

FABIANA TRALDI

Prevalência de tabagismo em pacientes hospitalizados,
grau de dependência à nicotina e de motivação para a
cessação do hábito de fumar

*Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo, para obtenção do título de Mestre
em Ciências.*

São Paulo
2015

FABIANA TRALDI

Prevalência de tabagismo em pacientes hospitalizados,
grau de dependência à nicotina e de motivação para a
cessação do hábito de fumar

*Tese apresentada à Universidade Federal de
São Paulo, para obtenção do título de Mestre
em Ciências.*

*Orientadora: Profa. Dra. Ana Rita de Cássia
Bettencourt*

São Paulo
2015

Dedico esta tese

A Deus, a minha família, aos amigos e colegas de trabalho e à orientadora, pelo apoio, força, companheirismo e amizade. Sem eles nada disso seria possível. Muito obrigada por acreditarem em mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me amparar nos momentos difíceis, por me dar força interior para superar todos os obstáculos, mostrando o caminho nas horas incertas, suprimindo todas as minhas necessidades, me fazendo sentir e estar protegida sempre...

*À minha orientadora, Profa Dra. **Ana Rita Bettencourt**, por acreditar em mim, me mostrar o caminho de fazer ciência e ter paciência nos momentos em que eu queria desistir, por me dar broncas e me ensinar a persistir.*

À minha família, a qual amo muito, pelo carinho e incentivo.

*Ao meu marido, **Paulo Roberto Terzian Filho**, por acreditar sempre no meu potencial, por me ajudar quando tinha dúvidas, pela paciência e incentivo nos momentos em que eu queria desistir.*

*À amiga **Simone Cedano**, por estar sempre ao meu lado, por ter toda a paciência me auxiliando em todos os momentos difíceis que passei em minha vida e me incentivar para concretizar este trabalho.*

Aos amigos que fizeram parte desses momentos, sempre ajudando e incentivando.

Aos meus colegas de trabalho e a todos os pacientes que contribuíram para que esse sonho se concretizasse.

A todos os colegas e professores da pós-graduação pelo convívio e aprendizado que agregaram valor em minha vida em todos esses anos.

A todos, MUITO OBRIGADA!

EPÍGRAFE

“Não confunda derrotas com fracasso nem vitórias com sucesso. Na vida de um campeão sempre haverá algumas derrotas, assim como na vida de um perdedor sempre haverá vitórias. A diferença é que, enquanto os campeões crescem nas derrotas, os perdedores se acomodam nas vitórias.”

Roberto Shinyashiki

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	
AGRADECIMENTOS	
EPÍGRAFE	
LISTA DE ABREVIATURAS	
RESUMO	
ABSTRACT	
1 INTRODUÇÃO	01
1.1 Tabagismo	01
1.2 Relevância e Justificativa do estudo	09
2 OBJETIVOS	11
3 MÉTODO	12
3.1 Aspectos Éticos	12
3.2 Tipo de Estudo	12
3.3 Local e período do estudo	12
3.4 População Estudada	14
3.5 Variáveis do Estudo	14
3.6 Instrumento de Coleta de Dados	16
4 ANÁLISE ESTATÍSTICA	22
5 RESULTADOS	23
Artigo	24
6. DISCUSSÃO	32
7 CONCLUSÃO	35
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
9 ANEXOS	39
Comitê de Ética em Pesquisa – HSM	
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Questionário para Entrevista	
Escala URICA	
Submissão do Artigo: Jornal Brasileiro de Pneumologia	
10. REFERÊNCIAS	50

LISTA DE ABREVIATURAS

AIT =	Ataque Isquêmico Transitório
CDC =	Centers for Disease Control
CID-10 =	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
DSM-IV-TR =	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FNTD =	Teste de Fagerstrom
IBGE =	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA =	Instituto Nacional do Câncer
ISI =	Information Sciences Institute
Latindex =	Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
LILACS =	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE =	Health Information from the National Library of Medicine
MPOWER =	Pacote de medidas da Organização Mundial da Saúde com políticas efetivas para o controle da pandemia do tabaco
OMS =	Organização Mundial da Saúde
PETab =	Pesquisa Especial de Tabagismo
PubMed =	Publicações Médicas.
Qualis B3 =	Sistema de avaliação de periódicos. Relaciona e classifica os veículos utilizados para a divulgação da produção intelectual dos programas de pós-graduação " <i>stricto sensu</i> ", quanto ao âmbito da circulação (local, nacional ou internacional) e à qualidade (A, B, C), por área de avaliação.
SciELO Brasil =	Scientific Electronic Library Online
SUS =	Sistema Único de Saúde
TCLE =	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
URICA =	Escala University of Rhode Island Change Assessment
VIGITEL =	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas

RESUMO

Objetivo: Determinar a prevalência de tabagismo em pacientes hospitalizados, seu grau de dependência à nicotina, o grau de motivação para cessação do hábito de fumar e verificar a associação do grau de dependência nicotínica com variáveis sociodemográficas. **Método:** Estudo transversal realizado com pacientes do Hospital Santa Marcelina de São Paulo. Nos pacientes tabagistas, foi aplicado o teste de Fagerstrom que avaliou seu grau de dependência à nicotina e a escala URICA que avaliou o estágio motivacional em que se encontravam. **Resultados:** Dos 293 pacientes, 51,5% eram do sexo feminino, a média de idade foi de 55,5 anos. A prevalência encontrada de tabagismo em pacientes hospitalizados foi de 20,8%. Considerando tabagistas e ex-tabagistas, 50,9% iniciaram o consumo entre 12 e 18 anos com tempo de exposição ao tabaco acima de 20 anos (77,1%). Quanto ao grau de dependência da nicotina, de acordo com os resultados do teste de Fagerstrom, a maioria (41,0%) apresentava grau elevado ou muito elevado; 21,3%, médio; 19,7%; baixo e 18,0%, muito baixo de dependência nicotínica. Os dados sociodemográficos indicam que, dentre os 61 pacientes tabagistas, a maioria (65,5%) era do sexo masculino, a média de idade foi de $51,08 \pm 13,66$ anos. A maioria iniciou o hábito de fumar por influência de amigos e familiares (55,7% e 22,9% respectivamente). No que se refere ao grau motivacional para deixar de fumar, a maioria (78,7%) já tentou parar de fumar, 93,5% gostariam de parar de fumar e 82% aceitariam tratamento, 64% encontrava-se no estágio de ação conforme a escala de URICA. **Conclusão:** A prevalência de tabagismo foi de 20,8%. Considerando o grau de dependência da nicotina, 41,0% apresentava grau elevado ou muito elevado, 21,3%, médio, 19,7%; baixo e 18,0%, muito baixo de dependência nicotínica. Os resultados deste estudo mostram que a mudança comportamental em relação à cessação do hábito de fumar era bastante positiva entre os pacientes analisados, visto que a maioria (64%) encontrava-se no estágio da “ação”, em que há um comprometimento para a mudança e a prontidão para agir; 29,5%, contemplação e 6,5% no estágio de pré-contemplação, sendo que o principal motivo referido para a cessação do tabagismo foi a preocupação com a própria saúde (90,2%) e com a família (78,7%) e os principais fatores que dificultam a cessação foram “o cigarro é

muito prazeroso” e o medo dos sintomas da abstinência (73,8% e 54,1% respectivamente). No que tange à dependência nicotínica e às características sociodemográficas, verificamos que não houve associação estatisticamente significativa.

Descritores: Tabagismo; hospitalização; abandono do hábito de fumar.

ABSTRACT

Objective: Determine the prevalence of smoking in hospitalized patients, their degree of nicotine dependence, motivation for cessation and the association of the degree of nicotine dependence and sociodemographic variables. **Method:** Cross-sectional study with patients in a General Hospital in São Paulo. Fagerstrom test assessed their degree of nicotine dependence and the URICA scale assessed their motivational stage. **Results:** Of the 293 patients, 51.5% were female, the average age was 55.5 years. The prevalence of smoking among hospitalized patients was 20.8%. Considering smokers and former smokers, 50.9% began consumption between 12 and 18 years with tobacco exposure time above 20 years (77.1%). The degree of dependence on nicotine, according to the results of Fagerstrom test, the majority (41.0%) had high or very high degree; 21.3% average; 19.7%; low and 18.0%, very low nicotine dependence. Socio-demographic data indicate that among the 61 smokers, the majority (65.5%) were male, the average age was 51.08 ± 13.66 years. Most started smoking under the influence of friends and family (55.7% and 22.9% respectively). With regard to the motivational level to stop smoking, the majority (78.7%) tried to quit smoking, 93.5% would like to quit smoking and 82% would accept treatment, 64% were in the action stage according to URICA scale. **Conclusion:** The prevalence of smoking was 20.8%. Considering the degree of nicotine dependence, 41.0% had high or very high, 21.3%, average, 19.7%; low and 18.0%, very low nicotine dependence. The results of this study show that behavioral change in relation to the cessation of smoking was very positive among patients analyzed, since most (64%) was at the stage of "action" in which there is a commitment to change and readiness to act; 29.5%, contemplation and 6.5% in the pre-contemplation stage, and the main reason referred to smoking cessation was concern for their own health (90.2%) and family (78.7 %) and the main factors that hinder the termination were "cigarettes are very pleasurable" and fear of withdrawal symptoms (73.8% and 54.1% respectively). With respect to nicotine dependence and sociodemographic characteristics, we found no statistically significant association

Keywords: Smoking ; hospitalization; the smoking cessation .

1. INTRODUÇÃO

1.1 Tabagismo

O vocábulo tabagismo é definido no Dicionário Houaiss da língua portuguesa como: “1. PSICOP toxicomania caracterizada pela dependência psicológica do consumo de tabaco 2 MED intoxicação aguda ou crônica provocada pelo abuso do tabaco; quadro clínico fisiológico e psíquico daí resultante, nicotínismo, tabaquismo **t.passivo** inalação involuntária de fumaça de tabaco, esp. por não fumantes ETIMOL fr *tabagisme* MED “id” SIN/VAR tabaquismo.

