

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANA PAULA ALMEIDA CORRÊA

**PREVALÊNCIA E PERFIL TABÁGICO DE PACIENTES ADULTOS INTERNADOS
EM UNIDADES CIRÚRGICAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**Porto Alegre
2014**

ANA PAULA ALMEIDA CORRÊA

**PREVALÊNCIA E PERFIL TABÁGICO DE PACIENTES ADULTOS INTERNADOS
EM UNIDADES CIRÚRGICAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde

Linha de pesquisa: Tecnologias do Cuidado em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Cristina Echer

**Porto Alegre
2014**

CIP - Catalogação na Publicação

Corrêa, Ana Paula Almeida

Prevalência e perfil tabágico de pacientes adultos internados em unidades cirúrgicas de um hospital universitário / Ana Paula Almeida Corrêa. -- 2014.

86 f.

Orientador: Isabel Cristina Echer.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. Prevalência. 2. Enfermagem. 3. Tabagismo. I. Echer, Isabel Cristina, orient. II. Título.

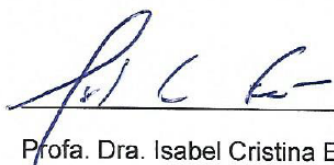
ANA PAULA ALMEIDA CORRÊA

Prevalência e perfil tabágico de pacientes adultos internados em unidades cirúrgicas de um hospital universitário.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 17 de abril de 2014.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Isabel Cristina Echer

Presidente da Banca – Orientadora

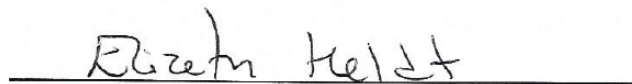
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Elizeth Paz da Silva Heldt

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Marli Maria Knorst

Membro da banca

FAMED/UFRGS

Dedico este trabalho às pessoas que nunca fumaram, às pessoas que querem parar de fumar e às pessoas que pararam de fumar e persistem em abstinência... vencedoras e corajosas nas suas escolhas.

AGRADECIMENTOS

A minha família pela educação, incentivo, apoio e pelos encaminhamentos necessários para assumir a trajetória por mim escolhida. Em especial a minha mãe Alzira, pela dedicação, amor, cumplicidade e palavras de incentivo; ao meu pai Elso, que me ensinou valores importantes como a humildade, o caráter e a honestidade e aos meus irmãos Laura e Rodrigo, exemplos de vida, que estiveram sempre ao meu lado, apoiando minhas escolhas;

Ao Hiago, pelo incentivo, motivação, parceria, anos de convivência e amor que dedica diariamente a me fazer uma pessoa melhor e mais feliz;

A minha professora Isabel, pelas exigências e cobranças nos momentos necessários, pela amizade verdadeira e sincera construída durante minha trajetória acadêmica e por ter sido a pessoa mais importante para que eu alcançasse meu objetivo em ser mestre;

Às ex-bolsistas de iniciação científica Bruna e Natália pela colaboração e parceria na fase de coleta de dados e no desenvolvimento desse trabalho.

E por fim, aos meus amigos, colegas e professores presentes nesta fase da minha formação.

"Nada é impossível para aquele que persiste."

(Alexandre, o Grande)

RESUMO

CORRÊA, Ana Paula Almeida. **Prevalência e perfil tabágico de pacientes adultos internados em unidades cirúrgicas de um hospital universitário.** 2014. 86 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Introdução: Seis milhões de pessoas morrem no mundo anualmente em decorrência do tabagismo. Consideram-se altas as taxas de morbidades associadas ao fumo, tais como cânceres, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças crônicas do pulmão. A cirurgia ou a própria hospitalização induzem o fumante a repensar no seu comportamento, motivando-o para a cessação do tabagismo, contudo, nem todos são efetivamente orientados e incentivados pelos profissionais de saúde. **Objetivo:** Identificar a prevalência e o perfil tabágico de pacientes adultos cirúrgicos internados em um hospital universitário. **Método:** Trata-se de um estudo transversal realizado nas unidades cirúrgicas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no período de fevereiro a maio de 2013. A amostra foi aleatória constituída por pacientes adultos cirúrgicos internados nestas unidades do hospital. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e auxiliares de pesquisa, por meio de entrevistas com os pacientes a beira do leito e consulta ao prontuário eletrônico. Também foram aplicadas a Escala de Fagerstrom para avaliar o nível de dependência à nicotina e a Escala de Prochaska e Di Clemente para avaliar estágio motivacional para cessação do tabagismo. Os dados foram analisados no programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 18. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob número 12-0461. **Resultados:** Foram analisados 1439 prontuários, 938 (65%) não fumantes, 281 (20%) fumantes em abstinência e 210 (15%) fumantes, entre estes, 100 foram entrevistados. Na amostra de fumantes 58 (58%) eram do sexo masculino, com média de idade de 54,5 ($\pm 13,8$) anos, 79 (79%) brancos, 38 (38%) casados, 67 (67%) com ensino fundamental, 57 (57%) provenientes do interior do estado do Rio Grande do Sul (RS) e com mediana de renda familiar de 1400 (700-2850) reais. A média de idade de início do fumo foi 17 ($\pm 6,6$) anos, de consumo do tabaco 37,4 ($\pm 14,4$) anos, a mediana de cigarros fumados por dia foi 20 (10-28,7) e de dias do último cigarro fumado foi seis (4-12,75). Noventa e uma (91%) pessoas desejavam parar de fumar, 77 (77%) já tentaram, 68 (68%) conviviam com fumantes, 12 (12%) procuraram auxílio e 11 (11%) procuraram tratamento para cessar o tabagismo. A nota de motivação para parar de fumar numa escala de zero a 10 foi 8,4 ($\pm 2,44$). Trinta e cinco (35%) fumantes receberam incentivo de algum profissional de saúde para cessar o tabagismo. A escala de Fagerstrom identificou dependência baixa à nicotina em 36 (36%) fumantes e a escala de Prochaska e Di Clemente avaliou que 57 (57%) fumantes estavam na fase de preparação para abandonar o tabagismo. **Conclusões:** Conhecer a prevalência e o perfil dos fumantes internados possibilita que a equipe de saúde desenvolva práticas que colaborarem com a cessação do tabagismo em âmbito hospitalar. Apesar da maioria dos pacientes estarem motivados a parar de fumar, a equipe de saúde ainda não aborda para a cessação de maneira eficaz e sistematizada. A internação para cirurgia é um momento propício para a abordagem ao fumante, ponderando que este está mais suscetível a alguma intervenção terapêutica que o incentive a parar de fumar.

Descritores: Hábito de fumar. Prevalência. Enfermagem.

ABSTRACT

CORRÊA, Ana Paula Almeida. **Prevalence and smoking profile of adult patients hospitalized in surgical wards of a university hospital.** 2014. 86 f. Dissertation (Master in Nursing)-School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Introduction: Six million people die worldwide each year from smoking, considering that rates of morbidities are high, such as cancers, diabetes, cardiovascular diseases and chronic lung diseases. Surgery or hospitalization itself induce smokers to rethink their behavior, motivating them to stop smoking, however, not all are effectively guided and encouraged by health professionals. **Objective:** To identify the prevalence and smoking profile of surgical adult patients admitted into a university hospital. **Methodology:** This was a cross-sectional study in surgical units of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), from February to May 2013. The random sample was composed of hospitalized adult patients in these surgical units of the hospital. Data collection was performed by the researcher and research assistants, through interviews with patients at bedside and consulting to electronic medical records. Were also applied to Fagerstrom Scale to assess the level of nicotine dependence and Scale of Prochaska and Di Clemente to assess motivational stage for smoking cessation. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Science (SPSS) version 18. The project was approved by the Research Ethics Committee of HCPA under number 12-0461. **Results:** 1439 records were analyzed, 938 (65%) non-smokers, 281 (20%) abstinent smokers and 210 (15%) smokers, among these 100 were interviewed. In the sample of smokers 58 (58%) were male with a mean age of 54.5 (± 13.8) years, 79 (79%) were white, 38 (38%) were married, 67 (67%) with elementary school, 57 (57%) from the countryside of the state of Rio Grande do Sul (RS), and average household income from 1400 (700-2850) real. The average age of smoking onset was 17 (± 6.6) years of tobacco consumption 37.4 (± 14.4) years, the average of cigarettes smoked per day was 20 (10-28.7) and days of the last cigarette smoked was six (4-12.75). Ninety-one (91%) people wanted to quit smoking, 77 (77%) have tried, 68 (68%) lived with smokers, 12 (12%) sought assistance and 11 (11%) sought treatment for smoking cessation. The note of motivation to quit smoking on a scale of zero to 10 was 8.4 (± 2.44). Thirty-five (35%) smokers received encouragement from a health professional to quit smoking. The scale of identified low Fagerstrom nicotine dependence in 36 (36%) smokers and scale of Prochaska and Di Clemente assessed that 57 (57%) were smokers in the preparation stage for quitting smoking. **Conclusions:** Understanding the prevalence and profile of hospitalized smokers enables the health care team to develop practices that collaborate with smoking cessation in hospital settings. Although most patients are motivated to quit smoking, the health team does not address cessation in an effective and systematic way. Hospitalization for surgery is a suitable moment for approaching the smoker, considering that it is more susceptible to a therapeutic intervention that encourages them to quit smoking.

Keywords: Smoking. Prevalence. Nursing.

RESUMEN

CORRÊA, Ana Paula Almeida. **Prevalencia y perfil de fumar de los pacientes adultos hospitalizados en salas de cirugía de un hospital universitario.** 2014. 86 f. Tesina (Maestría en Enfermería)-Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

Introducción: Seis millones de personas mueren en el mundo cada año por fumar, teniendo en cuenta que son las altas tasas de morbilidad, como el cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedades pulmonares crónicas. La cirugía o la hospitalización en sí inducen a los fumadores a reconsiderar su comportamiento, motivándolos para dejar de fumar, sin embargo, no todos están guiados y alentados por los profesionales de salud de manera eficaz. **Objetivo:** Identificar la prevalencia y el perfil de tabaquismo de los pacientes adultos quirúrgicos ingresados en un hospital universitario. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal en unidades quirúrgicas del Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), de febrero a mayo de 2013. La muestra aleatoria se compone de pacientes adultos hospitalizados en estas unidades quirúrgicas del hospital. La recolección de datos fue realizada por el investigador y asistentes de investigación, a través de entrevistas con los pacientes junto a la cama y consultoría a los registros médicos electrónicos. Fueron aplicadas la escala de Fagerström para evaluar el nivel de dependencia a la nicotina y la Escala de Prochaska y Di Clemente para evaluar la etapa de motivación para dejar de fumar. Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico para Ciencias Sociales (SPSS) versión 18. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del HCPA con el número 12-0461. **Resultados:** 1439 expedientes, 938 (65%) no fumadores, 281 (20%) los fumadores abstinentes y 210 (15%) fumadores, entre ellas, 100 fueron entrevistados fueron analizados. En la muestra de 58 fumadores (58 %) eran varones con una edad media de 54,5 (13,8) años, 79 (79%) eran de raza blanca, de 38 años (38%) estaban casadas, 67 (67%) con escuela primaria, 57 (57%) desde el interior del estado de Rio Grande do Sul (RS), y el ingreso medio por hogar de 1400 (700-2850) real. La edad promedio de inicio de fumar fue de 17 (6,6) años de consumo de tabaco 37,4 (14,4) años, la mediana de cigarrillos fumados por día fue de 20 (10-28,7) y días del último cigarrillo fumado fue seis (4-12,75). El noventa y uno (91%) la gente quería dejar de fumar, 77 (77%) lo han probado, 68 (68%) vivían con fumadores, 12 (12%) buscó ayuda y 11 (11%) buscó tratamiento para dejar de fumar. La nota de motivación para dejar de fumar en una escala de cero a 10 fue de 8,4 (2,44). Treinta y cinco (35%) los fumadores recibieron el estímulo de un profesional de la salud de dejar de fumar. La escala de la baja dependencia de la nicotina de Fagerström identificada en 36 (36%) fumadores y escala de Prochaska y Di Clemente valoró que 57 (57%) eran fumadores en la etapa de preparación para dejar de fumar. **Conclusiones:** La comprensión de la prevalencia y el perfil de los fumadores hospitalizados permite al equipo de atención médica lo desarrollo de prácticas que colaboran con el abandono del tabaco en el ámbito hospitalario. Aunque la mayoría de los pacientes están motivados para dejar de fumar, el equipo de salud no los direcciona a la terminación de manera efectiva y sistemática. La hospitalización por cirugía es un enfoque adecuado para el fumador de ahora, teniendo en cuenta que es más susceptible a una intervención terapéutica que se le anima a dejar de fumar.

