEIRA,M.I.de;CASTRO,H.N.de. Ambulatório de apoio ao tabagista no Ceará: perfil dos pacientes e fatores associados ao sucesso terapêutico.**J. bras.pneumol**;32(5): 410-417, set-out. 2006.
- SANTOS, S. R;GONÇALVES,M. S; LEITÃO FILHO,F.S.S;JARDIM,J.S.Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo.**J. bras. Peumol**;34(9) 695-701, set.2008.
- SILVA M. A. D. **Guerra contra o Fumo: opção pela Vida**: Funcor, Sociedade Brasileira de Cardiologia, 1991.
- VIEGAS, C. A. de A. Abordagem breve. IN:**Atualização no tratamento do tabagismo**. ABP Saúde. Rio de Janeiro 23-25p, 2006.

\_\_\_\_\_ **Tabagismo: do Diagnóstico à Saúde Pública**.Rio de Janeiro: Atheneu,2007.