

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

FERNANDA GUARILHA BONI

**TABAGISMO NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: ANÁLISE DE DIAGNÓSTICOS E
CUIDADOS DE ENFERMAGEM IMPLEMENTADOS NA PRÁTICA CLÍNICA**

Porto Alegre

2019

FERNANDA GUARILHA BONI

**TABAGISMO NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: ANÁLISE DE DIAGNÓSTICOS E
CUIDADOS DE ENFERMAGEM IMPLEMENTADOS NA PRÁTICA CLÍNICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dr^a Isabel Cristina Echer

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao corpo docente da Escola de Enfermagem, por me proporcionarem um ensino de excelência, oportunidades de aprendizados e vivências ímpares ao longo da graduação e também pelo incentivo à pesquisa.

À minha querida orientadora, professora Isabel Cristina Echer, que ao longo desses três anos de tutoria compartilhou comigo tantos aprendizados, experiências e bons sentimentos. Obrigada por me inspirar a fazer ciência, me proporcionar tantas oportunidades e pela relação de amizade que construímos. És uma pessoa muito especial e tens minha admiração.

Às enfermeiras Beatriz Cavalcanti Juchem e Viviane Maria Osmarin que sempre com muita paciência e gentileza compartilharam seus conhecimentos. Vocês foram essenciais na minha caminhada e muito me inspiram a fazer ciência e ser enfermeira.

Aos meus pais, Alessandra e Jucelio, que sempre me incentivaram a estudar, apoiaram meus sonhos e nunca mediram esforços para suprir todas as minhas necessidades. Agradeço imensamente a todo amor que vocês têm por mim, pelas oportunidades que me proporcionam e por acreditarem no meu potencial, esta é conquista também é de vocês.

Ao meu amado, Lucas, que está ao meu lado em todos os momentos, que vibra minhas conquistas e acolhe meu choro os momentos difíceis. Obrigada por compartilhar as alegrias e dificuldades da vida , esta conquista também é tua.

Ao meu avô Joel e minha avó Shirley (in memoriam) que dedicaram anos de suas vidas ao ensino e à academia. Obrigada pelo apoio e suporte incondicional durante minha criação. Dedico esta conquista a vocês.

Agradeço imensamente a todos vocês!

“Aos outros, dou o direito de ser como são. A mim, dou o dever de ser cada dia melhor.”

(Chico Xavier)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Diagnósticos de enfermagem mais prevalentes elencados para os pacientes tabagistas internados, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019. (n=69).....	24
Tabela 2 – Diagnósticos de enfermagem com etiologia relacionada ao abuso de substâncias implementados para pacientes tabagistas, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019. (n=69).....	24
Tabela 3 – Diagnósticos de enfermagem e respectivas etiologias que sugerem relação com o tabagismo e/ou suas complicações implementados para pacientes tabagistas, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019. (n=69).....	25

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Cuidados de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem relacionados ao abuso de substância prescritos para pacientes tabagistas, 2019.....	26
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVO.....	9
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	10
3.1 Tabagismo.....	10
3.2 Processo de Enfermagem.....	12
4 MÉTODO.....	14
4.1 Tipo de estudo.....	14
4.2 Campo de estudo.....	14
4.3 População e amostra.....	14
4.4 Coleta de dados.....	14
4.5 Análise de dados.....	15
4.6 Aspectos éticos.....	15
REFERÊNCIAS.....	16
5 RESULTADOS.....	19
Artigo intitulado “Diagnósticos e cuidados de enfermagem implementados para pacientes tabagistas hospitalizados”.....	19
Resumo.....	19
Introdução.....	20
Método.....	21
Resultados.....	23
Discussão.....	26
Conclusões.....	28
Referências.....	29
ANEXO 1 – Instrumento de coleta de dados.....	32
ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	38
ANEXO 3 – Carta de aprovação em comitê de ética.....	39
ANEXO 4 – Carta de aprovação pela COMPESQ-ENF/UFRGS.....	43
ANEXO 5 – Termo de compromisso para utilização de dados.....	44
ANEXO 6 – Procedimentos editoriais.....	45

1 INTRODUÇÃO

Estudos evidenciam que 15% da população brasileira faz uso de tabaco (BRASIL, 2013). Entre as capitais brasileiras, o maior percentual encontra-se em Porto Alegre, seguido por Curitiba e São Paulo (BRASIL, 2015). Em nível mundial, acredita-se que um terço da população adulta seja fumante (WHO, 2012). O consumo do cigarro está diretamente relacionado a mais de 50 tipos de patologias, sendo considerada a principal causa de morte evitável no mundo. Anualmente são gastos mais de R\$ 55 bilhões com doenças relacionadas ao tabaco no Brasil, incluindo despesas médicas e custos indiretos relacionados ao pagamento de benefícios por incapacitação de trabalhadores (BRASIL, 2017).

Com o aumento de pessoas tabagistas hospitalizadas se faz necessário o aprimoramento dos cuidados realizados por parte dos profissionais com vistas a realizar uma assistência de excelência. Muitas vezes o motivo da internação está relacionado ao uso do tabaco, fazendo com que os pacientes se sensibilizem a parar de fumar. Corroborando esta linha de pensamento, um estudo identificou que o tabagismo está associado ao aumento do risco de hospitalizações evitáveis por doenças crônicas em idosos, como a diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica e a insuficiência cardíaca (TRAN; FALSTER; DOUGLAS; BLYTH, 2015). No momento da internação, a abordagem e o cuidado implementado pela equipe de enfermagem possuem papel essencial para o sucesso do abandono do tabaco.

Uma pesquisa internacional mostra que intensificar as ações de educação em saúde durante a internação hospitalar e manter algum tipo de acompanhamento por pelo menos um mês após a alta, são capazes de promover a cessação do tabagismo (RIGOTTI; CLAIR; MUNAFO; STEAD, 2012). Outros estudos envolvendo pacientes tabagistas internados apontam dependência à nicotina em nível elevado sugerindo que a equipe assistencial esteja atenta ao reconhecimento precoce dos sinais de abstinência e a necessidade do uso de medicamentos, essenciais em tais situações, para proporcionar melhor conforto ao paciente e sucesso do tratamento (RUIZ; ORIVE; REINA; MIRANDA, 2017; GREGORIO; RAMALHO, SANTIAGO; LUCCHESI, 2018; MACIOSEK; XU; BUTANI; PECHACEK, 2015).

A especificidade de cuidados demandados por pacientes tabagistas durante a hospitalização bem como no processo de cessação do tabaco foram fatores que motivaram o desenvolvimento deste estudo. Associado a isto, durante a graduação de enfermagem, participei como pesquisadora do projeto intitulado “Fatores que contribuem para a cessação

do tabagismo em um hospital universitário”. Atualmente, com o propósito de dar continuidade nos estudos nesta área propõe-se esta pesquisa.

Nesse sentido, a finalidade desta investigação é de contribuir e aprimorar o conhecimento para a assistência de enfermagem, principalmente, no que diz respeito aos diagnósticos e cuidados de enfermagem implementados aos pacientes tabagistas internados em um hospital universitário. Portanto, este estudo visa responder a seguinte questão norteadora: *Quais os diagnósticos e os cuidados de enfermagem são implementados na prática clínica para pacientes tabagistas internados em um hospital universitário?*

Acredita-se que os resultados deste estudo poderão contribuir para as práticas assistenciais de enfermagem relacionadas aos diagnósticos e aos cuidados de enfermagem junto a pacientes tabagistas internados. A finalidade é oferecer um cuidado mais específico e adequado para cada paciente, respeitando suas individualidades e assegurando que os mesmos recebam um cuidado que os ajudem a parar de fumar.

2 OBJETIVO

Identificar os diagnósticos e os cuidados de enfermagem implementados na prática clínica para pacientes tabagistas e em abstinência em um hospital universitário.

3 CONTEXTO TEÓRICO

O contexto teórico está dividido em dois tópicos: Tabagismo e Processo de Enfermagem.

3.1 Tabagismo

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o tabagismo é considerado uma doença crônica caracterizada pela dependência de nicotina e inalação da fumaça derivada da combustão do tabaco. É considerado tabagista o indivíduo que fumou mais de cem cigarros na vida e pelo menos um cigarro no último mês. Além disso, o tabagismo consta na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, (F17 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do fumo) justificando a importância de discutir e compreender o uso do tabaco como um problema de saúde pública (WHO, 2016).

O consumo do tabaco é um dos principais fatores de risco preveníveis para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e que geralmente inicia no período da adolescência. Um estudo recente identificou que o tabagismo está diretamente relacionado com o aumento do risco de hospitalizações evitáveis por doenças crônicas em idosos como diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca. Além disso, este estudo também conclui que cessar o tabagismo, mesmo em idades avançadas, reduz o risco de hospitalizações evitáveis por doenças crônicas (TRAN; FALSTER; DOUGLAS; BLYTH, 2015).

A combustão do tabaco produz gases e partículas que se misturam e causam a fumaça característica. Essa fumaça percorre dois caminhos, sendo um a corrente principal, que passa por dentro do cigarro e adentra as vias aéreas do indivíduo e a corrente secundária que se alastra diretamente para o ar ambiente. Portanto, compartilhar um local com alguém que está fumando, seja este fechado ou não, ocasiona a inalação de substâncias tóxicas fazendo com que as demais pessoas fumem de forma passiva, podendo causar a estes indivíduos diversos danos à saúde, tais como irritação nos olhos, sintomas nasais, tosse, cefaleia, reações alérgicas e bronquite (WHO, 2012; SILVA et al, 2012).