Palabras clave: Hábito de fumar. Prevalencia. Enfermería.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Internação por especialidades médicas. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.....	39
Gráfico 2 – Problemas de saúde entre tabagistas internados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.	40
Gráfico 3 – Condutas e orientações oferecidas na internação para fumantes cessarem o tabagismo. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.	43
Gráfico 4 - Motivos para cessar o tabagismo. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.	44
Gráfico 5 - Motivos para continuar fumando. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.	44
Gráfico 6 - Escala de Fagerström. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.	45
Gráfico 7 - Escala de Prochaska e DiClemente. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características e história tabágica dos fumantes analisados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.....	38
Tabela 2 – Sintomas clínicos relacionados ao consumo do tabaco e abstinência à nicotina. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.	42
Tabela 3 - Associação das variáveis de interesse com a história tabágica. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.....	46
Tabela 4 - Associação dos motivos de internação por especialidades médicas com os sintomas de abstinência à nicotina. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.....	47
Tabela 5 - Associação dos problemas de saúde dos diferentes sistemas com a história tabágica. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.	48
Tabela 6 - Associação dos problemas de saúde com os sintomas do consumo do tabaco e sintomas de abstinência à nicotina. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.....	49
Tabela 7 – Associação entre as condutas e orientações oferecidas na internação com a motivação para parar de fumar. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.	50
Tabela 8 - Associação da dependência à nicotina com sintomas clínicos, consumo do tabaco e da abstinência à nicotina. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.....	50
Tabela 9 - Associação dos problemas de saúde com o desejo de parar de fumar, Escala de Fagerström e Escala de Prochaska e DiClemente. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.	51

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Diferentes problemas de saúde apresentados por sistemas. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.....	41
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

EUA - Estados Unidos da América

RS - Rio Grande do Sul

CQCT - Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco

DNCT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

FAT - Fumaça Ambiental de Tabaco

PTA - Poluição Tabagística Ambiental

SPSS - Statistical Package for Social Science

TRN - Terapia de Reposição de Nicotina

IB - Intervenção Breve

II - Intervenção Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo geral	20
2.2	Objetivos específicos	20
3	REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1	História do tabagismo	21
3.2	Leis relacionadas ao tabagismo	22
3.3	Consequências do uso do tabaco	24
3.3.1	<i>Ambiente</i>	24
3.3.2	<i>Saúde</i>	25
3.3.3	<i>Economia</i>	26
3.4	Hospitalização dos fumantes	28
3.4.1	<i>Motivação para parar de fumar</i>	28
3.4.2	<i>Abordagem da equipe multidisciplinar</i>	29
3.4.3	<i>Abstinência à nicotina</i>	30
4	MÉTODO	32
4.1	Delineamento	32
4.2	Campo do estudo	32
4.3	População e amostra	32
4.4	Coleta de dados	33
4.5	Instrumento para coleta de dados	34
4.6	O estudo piloto	35
4.7	Variáveis e definições	35
4.8	Processamento de dados e análise estatística	36
4.9	Aspectos éticos	37
5	RESULTADOS	38
6	DISCUSSÃO	53
7	CONCLUSÕES	61
8	RECOMENDAÇÕES	63
9	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	64
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICE A - Manual de orientação para coleta de dados	73
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Auxiliares de Pesquisa	79
	APÊNDICE C - Instrumento para coleta de dados de pacientes tabagistas	80

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	82
ANEXO A - Escala de Fagerström	83
ANEXO B - Escala de Prochaska e Di Clemente.....	84
ANEXO C – Carta de aprovação do projeto pela Comissão Científica	85
ANEXO D - Termo de compromisso para utilização de dados institucionais	86

1 INTRODUÇÃO

Existe cerca de um bilhão de adultos fumantes no mundo, sendo que 800 milhões são homens e 200 milhões são mulheres. Desses fumantes, 80% dos homens e 50% das mulheres encontram-se em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento⁽¹⁾.

No Brasil, estudo⁽²⁾ de prevalência na população em geral identificou 14,8% de fumantes, 18,1% homens e 12% mulheres e entre as capitais a maioria encontram-se em Porto Alegre (23%), Curitiba (20%) e São Paulo (19%). A prevalência de tabagismo, em pacientes internados nos hospitais gerais no Brasil, foi de 18,7% em Florianópolis⁽³⁾; 17% em São Paulo⁽⁴⁾; 12,3% em Niterói, no Rio de Janeiro⁽⁵⁾ e 12,1% em Curitiba⁽⁶⁾.

O uso do tabaco está associado aos altos índices de comorbidades como cânceres, diabetes, doenças cardiovasculares e crônicas do pulmão que correspondem 63% de todas as mortes no mundo⁽¹⁾. Cerca de seis milhões de pessoas morrem anualmente no mundo em decorrência do tabagismo e, se essa tendência continuar, em 2030 o tabaco estará associado a oito milhões de mortes, a não ser que ações urgentes sejam tomadas⁽⁷⁾.

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco é um instrumento legal, que teve origem em 1999 pelo reconhecimento da comunidade científica mundial de que o tabagismo é uma doença causada pela dependência à nicotina e responsável por inúmeras doenças graves e letais. O seu objetivo é preservar as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas do consumo e da exposição do tabaco⁽⁸⁾.

A legislação brasileira vem implantando medidas restritivas ao consumo do fumo na sociedade, em decorrência do tabagismo ser considerado um grave problema de saúde pública. Uma restrição pode ser evidenciada na delimitação à propaganda comercial feita pela Constituição Federal de 1988, que solicitou conter advertências sobre os malefícios

decorrentes de seu uso⁽⁹⁾. Outra medida está na Lei nº 9.294, de 1996 que proíbe o uso de qualquer produto fumígeno derivado do tabaco em recintos coletivos, com exceção de locais destinados a essa finalidade⁽¹⁰⁾. A Portaria Interministerial nº 1.498, de 2002 também recomenda às instituições de saúde e de ensino implantarem programas de ambientes livres da exposição tabágica ambiental⁽¹¹⁾.

No Brasil, o Estado de São Paulo aprovou em 2009 a lei de proibição do fumo em ambientes fechados e de uso coletivo, como bares, restaurantes, casas noturnas e outros estabelecimentos comerciais. Além disso, foram proibidos fumódromos em ambientes de trabalho e em áreas fechadas⁽¹²⁾. No final de 2011, também foi aprovada a lei federal que proíbe a manutenção e a criação de fumódromos, o que representou um avanço para o país, uma vez que essa medida restritiva deve contribuir para frear o consumo de cigarros⁽¹³⁾. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em decorrência dessa lei, os fumódromos foram extintos no início de 2012⁽¹⁴⁾.

As políticas institucionais de controle do tabagismo têm contribuído para a cessação, pois há uma propensão dos fumantes de largarem o cigarro quando uma restrição mais severa é imposta⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Além disso, os pacientes fumantes hospitalizados geralmente são mais suscetíveis às mensagens antitabágicas devido, por um lado, à fragilidade e medo da morte e por outro, à redução da negação à doença e sua gravidade durante a internação⁽¹⁶⁾.

No decorrer da hospitalização, é difícil diferenciar sintomas de abstinência à nicotina daqueles ocasionados pela angústia, ansiedade ou sintomas depressivos inerentes à internação. Por esse motivo, é fundamental o apoio da equipe de saúde e tratamento especializado aos pacientes. Entretanto, em nosso país o número de grupos multidisciplinares capacitados para tratamento ambulatorial da dependência da nicotina é muito pequeno e para o manejo intra-hospitalar é ínfimo⁽¹⁷⁾.

A abordagem cognitiva-comportamental é recomendada para a efetividade da cessação do tabagismo, tratamento que combina intervenções cognitivas e treinamento de habilidades comportamentais visando ao abandono do tabagismo e à prevenção de recaídas. O método é eficaz e apresenta como centro o estímulo do autocontrole para que o indivíduo escape do ciclo da dependência e se torne o protagonista da mudança de seu comportamento. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem utilizar uma abordagem básica a todos os pacientes fumantes para estimulá-los a mudarem o seu comportamento tabágico⁽¹⁶⁾.

Inicialmente deve ser avaliado o estágio de mudança de comportamento em que os tabagistas se encontram conforme a escala de Prochaska e Di Clemente baseada nos aspectos cognitivos e motivacionais e na fase em que se encontram: pré-contemplanção, contemplanção, ação, manutenção e recaída. A abordagem cognitivo-comportamental segue os passos: perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o paciente no processo de cessação do tabagismo⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A motivação individual para deixar o cigarro é um dos fatores mais importantes na cessação do tabagismo. Estudos⁽²⁰⁻²¹⁾ mostram a necessidade dos fumantes acreditarem na sua capacidade e força de vontade para que a cessação do tabagismo ocorra com êxito. Esta determinação é também imprescindível para que o tabagista vença as barreiras do processo de abandono do cigarro, que muitas vezes é longo, difícil e com possibilidades de recaídas.

No decorrer de minha trajetória acadêmica, tive a oportunidade de desenvolver alguns projetos acerca da temática do tabagismo. Nessa caminhada observei a necessidade de atendimento específico aos pacientes cirúrgicos tabagistas, devido à importância da cessação do tabagismo antes de um procedimento.

No HCPA a Comissão de Controle do Tabagismo tem trabalhado em ações para a restrição do consumo do tabaco, tanto com os profissionais como com os pacientes e seus familiares. Os pacientes internados podem receber auxílio da equipe assistencial ou o Serviço

de Pneumologia pode ser acionado via consultoria pela equipe médica assistente, no entanto ainda não existe um protocolo formal para o atendimento desse problema de saúde na instituição.