Ao chegar a São Salvador, nas Bahamas, em 12 de outubro de 1492, Cristóvão Colombo e seus homens receberam presentes, conforme registro em seu diário de viagem. Entre os presentes, havia frutas, objetos de madeiras e algumas folhas secas que inalavam uma fragrância distinta. Dias depois, quando os marinheiros estavam explorando a região, conseguiram observar que aquelas “folhas secas” oferecidas pelos índios eram usadas da seguinte maneira: após enroladas dentro de folhas de palmeira ou milho na forma de cilindro, eram acesas em uma ponta e os usuários aspiravam a fumaça pela outra; este fato demonstra que foi a primeira vez que se presenciou o ato de fumar na história da humanidade.¹

Anos depois, o fumo recebeu o nome de Nicotiana, que era utilizada para fins medicinais, melhorando a dor. Sua utilização não se restringiu somente ao alívio das dores, seu uso foi difundido em toda a Europa e seu poder chegou a tal ponto, que por muitos anos foi a principal fonte de renda para os cofres espanhóis, holandeses e ingleses.^{1, 2}

O fumo não precisou esperar muito tempo para encontrar inimigos, em 1604 o rei da Inglaterra Jaime I escreveu um manifesto em forma de tratado

intitulado “A Counterblast to Tabacco”, em que descreve o fumo como sendo “...*abominável para os olhos, cheiro ruim para o nariz, prejudicial ao cérebro, perigoso para os pulmões...*”. E a partir disso, levou mais de 346 anos para as previsões do rei Jaime I provarem estar corretas. O primeiro estudo que confirmou a associação entre o fumo e o câncer “Smoking and Carcinoma of the Lung: a preliminary report” foi realizado em 1951 por Doll e Hill e publicado no British Medical Journal. Os pesquisadores iniciaram o trabalho entrevistando pacientes com câncer de pulmão em vários hospitais de Londres e descobriram que o único fator de risco em comum era o hábito tabágico.³

Os mesmos autores, quatro anos mais tarde, publicaram o primeiro trabalho de seguimento prospectivo: “The mortality of doctors in relation to their smoking habits: a preliminary report”, provando de fato a associação do fumo com o câncer de pulmão.⁴

O tabagismo é considerado problema de saúde pública. Desde o primeiro documento governamental (Surgeon General Report), que abordou os prejuízos do uso do tabaco à saúde, até o presente momento, esse hábito perdura como uma das principais causas de mortes previsíveis no mundo.⁵

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que o tabagismo deve ser abordado como uma pandemia, visto que morrem por ano no mundo milhões de pessoas, em decorrência de doenças provocadas pelo tabaco. Estima-se que ocorram, em 2020, aproximadamente 10 milhões de mortes devido ao tabaco, caso não se mudem as prevalências anuais.⁵ Dados da OMS estimam que, atualmente, 5,4 milhões de óbitos são atribuídos ao tabagismo. No Brasil, estima-se que o tabagismo responda por 200 mil óbitos ao ano.

A redução do uso diário de tabaco diminui o risco de problemas cardiovasculares, de sintomas respiratórios e da incidência de câncer, em especial o de pulmão. Com isso, grandes esforços têm sido realizados no sentido de controlar o tabagismo, o que vem levando a uma redução significativa do contingente de fumantes nas últimas décadas em nosso País. Em adultos com idade superior aos 18 anos, houve uma queda de 34,8% em

1989 e de 22,4% em 2003, o que representa uma queda anual relativa de 2,5% e uma queda anual absoluta de 0,9%.^{5, 6} Essa importante redução da quantidade de fumantes no Brasil foi resultado de ações de prevenção e controle do tabagismo, que incluíram medidas educativas, preventivas e regulatórias.

Embora o consumo do tabaco venha caindo progressivamente nos países desenvolvidos, a sua expansão nos países em desenvolvimento impôs um aumento global da incidência de adeptos do tabagismo. No período de 1975 a 1996, o consumo de tabaco aumentou em torno de 50% em todo o mundo, gerando prejuízos principalmente nos países pobres, situação essa que suscita preocupações e intervenções de órgãos internacionais envolvidos com a promoção da saúde e do desenvolvimento econômico e social.⁵ Nos países em desenvolvimento, surgem entre 64 a 84 mil fumantes novos/dia e, nos países desenvolvidos, esse número varia de 14 a 15 mil. Estima-se que no mundo surjam por volta 50 milhões de novos fumantes por ano.⁷

Ainda que se diga que as complicações decorrentes do consumo de cigarro são vistas principalmente no mundo em desenvolvimento, isso se dá pela grande população de alguns países como: China, Índia e Brasil. Engana-se quem pensa que o tabagismo não é um problema no primeiro mundo: dos dez países com maior porcentagem de população fumante, oito ficam na Europa (Grécia com 51% de tabagismo; Rússia com 50%; Ucrânia com 45%, Áustria com 44%; Bulgária com 44%; Hungria com 40%), o Brasil graças a sua imensa população é o 7º país com maior número de tabagistas.⁸

No Brasil, levantamento nacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1989) apontou um contingente de 32,5% de fumantes na população brasileira acima de 15 anos de idade. O último inquérito nacional denominado “Inquérito Domiciliar sobre Comportamento de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis”, realizado nos anos de 2002 e 2003, com pessoas acima de 15 anos de idade em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, apontou que essa incidência diminuiu para 18,8%, colocando o Brasil entre os países com as menores taxas de fumantes

do mundo. Os resultados desse estudo variaram de 25,2% em Porto Alegre, cidade na qual nessa época se encontrou maior prevalência do fumo, a 12,9% em Aracajú que foi a cidade com a menor ocorrência detectada.⁹

Dois grandes estudos relatam a prevalência atual no Brasil, o primeiro estudo o VIGITEL 2008¹⁰ e a Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab)¹¹, estudo feito pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), também em 2008. O VIGITEL foi um estudo transversal de base populacional que incluiu uma amostra da população de maiores de 18 anos, residentes nas capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal, entrevistados em inquérito telefônico. Esse estudo apresentou a prevalência de tabagismo de 16,1% (20,5% no sexo masculino e 12,4% no sexo feminino); sendo as capitais com maior prevalência de tabagistas: São Paulo com 20,9% e Florianópolis com 17,5%. Maceió apresentou a menor proporção de tabagistas com 9,7%.

Os dados do IBGE são semelhantes aos obtidos em um estudo, em que cerca de 51.011 domicílios e, em cada um deles, uma pessoa com mais de 15 anos de idade, tabagista, ex-tabagista e não tabagista, foram selecionados para responder às questões deste levantamento. A prevalência nacional de tabagismo encontrada foi de 17,2%, sendo 21,6% em homens e 13,1% em mulheres. A região que obteve a maior porcentagem de tabagistas foi a região Sul com 19% (sendo 22,5% homens e 15,9% mulheres) e a com menor porcentagem de tabagistas foi a região Centro-Oeste com 16,6% (sendo 21,4% homens e 12,1% mulheres). A pesquisa fez parte de um projeto da OMS em conjunto com o Centers for Disease Control and Prevention (CDC), realizada em 14 países, chamado de Global Adult Tobacco Survey.¹¹

No entanto, não é somente com esse quinto da população que o Ministério da Saúde e as políticas públicas estão se preocupando, existe um grande número também de ex-tabagistas que ainda sofrem os danos pelos anos que fumou no passado. Estudos realizados com novas amostras ao decorrer dos anos têm detectado uma queda significativa de tabagistas, 2,5% ao ano.¹²

Outra preocupação é com a população de tabagistas passivos. O conjunto da fumaça que sai da ponta do cigarro e daquela exalada do pulmão do tabagista contamina o ambiente e faz com que aqueles indivíduos não fumantes fiquem expostos a ela; o tabagista passivo acaba padecendo também de alguns malefícios.¹³ Esse conceito de que o tabagista passivo desenvolve algumas doenças dos fumantes teve o primeiro relato no trabalho de Hirayama: “Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan”, publicado em 1981.¹⁴

Mais de 4.000 substâncias tóxicas já foram identificadas na fumaça do tabaco, sendo que dessas, pelo menos 250 são cancerígenas. As toxinas podem espalhar-se mesmo após a fumaça ter desaparecido, a contaminação persiste nas roupas, cortinas, nos alimentos e em outros materiais por semanas a meses.⁸

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) em 2009 informou que somente no Brasil, 200.000 pessoas morrem anualmente devido à exposição à fumaça do cigarro. A OMS, sendo mais cautelosa, afirma que 600.000 morrem anualmente em todo o planeta devido ao tabagismo passivo. Esses dados podem ser obtidos e confirmados no relatório de 2008 sobre a epidemia global do tabaco.⁸

Livrar os ambientes da fumaça do cigarro é uma atitude muito importante, não somente nos bares e restaurantes, mas também em casa e no trabalho, visto que em casa, as crianças estão expostas a todos esses efeitos deletérios causados pelo fumo, causando aumento de crises de asma e infecções respiratórias.

Devido a todo esse contexto, a OMS recomendou medidas políticas efetivas para o controle da pandemia do tabaco, o pacote MPOWER, o qual se baseia em seis objetivos: **M**onitorar o uso do tabaco e políticas de prevenção, **P**roteger a população da fumaça do tabaco, **O**ferecer ajuda para cessar o hábito de fumar, **W**arn – advertir as pessoas sobre os perigos do consumo de

tabaco, **Enforce** – obrigar o fim das propagandas, bem como das promoções e do patrocínio do tabaco, **Raise** – aumentar os impostos sobre o tabaco.^{13, 15}

A conscientização em relação aos danos causados pelo seu consumo pode ser encontrada nas ilustrações de doenças relacionadas ao tabaco nos maços de cigarros, propagandas televisivas alertando para os riscos da exposição passiva à fumaça do cigarro e por meio de campanhas mundiais e nacionais para incentivar a cessação do tabagismo.^{13, 15,16}

No Brasil, a Lei 9.294/1996, publicada em 15 de julho de 1996, proibiu de forma extensiva a propaganda de produtos de tabaco em ambientes externos, e foi a Lei 10.167/2000, em seu artigo 3º, que restringiu a propaganda comercial do fumo em pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos locais de venda. Os Estados Unidos também foram os primeiros a colocarem algum tipo de veto na publicidade dos cigarros, essa demora da imposição dessas leis deveu-se ao grande poder econômico das indústrias de cigarro, já que, tendo um quinto da população tabagista, a influência dessas indústrias era enorme.¹¹

Seja por influência da publicidade ou por escolha própria, o tabagismo disseminou-se e o fato é que hoje é considerado como uma doença crônica, tanto pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10)¹⁷, como pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR).¹⁸ E não é uma doença simples, o tabagismo é apontado como um grave problema de saúde pública na maioria dos países. A OMS afirma que o tabagismo é a maior causa evitável de doenças, invalidezes e mortes prematuras. Estudos também da OMS mostram a magnitude da epidemia tabágica que acomete aproximadamente 20% da população, ou um terço da população maior de 15 anos, totalizando 1,1 bilhão de tabagistas do sexo masculino e 230 milhões do sexo feminino.^{8, 11}

Muitos estudos mostram que as pessoas reconhecem que o tabagismo pode afetar a saúde, mas por outro lado, os estudos apontam que os indivíduos tabagistas admitem em menor porcentagem o risco do cigarro para o

desenvolvimento de doenças crônicas e de câncer em relação aos não tabagistas.^{11, 15} Quando se avalia o conhecimento dos fatores de risco para o desenvolvimento de câncer, como o sedentarismo, a dieta inadequada e o alcoolismo, apesar de não unânime, o tabagismo é o fator mais reconhecido como fator de risco pela população em geral.¹⁹ Esses fatos mostram que, apesar das políticas de conscientização já existentes, ainda há desinformações e mitos sobre o consumo de tabaco que precisam ser mais esclarecidos para a população.