É importante ressaltar que cessar o fumo traz diversos benefícios para o tabagista, tanto a curto quanto a longo prazo, como por exemplo, a melhora da função pulmonar, recuperação do olfato e do paladar, melhora do aspecto e coloração da pele bem como a prevenção de doenças graves (SILVA et al, 2012; ROSSANEIS; MACHADO, 2011). Além disso, cessar o fumo, mesmo que em idades avançadas, diminui significativamente o risco de

hospitalizações evitáveis ocasionadas por doenças crônicas (TRAN; FALSTER; DOUGLAS; BLYTH, 2015).

Tendo em vista isso, é importante que os profissionais de saúde se envolvam na busca de estratégias legislativas e educativas que coíbam a iniciação tabágica e também previnam o tabagismo. Além disso, é necessário também que os fumantes se conscientizem sobre a influência do seu comportamento sobre crianças e adolescentes.

A preocupação com a própria saúde é um dos motivos mais prevalentes que influenciam a cessação do fumo conforme estudo realizado no Japão com mais de 2000 tabagistas (TANIHARA; MOMOSE, 2015). Nesta mesma perspectiva, outro estudo recente identificou que homens fumantes recém-diagnosticados com dislipidemia e diabetes eram mais propensos a cessar o fumo (KWON et al, 2015). Estas informações evidenciam e fortalecem a preocupação com a saúde como um aspecto importante no processo de mudança de comportamento do indivíduo fumante.

Entretanto, os desafios enfrentados pelos tabagistas durante o processo de cessação do tabaco estão entre os fatores que contribuem para as altas taxas de prevalências, visto que muitas vezes os sintomas de abstinência fazem com que os fumantes desistam de tentar parar de fumar (ECHER; CÔRREA; LUCENA; FERREIRA; KNORST, 2011). Diante disto, para que o tabagista consiga cessar o fumo com sucesso, se faz necessário o acompanhamento com profissionais de saúde capacitados.

Neste cenário destaca-se o papel do enfermeiro, que possui as competências para desenvolver e implementar estratégias para auxiliar o fumante na árdua jornada de cessação do fumo, seja em ambulatórios, hospitais ou na rede básica (CRUZ; GONÇALVES, 2014; MOURA; MENEZES; MARIANO; SILVA, 2011). Uma revisão integrativa evidenciou que a maior parte das intervenções implementadas por enfermeiros junto aos pacientes tabagistas estava direcionada à cessação, corroborando a importância do papel da enfermagem neste processo (MOURA; MENEZES; MARIANO; SILVA, 2011). Cabe ressaltar que, devido à complexidade envolvida na cessação do fumo, é imprescindível que o paciente seja continuamente avaliado com o objetivo de identificar quais as estratégias são mais eficazes e o que pode ser adaptado conforme as demandas e especificidades de cada indivíduo.

Frente a esta problemática, o local onde foi realizado o estudo possui a Comissão de Controle do Tabagismo (CCT). A CCT foi criada em 1989 e possui como principal objetivo coibir o fumo nas dependências do hospital com vistas a melhorar a qualidade de vida, saúde, conforto e segurança da população que frequenta diariamente a instituição. Esta comissão é composta por profissionais de diversas áreas que se reúnem mensalmente para debater ideias e

definir ações permanentes de educação em saúde a serem realizadas com a comunidade. É importante ressaltar que a CCT possui caráter educativo e com principal finalidade conscientizar as pessoas dependentes do tabaco sobre os malefícios do fumo (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2012).

3.2 Processo de Enfermagem

A Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) é uma ferramenta utilizada pelo enfermeiro com vistas a organizar, planejar e executar as ações e os cuidados implementados aos pacientes durante o período de hospitalização (ALFARO-LEFEVRE, 2014). Estudo sobre as percepções de uma equipe de enfermagem frente à implementação da SAE concluiu que o uso desta metodologia de trabalho é positiva, pois proporciona a realização de diagnósticos mais acurados e, por consequência, intervenções mais adequadas. (GIEHLI et al, 2016).

O Processo de Enfermagem (PE) esta inserido na SAE e conforme Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, é constituído por cinco etapas que se relacionam entre si, sendo elas: coleta de dados, Diagnóstico de Enfermagem (DE), plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, implementação de cuidados e intervenções e avaliação do resultado (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). De acordo com a Lei nº 7.498/1986, regulamentadora do exercício da enfermagem, é responsabilidade do enfermeiro realizar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (BRASIL, 1986).

Para qualificar a realização do PE, são utilizadas nomenclaturas específicas, como as taxonomias NANDA-I, a *Nursing Interventions Classification* (NIC) e a *Nursing Outcomes Classification* (NOC). Na instituição onde foi realizado o estudo, o PE faz parte do prontuário do paciente desde 1970 e somente no ano 2000 que passou a ser informatizado. A informatização tem proporcionado maior agilidade no processo de trabalho do enfermeiro. Pesquisa feita em uma unidade de terapia intensiva de um hospital brasileiro apontou que a sistematização e informatização da assistência são mais efetivas do que o registro manual, visto que gera maior precisão durante a realização das cinco etapas do PE (TANNURE; LIMA; OLIVEIRA; LIMA, 2015).

Quanto às etapas do PE, a coleta de dados corresponde a primeira fase e é o momento em que informações objetivas e subjetivas são colhidas através da anamnese e exame físico do paciente ou histórico de enfermagem. Este momento é de suma importância para o

desenvolvimento das etapas seguintes, visto que as informações coletadas subsidiarão os diagnósticos e cuidados que serão prescritos posteriormente (ALMEIDA et al, 2011).

A escolha dos DE consiste na segunda etapa e é feita a partir do conhecimento científico e do julgamento clínico do enfermeiro a respeito das informações coletadas previamente (ALMEIDA et al, 2011). O DE é enunciado a partir da taxonomia NANDA-I e é composto por três níveis: domínios, classes e DE. A atual classificação dos Diagnósticos de Enfermagem 2018-2020 possui 13 domínios, 47 classes e 244 diagnósticos (NANDA, 2018). Os DE estão organizados de acordo com as classes e domínios e são compostos por: Título, Definição, Fatores relacionados, Fatores de risco e Características definidoras.

Cabe ressaltar que a escolha do DE é uma etapa bastante complexa visto que exige uma avaliação mais apurada dos sinais e sintomas apresentados pelos pacientes. Além disso, elencar um DE acurado fortalece uma prática de enfermagem baseada em evidências e consequentemente também garante ao paciente um cuidado mais específico (PEREIRA et al, 2015).

No campo onde se realizou o presente estudo, para registrar informações e dados do PE, os profissionais utilizam o Aplicativo de Gestão Hospitalar (AGH) que está disponível em todos os computadores do hospital e só pode ser acessado mediante usuário e senha pessoal (ALMEIDA et al, 2011).

Através desta plataforma, é possível realizar o registro da anamnese, exame físico, a escolha de DE e respectivas etiologias. Esta ferramenta também permite a elaboração de prescrição de enfermagem, registro de evoluções diárias, consulta a resultados de exames, entre outras atividades.

Na etapa referente à escolha do DE, o enfermeiro os encontra listados no sistema informatizado da instituição com nomenclatura muito similar à descrita pela NANDA-I. Esses DE estão organizados conforme as necessidades humanas básicas e podem ser escolhidos conforme forem adequados ao quadro clínico do paciente.

Cabe ressaltar que, após a escolha do DE, o enfermeiro tem a opção de selecionar cuidados de enfermagem correspondentes e que já estão vinculados ao DE pelo sistema. Além disso, neste momento o profissional também define a frequência e o aprazamento em que estes cuidados serão realizados.

Quanto à última fase do PE, momento em que o enfermeiro faz o registro da avaliação do estado do paciente, o sistema está estruturado em: Subjetivo, Objetivo, Interpretação e Conduta.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal com busca de dados em prontuário. O estudo transversal se caracteriza por retratar a realidade que o pesquisador busca compreender em um dado momento, ou seja, é uma fotografia estática de um fenômeno. Estudos do tipo transversal são recomendados quando se deseja estimar a ocorrência, por exemplo, de uma doença e também são úteis para descrever as características de uma população com vistas a identificar grupos de riscos e melhorar planejar as ações em saúde (POLIT; BECK, 2011).

4.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado nas unidades de internação clínica, cirúrgica e de terapia intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), instituição de grande porte e de atenção múltipla, voltada ao ensino, à pesquisa e à assistência em saúde. Integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

No local escolhido como campo de estudo há seis unidades clínicas e oito unidades cirúrgicas, com média de 40 leitos por unidade. No ano de 2019, até o momento, houve 7.344 internações de pacientes nestas unidades com média de 6,45 dias de permanência.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por pacientes internados nos meses de agosto e setembro de 2017 em unidades clínicas, cirúrgicas e de terapia intensiva do HCPA. Foram incluídos pacientes tabagistas ativos ou que estivesse em abstinência por um período de tempo menor que seis meses, com idade igual ou superior a 18 anos e excluídos pacientes com incapacidade de responder aos questionamentos dos pesquisadores ou ausentes do leito até a segunda tentativa de coleta.

4.4 Coleta dos dados

A coleta de dados ocorreu no período de oito de agosto a 13 setembro de 2017 e teve início com a impressão diária da listagem dos pacientes para identificar novas internações. A partir desta lista, o status tabágico foi verificado junto aos pacientes à beira do leito. Os

pacientes que relatassem fazer uso do tabaco até o momento da internação ou que estavam sem fumar por um período menor que seis meses foram considerados fumantes e convidados a participar do estudo. Em seguida, buscaram-se os aspectos sociodemográficos e clínicos destes pacientes à beira do leito e por meio de consulta ao prontuário eletrônico (ANEXO 1). Todos os pacientes que aceitaram fazer parte da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2).

Os dados referentes aos diagnósticos e cuidados de enfermagem foram extraídos mediante uma *query* solicitada a Coordenadoria de Gestão da Tecnologia da Informação da instituição, que possui ferramentas necessárias para a compilação e organização destes dados. Na *query* buscou-se a anamnese dos pacientes tabagistas, a listagem de todos os DE elencados no período de internação e os respectivos cuidados que constavam nas prescrições de enfermagem.