Dessa forma, entende-se como de fundamental importância conhecer a prevalência de fumantes internados, suas características, dependência à nicotina e motivação em abandonar o fumo para que se possa pensar em estratégias de assistência eficazes com intuito de auxiliá-los no processo de cessação do tabagismo. Portanto, a questão de pesquisa é: **qual a prevalência e o perfil tabágico de pacientes adultos internados em unidades cirúrgicas de um hospital universitário?**

Os resultados desse estudo podem servir de subsídio para propor a implantação de programas de apoio dirigidos, especificamente aos pacientes tabagistas internados.

2 OBJETIVOS

Esse estudo possui objetivo geral e objetivos específicos conforme descritos a seguir.

2.1 Objetivo geral

- Identificar a prevalência e o perfil tabágico de pacientes adultos internados em unidades cirúrgicas de um hospital universitário.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar associação dos dados sócio demográficos, econômicos e problemas de saúde à história tabágica;

- Verificar associação dos motivos da internação por especialidades médicas à motivação para parar de fumar e aos sintomas de abstinência à nicotina;

- 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 à motivação para cessar o tabagismo, aos sintomas do consumo do tabaco e aos sintomas de abstinência à nicotina;

- Verificar associação dos problemas de saúde, dos sintomas do consumo do tabaco e de abstinência à nicotina, ao grau de dependência à nicotina e motivação para parar de fumar.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura aborda a história do tabaco, a legislação relacionada ao fumo, as consequências do uso do tabaco para o ambiente, saúde e economia, e a hospitalização dos fumantes.

3.1 História do tabagismo

O consumo do tabaco iniciou nas Américas, onde os indígenas utilizavam a planta em rituais religiosos⁽²²⁾. Após a colonização do continente americano, o fumo se difundiu pela Europa, tornando-se símbolo da civilização e fonte de renda dos cofres públicos, tendo grande importância na economia e política europeia⁽²³⁾.

O nome nicotina deriva de Jean Nicot, diplomata e estudioso francês, que em 1560 introduziu o tabaco na corte francesa, o que deu início a expansão do tabagismo na Europa. Após muitos anos, em 1674, Portugal criou o monopólio do tabaco, com legislação punindo o contrabando, o qual vigorou inclusive no Brasil até depois da independência, pois no período colonial o tabaco serviu de moeda no escambo de escravos vindos da África⁽²³⁾.

O fumo se popularizou a partir do século XIX, simbolizando elevado status econômico-social. Após a primeira e segunda guerra mundial, o cigarro se expandiu com a industrialização e o desenvolvimento de técnicas de publicidade e propaganda⁽²³⁾. Nessa época, a British American Tobacco – controladora acionária da Souza Cruz desde 1914 – tornou-se a maior fabricante de cigarros no mundo⁽²⁴⁾.

No início do século XX, surgiram diversas leis contra o tabaco nos Estados Unidos da América (EUA), mas ao final da década de 1920 quase todas foram abolidas, pois as empresas conseguiram driblar a legislação, aproveitando-se da fragilidade textual das suas leis⁽²⁵⁾.

A partir dos anos 60, o governo dos EUA divulga relatórios sobre os malefícios que o tabaco traz a saúde, gerando grande impacto na opinião pública e decréscimo na comercialização⁽²⁶⁾. A indústria do fumo reagiu, por meio de estratégias de marketing e busca por novos espaços de atuação, procurando se firmar de maneira a não perder o mercado mundial⁽²⁴⁾.

No Brasil, no centro do Rio Grande do Sul (RS), nasceu o núcleo que é atualmente “a capital do fumo”: Santa Cruz do Sul e sua microrregião. O mecanismo de sistema integrado levou ao sucesso econômico-financeiro a produção de fumo, em que as empresas ofereciam assistência técnica aos produtores em troca da promessa de venda integral da produção, com exclusividade. Assim, as indústrias tomaram a frente no processo produtivo à medida que mercantilizaram o conjunto das atividades de produção, dominando todo sistema de cultivo e comercialização⁽²⁴⁾.

Com a expansão e consolidação do sistema integrado, a região sul se tornou, no final do século XX, parte do cenário global do comércio de tabaco, concentrando 95% da produção brasileira de folhas. O Brasil assumiu a liderança na exportação de tabaco no mundo desde 1993. De 1980 a 2003, aumentou em 70% a produção brasileira, assumindo a segunda posição em 2002, enquanto os Estados Unidos reduziram em 50%, ficando em quarto lugar, logo atrás da Índia. Atualmente, o maior produtor continua sendo a China⁽²⁷⁾.

3.2 Leis relacionadas ao tabagismo

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) foi um marco no reconhecimento de que o tabagismo é uma doença que causa dependência e um grave risco à saúde⁽⁸⁾. No Brasil a CQCT foi aderida em 2006, o que representou um avanço para o país nesse processo, e evidencia que é recente a concepção do tabagismo ser aceito como doença e

causa de diversas comorbidades, em contra ponto com 500 anos de cultura de consumo do tabaco⁽²⁸⁾.

A legislação brasileira vem implantando medidas restritivas ao consumo do tabaco na sociedade⁽⁹⁻¹¹⁾. No entanto, a primeira lei a restringir o fumo no Brasil⁽¹⁰⁾ acabou beneficiando a indústria por sua redação, que possibilitava um mesmo espaço ser compartilhado por fumantes e não-fumantes, desde que houvesse uma separação entre as áreas.

No Brasil, leis restritivas, que proíbem o fumo em locais fechados de uso coletivo⁽¹²⁻¹³⁾, representam um avanço para o país, uma vez que essas medidas devem contribuir para frear o consumo de cigarros⁽²⁹⁾.

Recentemente, o Brasil, por meio do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT) (2011-2022), propôs a meta de reduzir a prevalência de tabagismo em adultos (18 anos ou mais), de 15,1% (2011) para 9,1% (2022)⁽³⁰⁾. Após um ano do programa, estudo apontou tendências de declínio do tabagismo, do consumo pesado (>20 cigarros por dia) e da redução da taxa de mortalidade prematura associada. Estudo aponta que o êxito é resultado de medidas educativas, preventivas, legislativas e regulatórias. Com isso, o Brasil se tornou referência pelos resultados alcançados e pelas medidas regulatórias, como a proibição de propaganda, promoção e patrocínio de cigarros, vinculação de imagens de advertências nos maços e pacotes de produtos do tabaco, proibição de fumar em ambientes fechados, entre outras⁽²⁸⁾.

As políticas institucionais de controle do tabagismo têm contribuído para a cessação, pois há uma propensão dos fumantes para largarem o cigarro quando uma restrição mais severa é imposta. As medidas restritivas ao fumo são importantes para porem de fumar, pois quando as pessoas fumam se sentem, de certa forma, excluídas dos ambientes sociais⁽¹⁵⁾.

É fundamental que o Brasil reconheça os prejuízos causados pelo fumo e revise a lei federal de sua regulamentação em locais fechados. O conhecimento acerca das estratégias da

indústria permite que políticos e profissionais de saúde preparem argumentos de oposição a medidas que podem comprometer a saúde pública⁽²⁹⁾.

3.3 Consequências do uso do tabaco

Serão apresentadas as consequências do uso do tabaco para o ambiente, para a saúde e para a economia.

3.3.1 Ambiente

A Fumaça Ambiental de Tabaco (FAT) é uma mistura de gases e partículas provenientes da queima do fumo, composta pela fumaça de produtos derivados do fumo que não está sendo exalada. Quando um cigarro ou derivado do tabaco é aceso, somente uma parte da fumaça é tragada pelo fumante, e cerca de dois terços é lançada no ambiente⁽³¹⁾.

A Poluição Tabagística Ambiental (PTA) é um problema para a manutenção da qualidade do ar em ambientes fechados. A composição química do cigarro é tóxica e/ou cancerígena e sua inalação pode causar vários danos à saúde, como câncer de pulmão, doenças cardiovasculares e respiratórias⁽³¹⁾.

Os contaminantes da PTA lançados no ambiente são mais elevados que a fumaça tragada pelo fumante, pois se encontra, em média, três vezes mais nicotina e monóxido de carbono e até 50 vezes mais substâncias cancerígenas. Isso porque a fumaça que sai da ponta acesa não é filtrada⁽³²⁾.

A PTA é um sério problema de saúde pública. É agente carcinogênico em seres humanos, sendo, portanto classificada como carcinógeno do grupo um, não havendo um nível seguro de exposição a ela. Nenhuma tecnologia de engenharia de ventilação atual é capaz de controlar os riscos impostos pela exposição, somente é possível reduzir e controlar questões

de conforto relacionadas ao odor e à irritação sensorial. Portanto, para reduzir o risco a zero, seria necessário um nível de ventilação como o de um furacão⁽³¹⁻³²⁾.

Os efeitos da PTA sobre a saúde são bem conhecidos, o fumo passivo é prejudicial para quem respira as toxinas e é um problema sério para a saúde pública. Estudo revela que a proibição de fumar reduz a PTA, como nos Estados Unidos e em outros países em todo o mundo. No entanto, a eficácia dos esforços legislativos depende também da aplicação bem-sucedida de proibição de fumar e de conformidade com a legislação⁽³³⁾.

3.3.2 Saúde

O cigarro é o único produto legalizado que causa a morte da metade de seus usuários. Isto significa que cerca de 650 milhões de fumantes vão morrer prematuramente em consequência do tabagismo. O fumo contém mais de 4.500 complexos químicos, entre eles, arsênico, amônia, sulfito de hidrogênio, cianeto hidrogenado, monóxido de carbono que é letal e alcatrão, o qual provoca obstrução do fluxo de vias aéreas e outras perturbações respiratórias⁽²⁴⁾. Estudo⁽³⁴⁾ realizado em Portugal mostra que após a proibição do fumo em locais fechados, houve significativa redução de poluição do ar interior e uma melhora na saúde respiratória dos trabalhadores.

A nicotina é uma droga psicoativa que atinge o cérebro em oito segundos após a primeira tragada. É responsável pela dependência, agindo sobre o sistema nervoso central e produzindo prazer, o que induz ao consumo e à perpetuação do ato de fumar⁽³⁵⁾.

Fatores psicológicos e sociais também são importantes neste processo e contribuem para a complexidade e intensidade do quadro de dependência. Assim, com o uso regular de cigarros, estabelece um condicionamento que faz com que a pessoa passe a ter o fumo integrado à sua rotina. Além disso, o cigarro é também utilizado como um tipo de modulador

de emoções, o que faz com que seu uso se amplie significativamente e não esteja associado apenas à necessidade fisiológica de reposição periódica da droga⁽²⁴⁾.

Apesar de ser um desafio, a cessação é determinante para a saúde do fumante, pois existem dezenas de doenças tabaco-relacionadas, ou seja, causadas ou agravadas pelo fumo, e muitas delas são letais. Justificam-se, portanto, os esforços em desenvolver medidas de apoio à cessação do tabagismo que aliados à determinação pessoal e aos tratamentos disponíveis (combinando medidas farmacológicas e não farmacológicas) podem contribuir para o abandono definitivo do cigarro⁽³⁶⁻³⁷⁾.

3.3.3 Economia

O tabagismo gera uma perda mundial de 200 bilhões de dólares por ano, sendo que a metade dela ocorre nos países em desenvolvimento. Este valor é o resultado da soma de vários fatores, como o tratamento das doenças relacionadas ao tabaco, mortes de cidadãos em idade produtiva, maior índice de aposentadorias precoces, aumento no índice de faltas ao trabalho e menor rendimento produtivo⁽³⁸⁾.