No estado de São Paulo, a lei antitabágica entrou em vigor em 2009, eliminando os “fumódromos” e restringindo ainda mais o fumo em locais fechados, sendo a primeira capital brasileira a adotar tal política. A nova lei protege a população exposta ao tabagismo passivo de forma geral, constituindo um grande avanço para a saúde pública.¹⁰

Sendo o cigarro responsável pela alta taxa de morbidade e mortalidade em tabagistas, ex-tabagistas e tabagistas passivos, é de se esperar que se encontre nos hospitais uma alta frequência de doenças relacionadas ao tabaco e uma alta prevalência de tabagistas e ex-tabagistas internados, principalmente em unidades que mais lidam com doenças tabaco-relacionadas como: clínica de cardiologia, cirurgia vascular, pneumologia e oncologia.¹¹

Dados de prevalência de tabagismo em hospitais brasileiros são oriundos de estudos isolados, já que não há estudos epidemiológicos nacionais multicêntricos sobre o tabagismo intra-hospitalar.²⁰ Estudo realizado em 2009 no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, com 750 leitos, ao entrevistar aleatoriamente 16% dos ocupantes, observou-se uma porcentagem de 17% tabagistas e 36% ex-tabagistas.²¹ Outro estudo realizado no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, também em 2009, relata a incidência de tabagismo em algumas unidades do hospital, sendo a menor porcentagem na cardiologia com 5,8% e uma maior porcentagem na psiquiatria com 36,8%, mantendo-se nesse estudo uma média de 11% dessa população.²²

Com essa alta prevalência de tabagistas e de doenças tabaco-relacionadas, é de se espantar que, mesmo assim, os pacientes fumem durante a internação ou imediatamente após a alta. Já tem sido oferecido suporte para a cessação do tabagismo a pacientes hospitalizados desde o começo dos anos 1990; no entanto, apenas a intervenção hospitalar não é suficiente. Em uma revisão da literatura, Cochrane, avaliando 17 estudos, conclui que a taxa de cessação do hábito de fumar só aumenta quando o processo de abandono do cigarro é iniciado no contexto hospitalar e se o paciente for seguido por no mínimo um mês com suporte ambulatorial, dependendo do tempo de hospitalização.²³

Durante a hospitalização, muitas vezes por razões ligadas ao hábito de fumar, torna-se necessário valorizar e identificar a dependência ao tabaco por dois motivos: primeiro devido à possível presença da síndrome de abstinência, que requer tratamento e controle, segundo, por revelar-se uma boa janela de oportunidade para abordar e suplementar o tratamento do tabagismo como doença crônica.^{11, 23}

A pessoa doente hospitalizada sente-se mais vulnerável e pode conseguir adotar novos hábitos de vida, podendo evitar assim uma futura hospitalização por doenças ligadas ao tabagismo.

Não há dúvidas de que uma internação é uma boa oportunidade para se estimular, amparar e iniciar tratamento em pacientes tabagistas, a fim de motivar esses indivíduos à “cessação tabágica” em uma tentativa bem-sucedida.^{24, 25} Entretanto, a maioria dos hospitais brasileiros não tem protocolos de atendimento ao paciente internado. Desta forma, informações a respeito das características desta população são necessárias para um maior entendimento da dimensão do problema e para fundamentar o planejamento de um programa de tratamento para os pacientes tabagistas que se encontram hospitalizados.

1.2 Relevância e Justificativa do Estudo

O tabagismo é considerado uma pandemia, uma vez que morrem cerca de cinco milhões de pessoas por ano no mundo, em consequência das doenças provocadas pelo tabaco. Sua dependência associa-se a uma maior predisposição para doenças e incapacidades, resultando numa piora da saúde e da qualidade de vida da população em geral, gerando internações e afastamentos precoces devido a doenças tabaco-relacionadas.

Apesar de a maioria dos hospitais brasileiros ser considerada ambiente livre de tabaco, alguns pacientes conseguem manter o consumo de cigarros dentro das instituições. Não há dúvidas de que no momento de uma internação é uma boa oportunidade para se estimular, amparar e iniciar tratamento em pacientes tabagistas, a fim de estimulá-los a pararem de fumar em uma tentativa que se espera ser bem-sucedida, pois o paciente no momento da hospitalização normalmente está mais vulnerável às mensagens antitabágicas.

Sendo o tabagismo considerado um problema de saúde pública e perdurando até hoje como uma das principais causas de mortes previsíveis e também gerando internações e afastamentos precoces por doenças tabaco-relacionadas, surgiu o interesse de verificar a prevalência dessa população no ambiente onde atuou, pois estudos mostram uma porcentagem significativa de pacientes tabagistas no ambiente hospitalar. Mesmo com todas as informações que temos, seja por meio de comerciais, palestras, propagandas na televisão, os adeptos do consumo de tabaco, em geral conseguem correlacionar os malefícios que o cigarro traz, mas, em sua maioria, como já demonstrado em outros estudos, não relacionam o tabagismo com o desenvolvimento de doenças crônicas e internações.

Diante de todo esse contexto, este trabalho tem o propósito de determinar a prevalência do tabagismo em pacientes hospitalizados, bem como avaliar seu grau de dependência e seu estado motivacional para a cessação do tabagismo, visando a um maior entendimento da dimensão do problema e possíveis intervenções futuras no sentido de conduzi-los a abandonar o hábito de consumir o tabaco.

2. OBJETIVOS

- Determinar a prevalência de tabagismo em pacientes hospitalizados;
- Avaliar o grau de dependência da nicotina;
- Avaliar o grau de motivação para cessação do tabagismo;
- Verificar a associação do grau de dependência nicotínica com variáveis sociodemográficas e motivação para cessação do hábito de fumar.

3 MÉTODO

3.1 Aspectos éticos

Em consonância com as determinações da Resolução 196/96, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Marcelina (Anexo A), e o Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo (Anexo B).

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C), receberam informações sobre a finalidade do estudo, foram esclarecidos sobre a participação voluntária, o anonimato e a garantia de interromper sua participação a qualquer momento sem prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição na qual estava hospitalizado.

3.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal e analítico.

3.3 Local e período do estudo

O presente estudo foi realizado no Hospital Santa Marcelina – Unidade de Itaquera, sendo um hospital geral de grande porte localizado na zona leste da cidade de São Paulo, instituição filantrópica que presta serviço de atendimento em nível terciário, sendo 88% de atendimentos do Sistema Único

de Saúde (SUS) e 12% de convênios e particulares. O hospital é responsável principalmente por atendimentos e internações de alta complexidade, dispõe de 706 leitos divididos em 24 especialidades clínicas e cirúrgicas. A média de internação mensal é de 2.700 pacientes, sendo que em 2011, houve um total de 32.408 internações, que corresponde a uma média de 90 pacientes/dia internados. Sua estrutura assistencial é dividida em clínicas de atendimentos a pacientes clínicos e cirúrgicos, distribuídas em suas especialidades: clínica médica e cirúrgica, cardiologia cirúrgica e clínica, pneumologia, cirurgia torácica, ortopedia, neurologia clínica e cirúrgica, cirurgia vascular, endocrinologia, oncologia e outras.

A população geral dos hospitalizados em sua grande maioria é portadora de múltiplas comorbidades, caracterizando um perfil de pacientes com considerável gravidade clínica.

O estudo foi desenvolvido em unidades de internação que prestam atendimento ao SUS, sendo enfermarias clínicas e cirúrgicas, onde temos o atendimento de várias especialidades:

- 2ºA: endocrinologia e cirurgia vascular;
- 2ºB: moléstias infecciosas e urologia;
- 3ºA: clínica médica;
- 3ºB: cardiologia clínica e cirúrgica, pneumologia e cirurgia torácica;
- 4ºA cirurgia geral;
- 4ºB neurocirurgia e ortopedia.

A coleta dos dados foi realizada no período de novembro de 2012 a janeiro de 2013.

3.4 População estudada

A população foi composta por 293 pacientes que estiveram hospitalizados no período do estudo.

3.4.1 Critérios de Inclusão

Pacientes conscientes, maiores de 18 anos, que estavam hospitalizados a partir do terceiro dia de internação, de ambos os sexos, que consentiram em participar do estudo após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.4.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os pacientes que não aceitaram participar do estudo e que estavam incapazes de responder aos questionários devido ao quadro clínico.

3.5 Variáveis do estudo

A seguir, estão descritas as variáveis dependentes e independentes do estudo.

3.5.1 Variáveis dependentes

- Não tabagistas;
- Ex-tabagistas;

- Tabagistas;
- Os cinco domínios do teste de Fagerstrom: muito baixo, baixo, médio, elevado e muito elevado, o qual caracteriza o grau de dependência tabágica;
- Os cinco domínios do URICA: discordo totalmente, discordo, indeciso, concordo e concordo totalmente, o qual avalia o grau de motivação para a cessação do tabagismo.

3.5.2 Variáveis independentes

- Características sociodemográficas dos pacientes:
 - a) Idade: anos completos no momento da coleta de dados;
 - b) Gênero: masculino e feminino;
 - c) Escolaridade: analfabetos, ensino fundamental, ensino médio e ensino superior;
 - d) Situação conjugal: solteiro, casado, divorciado e viúvo;
 - e) Renda per capita: expressa em salários mínimos;
- Dados sobre o tabagismo:
 - a) Início do tabagismo;
 - b) Tempo de tabagismo;
 - c) Carga tabágica;
 - d) Motivo que levou o indivíduo a iniciar o consumo de tabaco;
 - e) Motivo que o levou a querer cessar o tabagismo;

f) Sinais e sintomas de abstinência;

Comorbidades clínicas.

3.6 Coleta de dados

O hospital conta com um serviço de Gerenciamento de Leitos que monitora e gerencia todas as altas e internações em todas as unidades do hospital. Diariamente a pesquisadora verificou, no setor de Gerenciamento de Leitos do hospital-campo de estudo, os pacientes que foram internados.

A pesquisadora monitorou as admissões desses pacientes e realizou a visita ao paciente a partir do terceiro dia de internação, esclarecendo o objetivo do estudo e solicitando a assinatura do TCLE, após o quê, a pesquisadora formulou as perguntas ao paciente para que não houvesse problemas com interpretações das questões, perda de pacientes por não serem alfabetizados e melhor monitoramento do instrumento. O instrumento foi composto por questões semiestruturadas e foi aplicado em todos os pacientes que consentiram em participar do estudo sendo tabagistas, não tabagistas e ex-tabagistas.

3.7 Instrumentos de coleta e dados

A pesquisa foi realizada com dois instrumentos para coleta de dados, os quais contemplam os objetivos do estudo.

O primeiro instrumento de coleta de dados (Anexo D) é um questionário semiestruturado com perguntas fechadas composto por sete sessões.