4.5 Análise dos dados

Foram criados dois bancos de dados utilizando o Microsoft Excel®, um contendo os DEs e os cuidados de enfermagem e outro contendo aspectos sociodemográficos e clínicos de cada paciente. Após as informações serem codificadas, realizou-se análise destes dados por meio da estatística descritiva com o auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0 utilizando frequências absolutas, médias e desvio padrão ou medianas e percentis 25 e 75.

4.6 Aspectos éticos

Trata-se de um recorte de um projeto de pesquisa intitulado “Fatores que contribuem para a cessação do tabagismo”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob parecer número 1.959.732 (ANEXO 3) e pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ANEXO 4).

Foi garantido o anonimato de todos os participantes do estudo, bem como uso das informações somente para questões atreladas a presente pesquisa. Os pesquisadores assinaram o Termo de Compromisso para Utilização Dados (TCUD) (ANEXO 5).

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: fundamento para o raciocínio clínico. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 272p.
- ALMEIDA, M. A. et al. **Processo de enfermagem na prática clínica**: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011. 320p.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <<https://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=principal>>. Acesso em 15 mar 2019.
- BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. Tabagismo custa R\$ 56,9 bilhões por ano ao Brasil. **INCA**, Brasil, 2017. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2017/tabagismo-custa-59-bilhoes-por-ano-ao-brasil>>. Acesso em 01 mar 2018.
- BRASIL. Lei nº 7498, 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcorenrs.gov.br/index.php?categoria=profissional&pagina=leis>>. Acesso em 13 de abril de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2014**: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 152 p.
- BULECHEK, G.M.; MCCLOSKEY, J.C. **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 358, de 15 de outubro de 2009**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em 24 março 2018
- CRUZ M. S.; GONÇALVES M. J. F. O papel do enfermeiro no Programa Nacional de Controle do Tabagismo. **Rev. bras. cancerol.** v. 56, n. 1, p. 35-42, 2010.
- ECHER I. C.; CORRÊA A. P. A.; LUCENA A. F.; FERREIRA S. A. L.; KNORST M. M. Prevalence of smoking among employees of a university hospital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 19, n. 1, p. 179-186, 2011.
- GIEHLI C. T. et al. A equipe de enfermagem frente ao processo de implantação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Enferm Atenção Saúde.** v. 5, n. 2, p. 87-95, 2016.
- GREGORIO V. D.; RAMALHO M. F.; SANTIAGO J. B.; LUCHESE R.; VERA I.; LEMOS M. F. et al. Factors associated with tobacco smoking in post-bariatric surgery patients. **Rev Bras em Promoção da Saúde.** v. 31, n. 1, p. 1-9, 2018.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA), **Política de Controle do Tabagismo**. Porto Alegre, RS, 2012.

KWON J. A. et al. Effects of disease detection on changes in smoking behavior. **Yonsei Med J.** v. 56, n. 4, p. 1143-1149, 2015.

MACIOSEK M. V.; XU X.; BUTANI A.L.; PECHACEK T. F. Smoking-attributable medical expenditures by age, sex, and smoking status estimated using a relative risk approach. **Prev Med (Baltim).** v.77, p. 162-167, 2015.

MOORHEAD S.; JOHNSON M.; MAAS M.; SWANSON E. **Classificação dos Resultados de Enfermagem: Mensuração dos resultados em saúde.** 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016

MOURA M. A. S.; MENEZES M. F. B.; MARIANO R.D.; SILVA V.R.; SOUSA L. P. Intervenções de enfermagem no controle do tabagismo: uma revisão integrativa. **Rev. bras. cancerol.** v. 57, n. 3, p. 411-419, 2011

NANDA International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2018-2020.** 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

PEREIRA J. M. V. et al. Acurácia na inferência de diagnósticos de enfermagem de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev. Bras. Enferm.** v. 68, n. 4, p. 690-696, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p

RIGOTTI N. A.; CLAIR C.; MUNAFÒ M. R.; STEAD L. F. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. **Cochrane Database Syst. Rev.** v. 5, n. 5, 2012. Disponível em:
<https://www.researchgate.net/publication/224971912_Interventions_for_smoking_cessation_in_hospitalised_patients_Review> Acesso em 3 de março de 2019.

ROSSANEIS M. A.; MACHADO R. C. B. R. Tobacco cessation on patients assisted in an ambulatory of tobacco dependence treatment. **Cienc Cuid Saude.** v. 10, n. 2, p. 306-313, 2011.

RUIZ C. A. J.; ORIVE J. I. G.; REINA S. S.; MIRANDA J. A. R.; MARTINEZ E. H.; LLEDÓ J. F. P. et al. Guidelines for the Treatment of Smoking in Hospitalized Patients. **Arch Bronconeumol.** v. 53, n. 7, p. 387-394, 2017.

SILVA L. C. C (Org.). **Tabagismo: doença que tem tratamento.** 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. 309p.

TANIHARA, S.; MOMOSE, Y. Reasons for smoking cessation attempts among Japanese male smokers vary by nicotine dependence level: a cross-sectional study after the 2010 tobacco tax increase. **BMJ Open.** v. 5, n. 3, p. 1-7, 2015.

TANNURE M. C.; LIMA A. P. S.; OLIVEIRA C. R.; LIMA S. V.; CHIANCA T. C. M. Processo de Enfermagem: comparação do registro manual versus eletrônico. **J Health Inform.** v. 7, n. 3, p. 69-74, 2015.

TRAN B.; FALSTER M.O.; DOUGLAS K.; BLYTH F.; JORM L.R. Smoking and potentially preventable hospitalisation: the benefit of smoking cessation in older ages. **Drug Alcohol Depend.**, v. 150, p. 85-91, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report: mortality attributable to tobacco.** Geneva: WHO, 2012. 396p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO ICD-10 The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision** - eHealth DSI Semantic Community - CEF Digital. 2016. Disponível em:
<<https://ec.europa.eu/cefdigital/wiki/display/EHSEMANTIC/WHO+ICD-10+The+International+Statistical+Classification+of+Diseases+and+Rel+ated+Health+Problem+s+10th+Revision>> Acesso em 3 de março de 2019.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados no formato de um artigo original já formatado conforme os procedimentos editoriais da revista Texto & Contexto Enfermagem (ANEXO 6), intitulado:

DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM IMPLEMENTADOS PARA PACIENTES TABAGISTAS HOSPITALIZADOS

RESUMO

Objetivo: identificar os diagnósticos e cuidados de enfermagem implementados para pacientes tabagistas hospitalizados.

Método: Estudo transversal realizado com adultos tabagistas internados em um hospital universitário entre agosto e setembro de 2017. Os dados foram coletados por meio de entrevista à beira do leito, consulta ao prontuário eletrônico e *query* extraída do sistema informatizado da instituição. Para a análise utilizou-se estatística descritiva. Obteve-se aprovação do Comitê de Ética da Instituição.

Resultados: Dos 414 pacientes abordados, 69 (16,7%) eram tabagistas e foram incluídos. Em 33 (47,8%) anamneses de enfermagem constava a informação de que o paciente era tabagista e em somente nove (27,2%) o registro descrevia o tempo de fumo e o número de cigarros consumidos por dia. Foram identificados 42 diagnósticos de enfermagem distintos, com mediana de quatro (3-6) diagnósticos por paciente. Somente quatro pacientes possuíam diagnóstico de enfermagem com etiologia relacionada ao abuso de substância. Foram prescritos 237 cuidados de enfermagem distintos, totalizando 1.488 registros. Para os diagnósticos com etiologia relacionada ao abuso de substâncias foram prescritos 17 cuidados.

Conclusão: Os 42 diagnósticos de enfermagem e 237 cuidados identificados demonstram a complexidade clínica da amostra. Destaca-se que a prevalência de pacientes tabagistas internados é expressiva, no entanto, as anamneses, diagnósticos e cuidados de enfermagem não retratam esta realidade. Assim, conclui-se haver fragilidades na assistência ao paciente tabagista, o que aponta a necessidade de sensibilizar e capacitar a equipe de enfermagem.

DESCRITORES: Processo de enfermagem; Tabagismo; Cuidado de enfermagem; Registros de enfermagem; Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma doença crônica caracterizada pela dependência de nicotina e inalação da fumaça derivada da combustão do tabaco. Cerca de um terço da população mundial adulta é fumante e o seu consumo está diretamente relacionado a mais de 50 tipos de patologias, sendo considerada a principal causa de morte evitável no mundo.¹

No Brasil, são gastos anualmente mais de R\$ 55 bilhões com doenças relacionadas ao tabaco, incluindo despesas médicas e custos indiretos relacionados ao pagamento de benefícios por incapacitação de trabalhadores.² Cerca de 15% da população brasileira faz uso de tabaco, sendo que entre as capitais brasileiras, o maior percentual encontra-se em Porto Alegre, seguido por Curitiba e São Paulo.³⁻⁴

Estudo recente identificou que o tabagismo está diretamente relacionado ao aumento do risco de internações hospitalares por doenças crônicas em idosos, como diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência cardíaca. Também aponta que cessar o tabagismo, mesmo em idade avançada, reduz o risco de hospitalizações.⁵

A internação associada ao uso do tabaco pode mobilizar os pacientes a refletirem sobre a cessação deste vício, o que reforça a importância da abordagem sobre o mesmo na hospitalização.⁶ Portanto, a equipe de saúde, em especial a enfermagem, possui papel essencial para o sucesso do tratamento e promoção de mudanças de comportamento do paciente em relação ao consumo do tabaco. Destaca-se que existem diretrizes terapêuticas validadas que apontam as ações que devem ser feitas por parte dos profissionais de saúde frente aos pacientes tabagistas internados.⁷

Na prática clínica, os enfermeiros realizam a anamnese e fazem o exame físico, para posteriormente diagnosticar, planejar, implementar intervenções e avaliar resultados, etapas estas do Processo de Enfermagem (PE).⁸ Para tanto, o enfermeiro pode se apoiar nos sistemas de linguagem padronizada, que norteiam, organizam e classificam os elementos da sua prática (diagnósticos, intervenções e resultados), contribuindo para o cuidado e a promoção da saúde dos pacientes. Neste cenário, destaca-se a classificação diagnóstica da *NANDA International* (NANDA-I), as intervenções da *Nursing Interventions Classification* (NIC), com seus desdobramentos em atividades/cuidados e os resultados da *Nursing Outcomes Classification* (NOC).⁹⁻¹¹

Entretanto, ainda há uma lacuna no conhecimento no que diz respeito aos diagnósticos e cuidados de enfermagem que os enfermeiros estão implementando na prática clínica para esses pacientes. Frente ao exposto, o objetivo deste estudo foi identificar os diagnósticos e os cuidados de enfermagem implementados para pacientes tabagistas hospitalizados.