Atualmente a responsabilidade corporativa da indústria do fumo está sendo questionada, por conta do conflito das empresas de tabaco com os sistemas de saúde públicos⁽³⁹⁻⁴⁰⁾. A indústria do cigarro não deve ser vista como um fator diferencial na economia, já que está associada à morte de quase cinco milhões de indivíduos anualmente, sendo que 70% dos óbitos ocorrem nos países em desenvolvimento carentes de financiamento público para programas sociais⁽⁴¹⁾.

As políticas de prevenção do tabagismo são as que têm maior custo-efetividade, sendo importante componente da economia de um país para à manutenção da saúde da população⁽⁴²⁾. Intervenções amplas de promoção de saúde devem ser tomadas para redução dos fatores de risco, melhoria da atenção à saúde, detecção precoce de doenças e tratamento oportuno.

Algumas medidas preventivas recomendadas para reduzir o consumo do tabaco são o fortalecimento da política de preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do fumo e das ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de tabaco, pelo programa Saúde na Escola⁽³⁰⁾.

Os custos do tratamento das doenças relacionadas ao fumo podem ser divididos em duas categorias: as tangíveis (assistência à saúde; perda de produção devido à morte e ao adoecimento e à redução da produtividade; aposentadorias precoces e pensões; incêndios e outros tipos de acidentes; poluição e degradação ambiental, pesquisa e educação) e as intangíveis (a morte de fumantes e não fumantes e o sofrimento dos fumantes, não fumantes e seus familiares)⁽²⁴⁾.

O poder público gasta com o tratamento de fumantes duas vezes mais do que arrecada com os impostos do cigarro⁽²⁴⁾. O cigarro provoca um prejuízo anual para o sistema público de saúde de, pelo menos, R\$ 338 milhões, o equivalente a 7,7% do custo de todas as internações e quimioterapias no país. Quase 8% dos gastos do sistema vão para doenças ligadas ao cigarro e são disponibilizados para hospitalizações e terapias quimioterápicas em pacientes vítimas de doenças comprovadamente associadas ao tabagismo, alguns tipos de câncer, problemas respiratórios e circulatórios⁽⁴³⁾.

Estratégias e medidas na área econômica vêm sendo aplicadas pelos órgãos governamentais e que, associadas, contribuem com as ações voltadas para o controle do uso do tabaco no Brasil e no mundo. Três áreas se destacam como de extrema importância para um controle efetivo: política de preços e impostos, cultura do fumo e mercado ilegal de cigarros⁽⁴⁴⁾.

3.4 Hospitalização dos fumantes

No ambiente hospitalar, devido à restrição ao fumo os pacientes são obrigados a parar de fumar, independente do seu grau de motivação para a cessação do tabagismo. Esse fato permite ao fumante uma reflexão sobre seus hábitos de vida^(3,45). No entanto, de forma geral, não há uma mobilização dos hospitais para a abordagem ao fumante internado, mesmo considerando que a hospitalização seja um momento oportuno para a interrupção do tabagismo⁽⁵⁾.

A cessação do tabagismo imposta pela hospitalização pode desencadear abstinência à nicotina, o que dificulta no processo de abandono do tabaco. Contudo, mesmo que a internação gere estresse, insegurança e ansiedade, pode funcionar como indutora da cessação, já que durante a hospitalização o paciente permanece sem fumar, reflete acerca dos seus problemas de saúde associando-os ao uso do tabaco e está assistido pela equipe de saúde, que pode auxiliá-lo no processo de abandono do cigarro^(3,16,46).

3.4.1 *Motivação para parar de fumar*

Situações de crise e eventos envolvendo sérios riscos para a saúde, como a admissão hospitalar e as cirurgias, podem representar uma importante motivação para a cessação do tabagismo. O desejo de parar de fumar se modifica com o tempo e é influenciado pelo ambiente em que o tabagista se encontra, possuindo, também, íntima relação com o grau de dependência da nicotina⁽⁴⁷⁾.

Ressalta-se, ainda, que a motivação pode ser incentivada pelos profissionais de saúde através da adequação de sua abordagem ao estágio motivacional e ao planejamento terapêutico^(21,48). A maioria dos pacientes deseja continuar sem fumar após a alta hospitalar, no entanto, muitos necessitam de ajuda⁽⁵⁾.

Os pacientes tabagistas não são abordados e medicados de forma sistemática durante a internação, por isso existe a necessidade de sensibilizar os gestores de saúde hospitalar, no sentido de garantir uma abordagem multidisciplinar ao paciente tabagista⁽⁵⁾. Assim sendo, o comportamento de fumar e a vontade de parar de fumar devem ser registradas em prontuário pela equipe de saúde, com vistas a ser oferecido auxílio para cessação do tabagismo de forma ativa, por meio de um programa de cessação do tabagismo de base hospitalar⁽⁴⁹⁾.

3.4.2 Abordagem da equipe multidisciplinar

A hospitalização é um momento oportuno para a equipe de saúde motivar o paciente a cessar o tabagismo⁽⁴⁵⁾. Por isso, é importante que todos os fumantes sejam abordados para a cessação do tabagismo na internação independente do seu grau de motivação, idade ou doenças associadas⁽⁵⁰⁾. É recomendada uma intervenção terapêutica orientada para as consequências do tabagismo e de como lidar com os sintomas de abstinência à nicotina na internação⁽⁵⁾.

Na abordagem ao fumante, os enfermeiros se detêm principalmente em identificar o status tabágico e em associá-lo à doença de base. Poucos utilizam a abordagem cognitivo-comportamental para dar suporte ao paciente ao longo da internação conforme recomendado⁽⁵¹⁾.

No sentido de aperfeiçoar a abordagem ao paciente fumante internado, torna-se necessário o desenvolvimento de um amplo programa institucional, focado na capacitação de enfermeiros, médicos e outros profissionais da saúde para a implementação de estratégias dirigidas aos pacientes tabagistas⁽³⁾. Estudos revelam que para eficácia destes programas para a cessação do tabagismo, a intervenção deve começar na internação e estender-se após a alta hospitalar, de forma a garantir a manutenção da abstinência à nicotina⁽⁵²⁻⁵³⁾.

3.4.3 *Abstinência à nicotina*

A nicotina na fumaça do tabaco provoca não apenas mudanças fisiopatológicas no corpo do fumante, mas também desenvolve tolerância à sua própria ação com o uso repetido. A exposição seguida à nicotina desenvolve neuroadaptações dos receptores, resultando na tolerância a muitos dos efeitos da nicotina. Fármacos para a cessação do tabagismo reduzem os sintomas de abstinência à nicotina e bloqueiam os seus efeitos sem causar efeitos adversos excessivos. Todas as formas de terapia de reposição de nicotina (TRN) são seguros e eficazes para aumentar as taxas de cessação do tabagismo no uso de curto e longo prazo. Combinação TRN (mais do que uma terapia) pode ser indicada em pacientes que falharam na monoterapia⁽⁵⁴⁾.

Intervenção Breve (IB) para encorajar os pacientes a parar de fumar é eficaz e deve ocorrer em cada interação com o paciente. Se os fumantes recebem uma entrevista motivacional para cessação do tabagismo, além da IB pode ser oferecido tratamento farmacológico para amenizar a abstinência à nicotina e após uma Intervenção Intensiva (II) para manter o fumante abstinente. Estudo mostra que a IB associada a II oferece uma abordagem prática para a implementação de uma intervenção de cessação do tabagismo em âmbito hospitalar mais eficaz⁽⁵⁵⁾.

A abstinência à nicotina é comum durante a internação hospitalar devido à restrição do fumo, no entanto estudos^(4-5,56) mostram que mesmo com a proibição do tabagismo na internação, muitos pacientes fumam dentro do hospital, referem sintomas de abstinência à nicotina, poucos recebem tratamento farmacológico e muitos recaem nos primeiros dias após a alta.

Nesse sentido, é importante que o fumante seja avaliado e tratado ainda na internação com a TRN para aliviar os sintomas de abstinência à nicotina durante a hospitalização. Estudo⁽⁵⁷⁾ revela que os fumantes que receberam TRN durante a hospitalização foram mais

propensos a usá-lo após a alta em comparação com aqueles que não usaram. Incentivar o uso da TRN associado ao aconselhamento para a cessação do tabagismo entre os fumantes hospitalizados pode ser mais eficaz para que o fumante mantenha-se abstinente após a alta hospitalar.

4 MÉTODO

No capítulo a seguir será descrito o método utilizado no estudo.

4.1 Delineamento

Estudo do tipo transversal, o qual descreve as características do objeto em estudo, considerando os dados num determinado momento no tempo⁽⁵⁸⁻⁵⁹⁾.

4.2 Campo do estudo

O campo do estudo foi o HCPA, e sua realização foi junto aos pacientes adultos internados nas unidades cirúrgicas do hospital (3° Sul, 3° Norte, 7° Sul, 8° Sul, 8° Norte e 9° Norte).

4.3 População e amostra

A população foi os pacientes adultos hospitalizados nas unidades cirúrgicas do HCPA e a amostra aleatória foi constituída por pacientes adultos internados nessas unidades do hospital.

O cálculo amostral para identificar a prevalência de tabagismo foi de, no mínimo, 385 pacientes, considerando um intervalo de confiança de 95% e erro de 5%, utilizando uma proporção de 50%. Para analisar o perfil dos pacientes tabagistas, levou-se em consideração estudos⁽³⁻⁴⁾ realizados em outros hospitais, nos quais a prevalência de pacientes internados fumantes foi de 20%. Sendo assim, estimou-se entrevistar, no mínimo, 77 pacientes fumantes, no entanto foram entrevistados 100 tabagistas.

Crêterios de inclusão:

- Ser adulto (18 anos ou mais);
- Estar internado numa das unidades cirúrgicas do HCPA.

Crêterios de exclusão:

- Paciente apresentar algum comprometimento neurológico, psiquiátrico ou clínico que o impedisse de responder o questionário.
- Paciente ausente do leito até a segunda tentativa de coleta.
- Alta hospitalar em período menor de 72 horas¹.
- Pacientes que reinternaram no período de coleta.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados pela pesquisadora com auxílio de duas alunas bolsistas de inicia o científica, graduandas em enfermagem. As alunas foram previamente capacitadas para atividade, por meio de um manual para coleta de dados que poderiam utilizar para consulta durante a coleta (**APÊNDICE A**). Antes do início da coleta de dados as alunas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Auxiliares de Pesquisa (**APÊNDICE B**).

1  momento: na data prevista para início da coleta, foi impressa a listagem de todos os pacientes internados nas unidades cirúrgicas do hospital. Nos dias subsequentes, está lista foi atualizada diariamente para identificar os novos pacientes internados, com objetivo de completar o número estimado do cálculo amostral para levantamento da prevalência. A partir desta lista, foi verificado no prontuário eletrônico o status tabágico desses pacientes. Quando

¹ Fora realizado um levantamento da média de dias de internac o dos pacientes nas unidades cirúrgicas, precedente a elaborac o do projeto, no qual constatou-se que estes ficaram internados cerca de cinco dias. Considerou-se como critério de inclusão ter no mínimo 72 horas de internac o devido ao questionário utilizado conter perguntas referentes   abstinência a nicotina e condutas e orienta es oferecidas aos fumantes internados para cessac o do tabagismo, para isso, necessitaria um tempo mínimo de internac o.

o prontuário não dispunha dessa informação as bolsistas foram buscá-la com o paciente, a beira do leito.