1. Identificação: iniciais dos pacientes, unidade de internação, nº e motivo de internações anteriores e atual.
2. Demográficos: idade, sexo e estado civil.
3. Socioeconômico: grau de escolaridade e renda mensal familiar.
4. Comportamentais ligados ao tabagismo: nunca fumou, tabagista passivo (presença de pessoas que fumam em seu ambiente de convívio casa/trabalho); tabagista ativo (idade de início, tempo de fumo, carga tabágica, motivos pelos quais iniciou o fumo); ex-tabagista (idade de início, tempo de fumo, carga tabágica, motivos pelos quais iniciou o fumo, idade de cessação, tentativas de cessação, quais recursos utilizou na tentativa de cessação do tabagismo e qual considera ter realmente colaborado para a cessação, caso tenha conseguido ou qual motivo do fracasso).
5. Presença da síndrome de abstinência de nicotina: de acordo com o DSM-IV-TR¹⁸, a síndrome de abstinência de nicotina caracteriza-se pela presença de um conjunto de, pelo menos, quatro sinais e sintomas (depressão; insônia; irritabilidade, frustração ou raiva; ansiedade; dificuldade para concentrar-se; inquietação; frequência cardíaca diminuída; aumento do apetite ou ganho de peso ocorridos após a cessação ou diminuição abrupta do uso da nicotina, que cause prejuízo clínico ou social ao paciente e que não seja melhor explicado por outra condição clínica ou psiquiátrica).
6. Presença de comorbidades tabaco-relacionadas²⁶: doença pulmonar; varizes ou episódios prévios de trombose venosa; gastrite ou úlceras gástricas e duodenais; doença coronariana isquêmica; ataques isquêmicos transitórios (AIT) ou acidentes vasculares encefálicos; neoplasias (boca, laringe, esôfago, gástrico, pâncreas, cólon/reto, bexiga, rim, mama e útero).

7. Grau de dependência à nicotina pelo Teste de Fagerstrom.

3.7.1 Teste de Fagerstrom (FTND)

A nicotina, assim como as demais drogas de abuso é um reforçador positivo e induz sensibilização comportamental, que é mediada por suas ações agudas no sistema dopaminérgico; além disso, exerce ações específicas sobre outros sistemas neurotransmissores, que geram a síndrome de abstinência.²⁷

Elaborado pelo médico dinamarquês Kari Fagerstrom, em 1978, o método de avaliação de Fagerstrom é, hoje, empregado por especialistas para ajudar a definir a dependência a nicotina.²⁷

Foi um dos primeiros instrumentos desenvolvidos para avaliar a dependência à nicotina, é composto por seis questões que irão verificar o tempo após acordar que o paciente fuma seu primeiro cigarro, qual cigarro do dia traz mais satisfação, o quantitativo de cigarros ingeridos/dia. Uma soma de sua pontuação é feita, se acima de seis pontos indica que, provavelmente, o paciente terá desconforto significativo ao deixar de fumar (Síndrome de Abstinência).

O FTND tem o objetivo de estimar o grau de dependência da nicotina, ele é utilizado mundialmente como ferramenta de avaliação, em substituição a outros testes bem mais caros, que consomem mais tempo e são invasivos. O teste consiste em um questionário e para cada alternativa existe uma pontuação e a soma dos pontos permite a avaliação do seu grau de dependência à nicotina:

De 0 a 2 pontos: muito baixo.

- De 3 a 4 pontos: baixo.
- 5 pontos: médio

- De 6 a 7 pontos: elevado.
- De 8 a 10 pontos: muito elevado.

3.7.2 Escala University of Rhode Island Change Assessment (URICA)

O segundo instrumento (Anexo E) a Escala University of Rhode Island Change Assessment (URICA), foi desenvolvida por McConnaughy et al em 1983 e validada no Brasil por Figlie em 1999.²⁸ Para Figlie a motivação é vista como um estado de prontidão ou avidez para a mudança, podendo flutuar de um momento para outro e poder ser entendido como uma mudança interna que o indivíduo sofre devido aos fatores externos, estimulando estes indivíduos a agir. Com base no Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, foi então desenvolvido este instrumento de avaliação do grau de motivação para a mudança (escala URICA), que tem por objetivo a mensuração da motivação para a mudança que o sujeito apresenta em sua administração, avaliando o quanto cada sujeito está disponível para a mudança em seus comportamentos-problema. Foram aplicados somente para os pacientes que são tabagistas, pois tem como objetivo avaliar o grau de motivação para a cessação do tabagismo em que esses pacientes se encontram.^{28, 29}

Esta escala é composta por 32 itens que inicialmente foram testados em fumantes e posteriormente com dependentes de álcool e de outras substâncias. Ela classifica a motivação em quatro estágios: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. As respostas são dadas em escalas de 1 (discordo totalmente da afirmação) a 5 (concordo totalmente). Cada afirmação está ligada a um estágio motivacional diferente, e ao final do teste, é possível determinar qual é o grau de motivação do paciente, levando em conta em qual estágio sua pontuação foi maior.²⁹

No estágio de pré-contemplação, não se observa nenhuma intenção de mudar comportamentos e, geralmente, a existência de um verdadeiro problema é completamente negada. A negação é uma das principais

características dos pré-contempladores, pois dificilmente eles procuram ajuda para iniciar seu processo de mudança e, quando o fazem, geralmente são impelidos por motivos externos como: encaminhamento pela família, empresa ou poder judicial. Mesmo quando iniciam o tratamento, evidenciam uma ativa resistência a mudança, fugindo de tudo que se relacione a seu problema, diante disso acreditam que falharão na obtenção do sucesso. Eles simplesmente admitem seus defeitos e interrompem qualquer possibilidade de mudança comportamental.^{30, 31}

No estágio de contemplação, a pessoa admite ter um problema e considera possibilidades de mudança, mostrando preocupação e uma clara avaliação entre as vantagens e as desvantagens de mudar. Porém, apesar desse movimento em direção à mudança, os contempladores possuem, como principal característica, a ambivalência. Sentem uma vontade explícita de mudar, porém, surgem momentos de ansiedade e de dúvida que enfraquecem sua força motivacional. As pessoas podem permanecer por longos períodos de tempo na contemplação, substituindo a ação pelo pensamento. Pessoas com essas características podem ser denominadas de contempladores crônicos. No momento em que contempladores iniciam a transição para o estágio de preparação, são observadas duas mudanças específicas: o estabelecimento de um foco na solução de problemas e o pensamento direcionado para o futuro, não mais para o passado.³⁰

No estágio de ação, a pessoa inicia explicitamente a modificação de seus comportamentos, a ação é um período que exige muita dedicação e energia pessoal, sendo que as mudanças realizadas nesse estágio são muito mais visíveis do que as mudanças ocorridas durante outros estágios. Nesse contexto, a maioria das pessoas, inclusive terapeutas, iguala, equivocadamente, o estágio de ação ao sucesso da mudança. Nesse estágio, além de estar inserido todo o processo de preparação, é necessária a conscientização da necessidade de fazer uma manutenção das mudanças operadas.³⁰

O estágio de manutenção é o grande desafio no processo de mudança. A estabilização do comportamento em foco é a marca desse estágio. É necessário um esforço constante do indivíduo para consolidar os ganhos conquistados nos outros estágios, principalmente no de ação, além de prevenir continuamente possíveis lapsos e recaídas. A mudança nunca é concretizada com a ação. Sem um forte compromisso no estágio de manutenção, a pessoa poderá ter recaídas, que são mais comumente encontradas nos estágios de pré-contemplação e contemplação.³⁰

4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Um banco de dados foi criado no programa excel[®], os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica. As variáveis numéricas estão apresentadas com valores da média, desvio-padrão, medianos e variação com valores mínimos e máximos de cada uma delas, sendo número absoluto e porcentual (%). As variáveis categóricas estão expressas em média e desvio-padrão. As diferenças entre as variáveis foram analisadas pelo Teste de Qui-quadrado. Em todas as análises realizadas, considerou-se o nível de significância de 5%.

5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa estão apresentados sob o formato de artigo submetido a periódico nacional (Anexo F).

O artigo contém o relato de um estudo transversal e analítico, que teve como objetivos determinar a prevalência de tabagismo em pacientes hospitalizados, avaliar o grau de dependência da nicotina, o grau de motivação para a cessação do tabagismo e verificar essa associação do grau de dependência nicotínica com as variáveis sociodemográficas e motivação para a cessação do hábito de fumar, conforme escala de URICA.

O artigo foi submetido para publicação ao Jornal Brasileiro de Pneumologia, Qualis B3, com indexação: Latindex, LILACS, SciELO Brasil, PubMed, MEDLINE, SCOPUS, Index Copernicus e ISI.

Artigo

Artigo: Prevalência de tabagismo em pacientes hospitalizados, grau de dependência à nicotina e de motivação para a cessação do hábito de fumar.

Resumo

Objetivo: determinar a prevalência de tabagismo em pacientes hospitalizados, seu grau de dependência à nicotina, o grau de motivação para cessação do hábito de consumir tabaco e verificar a associação do grau de dependência nicotínica com variáveis sociodemográficas. **Método:** estudo transversal realizado com pacientes do Hospital Santa Marcelina – Unidade Itaquera, em São Paulo. Nos pacientes tabagistas, foram aplicados: o teste de Fagerstrom, que avaliou seu grau de dependência à nicotina e a escala URICA, que avaliou o estágio motivacional em que se encontravam. **Resultados:** dos 293 pacientes, 51,5% eram do sexo feminino, a média de idade foi de 55,5 anos. A prevalência de tabagismo foi de 20,8%, sendo 13,6% homens. Dos tabagistas e ex- tabagistas, 50,9% iniciaram o consumo entre 12 e 18 anos e tempo de exposição ao tabaco acima de 20 anos (77,1%). Quanto ao grau de dependência, 62,3% apresentavam Fagerstrom > 5. Destes, 64% encontravam-se no estágio motivacional da ação; 29,5%, no estágio da contemplação e 6,5%, em estágio de pré-contemplação. A associação entre o grau de dependência nicotínica e os fatores sociodemográficos não demonstrou relevância estatisticamente significativa. **Considerações finais:** o tabagismo é um fator de risco modificável para redução das doenças crônicas, portanto, a modificação comportamental deve ter prioridade similar à terapêutica medicamentosa, sendo imprescindível desenvolver ações de educação à saúde com abordagem à cessação do tabagismo no ambiente hospitalar.

Descritores: Tabagismo; hospitalização; abandono do hábito de fumar.

Introdução

O tabagismo é considerado um problema de saúde pública, devendo ser visto como uma pandemia, representando uma das principais causas de mortes previsíveis no mundo. Nesse contexto, várias ações estão sendo desenvolvidas visando diminuir a prevalência de tabagistas. No Brasil, em adultos com idade superior aos 18 anos, observamos uma queda anual relativa de 2,5% e uma queda anual absoluta de 0,9% de tabagistas. Estes dados foram resultados de ações que incluíram medidas visando à educação, à prevenção e à regulação do tabaco.^{1,2}

Com essas medidas, a população de tabagistas passivos também se beneficia, pois a fumaça exalada contamina o ambiente por semanas a meses e faz com que as outras pessoas expostas acabem padecendo de alguns malefícios relacionados ao cigarro. São conhecidas mais de 4.000 substâncias tóxicas na fumaça do tabaco e, atualmente, cerca de 50 doenças são associadas ao tabaco, incluindo neoplasias, doenças pulmonares, cardiovasculares, entre outras.^{3,4}

Apesar de a maioria dos hospitais brasileiros ser considerada ambiente livre do tabaco, estudos demonstram uma alta prevalência de tabagistas e de doenças tabaco-relacionadas nas instituições hospitalares, tornando-se necessário valorizar essa doença, identificar seu grau de dependência e o grau de motivação para o abandono do cigarro que os indivíduos apresentam durante a hospitalização, haja vista que, nesse momento da internação, os pacientes apresentam-se mais vulneráveis e receptivos a adotar novos hábitos e estilos de vida.⁵⁻⁹

Desta forma, informações a respeito das características dessa população são necessárias para um planejamento adequado e criação de programas para tratamento desses pacientes que se encontram hospitalizados.