MÉTODO

Tipo e local do estudo

Estudo transversal realizado no período de oito de agosto a treze de setembro de 2017 em hospital universitário brasileiro de grande porte e de atenção múltipla, voltado ao ensino, à pesquisa e à assistência, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação. Nesta instituição, os registros referentes às etapas do PE são realizados em prontuário informatizado. Os Diagnósticos de Enfermagem (DE) são elencados com base na taxonomia da NANDA-I e os cuidados prescritos com base na NIC.^{9,10}

O sistema eletrônico da instituição disponibiliza 14 DE com etiologias que sugerem relação com o tabagismo e/ou suas complicações: Comportamento de saúde propenso a risco relacionado ao abuso de substâncias, Disposição para controle de saúde melhorado relacionado a abuso de substâncias, Manutenção ineficaz da saúde relacionada ao abuso de substâncias, Controle ineficaz do regime terapêutico relacionado ao conhecimento deficiente, Ansiedade relacionada ao abuso de substâncias, Processos de pensamento alterado relacionado à toxicidade do álcool e drogas, Troca de gases prejudicada relacionada a mudanças na membrana alveolocapilar ou secreções espessas e/ou excessivas, Intolerância à atividade relacionada a alteração respiratória, Padrão respiratório ineficaz relacionado à fadiga ou prejuízo neuromuscular ou secreções espessas e/ou excessivas, Perfusão tissular ineficaz: cardiopulmonar relacionada comprometimento do fluxo sanguíneo, Perfusão tissular periférica ineficaz relacionada comprometimento do fluxo sanguíneo, Ventilação espontânea prejudicada relacionada a fadiga respiratória ou prejuízo neuromuscular, Risco para Disfunção Vascular relacionado a comprometimento do fluxo sanguíneo arterial e Risco para função respiratória prejudicada relacionado a história de broncoespasmo. A partir destes diagnósticos, o sistema oferece diversos cuidados de enfermagem distintos, sendo 23 considerados específicos para a assistência ao tabagista.

População e amostra

A população foi composta por pacientes internados na instituição. Para composição da amostra foram incluídos os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, internados em unidades clínicas, cirúrgicas e de terapia intensiva, tabagistas ativos ou que estivessem em abstinência por um período de tempo menor que seis meses. Os critérios de exclusão foram incapacidade de responder os questionamentos dos pesquisadores e ausência do leito até a segunda tentativa de coleta.

Coleta dos dados

A coleta de dados teve início com a impressão diária da listagem dos pacientes internados nas unidades em estudo para identificar novas internações. A partir da lista, o status tabágico foi verificado junto aos pacientes à beira do leito. Os pacientes que relatassem fazer uso do tabaco até o momento da internação ou que estavam sem fumar por um período menor que seis meses foram considerados fumantes e convidados a participar do estudo.

Os pesquisadores elaboraram um instrumento para coleta de dados que continha aspectos sociodemográficos (sexo, etnia, idade, estado civil, renda, ocupação) e clínicos (comorbidades e carga tabágica) destes pacientes. Os dados foram coletados à beira do leito e por meio de consulta ao prontuário eletrônico.

Os dados referentes às informações contidas nas anamneses, diagnósticos e cuidados de enfermagem elencados no período de internação foram extraídos mediante uma *query* obtida do sistema informatizado da instituição, que possui ferramentas necessárias para a compilação e organização destes dados.

Análise das informações

As informações coletadas foram codificadas em banco de dados do *Microsoft Excel*® e analisadas por meio da estatística descritiva pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23.0 utilizando frequências absolutas, médias e desvio padrão ou medianas e percentis 25 e 75.

Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob número de protocolo 16-0568. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os pesquisadores assinaram o Termo de Compromisso para a Utilização de Dados Institucionais.

RESULTADOS

Durante o período da coleta dos dados, foram abordados 414 pacientes, destes 69 (16,7%) relataram serem tabagistas e foram incluídos no estudo. A média do tempo de fumo foi igual a $39 \pm 12,8$ anos com consumo mediano de 20 (15-30) cigarros por dia. As comorbidades clínicas mais frequentes foram Hipertensão arterial sistêmica 25 (36,2%), Diabetes mellitus 13 (18,8%) e Doença pulmonar obstrutiva crônica 11 (15,9%).

Os tabagistas eram na sua maioria homens 38 (55,0%), de etnia branca 51 (74,0%), casados 36 (52,2%) e com idade média de $53,9 \pm 12,3$ anos. Em relação ao nível de instrução, a maioria dos indivíduos referiu ter ensino fundamental completo ou incompleto 36 (52,2%) e outros 28 (40,5%) possuíam ensino médio completo ou incompleto. Quanto à renda, 23 (33,3%) relataram possuir menos que dois salários mínimos por mês e 21 (30,4%) não desejaram informar. Apenas 21 (44,9%) eram ativos profissionalmente.

Em relação aos registros de enfermagem da anamnese, em apenas 33 (47,8%) constava a informação do status tabágico do paciente e em somente nove (27,2%) havia o tempo de fumo e o número de cigarros consumidos por dia. Vinte e oito (39,1%) pacientes eram fumantes, mas não possuíam o registro em suas anamneses, três (4,3%) haviam negado no momento da internação que eram fumantes e cinco (7,24%) informaram serem tabagistas em abstinência, mas haviam parado de fumar há menos de seis meses.

Foram analisados os principais DE e respectivas etiologias para os pacientes tabagistas. Para os 69 pacientes incluídos, foram identificados 42 DE distintos, elencados 324 vezes. O número de diagnósticos elencados por paciente apresentou mediana igual a quatro (3-6). Os DE mais prevalentes estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Diagnósticos de enfermagem mais prevalentes elencados para os pacientes tabagistas internados, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019. (n=69)

Diagnósticos de Enfermagem	N (%)	Etiologias	N (%)
Risco de Infecção	52 (75,36)	Procedimento invasivo	47 (90,38)
		Exposição ambiental a patógenos aumentada	3 (5,76)
		Imunossupressão	1 (1,92)
		Ruptura das barreiras naturais	1 (1,92)
Dor Aguda	35 (50,72)	Trauma	19 (54,28)
		Evolução da doença	9 (25,71)
		Alteração vascular	4 (11,42)
		Agentes lesivos: biológicos, químicos, físicos e psicológicos	3 (8,57)
Integridade Tissular Prejudicada	33 (47,82)	Trauma mecânico	33 (100)
Risco de Quedas	32 (46,37)	Mobilidade prejudicada	15 (46,87)
		Condições ambientais	8 (25,00)
		Alterações neurológicas	5 (15,62)
		Alterações fisiológicas	4 (12,50)
Risco de Lesão pelo Posicionamento Perioperatório	24 (34,78)	Vulnerabilidade Situacional	24 (100)

Em relação aos DE com etiologia que sugerem relação com o tabagismo e/ou suas complicações foram identificados 10 DE prescritos 40 vezes. No entanto, apenas quatro pacientes possuíam DE específico com etiologia relacionada ao abuso de substância (Tabela 2).

Tabela 2 – Diagnósticos de enfermagem específicos com etiologia relacionada ao abuso de substâncias implementados para pacientes tabagistas, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019. (n=69)

Diagnósticos de Enfermagem	N (%)
Comportamento de Saúde Propenso a Risco relacionado ao abuso de substâncias	2 (2,89)
Ansiedade relacionada ao abuso de substâncias	1 (1,44)
Manutenção Ineficaz da Saúde	1 (1,44)

Outros DE também foram elencados com etiologias que sugerem relação com o tabaco e/ou suas complicações, porém não estava explícito a relação com o tabagismo. Dentre estes, o mais prevalente foi Perfusão Tissular Ineficaz: Cardiopulmonar com a etiologia relacionada ao Comprometimento do fluxo sanguíneo (Tabela 3).