2º momento: identificou-se na lista dos pacientes internados os que eram tabagistas, os quais foram posteriormente abordados a beira do leito e orientados com relação aos objetivos da pesquisa e a importância da sua participação. Por conseguinte, estes pacientes foram convidados a participarem da entrevista.

3º momento: os dados referentes ao motivo de internação e informações clínicas dos pacientes tabagistas foram obtidos em prontuário eletrônico.

4.5 Instrumento para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumentos e escalas conforme descritos a seguir:

Instrumento para coleta de dados de pacientes tabagistas (APÊNDICE C): este instrumento continha questões sobre os dados sócio-demográficos, econômicos, clínicos, história tabágica, sinais e sintomas decorrentes do consumo do tabaco, sintomas de abstinência à nicotina, tratamentos e orientações recebidas durante a internação para cessar o tabagismo e a motivação para parar de fumar.

Escala de Fagerström (ANEXO A): esta escala avalia a dependência à nicotina, por meio de um questionário de seis perguntas com escore que varia de zero a dez. Cabe destacar que a *Fagerström Test for Nicotine Dependence*⁽⁶⁰⁻⁶¹⁾ é um questionário elaborado por Fagerström, adaptado e validado no Brasil.

Escala de Prochaska e Di Clemente (ANEXO B): esta escala avalia a motivação do fumante em cessar o tabagismo, por meio dos estágios cognitivos e motivacionais. Esta escala também foi validada no Brasil⁽⁶²⁾.

4.6 O estudo piloto

O instrumento do estudo foi testado com quatro pacientes tabagistas internados em unidades cirúrgicas do hospital, com vistas a sua adequação.

4.7 Variáveis e definições

- *Fumante*: pessoa que fuma regularmente um ou mais cigarros por dia ou que está sem fumar a menos de seis meses.

- *Fumante em abstinência*: pessoa que era fumante e está sem fumar há mais de seis meses.

- *Não fumante*: pessoa que nunca fumou na vida ou que apenas experimentou o fumo, mas não se tornou fumante.

- *Sexo*: categorizado em masculino e feminino.

- *Idade*: diferença (em anos) entre a data da coleta de dados e a data de nascimento.

- *Etnia*: categorizado em branca, preta ou outra.

- *Estado conjugal*: casado(a) ou com acompanhante: pessoa que tenha o estado civil de casada ou que mora com companheiro; separado(a) ou divorciado(a): pessoa que tenha o estado civil de divorciada ou separada homologado por decisão judicial; viúvo (a): pessoa que tenha o estado civil de viúva; solteiro(a): pessoa que tenha o estado civil de solteira.

- *Nível de instrução*: ensino fundamental completo ou incompleto; ensino médio completo ou incompleto e ensino superior completo ou incompleto ou pós-graduação.

- *Naturalidade*: proveniente do interior do Rio Grande do Sul, região metropolitana de Porto Alegre e de fora do estado do Rio Grande do Sul.

- *Idade do início do fumo*: idade do início do tabagismo.

- *Carga tabágica*: número de cigarros consumidos diariamente.
- *Grau de motivação para a cessação do tabagismo*: foi pontuado pelos sujeitos da pesquisa em uma escala de zero a 10, em que zero significa nenhuma motivação e 10 motivação máxima.
- *Sintomas do consumo do tabaco*: tosse e/ou expectoração, chiado e/ou dispneia, dor torácica e/ou palpitações, claudicação intermitente (câimbras, cansaço e dor nas pernas) e tonturas e/ou desmaios.
- *Sintomas de abstinência à nicotina*: insônia, irritabilidade, ansiedade, sintomas depressivos e alteração do apetite.
- *Dependência à nicotina*: foi avaliada a dependência à nicotina classificando os fumantes de acordo com a Escala de Fagerström: 0-2 pontos = muito baixa; 3-4 pontos = baixa; 5 pontos = média; 6-7 pontos = elevada; e 8-10 pontos = muito elevada⁽⁶³⁾.
- *Fases sequenciais da história natural das tentativas de abandonar o fumo*: foram analisadas, em que fase os pacientes tabagistas se encontram: pré-contemplação (não pensa em parar nos próximos seis meses), contemplação (está motivado a parar nos próximos seis meses), preparação (pretende parar no próximo mês), ação (parou de fumar e está nos primeiros seis meses em abstinência à nicotina), manutenção (parou de fumar há seis meses ou mais) e recaída (parou de fumar mas recaiu, isto é, voltou a fumar)⁽⁶⁴⁾.

4.8 Processamento de dados e análise estatística

Os dados foram digitados, revisados e codificados em um banco de dados construído com o programa Microsoft Excel[®]. Após, foram transcritos para o *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 18, no qual foram analisados. Para análise descritiva foram realizados os cálculos de frequência simples e relativa, medidas de tendência central,

dispersão e posição. Foi realizado o teste de normalidade para verificar a distribuição dos dados. Para comparação de variáveis categóricas e contínuas foi realizado teste de média (teste T ou ANOVA) ou medianas (Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis). Para comparação de duas variáveis categóricas foi realizado o teste Qui-quadrado e para duas variáveis contínuas o teste de correlação (Pearson ou Spearman). Foi considerado o nível de significância de 5%⁽⁶⁵⁾.

4.9 Aspectos éticos

Em atenção às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde Brasil⁽⁶⁶⁾, este projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS, Plataforma Brasil e Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob nº 12-0461 (**ANEXO C**).

Os pacientes que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**APÊNDICE D**). Foram garantidos o anonimato, o uso das informações exclusivamente para a pesquisa e o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento. Os autores assinaram, junto ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação, o Termo de Compromisso para Utilização de Dados Institucionais (**ANEXO D**) para a consulta do prontuário eletrônico dos pacientes.

O estudo apresenta como benefício conhecer o perfil e a prevalência de tabagistas internados em unidades cirúrgicas do hospital. Os resultados desse estudo poderão auxiliar a equipe de saúde na abordagem ao paciente tabagista internado, visando à cessação do tabagismo.

5 RESULTADOS

Foram analisados 1439 prontuários, distribuídos em relação ao perfil tabágico: 938 (65%) eram não fumantes, 281 (20%) fumantes em abstinência e 210 (15%) fumantes, destes 59 pacientes tiveram alta antes das 72 horas de internação, 12 não aceitaram participar do estudo, 29 não tiveram condições clínicas de responder o questionário e 10 estavam em quartos de isolamento, por este motivo foram entrevistados 100 pacientes.

A Tabela 1 representa o perfil dos fumantes internados, considerando características sócio demográficas, econômicas e história tabágica.

Tabela 1 - Características e história tabágica dos fumantes analisados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

Características	n = 100
Idade (anos) *	54,5 (13,8)
Sexo (masculino)	58 (58)
Cor (branca)	79 (79)
Estado civil	
Casado/Companheiro (a)	38 (38)
Separado/Divorciado/Viúvo (a)	34 (34)
Solteiro (a)	28 (28)
Nível de instrução	
Fundamental	67 (67)
Ensino médio	20 (20)
Ensino superior	13 (13)
Naturalidade	
Interior do Rio Grande do Sul	57 (57)
Região metropolitana de Porto Alegre	37 (37)
Fora do estado do Rio Grande do Sul	6 (6)
Renda individual†	800 (700-1800)‡
Renda familiar†	1400 (700-2850)‡
Número de indivíduos na família†	2 (2-4)
Idade de início do fumo*	17 (6,6)
Anos de consumo do tabaco*	37,4 (14,4)
Número de cigarros fumados por dia†	20 (10-28,7)
Número de dias desde o último cigarro fumado†	6 (4-12,75)
Deseja parar de fumar (sim)	91 (91)
Nota da motivação para parar de fumar (0 a 10)*	8,4 (2,4)
Tentou parar de fumar (sim)	77 (77)

Tabela 1 - Características e história tabágica dos fumantes analisados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

Características	n = 100
Número de tentativas para parar de fumar†	1 (1-2)
Procurou auxílio para parar de fumar (sim)	12 (12)
Procurou tratamento para parar de fumar (sim)	11 (11)
Convive com outros fumantes (sim)	68 (68)

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

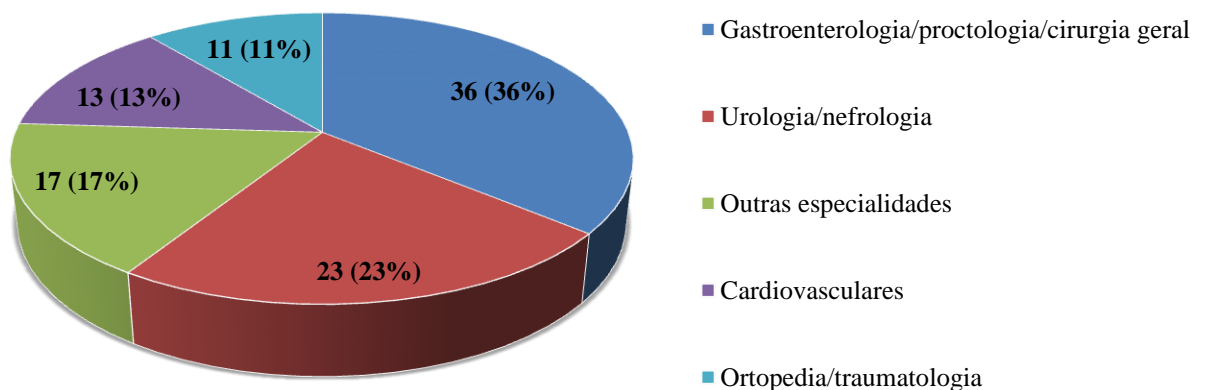
Dados categóricos apresentados como n (%); *variáveis expressas como média e desvio padrão; †variáveis expressas em mediana e intervalos interquartis (25-75); ‡valores expressos em R\$ (reais).

Em relação à busca de tratamento para cessar o tabagismo, 12 (12%) fumantes buscaram auxílio, como consultas médicas e grupos de fumantes e 11 (11%) trataram-se com adesivos, medicações, gomas e piteiras. Sessenta e oito (68%) pacientes convivem com outros fumantes, a maioria familiares próximos e amigos.