O objetivo deste estudo é determinar a prevalência de tabagismo em pacientes hospitalizados, seu grau de dependência à nicotina, o grau de motivação para cessação do hábito de fumar e verificar a associação do grau de dependência nicotínica com variáveis sociodemográficas.

Método

Foi realizado um estudo de abordagem quantitativa, descritiva, do tipo transversal no período de novembro/2012 a janeiro/2013, no qual foram avaliados indivíduos hospitalizados em unidade de internação.

A população estudada foi composta por pacientes maiores de 18 anos, hospitalizados há no mínimo três dias, nas unidades de internação que prestam atendimento ao Sistema Único de Saúde. Foram excluídos pacientes que estavam incapazes de responder ao questionário em razão de condições clínicas, aqueles que se recusaram a participar da pesquisa e menores de 18 anos.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora em visita aos pacientes nas unidades de internação. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Marcelina. Todos os pacientes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os instrumentos utilizados foram:

- Questionário de coleta de dados com dados de identificação, demográficos, socioeconômicos, comportamentais ligados ao tabagismo, presença de sintomas de abstinência à nicotina.
- Teste de Fagerstrom para dependência de Nicotina, validado para uso no Brasil, classifica o grau de dependência à nicotina como muito baixo, baixo, médio, elevado e muito elevado.
- Escala University of Rhode Island Change Assessment (URICA), também validado para uso no Brasil, tem como objetivo investigar o estágio motivacional para a mudança de hábitos por meio da utilização de afirmações que classificam essa motivação em estágios: pré-contemplação, contemplação e ação. As respostas são dadas em escalas de 1 a 5, sendo cada afirmação ligada a um estágio motivacional diferente e, ao final do teste, é possível determinar o grau de motivação em que o paciente se encontra.

Considerou-se tabagista o indivíduo que consumia, ao menos, um cigarro diário e o ex-tabagista foi caracterizado como aquele que cessou seu hábito há pelo menos um ano.

Para análise descritiva, foram utilizadas média, medianas e desvio-padrão. Frequências e porcentagens sumarizaram as variáveis categóricas; para as comparações entre grupos tabagistas e ex-tabagistas foram utilizados o teste t e qui-quadrado. Em todas as análises realizadas, considerou-se o nível de significância de 5%.

Resultados

Foram abordados 402 pacientes; destes, 109 foram excluídos, 47 por não aceitarem participar do estudo e 62 por não estarem em condições clínicas para participar. A população final foi composta por 293 pacientes, sendo 151 (51,5%) do sexo feminino e 142 (48,5%) do sexo masculino, a média de idade foi de 55,5 anos. A maioria tinha ensino médio (46,4%), eram casados (46,1%) e com renda familiar até três salários mínimos (81,5%). Destes, 61 (20,8%) eram tabagistas, 92 (31,4%) ex-tabagistas e 140 (47,8%) nunca fumaram.

A prevalência de tabagismo foi de 20,8%, sendo 13,6% homens e 7,2% mulheres. Entre os tabagistas, a média de idade foi de 51,08 ± 13,66 anos. No grupo de ex-tabagistas, a média foi de 62,01 ± 13,31 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Características gerais da população total de pacientes internados e separados por gênero. São Paulo, 2013.

Características	Gênero		Total N (%)
	Homens N (%)	Mulheres N (%)	
Status tabágico			
Tabagista	40 (13,6)	21 (7,2)	61 (20,8)
Ex-tabagista	56 (19,2)	36 (12,2)	92 (31,4)
Não tabagista	46 (15,8)	94 (32,0)	140 (47,8)
Faixa etária, anos			
18-25	10 (3,4)	09 (3,2)	19 (6,6)
26-40	18 (6,2)	23 (7,8)	41 (14,0)
41-55	37 (12,6)	40 (13,4)	77 (26,0)
56-70	51 (17,5)	50 (17,0)	101 (34,5)
> 70	26 (9,0)	29 (9,9)	55 (18,9)
Estado civil			
Casado	73 (24,9)	62 (21,2)	135 (46,1)
Solteiro	41 (14,0)	41 (14,0)	82 (28,0)
Separado/divorciado	19 (6,5)	17 (5,8)	36 (12,3)
Viúvo	09 (3,0)	31 (10,6)	40 (13,6)
Escolaridade			
Analfabeto	09 (3,2)	15 (5,1)	24 (8,3)
Fundamental	59 (20,1)	63 (21,5)	122 (41,6)
Médio	72 (24,6)	64 (21,8)	136 (46,4)
Superior	02 (0,7)	09 (3,0)	11 (3,7)
Renda Familiar			
1 a 3	112 (38,2)	127 (43,3)	239 (81,5)
4 a 6	24 (8,2)	23 (7,8)	47 (16,0)
> 7 salários mínimos	06 (2,2)	01 (0,3)	07 (2,5)

Quanto às características do tabagismo, observamos que 50,9% iniciaram o hábito tabágico entre 12 e 18 anos, com tempo de exposição ao tabaco acima de 20 anos (77,1%). A média da carga tabágica foi 30 anos-maço. A maioria (55,7%) referiu ter iniciado o hábito tabágico por influência de amigos (Tabela 2).

A grande maioria dos pacientes (78,7%) já tentou parar de fumar; destes, 93,7% não utilizaram nenhum recurso e 82% aceitariam tratamento.

O principal motivo para a cessação do tabagismo foi a preocupação com a própria saúde (90,2%) e com a família (78,7%). Quando questionados sobre fatores que dificultam a cessação do tabagismo, 73,8% acham o cigarro muito prazeroso, além do medo da síndrome de abstinência (54,1%). A maioria (64,0%) dos pacientes refere que o cigarro apresenta relação com sua atual internação e 81,9% não fumaram desde que foram internados.

Resultados

Tabela 2 – Dados relacionados ao tabagismo e fatores relacionados ao motivo da cessação do tabagismo e dificuldades relatadas. São Paulo, 2013.

Variáveis	N	(%)
Idade de início		
Menos de 12 anos	10	(16,4)
Entre 12 e 18 anos	31	(50,9)
Acima de 18 anos	20	(32,7)
Tempo de tabagismo		
Menos 10 anos	01	(1,6)
Entre 10 e 20 anos	13	(21,3)
Acima de 20 anos	47	(77,1)
Motivo do início do tabagismo		
Influência de amigos	34	(55,7)
Influência de familiares	14	(22,9)
Não sabe informar	05	(8,3)
Vontade própria	04	(6,5)
Aliviar o estresse	02	(3,3)
Influência de colegas de trabalho	02	(3,3)
Já tentou parar de fumar?		
Sim	48	(78,7)
Não	13	(21,3)
Você utilizou algum recurso para deixar de fumar?		
Nenhum	45	(93,7)
Apoio de profissional de saúde	02	(4,3)
Grupos de apoio	01	(2,0)
Gostaria de parar de fumar?		
Sim	57	(93,5)
Não	04	(6,5)
Aceitaria tratamento?		
Sim	50	(82,0)
Não	11	(18,0)
Por que você deixou ou quer parar de fumar?		
Porque está preocupado com sua saúde.	55	(90,2)
Pelo bem-estar de sua família.	48	(78,7)
Fumar é um mau exemplo para seus filhos.	48	(78,7)
Porque não gosta de ser dependente.	46	(75,4)
Porque seus filhos pedem.	38	(62,3)
Porque gasta muito dinheiro com cigarro.	37	(60,6)
Outras pessoas estão pressionando-o.	34	(55,7)
Fumar é antissocial.	34	(55,7)
Devido às restrições de fumar em ambientes fechados.	25	(41,0)
O que você considera como um fator que dificulta a cessação?		
Acha o cigarro muito prazeroso.	45	(73,8)
Medo dos sintomas de abstinência.	33	(54,1)
Presença de pessoas que fumam onde você frequenta.	31	(50,8)
Acha que o cigarro não faz mal.	20	(32,8)
Medo de engordar.	15	(24,6)
Você acha que o cigarro tem relação com sua atual internação?		
Sim	39	(64,0)
Não	22	(36,0)
Você fumou alguma vez desde que foi internado?		
Não	50	(81,9)
Sim	11	(18,1)

Considerando os principais sinais e sintomas de abstinência da nicotina relatados, 52,4% referiram ansiedade; 49,2%, insônia e 45,9%, inquietação.

As comorbidades mais frequentes foram hipertensão (41,0%), problemas cardíacos (31,1%), varizes/trombose (29,5%), insuficiência arterial periférica (26,2%), doença pulmonar intersticial (22,9%) e gastrite/úlcera (22,9%).

O resultado do teste de Fargestron para avaliar o grau de dependência nicotínica mostrou que 41,0% apresentavam grau elevado ou muito elevado; 21,3%, médio; 19,7%, baixo e 18,0%, muito baixo (Tabela 3).

Em relação ao estágio motivacional aferido pela escala URICA, a maioria (64%) encontra-se no estágio da “ação”, em que há um comprometimento para a mudança e a prontidão para agir; 29,5%, contemplação e 6,5%, no estágio de pré-contemplação (Tabela 3).

Tabela 3 – Tabagismo: grau de dependência segundo o teste de Fargestron e estágio motivacional pela escala URICA. São Paulo, 2013.

Variáveis	fumantes	N(%)
Grau de dependência		
Elevado	15	(24,6)
Muito elevado	10	(16,4)
Médio	13	(21,3)
Baixo	12	(19,7)
Muito Baixo	11	(18,0)
Estágio motivacional		
Ação	39	(64,0)
Contemplação	18	(29,5)
Pré-Contemplação	04	(6,5)

Analisando o grau de dependência nicotínica e as características sociodemográficas, verificamos que não houve associação estatisticamente significativa (Tabela 4).

Resultados

Tabela 4 – Associação entre o grau de dependência nicotínica e as condições sociodemográficas. São Paulo, 2013.