Tabela 3 – Diagnósticos de enfermagem e respectivas etiologias que sugerem relação com o tabagismo e/ou suas complicações implementados para pacientes tabagistas, Porto Alegre, RS, Brasil, 2019. (n=69)

Diagnósticos de Enfermagem	N (%)	Etiologias	N (%)
Perfusão Tissular Ineficaz: Cardiopulmonar	8 (11,59)	Comprometimento do Fluxo Sanguíneo	8 (100,00)
Padrão Respiratório Ineficaz	7 (10,14)	Prejuízo Neuromuscular/ Musculoesquelético	2 (28,57)
		Fadiga	1 (14,28)
Troca de Gases Prejudicada	6 (8,69)	Mudança na Membrana Alveolocapilar	3 (50,00)
		Secreções Espessas e/ou Excessivas	1 (16,60)
Perfusão Tissular Ineficaz: Periférica	5 (7,24)	Comprometimento do Fluxo Sanguíneo	5 (100,00)
Risco para Disfunção Vascular	4 (5,79)	Comprometimento do Fluxo Sanguíneo Arterial	4 (100,00)
Ventilação Espontânea Prejudicada	4 (5,79)	Prejuízo Neuromuscular/ Musculoesquelético	4 (100,00)
Risco para Função Respiratória Prejudicada	1 (1,44)	História de Broncoespasmo	1 (100,00)

Em relação à prescrição de cuidados de enfermagem, foram identificados um total de 237 cuidados distintos, totalizando 1.488 registros. Metade da amostra estudada apresentou uma mediana de 18,5 (10,5-28,25) cuidados prescritos por paciente. Foram prescritos 121 cuidados de enfermagem para os DE com etiologia que sugerem relações ao tabaco com 42 cuidados distintos. Em relação à especificidade das intervenções com os pacientes tabagistas, foram prescritos apenas 17 cuidados de enfermagem sendo os mais prevalentes Avaliar motivação para mudança junto ao paciente e Discutir com paciente o papel desempenhado pela substância em sua vida (Quadro 1).

Quadro 1 – Cuidados de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem relacionados ao abuso de substâncias prescritos para pacientes tabagistas. 2019. (n=69)

Cuidado de Enfermagem	N (%)
– Avaliar motivação para mudança junto ao paciente	3 (4,34)
– Discutir com paciente o papel desempenhado pela substância em sua vida	2 (2,89)
– Orientar paciente/família quanto aos sintomas comuns de abstinência	2 (2,89)
– Auxiliar paciente a identificar metas realistas e atingíveis	1 (1,44)
– Avaliar comportamento indicador de ansiedade	1 (1,44)
– Colocar limites dando dados da realidade	1 (1,44)
– Comunicar sinais de abstinência	1 (1,44)
– Encorajar paciente a avaliar o próprio comportamento	1 (1,44)
– Encorajar verbalização de sentimentos, percepções e medos	1 (1,44)
– Fixar limites que beneficiem o paciente e demonstrem atenção	1 (1,44)
– Incentivar adesão ao tratamento	1 (1,44)
– Manter atitudes calmas e firmes	1 (1,44)
– Usar declarações simples e diretas	1 (1,44)

DISCUSSÃO

A prevalência de pacientes tabagistas deste estudo é bastante similar aos achados na literatura nacional e internacional.^{2,12,13} Quanto ao perfil sociodemográfico da amostra estudada, o fumo foi mais prevalente em indivíduos do sexo masculino e com menor grau de escolaridade, sendo bastante similar ao perfil global dos fumantes.² A hipertensão arterial sistêmica e a doença pulmonar obstrutiva crônica foram as comorbidades mais citadas. Cabe ressaltar que problemas cardiovasculares são agravados pelo uso do tabaco e podem prolongar a estadia no hospital.¹⁴ Estudo realizado com indivíduos que possuem alguma patologia cardiovascular aponta que o período de hospitalização impulsiona mudanças para um estilo de vida saudável e torna o paciente mais receptivo às abordagens realizadas pela equipe assistencial.¹⁵

Nesta perspectiva, cabe ao enfermeiro planejar, direcionar, implementar e executar permanentemente ações educativas em saúde visando mudanças nos comportamentos de risco dos pacientes, em especial os tabagistas. Para isso, tornam-se imprescindíveis práticas que estimulem a adesão ao tratamento e o entendimento do indivíduo em relação às orientações fornecidas por parte do profissional em saúde. Assim, reitera-se que a realização de ações educativas em saúde possui forte impacto em pacientes tabagistas hospitalizados, uma vez que normalmente se encontram mais sensibilizados diante do seu quadro clínico.¹⁵⁻¹⁷

Os resultados apontam fragilidades no preenchimento das anamnese de enfermagem com relação ao status tabágico. Das 69 anamneses analisadas, apenas em 27,2% havia o registro do tempo de tabagismo em anos e a quantidade de cigarros fumados por dia. É fundamental que o enfermeiro conheça a condição clínica e status tabágico do paciente, visto que a coleta de dados da anamnese corresponde à primeira etapa do processo de enfermagem. Essas informações servirão de subsídio para o estabelecimento de DE acurados e, conseqüentemente, um plano de cuidados de enfermagem que atendam às necessidades do paciente durante a hospitalização.

Na amostra estudada, foi elencada uma mediana de quatro DE por paciente, sendo que apenas quatro pacientes apresentaram diagnósticos com etiologias relacionadas ao tabagismo. Este achado pode estar relacionado ao fato de que outras comorbidades clínicas e psicossociais provavelmente foram consideradas prioritárias no momento da avaliação do paciente. No entanto, estes resultados são preocupantes e apontam para a necessidade de capacitação da equipe para intervir de forma efetiva e sistemática junto aos pacientes tabagistas. Cabe salientar que no sistema informatizado do campo de estudo não consta a etiologia ou fator de risco “Tabagismo” e sim “Abuso de substâncias”. Isto pode ter comprometido a identificação específica do DE e sua associação com o tabagismo, o que dificultou a análise dos registros de enfermagem.

Quanto aos cuidados referentes aos DE apresentados anteriormente, há inúmeras intervenções que podem ser prescritas pelos enfermeiros para auxiliar na cessação do tabagismo ainda na internação hospitalar. A prescrição de cuidados específicos para cessação do tabaco durante a internação hospitalar poderia contribuir para estimular o início do processo de cessação do tabaco.

Salienta-se que, na etapa da prescrição, o sistema informatizado da instituição campo do estudo sugere que o enfermeiro escolha cuidados disponibilizados para os DE elencados para cada caso. Desta forma, se não houve uma adequada anamnese e escolha de DE que atendam à condição de tabagismo, não serão oferecidos cuidados específicos para cessação do tabaco.

A utilização de ferramentas e *softwares* informatizados para realização da sistematização da assistência de enfermagem pode ser uma estratégia eficaz que possibilita prescrever diagnósticos e cuidados de enfermagem acurados para garantir uma assistência integral ao paciente.^{18,19} Pesquisa realizada com

acadêmicos de enfermagem de uma universidade pública de São Paulo avaliou como positiva a utilização de sistemas de informação, os quais podem gerar orientações específicas para melhorar a tomada de decisão clínica no momento de elencar DE e prestar os respectivos cuidados.²⁰

No entanto, apesar da instituição em estudo dispor de sistemas informatizados, ainda há na prática clínica poucas intervenções dos enfermeiros frente ao consumo do tabaco embora existam diretrizes terapêuticas que apontam as ações que devem ser realizadas pelos profissionais de saúde. Dentre elas podem ser citadas a identificação e registro em prontuário da carga tabágica, grau de dependência à nicotina, estágio motivacional e o provimento de acolhimento e aconselhamento sobre a interrupção do fumo, bem como a sua associação com o atual estado de saúde do paciente.⁷

Diante do exposto, se faz necessária a capacitação dos profissionais da saúde e em especial dos enfermeiros para que utilizem o sistema informatizado com todas as suas potencialidades, elencando DE específicos conforme as condições clínicas e status tabágico de seus pacientes. Sugere-se também a inclusão da etiologia “Tabagismo” para proporcionar melhor acurácia diagnóstica aos tabagistas internados. Estas medidas poderão facilitar o cuidado de acordo com as necessidades dos pacientes e dar visibilidade ao cuidado de enfermagem prestado, bem como as orientações de educação em saúde que devem ser realizadas diariamente junto aos pacientes hospitalizados.

Como limitação do estudo, destaca-se o fato de que não foram considerados como variáveis deste estudo os motivos de internação e as evoluções diárias de cada paciente, as quais poderiam oferecer informações sobre a acurácia e/ou priorização dos DE elencados não estarem relacionados ao tabagismo. Cabe ressaltar a importância dos pacientes serem orientados com relação à cessação do tabagismo independente do motivo da hospitalização, visto que há estudos mostrando que frente a uma internação hospitalar os pacientes estão mais sensíveis a adquirir hábitos de vida saudáveis.^{6,15,21,22}

CONCLUSÕES

Os 42 diagnósticos de enfermagem e 237 cuidados identificados demonstram a complexidade clínica da amostra. Destaca-se que a prevalência de pacientes tabagistas internados é expressiva, no entanto, as anamneses não retratam esta

realidade visto que na maioria das vezes a informação não existia ou estava incompleta.

No que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem que sugerem relação com o tabagismo e/ou complicações, apenas quatro pacientes possuíam DE específico, sendo eles Comportamento de Saúde Propenso a Risco relacionado ao abuso de substâncias, Ansiedade relacionada ao abuso de substâncias e Manutenção Ineficaz da Saúde. Em relação às intervenções vinculadas a estes diagnósticos foram prescritos apenas 17 cuidados.

Assim, conclui-se haver fragilidades na assistência ao paciente tabagista evidenciando a necessidade de capacitar e estimular a equipe para realizar abordagens precisas e direcionadas para as necessidades reais e/ou potenciais de pacientes tabagistas, com vistas a qualificar a assistência.

Diante deste cenário, a instituição está desenvolvendo um curso em ensino à distância e presencial para capacitar enfermeiros e técnicos de enfermagem a realizarem abordagem ao paciente tabagista. Além disso, sugestões para melhoria do sistema informatizado já foram encaminhadas à comissão responsável pelos registros do PE na instituição.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Global Report on Mortality Attributable to Tobacco. Geneva: World Health Organization; 2012. Available from: https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/
2. BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. INCA. Tabagismo custa R\$ 56,9 bilhões por ano ao Brasil. 2017. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2017/tabagismo-custa-59-bilhoes-por-ano-ao-brasil>>. Acesso em 01 mar 2019.
3. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=principal>>. Acesso em 15 mar 2019.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2014: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 152 p.