Oitenta e quatro (84%) pacientes internaram para realizar cirurgias e 16 (16%) por complicações clínicas. Os pacientes analisados estavam internados por diferentes especialidades médicas, conforme é apresentado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Internação por especialidades médicas. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

Internação por especialidades médicas

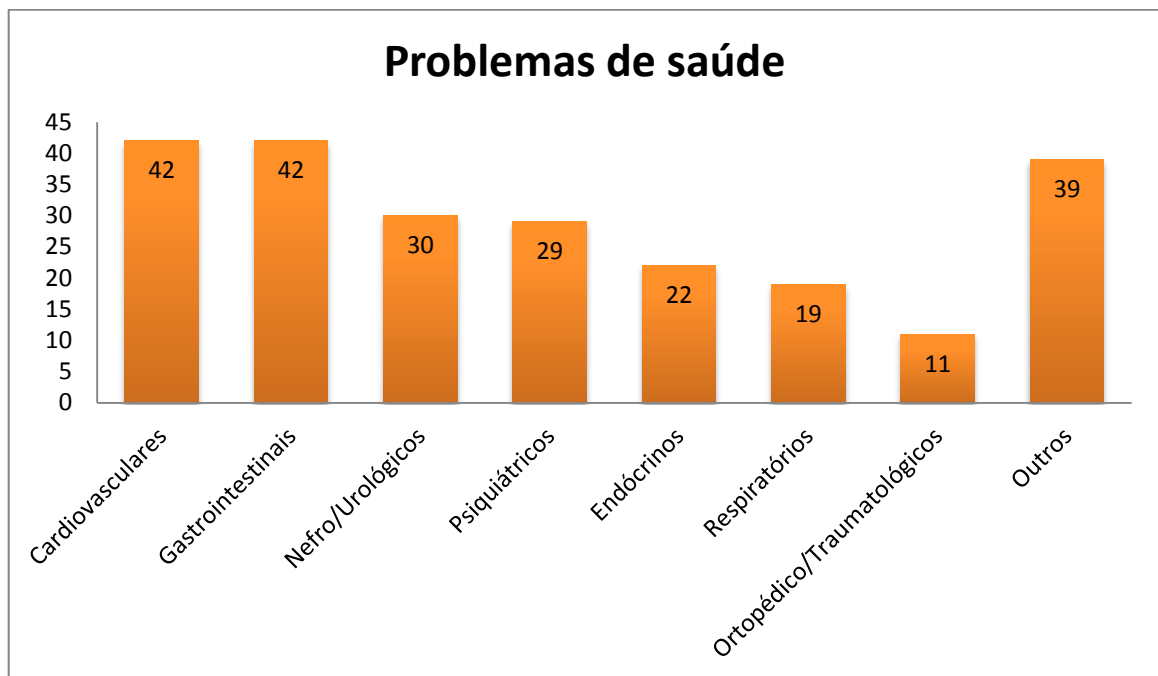


Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Os pacientes categorizados em outras especialidades médicas estavam distribuídos em: cinco (29%) ginecologia, cinco (29%) neurocirurgia, dois (12%) pneumologia, dois (12%) oftalmologia, um (6%) otorrinolaringologia, um (6%) reumatologia e um (6%) infectologia.

Os pacientes tabagistas apresentaram diferentes problemas de saúde, os quais estão listados no Gráfico 2. Destacam-se problemas cardiovasculares em 44 (44%) pacientes e gastrointestinais em 42 (42%). Os fumantes apresentaram mediana de três (2-4,5) problemas de saúde.

Gráfico 2 – Problemas de saúde entre tabagistas internados. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Os problemas de saúde categorizados como outros 39 (39%) foram: oito neurológicos, sete infectocontagiosos, seis dependência química, cinco ginecológicos, cinco reumatológicos, três autoimunes, três inflamatórios e dois linfáticos.

O Quadro 1 descreve os problemas de saúde da amostra dividida entre os diferentes sistemas.

Quadro 1 – Diferentes problemas de saúde apresentados por sistemas. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

Problemas de saúde	Sistemas
Hipertensão arterial sistêmica, aneurisma de aorta abdominal, isquemia crítica, infarto agudo do miocárdio, vasculopatia periférica, fibrilação atrial, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, miocardiopatia dilatada, arritmia com implante de marcapasso, angina, cardiopatia isquêmica, ateroma e comunicação intraventricular.	Cardiovasculares
Colelitíase, pancreatite, obesidade, câncer de reto, cirrose, varizes esofágicas, duodenite erosiva, câncer de estômago, hérnia umbilical, colicistite, úlcera péptica, doença do refluxo gastresofágico, disfagia, dispepsia, câncer de cólon, esplenomegalia, câncer de fígado, hepatite B, hepatite C, cirrose alcoólica, câncer de esôfago, obstrução de via biliar, coledocolitíase, câncer de pâncreas, diverticulite, suboclusão intestinal, câncer da cavidade oral, gastrite, esofagite e úlcera duodenal.	Gastrointestinais
Neurológicos, infectocontagiosos, dependência química, ginecológicos, reumatológicos, autoimunes, inflamatórios e linfáticos.	Outros
Insuficiência renal aguda, transplante renal, insuficiência renal crônica, hiperplasia benigna de próstata, câncer de bexiga, câncer de próstata, câncer de testículos, priapismo, rins policísticos, câncer de rim, litíase renal e pielonefrite.	Nefrológicos e urológicos
Depressão, transtorno mental, déficit cognitivo, ansiedade, esquizofrenia paranóide e delirium.	Psiquiátricos
Diabetes mellitus tipo I e tipo II e hipotireoidismo.	Endócrinos
Doença pulmonar obstrutiva crônica, congestão pulmonar, câncer de pulmão e brônquios, nódulos pulmonares, asma, atelectasia transitória, sinusite, bronquite, tuberculose e traqueobronquite.	Respiratórios
Artrodese de coluna, artrodese de quadril, fratura de tíbia, fratura de fíbula, artoplastia coxofemoral, artoplastia de quadril, hérnia de disco, prótese de quadril, fratura de fêmur e fratura de íliaco.	Ortopédicos e traumatológicos

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

Destaca-se que houve entre os diferentes sistemas 35 (35%) casos de cânceres: de reto, de estômago, de cólon, de fígado, de esôfago, de pâncreas, da cavidade oral, linfático, de bexiga, de próstata, de testículos, cerebral, de útero, de pulmão, de rim, de testículo e de vagina.

A Tabela 2 apresenta os sintomas clínicos relacionados ao consumo de tabaco e a abstinência à nicotina, considerando que cada paciente poderia apresentar mais de um sintoma

na internação. Destaca-se que 94 (94%) pacientes apresentaram sintomas clínicos relacionados ao consumo de tabaco e 81 (81%) à abstinência à nicotina.

Tabela 2 – Sintomas clínicos relacionados ao consumo do tabaco e abstinência à nicotina. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

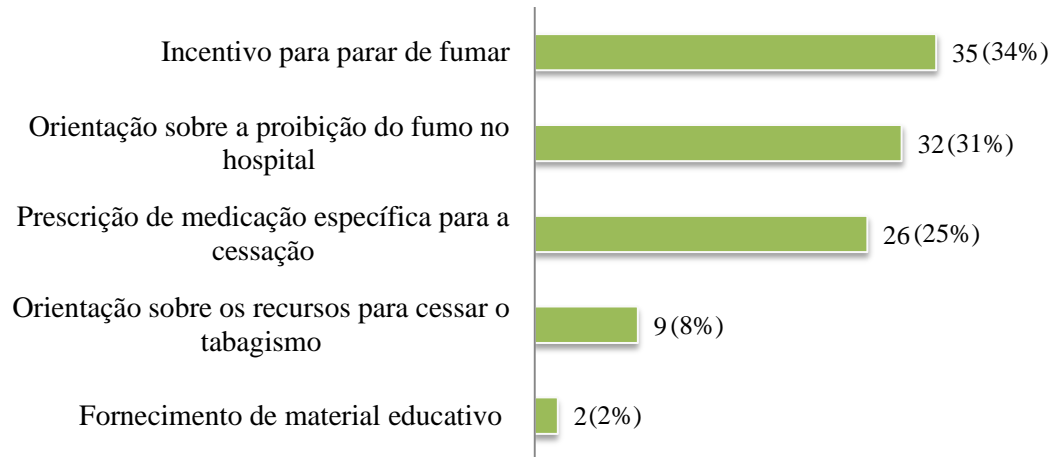
Sintomas	n (%)
Sintomas do consumo do tabaco	94 (94)
Tosse e ou expectoração	66 (66)
Chiado e/ou falta de ar	50 (50)
Dor torácica e/ou palpitações	37 (37)
Cansaço, câibras e/ou dor nas pernas	79 (79)
Tonturas e/ou desmaios	35 (35)
Sintomas de abstinência à nicotina	81 (81)
Insônia	46 (46)
Irritabilidade	25 (25)
Ansiedade	48 (48)
Sintomas depressivos	29 (29)
Alteração do apetite	52 (52)

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.
Dados categóricos apresentados como n (%).

As condutas e orientações realizadas na internação estão representadas no Gráfico 3, considerando que os pacientes poderiam receber mais de uma orientação ou conduta por diferentes membros da equipe assistencial.

Gráfico 3 – Condutas e orientações oferecidas na internação para fumantes cessarem o tabagismo. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

Condutas e orientações aos fumantes



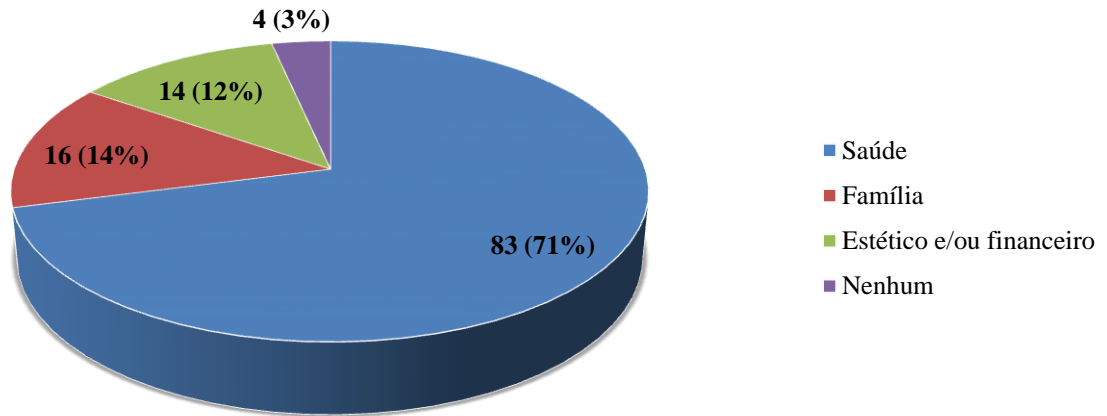
Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Com relação ao profissional que ofereceu orientações/tratamento aos fumantes para cessar o tabagismo, destacam-se: 22 médicos, sete enfermeiros, um técnico de enfermagem e cinco outros profissionais da equipe de saúde, cuja especificação não foi citada pelo paciente.

No Gráfico 4 estão apresentados os motivos que levariam os pacientes a continuar fumando e no Gráfico 5 os motivos que os levariam a parar de fumar, considerando que poderiam ser pontuados mais de um motivo.