Variáveis	muito baixo	baixo	médio	elevado	muito elevado	p
Sexo						
Masculino	9 (14,7)	8 (13,2)	10 (16,4)	6 (9,8)	7 (11,5)	
Feminino	2 (3,3)	4 (6,5)	4 (6,5)	8 (13,2)	3 (4,9)	0,314
Estado civil						
Casado	7 (11,5)	7 (11,5)	6 (9,8)	9 (14,7)	2 (3,3)	
Divorciado	1 (1,6)	-	3 (4,9)	4 (6,5)	2 (3,3)	
Solteiro	3 (4,9)	4 (6,5)	5 (8,2)	1 (1,6)	4 (6,5)	
Viúvo	-	1 (1,6)	-	-	2 (3,3)	0,343
Escolaridade						
Fundamental	5 (8,2)	7 (11,5)	6 (9,8)	4 (6,5)	4 (6,5)	
Médio/superior	6 (9,8)	5 (8,3)	8 (13,2)	10 (16,4)	6 (9,8)	0,656
Renda familiar						
Até três salários mín.	9 (14,7)	9 (14,7)	13 (21,3)	9 (14,7)	9 (14,7)	
Acima de três	2 (3,3)	3 (4,9)	1 (1,7)	5 (8,2)	1 (1,7)	0,330

6. DISCUSSÃO

Embora o hábito tabágico venha diminuindo, ainda temos um aumento na incidência de tabagistas em países em desenvolvimento e sua dependência associa-se a uma maior predisposição para doenças e incapacidades, gerando internações e afastamentos precoces por doenças tabaco-relacionadas.^{1, 2} No presente estudo, a prevalência encontrada foi de 20,8% de tabagistas, resultado semelhante ao encontrado em Botucatu no estado de São Paulo (22,6%) e em Curitiba (PR) (19,3%).¹⁰

Dentre os 61 pacientes tabagistas, a maioria (65,5%) era do sexo masculino, a média de idade foi de 51,08 ± 13,66 anos, similar aos dados encontrados em outros estudos.^{4, 5}

Analisando os dados relacionados ao tabagismo, observamos que a idade de início do tabagismo foi por volta dos 15 anos, carga tabágica de 30 anos-maço, e tempo de tabagismo acima de 20 anos, como demonstrado em vários estudos brasileiros.^{1-3, 5, 10}

A maioria iniciou o hábito de fumar por influência de amigos e familiares (55,7% e 22,9% respectivamente), a maioria (78,7%) já tentou parar de fumar, gostaria de parar de fumar (93,5%) e aceitaria tratamento (82%), dados semelhantes aos encontrados em estudo realizado em Florianópolis (SC). Estudo de metanálise mostrou que a cessação do hábito de fumar após um ano com abordagem mínima é de apenas 5%, reforçando a importância do tratamento para cessação do tabagismo.¹¹

O principal motivo para a cessação do tabagismo referido foi a preocupação com a própria saúde (90,2%) e com a família (78,7%). Essas variáveis podem ser utilizadas como argumento incentivador para a tentativa de mudança de comportamento em relação ao tabaco em nossas abordagens no ambiente hospitalar e fora dele, levando esses indivíduos a refletirem que parar

de fumar, em qualquer tempo, traz benefícios à saúde. Já os principais fatores que dificultam a cessação foram: “o cigarro é muito prazeroso” e o medo dos sintomas da abstinência (73,8% e 54,1% respectivamente), semelhantes aos encontrados em outros estudos.^{2, 5, 12}

Ao contrário de outros estudos, onde a maioria dos pacientes não relacionava o tabagismo com o desenvolvimento de doenças crônicas, de câncer e a internação, no nosso estudo, 64% dos tabagistas acreditavam que havia essa relação.¹³⁻¹⁵

Estes dados indicam a importância do papel do profissional de saúde no processo de cessação do hábito de fumar, pois os pacientes já fizeram pelo menos uma tentativa de parar de fumar sem sucesso e na minoria dos casos procuraram algum tipo de apoio profissional, demonstrando a importância e relevância do profissional de saúde no incentivo e apoio na tentativa de parar de fumar nessa população que já está fragilizada pela hospitalização.

As comorbidades mais frequentes foram: hipertensão (41,0%), problemas cardíacos (31,1%), varizes/trombose (29,5%), insuficiência arterial periférica (26,2%), doença pulmonar intersticial (22,9%) e gastrite/úlcera (22,9%). Esses resultados corroboram estudo anterior realizado em São Paulo.¹⁴

Quanto aos resultados do teste de Fargestron, a maioria (41,0%) apresentava grau elevado ou muito elevado de dependência da nicotina; 21,3%, médio; 19,7%; baixo e 18,0%, muito baixo, semelhantes aos achados descritos na literatura.^{9,16} Quanto maior o grau de dependência nicotínica, maior a dificuldade para a cessação ao tabagismo, com associação direta ao risco de fracasso.¹⁶

A motivação pessoal é fundamental para que tabagistas possam dar o primeiro passo seguro para conseguirem parar de fumar. Os resultados deste estudo mostram que a mudança comportamental em relação à cessação do hábito de fumar é bastante positiva, visto que a maioria (64%) encontra-se no

estágio da “ação”, em que há um comprometimento para a mudança e a prontidão para agir; 29,5%, contemplação e 6,5% no estágio de pré-contemplação, coincidindo com outros estudos. Estudo que avaliou o estágio motivacional apontou a internação como um fator de mudança do estágio motivacional para o abandono do consumo de cigarros, caracterizando essa população como mais próxima à mudança da condição tabágica.⁸ Esses dados fornecem indicadores para a realização de ações de apoio à cessação do tabagismo e evidenciam o papel das instituições de saúde e de seus profissionais, sobretudo os enfermeiros, no trabalho dessas motivações.

Analisando o grau de dependência nicotínica e as características sociodemográficas, verificamos que não houve associação estatisticamente significativa.

Tendo comprovado que essa situação de hospitalização realmente mobiliza o pensamento para a cessação do tabagismo, é necessário criar estratégias para atender essa população. Estudos afirmam aspectos positivos da hospitalização como reforço para o estado motivacional. Neste contexto, o tabagista deve receber inicialmente informações sobre os benefícios da cessação do tabagismo, com a avaliação de seu grau de dependência à nicotina para estabelecer o suporte cognitivo-comportamental e medicamentoso necessário, pois esses programas de orientações aos pacientes tabagistas hospitalizados apresentam boa relação custo-efetividade.^{12, 17, 18}

Conclusão

Os resultados do presente estudo nos permitem concluir que a prevalência de tabagismo foi similar à encontrada em outros estudos, o grau de dependência à nicotina era alto e a maioria dos pacientes estava no estágio motivacional de ação para cessação do tabagismo e não houve associação do grau de dependência nicotínica com variáveis sociodemográficas.

Referências

1. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*,2008;34(10):845-80.
2. Menotti A, Mulder I, Nissinen A, Feskens E, Giampaoli S, Tervahanta M et al. Cardiovascular risk factors and 10-year all-cause mortality in elderly european male population: the fine study. *European Heart Journal*,2001;22:573-9.
3. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have higher risk of lung cancer: a study from Japan. *BR Med J*.1981;282:183-5.
4. World Health Organization. Report on the global tobacco epidemic 2009: implementing smoke-free environments [Internet]. Genebra: World Health Organization 33 [acesso em 2012 Abr12]. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf.
5. Barreto RB, Pincelli MP, Steinwandter R, Silva AP, Manes J, Steidle LJM. Tabagismo entre pacientes internados em um hospital universitário no sul do Brasil: prevalência, grau de dependência e estágio motivacional. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*,2012;38(1):72-80.
6. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. *Cochrane Database Syst Rev*,2007;(18):CD001837.
7. Emmons KM, Goldstein MG. Smokers who are hospitalized: a window of opportunity for cessation interventions. *Prev Med*,1992;21(2):262-9.
8. Munafo M, Rigotti N, Lancaster T, Stead L, Murphy M. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients: a systematic review. *Thorax*.2001;56:656-63.
9. Russo AC, Azevedo RCS. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*,2010;36(5):603-11.
10. Frare e Silva RL, Carmes ER, Schwartz AF, Blaszkowski DS, Cirino RHD, Ducci RDP. Cessação de tabagismo em pacientes de um hospital universitário em Curitiba. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*,2011;37(4):480-7.

11. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*,2008;(2):CD000165.
12. Silagy C, Ketteridge S.Physician advice for smoking cessation. In: *Cochrane Library*. Oxford: Update Software,1998;issue 2.Updated quarterly.
13. Tanni SE, Iritsu NI, Tani M, Camargo PAB, Sampaio MGE, Godoy I. Evaluation of hospitalized patients in terms of their knowledge related to smoking. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*,2010;36(2):218-23.
14. Oliveira MVC, Oliveira TR, Pereira AC, Bonfim AV, Filho FSL, Voss LR. Tabagismo em pacientes internados em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*,2008;34(11):936-41.
15. Peixoto SV, Firmino JO, Lima MF. Factors associated with smoking cessation in two different adult populations. *Caderno de Saúde Pública*,2007;23(6):1319-28.
16. Haggstram FM, Chatkin JM, Cavalet BD, Rodin V, Fritscher CC. Tratamento do tabagismo com bupropiona e reposição nicotínica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*,2001;27(5):255-61.
17. Ramos APO, Studart FS. Tabagismo. In: Lopes AC, José FF, Lopes RD. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar – clínica médica*. São Paulo: Manole,2007; p295-304.
18. Meean RT, Stevens VJ, Hornbrook MC, La Chance PA, Glasgow RE, Hollis JF, et al. Cost-effectiveness of a hospital-based smoking cessation intervention. *Med Care*,1998;36(5): 670-8.

7 CONCLUSÃO

Atendendo aos objetivos propostos neste estudo, tem-se que a prevalência encontrada de tabagismo em pacientes hospitalizados foi de 20,8%.

Quanto ao grau de dependência da nicotina, de acordo com os resultados do teste de Fargestron, a maioria (41,0%) apresentava grau elevado ou muito elevado; 21,3%, médio; 19,7%; baixo e 18,0%, muito baixo.

Os dados sociodemográficos indicam que, dentre os 61 pacientes tabagistas, a maioria (65,5%) era do sexo masculino, a média de idade foi de $51,08 \pm 13,66$ anos. A idade de início do tabagismo foi por volta dos 15 anos, carga tabágica de 30 anos-maço, e tempo de tabagismo acima de 20 anos. A maioria iniciou o hábito de fumar por influência de amigos e familiares (55,7% e 22,9% respectivamente).

No que se refere ao grau motivacional para deixar de fumar, a maioria (78,7%) já tentou parar de fumar, 93,5% gostariam de parar de fumar e 82% aceitariam tratamento. Os resultados deste estudo mostram que a mudança comportamental em relação à cessação do hábito de fumar era bastante positiva entre os pacientes analisados, visto que a maioria (64%) encontrava-se no estágio da “ação”, em que há um comprometimento para a mudança e a prontidão para agir; 29,5%, contemplação e 6,5% no estágio de pré-contemplação.

O principal motivo para a cessação do tabagismo referido foi a preocupação com a própria saúde (90,2%) e com a família (78,7%).

Os principais fatores que dificultam a cessação foram “o cigarro é muito prazeroso” e o medo dos sintomas da abstinência (73,8% e 54,1% respectivamente).

Neste estudo, 64% dos tabagistas acreditavam que havia relação do tabagismo com o desenvolvimento de doenças crônicas e com a própria internação.

No que tange à dependência nicotínica e às características sociodemográficas, verificamos que não houve associação estatisticamente significativa.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo indicam a importância do profissional de saúde no processo da cessação, incentivando e apoiando essa população, fragilizada pela hospitalização, na tentativa de parar de fumar. Não há dúvidas de que no ambiente hospitalar a pessoa sente-se mais vulnerável e pode conseguir adotar novos hábitos de vida, podendo assim evitar futura hospitalização por doenças ligadas ao tabaco, sendo a internação uma boa oportunidade para estimular, avaliar o grau de dependência, como o grau de motivação para a cessação e assim conseguirmos criar estratégias que serão bem-sucedidas para iniciar um tratamento nesses pacientes.