5. Tran B, Falster MO, Douglas K, Blyth F, Jorm LR. Smoking and potentially preventable hospitalisation: the benefit of smoking cessation in older ages. *Drug Alcohol Depend.* 2015; 150: 85-91.
6. Kwon JA, Jeon W, Park EC, Kim JH, Kim SJ, Yoo KB, et al. Effects of disease detection on changes in smoking behavior. *Yonsei Med J.* 2015;56(4):1143-9.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 761, de 21 de junho de 2016. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina.
8. Almeida MA, Lucena AF, Franzen E, Laurent MCR. Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed, 2011.
9. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação, 2018–2020. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
10. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
11. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Classificação dos Resultados de Enfermagem: Mensuração dos resultados em saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
12. Regan S, Viana JC, Reyen M, Rigotti NA. Prevalence and Predictors of Smoking by Inpatients During a Hospital Stay. *Archives Intern Med* [internet] 2012 [cited on 2019 Mar 24];172(21): 1670-1674. doi: 10.1001/2013.jamainternmed.300
13. Ruiz CAJ, Orive JIG, Reina SS, Miranda JAR, Martinez EH, Lledó JFP, et al. Guidelines for the Treatment of Smoking in Hospitalized Patients. *Arch Bronconeumol* [internet] 2017 [cited on 2019 Mar 24]; 53(7): 387–394. doi: 10.1016/j.arbr.2017.05.008
14. Maciosek MV, Xu X, Butani AL, Pechacek TF. Smoking-attributable medical expenditures by age, sex, and smoking status estimated using a relative risk approach. *Prev Med (Baltim)* [Internet] 2015 [cited 2019 Apr 9];77:162–7. doi: 10.1016/j.ypmed.2015.05.019
15. Vogiatzis I, Pantzartzidou A, Pittas S, Papavasiliou E. Smoking Cessation Advisory Intervention in Patients with Cardiovascular Disease. *Med Arch* [Internet] 2017 [cited 2019 Apr 9];71(2):128-131. doi: 10.5455/medarh.2017.71

16. Azevedo PR, Sousa MM, Souza NF, Oliveira SHS. Ações de educação em saúde no contexto das doenças crônicas: revisão integrativa. *Rev Fund Care Online*. 2018; 10(1):260-267. doi: 10.9789/2175-5361.2018.v10i1.260-267
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
18. Bugs TV, Matos FGOA, Oliveira JLC, Alves DCI. Avaliação da acurácia dos diagnósticos de enfermagem em um Hospital Universitário. *Enferm Global*. 2018; 17(4): 179-190. doi: 10.6018/eglobal.17.4.296021
19. Jensen R, Lopes MHBM, Silveira PSP, Ortega NRS. Desenvolvimento e avaliação de um software que verifica a acurácia diagnóstica. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(1):184-91.
20. Peres HH, Jensen R, Martins TY. Avaliação da acurácia diagnóstica em enfermagem: papel versus sistema de apoio à decisão. *Acta Paul Enferm*. 2016; 29(2):218-24.
21. Tanihara S, Momose Y. Reasons for smoking cessation attempts among Japanese male smokers vary by nicotine dependence level: across-sectional study after the 2010 tobacco tax increase. *BMJ Open*. 2015; 5(3): 1-7.
22. Rigotti NA, Clair C, Munafòm R, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; (5):5.

**ANEXO 1 – Instrumento de coleta de dados do projeto “Fatores que contribuem para a
cessação do tabagismo em um hospital universitário”**

Instrumento para coleta de dados de pacientes tabagistas

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Data de entrada no estudo: __/__/____

Paciente número: _____

Unidade: _____

Prontuário: _____

Data de Nascimento: __/__/____ Idade: _____

Sexo: 1() Masculino 2() Feminino

Etnia: 1() Negra 2() Branca 3() Outro. Qual? _____

Estado Conjugal: 1() Casado/Companheiro 2() Separado/Divorciado

3() Viúvo 4() Solteiro

Renda Individual: R\$ _____

Renda Familiar: R\$ _____ Essa renda sustenta quantos indivíduos? _____

Anos completos de estudo: _____

Profissão: _____

Procedência: _____

DADOS CLÍNICOS

Data da internação: __/__/____

Motivo da

internação: _____

Comorbidades: _____

HISTÓRIA TABÁGICA

Idade do início do fumo? _____

Quanto tempo fuma? _____

Número de cigarros por dia? _____

Já tentou parar de fumar?

1() Sim. Quantas vezes?_____

2() Não

Atingiu abstinência?

1() Sim Tempo de abstinência:_____

2() Não

Já procurou auxílio para parar de fumar?

1() Sim. Qual?_____

2() Não

Exposição ao tabagismo passivo:

1() Sim

2() Não

Qual o local de exposição?

1() Lar

2() Trabalho

3() Lazer

Quais as dificuldades para cessação do tabagismo?

MOTIVAÇÃO PARA CESSAR O TABAGISMO

Você quer parar de fumar? () Sim () Não

Dê uma nota entre 0 (mín.) a 10 (máx.) para sua motivação para cessar o tabagismo:___

Qual a principal motivo que o levaria a parar de fumar:_____

Qual o principal motivo que o leva a continuar fumando:_____

ASSINALAR OS SINTOMAS DO USO DO FUMO

1() Tosse e/ou expectoração

2() Chiado e/ou falta de ar

3() Dor torácica e/ou palpitações

4() Cãibras, cansaço e dor nas pernas

5() Tonturas e/ou desmaios

6() Outro. Quais?_____

ASSINALAR OS SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA NA INTERNAÇÃO

Quando fumou o último cigarro? _____

- 1() Insônia
- 2() Irritabilidade
- 3() Ansiedade
- 4() Depressão
- 5() Alteração de apetite
- 6() Outro. Quais? _____

TRATAMENTO E ORIENTAÇÃO DURANTE O TRATAMENTO

Uso de medicamentos (bupropiona, adesivos, antidepressivo, goma de mascar, outro.)

- 1() Sim. Qual(ais) ? _____
- 2() Não

Algum profissional o incentivou para parar de fumar?

- 1() Sim. Quem? _____
- 2() Não

Recebeu algum manual educativo (manual e/ou folder)?

- 1() Sim. Qual? _____
- 2() Não

Recebeu alguma orientação sobre os recursos disponíveis na instituição ou rede básica de saúde?

- 1() Sim. Qual? _____
- 2() Não

Você foi orientado sobre as normas de proibição do fumo no hospital?

- 1() Sim. Quem orientou? _____
- 2() Não

Você acredita que a proibição do fumo no hospital contribui para você parar de fumar?

- 1() Contribui. Por quê? _____
- 2() Não contribui

Você já recebeu alguma orientação sobre as consequências do uso do cigarro para a saúde?

- 1() Sim. Quem orientou? _____
- 2() Não

Quais doenças você acredita que podem estar relacionadas com o consumo do cigarro? Você pode assinalar mais de uma alternativa.

- 1 () Câncer
- 2 () Problemas respiratórios
- 3 () Problemas no coração/circulação
- 4 () Problemas nos rins
- 5 () Impotência – infertilidade - menopausa precoce
- 6 () Problemas na gravidez e no parto
- 7 () Outra(s) – Qual(s)? _____
- 8 () Nenhuma

Quais os diagnósticos de enfermagem e cuidados de enfermagem relacionados ao tabagismo foram prescritos pelos enfermeiros?

Escala de Fagerström

1. Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro/charuto?

- () Dentro de 5 minutos = 3
- () Entre 6 e 30 minutos = 2
- () Entre 30 e 60 minutos = 1
- () Após 60 minutos = 0

2. Você acha difícil ficar sem fumar em local não permitido, como bibliotecas, ônibus, cinemas, igrejas?

- () Sim = 1
- () Não = 0

3. Qual o cigarro do dia traz maior satisfação?

- () Primeiro da manhã = 1
- () Outros = 0

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

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

5. Você fuma com maior frequência pela manhã?

Sim = 1

Não = 0

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

Sim = 1

Não = 0

Escala de Prochaska e Di Clemente

O que você pensa em relação ao abandono do cigarro?

1() Não planeja mudar o comportamento em futuro próximo. (pré-contemplação)

2() O usuário considera a mudança de comportamento e identifica os motivos que o levam a fumar e como superá-los. (contemplação)

3() Cogita marcar uma data para parar de fumar. (preparação)

4() Mudanças concretas, para de fumar. (ação)

5() Parou de fumar há mais de 6 meses. (manutenção)

6() Parou de fumar mas recaiu. (recaída)

Classifique o grau de desafio para cessação do tabagismo considerando as seguintes alternativas:

1 – NÃO É UM DESAFIO

2 – É UM PEQUENO DESAFIO

3 – É UM DESAFIO MODERADO

4 – É UM GRANDE DESAFIO

1. Sintomas de abstinência (p. ex., ansiedade, irritabilidade, depressão, desejo de fumar)

1 2 3 4

2. Sentir-se mal em situações que não pode fumar

1 2 3 4

3. Ser viciado em cigarros

1 2 3 4

4. Sentir fortes emoções, p. ex. raiva, quando tentou parar de fumar

1 2 3 4

5. Vivenciar situações de estresse durante o período de cessação do tabagismo

1 2 3 4

6. Pensar na possibilidade de nunca mais voltar a fumar
 1 2 3 4
7. Sentir-se entediado quando não puder fumar
 1 2 3 4
8. Ver coisas e/ou pessoas que fazem lembrar de fumar
 1 2 3 4
9. Fácil acesso a cigarros
 1 2 3 4
10. Dificuldade de encontrar alguém que ajuda na cessação do tabagismo
 1 2 3 4
11. Falta de apoio de profissionais da saúde para parar de fumar
 1 2 3 4
12. Custo dos medicamentos que auxiliam na cessação do tabagismo
 1 2 3 4
13. Medo dos efeitos colaterais devido a cessação do tabagismo (p. ex., engordar)
 1 2 3 4
14. Falta de incentivo de amigos/família para parar de fumar
 1 2 3 4
15. Medo do ganho de peso após a cessação do tabagismo
 1 2 3 4
16. Ter membros da família ou amigos que incentivam o fumo
 1 2 3 4
17. Medo de não conseguir parar de fumar
 1 2 3 4
18. Crença de que os medicamentos para parar de fumar não possuam resolutividade
 1 2 3 4
19. Medo de que parar fumar possa prejudicar a vida social
 1 2 3 4
20. Crer que pode parar de fumar no futuro quando e se quiser
 1 2 3 4
21. Uso de outras substâncias como maconha, álcool, etc.
 1 2 3 4

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aplicado aos participantes do projeto “Fatores que contribuem para a cessação do tabagismo em um hospital universitário”

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos você a participar do estudo: Fatores que contribuem para a cessação do tabagismo em pacientes de um hospital universitário, cujo objetivo é analisar fatores que contribuem para a cessação do tabagismo em pacientes de um Hospital Universitário. O projeto será desenvolvido junto ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Curso de Pós- graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Por meio dos resultados desse estudo será identificada a prevalência e o perfil tabágico dos pacientes internados na instituição, assim como os cuidados que está recebendo pela equipe assistencial o que contribuirá para qualificar a assistência aos pacientes tabagistas que enfrentam esse grave problema de saúde pública.