Gráfico 4 - Motivos para cessar o tabagismo. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

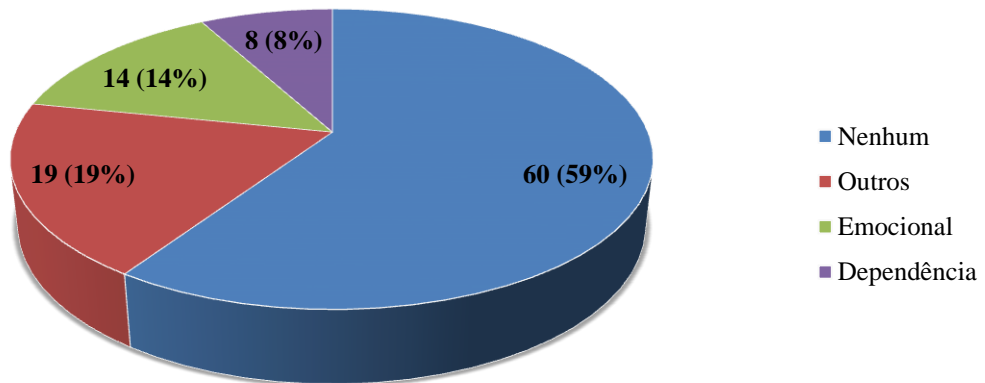
Motivos para cessar o tabagismo



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Gráfico 5 - Motivos para continuar fumando. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

Motivos para continuar fumando

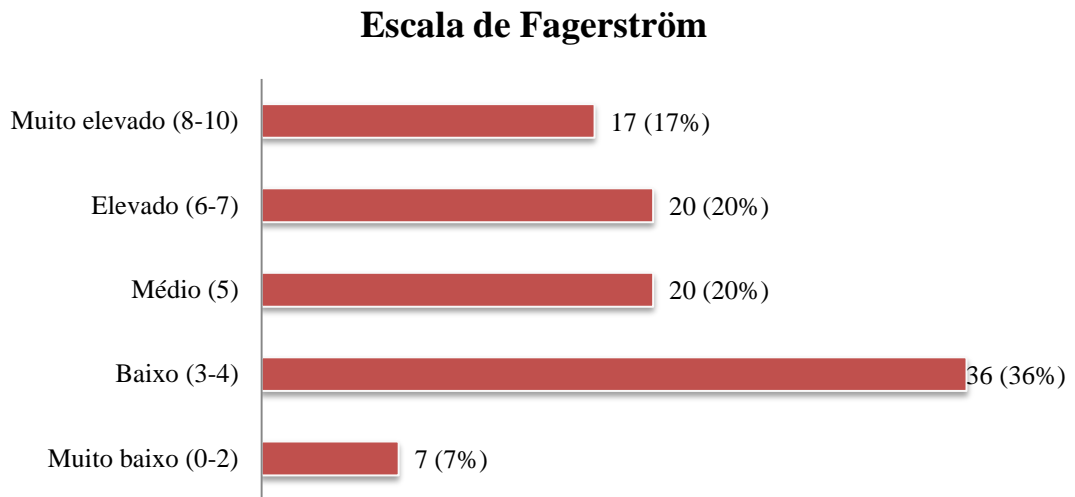


Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

No grupo outros, foram pontuados os seguintes motivos para continuar fumando: gostar e sentir prazer em fumar, hábito, socialização, distração e medo de parar de fumar.

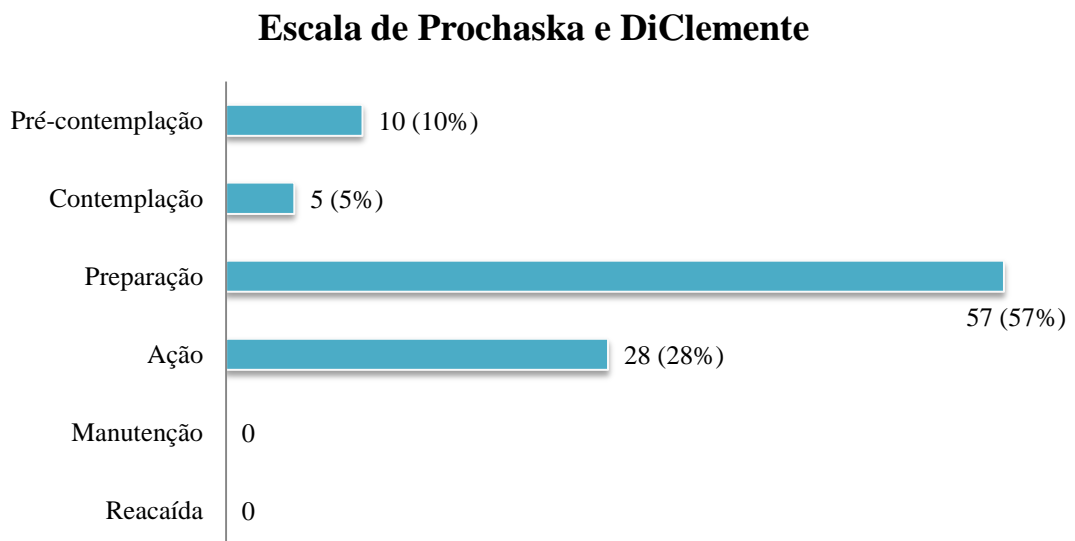
Os Gráficos 6 e 7 apresentam a avaliação da dependência à nicotina, conforme a pontuação da Escala de Fagerström, e os estágios motivacionais para cessar o tabagismo, de acordo com a Escala de Prochaska e DiClemente, respectivamente.

Gráfico 6 - Escala de Fagerström. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Gráfico 7 - Escala de Prochaska e DiClemente. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.



Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

A Tabela 3 mostra a associação dos dados sócio demográficos e econômicos com a história tabágica.

Tabela 3 - Associação das características sócio demográficas com a história tabágica. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

Variáveis	Idade de início do fumo	Cigarros fumados por dia	Tentativa de parar de fumar	Auxílio para cessar o tabagismo	Convivência com fumantes	Tratamento para parar de fumar
Idade	0,830	0,915	0,374	0,365	0,043	0,028
Sexo	0,063	0,021	0,577	0,125	0,202	0,194
Cor	0,625	0,037	0,775	0,066	1	0,114
Estado civil	0,589	0,135	0,328	0,342	0,035	0,050
Nível de instrução	0,295	0,708	0,324	0,152	0,697	0,018
Naturalidade	0,567	0,876	0,584	1	1	0,764
Renda familiar	0,453	0,230	0,935	0,811	0,038	0,013

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Valores representados com p valor, estatisticamente significativo < 0,05.

Fumantes mais jovens convivem mais com fumantes ($p=0,043$) e procuram menos por tratamentos para cessar o tabagismo ($p=0,028$); fumantes homens consumiam maior número de cigarros por dia do que as mulheres ($p=0,021$); fumantes brancos fumavam mais do que os não brancos ($p=0,037$); fumantes casados conviviam menos com fumantes ($p=0,035$) e procuraram mais por tratamentos para cessar o tabagismo ($p=0,050$); fumantes com ensino superior buscaram mais por tratamentos para cessar o tabagismo ($p=0,018$); fumantes com renda mais elevada conviviam menos com fumantes ($p=0,038$) e buscaram mais por tratamentos para parar de fumar ($p=0,013$).

Não foi estatisticamente significativa a associação entre os motivos de internação por especialidades médicas e o desejo de parar de fumar ($p=0,247$).

A Tabela 4 mostra a associação dos motivos de internação por especialidades médicas aos sintomas de abstinência à nicotina.

Tabela 4 - Associação os motivos de internação por especialidades médicas aos sintomas de abstinência à nicotina. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

Variáveis	Especialidades					P
	Gastro/Proctologia e Cirurgia Geral	Urologia/Nefrologia	Cardiologia	Ortopedia/Traumatologia	Outras	
Insônia						0,105
Sim	13 (36,1%)	9 (39,1%)	8 (61,5%)	4 (36,4%)	12 (70,6%)	
Não	23 (63,9%)	14 (60,9%)	5 (38,5%)	7 (63,6%)	5 (29,4%)	
Irritabilidade						0,163
Sim	8 (22,2%)	3 (13%)	4 (30,8%)	2 (18,2%)	8 (47,1%)	
Não	28 (77,8%)	20 (87%)	9 (69,2%)	9 (81,8%)	9 (52,9%)	
Ansiedade						0,362
Sim	18 (50%)	8 (34,8%)	7 (53,8%)	4 (36,4%)	11 (64,7%)	
Não	18 (50%)	15 (65,2%)	6 (46,2%)	7 (63,6%)	6 (35,3%)	
Sintomas depressivos						0,038
Sim	10 (27,8%)	3 (13%)	3 (23,1%)	3 (27,3%)	10 (58,8%)	
Não	26 (72,2%)	20 (87%)	10 (76,9%)	8 (72,7%)	7 (41,2%)	
Alteração do apetite						0,067
Sim	11 (30,6%)	14 (60,9%)	8 (61,5%)	6 (54,5%)	11 (64,7%)	
Não	25 (69,4%)	9 (39,1%)	5 (38,5%)	5 (45,5%)	6 (35,3%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Dados categóricos apresentados como n (%). P valor estatisticamente significativo < 0,05

Os pacientes categorizados como outros apresentaram mais sintomas depressivos (p=0,038).

Os problemas de saúde cardiovasculares, gastrointestinais, outros, nefro/urológicos, psiquiátricos, endócrinos, respiratórios e ortopédico/traumatológicos não tiveram resultados estatisticamente significativos quando associados aos sintomas de consumo do tabaco e aos sintomas de abstinência à nicotina.

A Tabela 5 apresenta a associação dos problemas de saúde (cardiovasculares, gastrointestinais, outros, nefro/urológicos, psiquiátricos, endócrinos, respiratórios e ortopédico/traumatológicos) com a história tabágica.

Tabela 5 - Associação dos problemas de saúde dos diferentes sistemas com a história tabágica. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

Sistemas	Idade início do fumo	Cigarros fumados por dia	Tentativa de parar de fumar	Auxílio p/ cessar o tabagismo	Convivência com fumantes	Tratamento para parar de fumar
Cardiovasculares	0,048	0,948	0,954	0,286	0,207	0,529
Gastrointestinais	1	0,255	0,424	0,980	0,498	1
Nefro/urológicos	0,528	0,844	0,325	0,546	0,852	0,497
Psiquiátricos	0,517	0,560	0,726	0,500	0,281	0,502
Endócrinos	0,197	0,002	0,543	0,456	0,310	0,061
Respiratórios	0,618	0,836	1	0,694	0,256	0,685
Orto/traumatológicos	0,135	0,376	0,123	0,685	0,495	1
Outros	0,009	0,425	0,085	0,761	0,515	1

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Valores representados com p valor, estatisticamente significativo < 0,05.

A associação dos problemas de saúde com a história tabágica foi significativa para: pacientes com doenças cardiovasculares iniciaram o tabagismo mais tardiamente ($p=0,048$) com mediana 16,5 (14-20), os sem doenças cardiovasculares 15 (13-18) anos; pacientes categorizados como outros iniciaram o tabagismo mais precocemente ($p=0,009$) com mediana de idade de 14 (13-18) e os demais 16 (14-20) anos; e pacientes com doenças endócrinas fumavam ($p=0,002$) mediana de 25 (20-40) cigarros por dia e os outros 20 (10-20) cigarros por dia.

Na Tabela 6 são apresentadas as associações entre problemas de saúde aos sintomas de consumo do tabaco e aos sintomas de abstinência à nicotina.