Com este estudo conseguimos entender a necessidade de nossa atuação e de um grupo multidisciplinar para desenvolvermos juntos estratégias com vistas a propor um tratamento de forma efetiva de atuação com essa população e assim conseguirmos dar uma assistência focada na necessidade de cada indivíduo que se encontra hospitalizado em nosso serviço, considerando que cada pessoa apresenta um perfil de dependência e motivação específico.

Esperamos com este estudo contribuir para a criação de estratégias de abordagem ao tabagismo no ambiente hospitalar, darmos subsídios e treinamentos para que os profissionais da saúde, médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas consigam trabalhar de modo multiprofissional, focados, e com conhecimentos específicos no manejo desses pacientes que, além da patologia de entrada no momento da internação no hospital, trazem consigo outras comorbidades associadas, para receberem tratamento e, com expertise necessária, possamos aproveitar o momento no qual o indivíduo se encontra mais vulnerável e o fortalecermos com a ajuda de profissionais mais capacitados com uma visão ampla de um problema mundial que se reflete na

saúde pública. Almejamos, de um modo geral, ajudarmos esses indivíduos no manejo da cessação do tabagismo.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cristóbal C. Relaciones y Cartas de Cristóbal Colón [Internet] Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. Cap 1, Relación del primer viaje del descubrimiento; [acesso em 2012 Abr 13]; p. 1-183. Disponível em: <http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/01383853166915529202802/index.htm>.
2. James I. A Counterblast to Tobacco [Internet] Edição virtual facsímile; [acesso em 2012 Abr 14]. Disponível em: <http://books.google.co.uk/books?id=EasUAAAAYAAJ&ots=QUI7WbcKAZ&dq=a%20counterblaste%20to%20tobacco&pg=PT6#v=onepage&q&f=false>
3. Doll R, Hill AB. Smoking and carcinoma of the lung: preliminary report. Br Med J. 1950; 2: 739-48.
4. Doll R, Hill AB. The mortality of doctors in relation to their smoking habits. Br Med J. 1954; 4: 1451-5.
5. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU et al. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2008; 34(10): 845-880.
6. Menotti A, et al. Cardiovascular risk factors and 10-year all-cause mortality in elderly European male population: the fine study. European Heart Journal, 2001; 22: 573-579.
7. Rosemberg JRA, Moraes MA. Nicotina droga universal. São Paulo: SES/CVE, 2004.
8. World Health Organization. Report on the global Tobacco Epidemic 2009: implementing smoke-free environments [Internet]. Genebra: World Health Organization 33 [acesso em 2012 Abr 12]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf.
9. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito Domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida em doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004.


10. Malta DC, Moura EC, Silva SA, et al. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2010; 36(1):75-83.
11. Barreto RB, Pincelli MP, Steinwandter R, Silva AP, Manes J, Steidle LJM. Tabagismo entre pacientes internados em um hospital universitário no sul do Brasil: prevalência, grau de dependência e estágio motivacional. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2012; 38(1): 72-80.
12. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, et al. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ*. 2007;85(7):527-534.
13. World Health Organization. Protection from exposure to second-hand tobacco smoke: policy recommendations [homepage na internet]. Genebra: World Health Organization [acesso em 2012 Abr 14]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241563413_eng.pdf.
14. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have higher risk of lung cancer: a study from Japan. *BR Med J*. 1981; 282:183-185.
15. Tanni SE, Iritsu NI, Tani M, Camargo PAB, Sampaio MGE, Godoy I. Avaliação do conhecimento sobre o tabagismo em pacientes internados. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2010; 36(2): 218-223.
16. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CM, Godoy I, Chatkin JM, Sales MP, et al. Smoking cessation guidelines – 2008. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2008; 34(10): 845-880.
17. Organização Mundial de Saúde. CID 10, classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: Edusp; 2000.
18. Associação Americana de Psiquiatria. DSM-IV-TR: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. rev. Porto Alegre: ARTMED, 2002
19. Ramos APO, Studart FS. Tabagismo. In: Lopes AC, José FF, Lopes RD. Guias de medicina ambulatorial e hospitalar – clínica médica. São Paulo: Manole; 2007. p. 295-304.
20. Pereira LFF. Abordagem de pacientes hospitalizados. In: Viegas CAA, editor. Tabagismo – do diagnóstico à saúde pública. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 278-84.
21. Oliveira MVC, Oliveira TR, Pereira CAC, et al. Tabagismo em pacientes internados em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2008;34(11)936-41.

22. Santos UB, Calil TO, Bevilacqua EB, et al. Prevalência de tabagismo entre diversas enfermarias de hospital terciário. 13o Congresso Paulista de Pneumologia e Tisiologia; Nov 19-22; São Paulo. São Paulo: Pneumologia paulista; 2009.
23. Rigotti NA, Mufano MR, Murphy MF, et al. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;1: CD001837.
24. Emmons KM, Goldstein MG. Smokers who are hospitalized: a window of opportunity for cessation interventions. *Prev Med.* 1992;21(2):262-9.
25. Mufano M, Rigotti N, Lancaster T, et al. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients: a systematic review. *Thorax.* 2001;56:656-63.
26. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes para cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* 2004;30(Suppl2):S3-S76.
27. Storr CL, Reboussin BA, Anthony JC. The Fagerstrom test for nicotine dependence: a comparison of standard scoring and latent class analysis approaches. *Drug Alcohol Depend.* 2005; 80(2): 241-250.
28. Figlie NB. Motivação em alcoolistas em ambulatório específico para alcoolismo e em ambulatório de gastroenterologia. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil. 1999.
29. Russo AC, Azevedo RCS. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* 2010;36(5):603-611.
30. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychol Psychother Theor Res. Pract.* 1982; 19(3): 276-288.
31. Frare e Silva RL, Carmes ER, Schwartz AF, Blaszkowski DS, Cirino RHD, Ducci RDP. Cessação de tabagismo em pacientes de um hospital universitário em Curitiba. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* 2011; 37(4): 480-487.
32. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008; (2): CD000165.

9. ANEXOS

Anexo A

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Marcelina



Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
Casa de Saúde Santa Marcelina
Rua Santa Marcelina, 177- CEP: 08270-070 – Itaquera- São Paulo - SP
Telefones : PABX (11) 2070-6000- ou (11) 2070-6433
E-mail: comissoes@santamarcelina.org; [http:// www.santamarcelina.org](http://www.santamarcelina.org)

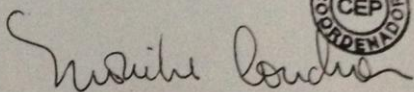
CEP/CSSM Nº – 30/12


São Paulo, 31 de outubro de 2012.

Ilmo. (a). Sr. (a).
Investigador (a) Principal: Fabiana Traldi.
Referência: Projeto de Pesquisa

Vimos por meio desta informar que o Comitê de Ética em Pesquisa da Casa de Saúde Santa Marcelina analisou e aprovou em reunião realizada em 31 de outubro de 2012 as adequações realizadas em resposta ao parecer substanciado CEP/CSSM nº 30/12 datado de 29 de agosto de 2012 referente ao projeto de pesquisa intitulado: *“Tabagismo em pacientes internados em um hospital geral.”*

Atenciosamente,


Dra. Mônica Conchon
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa- CSSM



Solicitamos que encaminhe os relatórios parciais e finais, bem como envie-nos possíveis emendas e novos termos de consentimento livre e esclarecido, notifique qualquer evento adverso sério ocorrido no centro e rfovas informações sobre a segurança/ toxicidade da medição para que possamos fazer o devido acompanhamento deste estudo.

Anexo
o B

Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tabagismo em pacientes internados em um hospital geral

Pesquisador: Fabiana Traldi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12325413.1.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 203.099

Data da Relatoria: 22/02/2013

Apresentação do Projeto:

O tabagismo é considerado uma pandemia, uma vez que morrem cerca cinco milhões de pessoas por ano no mundo, em consequência das doenças provocadas pelo tabaco. Sua dependência associa-se a uma maior predisposição para doenças e incapacidades, resultando numa piora da saúde e da qualidade de vida da população em geral, gerando internações e afastamentos precoces devido a doenças tabaco-relacionadas. Apesar da maioria dos hospitais brasileiros serem considerados ambientes livres de tabaco, alguns pacientes conseguem manter o consumo de cigarros dentro das instituições. Não há dúvidas de que no momento de uma internação é uma boa oportunidade para se estimular, amparar e iniciar tratamento em pacientes tabagistas, a fim de motivar esses indivíduos na "cessação tabágica" em uma tentativa que se espera ser bem sucedida, pois o paciente no momento da hospitalização normalmente está mais vulnerável às mensagens antitabágicas. Devido a todo esse contexto, esse trabalho tem como objetivo determinar a prevalência do tabagismo em pacientes hospitalizados, bem como avaliar seu grau de dependência e seu estado motivacional para a cessação do tabagismo, para um maior entendimento da dimensão do problema e possíveis intervenções futuras para cessação do tabagismo em pacientes que se encontram hospitalizados.

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, do tipo transversal e analítico, será realizado em um Hospital geral de grande porte localizado na zona leste da cidade de São Paulo, instituição filantrópica que presta serviço de atendimento a nível terciário, sendo 88% de atendimentos do

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Sistema Único de Saúde (SUS) e 12% de convênios e particulares. O estudo será realizado em unidades de internação que prestam atendimento ao

SUS sendo enfermarias clínicas e cirúrgicas onde temos o atendimento de várias especialidades. O hospital conta com um serviço de Gerenciamento de Leitos que monitora e gerencia todas as altas e internações em todas as unidades do hospital, diariamente a

pesquisadora verificará no Setor de Gerenciamento de Leitos do hospital campo de estudo os pacientes que foram internados no dia anterior. A pesquisadora irá monitorar as admissões desses pacientes e visitar o paciente a partir do terceiro dia de internação, esclarecer o objetivo do estudo solicitando a assinatura do TCLE. Após a assinatura do mesmo, a pesquisadora fará as perguntas ao paciente para que não haja problemas com

interpretações das questões, perda de pacientes por não estarem alfabetizados e melhor monitoramento do instrumento. O instrumento é composto de questões semiestruturadas e será aplicado em todos os pacientes que participarem do estudo sendo fumantes, não fumantes e ex-fumantes.

Objetivo da Pesquisa:

2.1 - Geral

¿ Verificar a associação do grau de dependência nicotínica com variáveis sociodemográficas e motivação para cessação.

2.2 - Específicos

¿ Determinar a prevalência de tabagismo em pacientes hospitalizados;

¿ Avaliar o grau de dependência da nicotina;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem risco, nenhum procedimento invasivo

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo com objetivo acadêmico de mestrado da aluna FABIANA TRALDI e Orientadora: Profª Dra. Ana Rita de Cássia Bettencourt.