Sua participação consiste em responder as perguntas do questionário realizadas pelo pesquisador. As informações coletadas serão utilizadas somente para fins acadêmicos e a sua identidade será preservada, sem divulgação do seu nome. Sua participação é voluntária e não terá repercussões no seu atendimento na instituição e você pode desistir de participar a qualquer momento, sem prejuízo em seu tratamento. Os possíveis desconfortos em participar do estudo serão apenas o tempo gasto em responder o questionário e o contato com os pesquisadores. Sua participação no estudo não lhe trará benefícios diretos, mas ao responder o questionário você estará contribuindo para que melhores ações de saúde sejam planejadas e que os fumantes que desejam parar de fumar sejam mais bem atendidos e encaminhados. O projeto não prevê riscos e se você se sentir constrangido em relação ao estudo, tem a liberdade de não participar.

Termo de Consentimento Livre, após esclarecimento

Eu, _____ nome do participante), li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi os propósitos dessa pesquisa. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o meu tratamento no hospital. Sei que meu nome não será divulgado. Eu concordo em participar do estudo.

Para esclarecimento de dúvidas o Comitê de Ética em Pesquisa poderá ser contatado, no 2º andar do HCPA, sala 2227, ou através do telefone (51) 33597640, das 8h às 17h, de segunda a sexta e a pesquisadora responsável, Profª Drª. Isabel Cristina Echer, no telefone (51) 33598017.

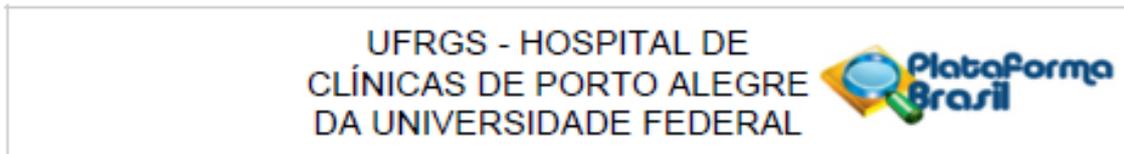
Nome do participante _____ Assinatura _____

Nome do pesquisador _____ Assinatura _____

(aquele que conduziu o processo de consentimento)

Data: ____/____/____

ANEXO 3 – Carta de aprovação do projeto “Fatores que contribuem para a cessação do tabagismo em um hospital universitário”



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM PACIENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: Isabel Cristina Echer

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64475916.7.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.959.732

Apresentação do Projeto:

Projeto que visa analisar fatores que contribuem para a cessação do tabagismo em pacientes internados num Hospital Universitário. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, que constará duas etapas metodológicas distintas. Primeiramente, será realizado um estudo transversal para estimar a prevalência de pacientes tabagistas internados nas dependências do HCPA. A segunda etapa constará de um estudo de coorte prospectivo para avaliar os fatores associados à cessação do tabagismo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar fatores que contribuem para a cessação do tabagismo em pacientes de um Hospital Universitário.

Objetivos Secundários:

Identificar a prevalência de pacientes tabagistas internados.

Identificar grau de dependência a nicotina dos pacientes tabagistas internados.

Identificar grau de motivação para parar de fumar dos pacientes tabagistas internados.

Avaliar os estágios de mudanças de comportamento em que os pacientes tabagistas internados se

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F			
Bairro: Bom Fim	Município: PORTO ALEGRE	CEP: 90.035-903	
UF: RS			
Telefone: (51)3359-7640	Fax: (51)3359-7640	E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br	

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 1.959.732

encontram.

Identificar junto aos pacientes tabagistas ações desenvolvidas pela equipe de saúde que auxiliam na cessação do tabagismo.

Identificar com os pacientes fumantes os efeitos das medidas restritivas ao consumo do tabaco na instituição para a cessação do tabagismo.

Identificar que diagnóstico e cuidados de enfermagem tem sido levantadas pelos enfermeiros ao paciente tabagista hospitalizado.

Avaliar por meio de escala os desafios para os pacientes tabagistas pararem de fumar.

Verificar associação dos dados sócio demográficos, econômicos e problemas de saúde à história tabágica e motivação para parar de fumar.

Verificar associação dos tratamentos e orientação oferecidos pela equipe de saúde para cessar o tabagismo à motivação para parar de fumar.

Verificar associação do grau de dependência e motivação para cessar o tabagismo.

Verificar associação dos problemas de saúde, grau de dependência à nicotina e motivação para parar de fumar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O projeto não prevê riscos, a não ser o desconforto para responder os questionamentos dos pesquisadores.

Benefícios:

A identificação dos fatores que auxiliam na cessação do tabagismo pode beneficiar outros pacientes que queiram parar de fumar porque a finalidade do projeto é qualificar as intervenções de enfermagem.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Este projeto que visa avaliar a prevalência de pacientes tabagistas internados no HCPA e analisar fatores que contribuem para a cessação do tabagismo nesses pacientes. Projeto relevante, pois o conhecimento de fatores associados à cessação do tabagismo podem contribuir para o manejo de outros pacientes internados que queiram parar de fumar.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE.

Apresenta termo de compromisso para utilização de dados.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

Bairro: Bom Fim

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 1.959.732

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 1.936.439 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 02/03/2017. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLE de 02/03/2017 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deve estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_810200.pdf	02/03/2017 10:52:08		Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermodeCompromissoparaUtilizacaodeDados.pdf	02/03/2017 10:50:51	Isabel Cristina Echer	Aceito
Outros	cartaderesposta.doc	02/03/2017 09:27:43	Isabel Cristina Echer	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FATORESQUECONTRIBUEMPARAACESSACAODOTABAGISMO.pdf	02/03/2017 09:24:53	Isabel Cristina Echer	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
 Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 1.959.732

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimento.pdf	02/03/2017 09:24:30	Isabel Cristina Echer	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	02/03/2017 09:22:38	Isabel Cristina Echer	Aceito
Outros	FormularioDeDelegacaodeFuncoes.pdf	21/12/2016 12:35:12	Isabel Cristina Echer	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	25/10/2016 11:36:27	Isabel Cristina Echer	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.docx	25/10/2016 11:35:22	Isabel Cristina Echer	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 10 de Março de 2017

Assinado por:
José Roberto Goldim
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
 Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

ANEXO 4 – Carta de aprovação pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

[Retornar](#)

Dados Gerais:

Projeto Nº:	32661	Título:	FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A CESSACAO DO TABAGISMO EM PACIENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITARIO	
Área de conhecimento:	Enfermagem	Início:	01/04/2017	Previsão de conclusão: 30/06/2020
Situação:	Projeto em Andamento			
Origem:	Escola de Enfermagem Programa de Pós-Graduação em Enfermagem	Projeto da linha de pesquisa: Tecnologias do cuidado em enfermagem e saúde		
Local de Realização:	não informado			

Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.

Objetivo:

OBJETIVO: Analisar fatores que contribuem para a cessação do tabagismo em pacientes de um Hospital Universitário.

RESUMO

INTRODUÇÃO: De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o

Palavras Chave:

TABAGISMO; ENFERMAGEM; EQUIPE DE SAÚDE; ABORDAGEM;

Equipe UFRGS:

Nome: ISABEL CRISTINA ECHER
Coordenador - Início: 01/04/2017 Previsão de término: 30/06/2020

Nome: FERNANDA GUARILHA BONI
Técnico: Outra Função - Início: 01/04/2017 Previsão de término: 30/06/2020

Equipe Externa:

Nome: SOLANGE BOAZ
Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Pesquisador desde 01/04/2017

Nome: SOLANGE BOAZ
Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Pesquisador desde 01/04/2017

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 29/03/2017 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

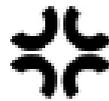
Anexos:

Projeto Completo	Data de Envio: 13/03/2017
Instrumento de Coleta de Dados	Data de Envio: 13/03/2017
Concordância de Instituição	Data de Envio: 13/03/2017
Documento de Aprovação	Data de Envio: 13/03/2017
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Data de Envio: 13/03/2017
Folha de Rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos	Data de Envio: 13/03/2017
Outro	Data de Envio: 13/03/2017

Bolsas:

Projeto associado à bolsa PIBIC CNPq-UFRGS No Período: 01/08/2017 a 31/07/2018
Bolsista: FERNANDA GUARILHA BONI no período de 01/08/2017 a 31/07/2018

ANEXO 5 – Termo de Compromisso para Utilização de Dados (TCUD)



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

<p>FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM PACIENTES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</p>	<p>Cadastro no GPPG</p>
---	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 25 de Outubro de 2016.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Isabel Cristina Echer	
Fernanda Guarilha Boni	

ANEXO 6 – Procedimentos editoriais

Preparo dos documentos: manuscrito e estrutura dos textos

Para submissão do manuscrito, os autores deverão compor dois documentos: 1) Página de identificação; e 2) Documento principal (*Main document*).