A instituição co-participante será o Hospital Santa Marcelina (apresentada aprovação do CEP-local)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados (folha de rosto assinada e datada pelo responsável do Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica da Unifesp) e TCLE.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5539-7162

Fax: (11)5571-1062

E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Recomendações:

Nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Projeto, é um estudo de prevalência. Não apresenta procedimentos invasivos. O TCLE está adequadamente redigido.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer do relator

SAO PAULO, 22 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7162 **Fax:** (11)5571-1062 **E-mail:** cepunifesp@unifesp.br

Anexo C**Termo de Consentimento livre e Esclarecido**

Caro Sr.(a),

Convido a participar de um estudo que tem como objetivo determinar a prevalência de tabagismo em pacientes hospitalizados, comparar a carga tabágica, avaliar o grau de dependência da nicotina e verificar a associação do grau de dependência nicotínica com variáveis sociodemográficas e motivação para cessação.

Este estudo não causa nenhum prejuízo a sua saúde e não implicará em nenhum custo adicional. Sua participação é voluntária e não há nenhuma remuneração. Será realizado perguntas de múltipla escolha pela pesquisadora com intuito de não haver erro na interpretação das questões.

A sua participação é fundamental para a realização deste estudo, e o sigilo da sua identificação está assegurado. É garantido que em qualquer etapa do estudo, você tenha acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A investigadora é a Enfª Fabiana Traldi que pode ser encontrada no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Marcelina (CEP) – Rua Santa Marcelina, 177 – 3º andar, telefone 2070-6433 com Fernanda. É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente. Os dados coletados neste estudo somente serão utilizados para esta pesquisa.

Agradecemos pela colaboração

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: “O tabagismo em pacientes hospitalizados em um hospital geral”

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Nome _____

Registro _____

Data ___/___/___

Assinatura: _____

Nome _____

Testemunha não ligada a equipe dos pesquisadores

Data ___/___/___

Assinatura: _____

Assinatura do Pesquisador(a): _____

Anexo D
Questionário para Entrevista – Tabagismo

(1) Iniciais do paciente: _____ (2) Clínica de Internação: _____

(3) Número de internações anteriores: _____

(4) Diagnóstico inicial: _____

(5) Profissão: _____

Dados Demográficos e Hábitos de Vida

(6) Idade _____ (7) Sexo: 1- feminino 2- masculino

(8) Estado Civil: 1- solteiro(a) 2- casado(a) 3- viúvo(a) 4- separado(a)/divorciado(a)

Dados Socioeconômicos

(9) Qual seu grau de escolaridade?
1- analfabeto 2- ensino fundamental 3- ensino médio 4- ensino superior
(10) Qual a renda mensal total de sua família? (em salários mínimos) _____

Dados sobre o tabagismo

(11) Você fuma? 1- não fumante 2- fumante 3- ex-fumante
OBS: fumante: consumidor de pelo menos um cigarro diário por um período superior há 30 dias / ex-fumante: abandonou o cigarro pelo menos por um período de 01 ano

(12) Você gostaria que existisse um fumódromo no seu local de trabalho ou no hospital? 1- não 2- sim

(13) Alguém em sua casa/trabalho fuma na sua presença ou no mesmo local que você frequenta? 1- não 2- sim

(14) Com qual idade iniciou? _____

(15) Há quanto tempo fuma(anos)? _____

(16) Há quanto tempo parou de fumar (em anos)? _____

(17) Por quantos anos voe fumou? _____

(18) Quantos cigarros por dia você fuma atualmente? _____

(19) Qual sua carga tabágica (calcular em anos-maço) _____

(20) Porque iniciou o fumo? 1- influência de familiares 2- influência de amigos

3- influência de colegas de trabalho 4- tentativa de aliviar o stresse do dia a dia
5- não sabe informar

(21) Outros. Qual o motivo? _____

(22) Já tentou parar de fumar? 1- não 2- sim

(23) Você utilizou algum recurso para deixar ou tentar parar de fumar?

1- nenhum 2- leitura de orientações em folhetos, revistas e jornais

3- apoio de profissional de saúde 4- grupos de apoio

5- Medicamento. Qual? _____

6- Outros. Qual? _____

(24) Qual dos recursos acima você acredita ter realmente colaborado para a cessação do tabagismo? _____

(25) Você gostaria de parar de fumar? 1- não 2- sim

(26) Aceitaria tratamento para parar de fumar? 1- não 2- sim

(27) Porque você deixou ou quer parar de fumar?

a) porque está preocupado com sua saúde. 1- não 2- sim

b) porque não gosta de ser dependente. 1- não 2- sim

c) outras pessoas estão lhe pressionando. 1- não 2- sim

d) fumar é anti-social 1- não 2- sim

e) pelo bem estar de sua família 1- não 2- sim

f) porque gasta muito dinheiro com cigarro 1- não 2- sim

g) fumar é um mau exemplo para seus filhos 1- não 2- sim

h) porque seus filhos pedem 1- não 2- sim

i) devido às restrições de fumar em ambientes fechados 1- não 2- sim

(28) O que você considera como um fator que dificulta a cessação?

a) medo de engordar 1- não 2- sim

b) medo dos sintomas de abstinência 1- não 2- sim

c) presença de pessoas que fumam em ambientes que você frequenta 1- não
2- sim

d) acha que o cigarro não faz mal 1- não 2- sim

e) acha o cigarro muito prazeroso 1- não 2- sim

(29) Você acha que o cigarro tem relação com sua atual internação?

1- não 2- sim

(30) Você fumou alguma vez desde que foi internado? 1- não 2- sim

Sinais e sintomas de abstinência da nicotina

(31) irritabilidade 1- não 2- sim

(32) ansiedade 1- não 2- sim

(33) depressão 1- não 2- sim

(34) diminuição da concentração 1- não 2- sim

(35) inquietação 1- não 2- sim

(36) insônia 1- não 2- sim

(37) frequência cardíaca diminuída 1- não 2- sim

(38) aumento do apetite ou ganho de peso 1- não 2- sim

(39) apresenta síndrome de abstinência 1- não 2- sim

Comorbidades

(40) doença pulmonar intersticial 1- não 2- sim

(41) varizes / trombose 1- não 2- sim

(42) gastrite / úlceras	1- não	2- sim
(43) problemas cardíacos	1- não	2- sim
(44) AIT / AVE	1- não	2- sim
(45) alguma lesão ou tumor maligno	1- não	2- sim
(46) DPOC?	1- não	2- sim
(47) Asma?	1- não	2- sim
(48) insuficiência arterial periférica	1- não	2- sim
(49) pressão alta	1- não	2- sim
(50) diabetes	1- não	2- sim
(51) outras	1- não	2- sim

Qual:

Teste de Fagerstrom

(52) Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

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

(53) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas e outros? 0- não 1- sim

(54) Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?

1- o primeiro da manhã 0- outros

(55) Quantos cigarros você fuma por dia?

0- menos de 10 1- de 11 a 20 2- de 21 a 30 3- mais de 31

(56) Você fuma mais frequentemente pela manhã?

0- não 1- sim

(57) Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

0- não 1- sim

Grau de dependência?

1) 0 a 2 = muito baixo 2) 3 a 4 = baixo 3) 5 = médio

4) 6 a 7 = elevado 5) 8 a 10 = muito elevado

Data: _____ / _____ / _____

Entrevistador: _____

Anexo E

URICA

Existem 5 respostas possíveis para cada um dos itens do questionário . Indique a resposta que melhor descreve sua opinião:

1-Discorda totalmente 2-Discorda 3-Indeciso 4- Concorda 5- Concorda totalmente

	Discorda Totalmente	Discorda	Indeciso	Concorda	Concorda Totalmente
1. No meu ponto de vista, eu não tenho nenhum problema que precisa de mudança.					
2. Eu acho que posso estar pronto para alguma melhora pessoal.					
3. Eu estou fazendo algo sobre meus problemas que estão me incomodando					
4. Vale a pena trabalhar o meu problema.					
5. Não sou eu quem tem problema. Não faz muito sentido para mim.					
6. Você está preocupado em voltar a ter o problema que você pensou já ter resolvido? () não – coloque a resposta discordo muito e vá para Q7					
7. Eu estou finalmente tomando providências para resolver meu problema					
8. Eu tenho pensado que posso querer mudar alguma coisa sobre eu mesmo					
9. Você tem tido sucesso em resolver seu problema? () não – coloque a resposta discordo muito – vá para Q10					
10. Às vezes meu problema é difícil, mas estou tentando resolve-lo.					
11. Estar aqui é uma perda de tempo para mim, porque o problema não tem nada a ver comigo					
12. Eu espero que este lugar venha ajudar a me entender.					
13. Eu suponho ter defeitos, mas não há nada que eu realmente precise mudar					
14. Eu realmente estou me esforçando muito para mudar					
15. Eu tenho um problema e realmente acho que deveria tentar resolvê-lo					
16. Você conseguiu mudar algo em relação ao seu problema? () Não - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q17					
17. Mesmo que nem sempre eu tenha sucesso com a mudança, pelo menos					

Anexos

estou me esforçando para resolver meu problema					
18. Eu pensei que uma vez resolvido o problema, estaria livre dele. Mas algumas vezes eu ainda percebo que estou lutando com ele					
19. Eu espero ter mais idéias de como resolver meu problema					
20. Você começou tentar resolver seu problema? () Não - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q21					
21. Talvez este lugar possa me ajudar					
22. Você fez alguma mudança em relação ao seu problema? () Não - Coloque a resposta Discordo Muito – Vá para Q23					
23. É possível que eu seja parte do problema, mas não acho que eu sou					
24. Eu espero que alguém aqui possa me dar boas orientações					
25. Qualquer um pode falar sobre mudanças, mas eu estou realmente fazendo alguma coisa sobre isso					
26. Toda essa conversa sobre psicologia é chata. Por que as pessoas não podem simplesmente esquecer seus problemas ?					
27. Eu estou aqui para prevenir uma recaída					
28. É frustrante, mas eu acho que posso estar tendo uma recaída					
29. Eu tenho preocupações como todo mundo. Por que perder tempo pensando nelas?					
30. Eu estou tentando ativamente resolver meu problema.					
31. Eu preferiria conviver com meus defeitos, do que mudá-los.					
32. Depois de tudo que eu fiz para mudar meu problema, as vezes ele volta a me perseguir					

Anexo F**Jornal Brasileiro de Pneumologia**

Secretaria do Jornal Brasileiro de Pneumologia
SEPS 714/914 - Bloco E - Sala 220/223
Asa Sul - Brasília/DF - 70390-145
Fone/Fax: 0800 61 6218, email:
jpneumo@jornaldepneumologia.com.br

Brasília, quarta-feira, 13 de agosto de 2014

Ilmo(a) Sr.(a)
Prof(a), Dr(a) Fabiana Traldi

Referente ao código de fluxo: **4390**
Classificação: **Artigo Original**

Informamos que recebemos o manuscrito "**Prevalência de tabagismo em pacientes hospitalizados, grau de dependência à nicotina e de motivação para cessação do tabagismo**" será enviado para apreciação dos revisores para possível publicação/participação na(o) **Jornal Brasileiro de Pneumologia**.

Por favor, para qualquer comunicação futura sobre o referido manuscrito cite o código de fluxo apresentado acima.

Obrigado por submeter seu trabalho ao **Jornal Brasileiro de Pneumologia**.

Atenciosamente,

Dr. Carlos Roberto Ribeiro de Carvalho
Editor

«««« Favor não responder esta mensagem, pois ela foi gerada automaticamente pelo SGP »»»»