1) Página de identificação ([Modelo 1](#))

Deve conter título do manuscrito (conciso, mas informativo, com no máximo 15 palavras) somente no idioma original; nome completo de cada autor, registro do [ORCID](#), afiliação institucional, cidade, estado, país; nome e endereço eletrônico do autor correspondente.

Origem do manuscrito: extraído de tese, dissertação, trabalho de conclusão de curso, projetos de pesquisa, informando o título do trabalho, programa vinculado e ano da apresentação.

Agradecimentos: incluem instituições que, possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

Contribuição de autoria: Os critérios devem corresponder às deliberações do [ICMJE](#) nos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto, coleta, análise, interpretação dos dados e participação ativa na discussão dos resultados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Revisão e aprovação final da versão a ser publicada; 4. Concordância com todos os aspectos do manuscrito em termos de veracidade ou integridade das informações. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

Fontes de financiamento: informar o nome das instituições públicas ou privadas que deram apoio financeiro, assistência técnica e outros auxílios.

Aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa: informar o número de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), quando pesquisa envolvendo seres humanos.

Conflito de interesses: relacionar, se houver, os conflitos de interesse de todos os autores.

2) Manuscrito (Documento principal) ([Modelo 2](#))

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as normas editoriais da revista, redigidos na ortografia oficial e digitados com espaço entrelinhas de 1,5 cm, justificado, sem espaço entre parágrafos em papel A4 e com numeração no rodapé das páginas, margem 2 cm. Letra *Arial* tamanho 12, utilizando editor *Word for Windows 97-2003* ou editores compatíveis.

Estrutura/seções

- Título somente no idioma do manuscrito
- Resumo estruturado somente no idioma do manuscrito
- Descritores somente no idioma do manuscrito
- Introdução

- Método
- Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Referências

Observação: O manuscrito deverá ser encaminhado no idioma original do primeiro autor. Caso o manuscrito esteja versado na língua inglesa e os autores sejam brasileiros, o manuscrito deve ser encaminhado também na versão em português para avaliação da qualidade da tradução pelo corpo editorial da **Texto & Contexto Enfermagem**.

Resumo: o resumo deve ser apresentado na primeira página, somente no idioma do manuscrito, com limite máximo de 250 palavras. Deve ser estruturado com as seguintes seções: objetivo(s), método, resultados e conclusão. Os ensaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. Itens **não** permitidos no resumo: siglas e citações de autores.

Descritores: abaixo do resumo, incluir cinco a oito descritores no idioma original. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), em <http://decs.bvs.br> ou o *Medical Subject Headings* (MeSH) do *Index Medicus*, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

Apresentação das seções: o texto deve estar organizado sem numeração progressiva para título e subtítulo, devendo ser diferenciado através de tamanho da fonte utilizada. Exemplos:

Título = **OS CAMINHOS QUE LEVAM À CURA**
 Primeiro subtítulo = **Caminhos percorridos**
 Segundo subtítulo = *A cura pela prece*

Ilustrações: as tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que forem citadas no texto, sendo limitadas a cinco no total. Configuradas na mesma fonte do texto, com espaçamento simples entre linhas, negrito apenas no cabeçalho, caixa alta apenas nas iniciais da variável, exceto tabelas e quadros, todas as demais ilustrações devem ser designadas como figuras.

Tabelas: devem ser apresentadas conforme as Normas de Apresentação Tabular, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

- devem apresentar dado numérico como informação central;
- título informativo, conciso e claro, contendo “o que”, “de quem”, cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados, seguido de ponto. Na sequência, informar o tamanho da amostra estudada entre parênteses precedido da letra n.
- exemplo: **Tabela 1 - Distribuição das mulheres vítimas de violência doméstica, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Salvador, BA, Brasil, 2014. (n=209)**
- os dados devem estar separados corretamente por linhas e colunas de forma que esteja, cada dado, numa casela;
- devem possuir traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior. Devem ser abertas lateralmente.

- não são permitidos: quebras de linhas utilizando a tecla *Enter*, recuos utilizando a tecla *Tab*, espaços para separar os dados, sublinhado, marcadores do *Microsoft® Office Word* e cores nas células;
- evitar tabelas extensas, com mais de uma página;
- tabelas curtas devem ser convertidas em texto;
- As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, utilizando os símbolos na sequência: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡.
- as legendas devem estar localizadas após a linha inferior da tabela, restritas ao mínimo necessário, sem negrito, apresentando o termo em caixa alta separado da descrição por dois pontos (ex.: VCM: volume corpuscular médio). Entre as legendas, deve-se usar ponto e vírgula e fonte *Arial*, tamanho 10.
- o teste estatístico utilizado deve ser mencionado na legenda;
- os resultados não devem ser colocados no corpo da tabela, mas sim no cabeçalho sob a forma de %, n, média, mediana, p-valor, entre outros;
- citar a fonte no rodapé da tabela, abaixo da legenda (se existir) ou abaixo da linha inferior da tabela. Ex.: Fonte: DATASUS¹²

Quadros: devem apresentar as informações na forma discursiva, contendo:

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte superior do quadro;
- difere das tabelas principalmente por conter dados textuais, são fechados nas laterais e contém linhas internas;
- evitar quadros extensos, com mais de uma página;
- quando o quadro não for de autoria própria, deve ter a fonte citada em rodapé. A legenda, se existir, segue o mesmo formato que o descrito para tabelas e deve estar localizada antes da fonte do quadro, em linha diferente.

Figuras: não devem repetir os dados representados em textos ou tabelas. Além de estarem inseridas no texto, deverão ser encaminhadas em separado e em qualidade necessária à publicação. Se forem extraídas de outra fonte, publicada ou não, os autores devem encaminhar permissão, por escrito, para sua utilização. Devem conter legenda, quando necessário, e fonte, sempre que for extraída de obra publicada, que deverá constar nas referências.

- título informativo, conciso e claro, expressando o conteúdo e localizado na parte inferior;
- devem estar totalmente legíveis, nítidas e autoexplicativas;
- vários gráficos em uma só figura serão aceitos somente se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.
- devem possuir alta resolução (mínimo de 300 dpi)
- podem estar em preto e branco ou coloridas;
- fotos de pessoas devem ser tratadas para impedir a identificação;
- se a foto tiver proteção de direitos autorais, deverá ser acompanhada de uma carta de autorização para publicação.

Citações no texto

Citações indiretas: deverão conter o número da referência da qual foram subtraídas, suprimindo o nome do autor, devendo ainda ter a pontuação (ponto, vírgula ou ponto e vírgula) apresentada antes da numeração em sobrescrito, sem espaço entre ponto final e número da citação. Exemplo: as trabalhadoras também se utilizam da linguagem não verbal.⁷

Quando as citações oriundas de dois ou mais autores estiverem apresentadas de forma sequencial na referência (por exemplo, 1, 2, 3, 4 e 5), deverão estar em sobrescrito, separadas por um hífen. Exemplo: estabeleceu os princípios da boa administração, sendo dele a clássica visão das funções do administrador.¹⁻⁵

Citações diretas (transcrição textual): devem ser apresentadas no corpo do texto entre aspas, indicando o número da referência e a página da citação, independentemente do número de linhas. Exemplo: [...] “o ocidente surgiu diante de nós como essa máquina infernal que esmaga os homens e as culturas, para fins insensatos”^{1:30-31}.

Verbatins: as citações de pesquisa qualitativa devem estar em itálico, no corpo do texto, identificando entre parênteses a autoria e respeitando o anonimato. A identificação da autoria deve ser **sem** itálico. Exemplo: [...] *envolvendo mais os acadêmicos e profissionais em projetos sociais, conhecendo mais os problemas da comunidade* (e7).

Notas de rodapé: o texto deverá conter, no máximo, três notas de rodapé, que serão indicadas por: * primeira nota, ** segunda nota, *** terceira nota.

REFERÊNCIAS

As referências devem estar numeradas consecutivamente na ordem que aparecem no texto pela primeira vez e estar de acordo com o (*International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE*). Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com [List of Journals Indexed in Index Medicus](#) e [International Nursing Index](#).

O número de referências nos manuscritos limita-se a 30, exceto em artigos de Revisão de Literatura.

Atentar para: atualidade das referências (preferencialmente dos últimos cinco anos); prioridade de referências de artigos publicados em periódicos científicos.

Não há necessidade de referenciar a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), os autores deverão converter as referências para texto.

Referências de artigos publicados na Revista Texto & Contexto Enfermagem e em outros periódicos brasileiros bilingues devem ser citadas no idioma INGLÊS e no formato eletrônico.

Devem ser citados responsáveis de dados de pesquisa, bem como métodos e programas de computador.

Literatura cinzenta: devem ser evitadas citações de publicações, não convencionais, não indexadas, de difusão restrita e que em regra geral não apresentem ISBN, ISSN, ISAN ou DOI (teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, apostilas, anais, portarias e publicações oficiais).

Os manuscritos extraídos de teses, dissertações e TCCS não devem citar o trabalho original nas referências. Esta informação deverá ser inserida na página de identificação.

Observação: trabalhos não publicados não deverão ser incluídos nas referências, mas inseridos em nota de rodapé. Para outros exemplos de referências, consultar: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Para as abreviaturas de títulos de periódicos em português, consultar: <http://www.ibict.br>.

Errata: após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata devem enviá-la imediatamente à Secretaria da Revista por *e-mail*. O prazo máximo para a solicitação de errata é de 30 dias após a publicação do artigo.