Tabela 6 - Associação dos problemas de saúde aos sintomas do consumo do tabaco e aos sintomas de abstinência à nicotina. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

Variáveis	Problemas de saúde							
	CAR	GAS	OUT	NEF/ URO	PSI	END	RES	ORTO/ TRAU
Tosse	0,405	0,044	0,065	0,927	0,387	0,807	0,016	0,861
Falta de ar	0,420	0,685	0,065	0,383	0,271	0,334	0,074	0,110
Palpitações	0,005	0,847	0,809	0,343	0,739	0,569	0,036	0,963
Cansaço	0,109	0,161	0,108	0,708	0,555	0,822	0,525	0,236
Tontura	0,272	0,581	0,150	0,493	0,075	0,511	0,471	0,091
Insônia	0,020	0,346	0,663	0,726	0,880	0,670	0,095	0,187
Irritabilidade	0,642	0,242	0,407	0,450	0,525	0,780	0,006	0,726
Ansiedade	0,961	0,948	0,178	0,138	0,702	0,096	0,142	0,413
Sintomas depressivos	0,736	0,714	0,755	0,194	0,026	0,389	0,012	1
Apetite	0,107	0,043	0,539	0,383	0,509	0,629	0,444	0,338

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Valores representados com p valor, estatisticamente significativo < 0,05. CAR=cardiovasculares, GAS=gastrointestinais, OUT=outros, NEF/URO=nefrológicos e urológicos, PSI=psiquiátricos, END=endócrinos, RES=respiratórios, ORTO/TRAU=ortopédicos e traumatológicos.

Houve associação significativa entre pacientes com problemas cardiovasculares com palpitações (p=0,005) e insônia (p=0,020), gastrointestinais com tosse (p=0,044) e alteração do apetite (p=0,043), psiquiátricos com sintomas depressivos (p=0,026) e respiratórios com tosse (p=0,016), palpitações (p=0,036), irritabilidade (p=0,006) e sintomas depressivos (p=0,012).

A Tabela 7 mostra a associação entre as condutas e orientações oferecidas na internação com o desejo, a motivação e a escala de motivação para parar de fumar.

Tabela 7 – Associação entre as condutas e orientações oferecidas na internação com a motivação para parar de fumar. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

Variáveis	Medicamentos prescritos	Incentivo de profissionais	Material educativo	Orientações sobre recursos	Normas de proibição
Desejo de parar de fumar	0,693	0,716	1	0,588	1
Motivação para parar de fumar	0,340	0,758	0,216	0,519	0,591
Escala de motivação para parar de fumar	0,501	0,617	0,242	1	0,140

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Valores representados com p valor, estatisticamente significativo < 0,05.

A associação entre a escala de dependência da nicotina com de motivação para parar de fumar não foi estatisticamente significativa (p=0,091).

A Tabela 8 apresenta a associação da dependência à nicotina aos sintomas clínicos do consumo do tabaco e da abstinência à nicotina.

Tabela 8 - Associação da dependência à nicotina com sintomas clínicos do consumo do tabaco e da abstinência à nicotina. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

Variáveis	Dependência à nicotina (Escala de Fargestrom)					p
	Muito baixo 0-2 pontos	Baixo 3- 4 pontos	Médio 5 pontos	Elevado 6-7 pontos	Muito elevado 8-10 pontos	
Tosse						0,152
Sim	9(52,9%)	15(75%)	11(55%)	24(66,7%)	7(100%)	
Não	8(47,1%)	5(25%)	9(45%)	12(33,3%)	0(0%)	
Falta de ar						0,094
Sim	5(29,4%)	11(55%)	7(35%)	22(61,1%)	5(71,4%)	
Não	12(70,6%)	9(45%)	13(65%)	14(38,9%)	2(28,6%)	
Palpitações						0,002
Sim	7(41,2%)	11(55%)	2(10%)	11(30,6%)	6(85,7%)	
Não	10(58,8%)	9(45%)	18(90%)	25(69,4%)	1(14,3%)	
Cansaço						0,038
Sim	13(76,5%)	16(80%)	11(55%)	32(88,9%)	7(100%)	
Não	4(23,5%)	4(20%)	9(45%)	4(11,1%)	0(0%)	
Tontura						0,353
Sim	6(35,3%)	9(45%)	4(20%)	12(33,3%)	4(57,1%)	
Não	11(64,7%)	11(55%)	16(80%)	24(66,7%)	3(42,9%)	
Insônia						0,318
Sim	7(41,2%)	11(55%)	6(30%)	17(47,2%)	5(71,4%)	
Não	10(58,8%)	9(45%)	14(70%)	19(52,8%)	2(28,6%)	
Irritabilidade						0,457
Sim	2(11,8%)	5(25%)	4(20%)	11(30,6%)	3(42,9%)	

Tabela 8 - Associação da dependência à nicotina com sintomas clínicos do consumo do tabaco e da abstinência à nicotina. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

Variáveis	Dependência à nicotina (Escala de Fargestrom)					p
	Muito baixo 0-2 pontos	Baixo 3- 4 pontos	Médio 5 pontos	Elevado 6-7 pontos	Muito elevado 8-10 pontos	
Não	15(88,2%)	15(75%)	16(80%)	25(69,4%)	4(57,1%)	0,293
Ansiedade						
Sim	7(41,2%)	8(40%)	9(45%)	18(50%)	6(85,7%)	0,768
Não	10(58,8%)	12(60%)	11(55%)	18(50%)	1(14,3%)	
Sintomas depressivos						0,035
Sim	4(23,5%)	6(30%)	4(20%)	13(36,1%)	2(28,6%)	
Não	13(76,5%)	14(70%)	16(80%)	23(63,9%)	5(71,4%)	
Alteração do apetite						0,035
Sim	8(47,1%)	12(60%)	4(20%)	21(58,3%)	5(71,4%)	
Não	9(52,9%)	8(40%)	16(80%)	15(41,7%)	2(28,6%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Dados categóricos apresentados como n (%). P valor estatisticamente significativo < 0,05

Os pacientes com dependência média não apresentaram palpitações e os com dependência muito elevada apresentaram ($p=0,002$). Os fumantes com dependência média não apresentaram cansaço ($p=0,038$) e não tiveram alteração do apetite ($p=0,035$).

A Tabela 9 apresenta a associação dos problemas de saúde ao desejo de parar de fumar, ao grau de dependência à nicotina e aos estágios motivacionais para cessar o tabagismo.

Tabela 9 - Associação dos problemas de saúde ao desejo de parar de fumar, Escala de Fagerström e Escala de Prochaska e DiClemente. Porto Alegre, RS, Brasil, 2013.

Variáveis	Problemas de saúde							
	CAR	GAS	OUT	NEF/ URO	PSI	END	RES	ORTO/ TRAU
Desejo de parar de fumar	1	0,116	0,733	0,195	0,016	1	0,366	0,257
Escala de Fagerström	0,336	0,462	0,474	0,115	0,916	0,130	0,536	0,405
Escala de Prochaska e DiClemente	0,298	0,672	0,520	0,397	0,175	0,822	0,293	0,317

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Valores representados com p valor, estatisticamente significativo < 0,05. CAR=cardiovasculares, GAS=gastrointestinais, OUT=outros, NEF/URO=nefrológicos e urológicos, PSI=psiquiátricos, END=endócrinos, RES=respiratórios, ORTO/TRAU=ortopédicos e traumatológicos.

Os resultados evidenciam que os pacientes com problemas psiquiátricos não desejam parar de fumar ($p=0,016$).

6 DISCUSSÃO

A prevalência de 15% de fumantes foi semelhante a encontrada na população brasileira⁽²⁾ e a de estudos realizados em hospitais gerais do país⁽³⁻⁶⁾. Considerando-se que os pacientes estudados são cirúrgicos e geralmente os procedimentos são eletivos, é alto o índice de fumantes ativos no momento da internação. É necessário entender e avaliar o comportamento tabágico dos pacientes antes da hospitalização, com o intuito de apoiar e implementar novas ações que contribuam para a cessação do tabagismo no período pré cirúrgico.

O perfil dos fumantes internados foi semelhante ao encontrado na literatura com relação a idade^(3,6,67), sexo^(5,68), cor^(5,68-69), estado civil^(21,70), nível de instrução^(5,71), naturalidade e renda^(5,71-72). Os pacientes tiveram média de idade de 54 anos, período em que naturalmente as pessoas já começam a apresentar comorbidades associadas aos seus hábitos de vida. Considerando-se que o tabagismo é um fator de risco à saúde e que os pacientes fumaram em média um longo período, a internação pode ter sido potencializada por este comportamento.

Além disso, os resultados mostraram que o tabagismo ainda é maior no sexo masculino, característica de países em desenvolvimento⁽¹⁾ e a maior parte dos fumantes eram do interior do estado do RS e brancos, o que pode ser explicado pelo fato da população do sul do Brasil ser composta predominantemente por descendentes de povos europeus⁽⁷³⁾. Outro resultado do estudo reitera que o tabagismo está associado aos problemas de desigualdade social como a baixa renda e escolaridade, assim como encontrado na literatura⁽⁷⁴⁻⁷⁵⁾ o que reforça a necessidade de articular estratégias e políticas de restrição ao fumo específicas para essa população.

Similar ao encontrado na literatura^(5,6,21,76) o início do fumo ocorreu na adolescência, período de descobertas, em que o tabagismo ainda é associado pelos jovens aos status de

liberdade e independência. Nesse sentido, questões relacionadas ao fumo precisam ser abordadas e tratadas já na infância e adolescência, para evitar que jovens comecem a fumar e se tornem adultos tabagistas, quando a cessação do fumo se torna ainda mais difícil.

Assim como neste estudo, a literatura apresenta média de consumo de 20 cigarros por dia^(3,5,77). Isso é preocupante, visto que doenças graves estão associadas ao maior número de cigarros consumidos diariamente e aos anos de consumo do tabaco⁽⁷⁸⁻⁷⁹⁾. Há uma tendência de aumentar o consumo diário de cigarros com o passar dos anos, o que dificulta a cessação e compromete ainda mais a saúde do fumante.

A maioria dos fumantes tentou parar de fumar, o que vai ao encontro de outros estudos^(6,70-71). A nicotina causa dependência, o que torna difícil o processo de cessação do tabagismo, por isso muitas pessoas desejam parar de fumar, mas raramente conseguem sem auxílio. Este fato corrobora com a pequena parcela da amostra que procurou auxílio e tratamento para cessar o tabagismo. Estudo⁽⁷⁷⁾ mostra que 96% dos fumantes referiram necessitar de ajuda para deixar de fumar, no entanto poucos a procuram, por vergonha, por gostar de fumar, pela representação social que o cigarro tem em suas vidas ou por não possuírem acesso ou desconhecerem os tratamentos que possam auxiliá-los neste processo.

Os fumantes que procuraram auxílio ou tratamentos para parar fumar citam o médico e grupos de ajuda como alternativas, assim como a utilização de adesivos de nicotina, medicações, gomas e piteiras. Estudos^(36-37,80-81) revelam que o tratamento farmacológico associado às intervenções comportamentais atingem melhores resultados para o sucesso na cessação do tabagismo. Durante a hospitalização, o fumante tem maior possibilidade de iniciar o tratamento de abandono do fumo, pois está abstinente e em contato assíduo com os profissionais de saúde que podem auxiliá-lo.

Quase 70% dos fumantes convivem com outros fumantes, a maioria familiares e amigos próximos. Estudos^(5,21,68-69,76-77) mostram que existe uma correlação entre a dificuldade

de parar de fumar e convívio com outros fumantes. Esse dado reforça a necessidade incluir a família e amigos no processo de cessação do tabagismo como forma de incentivar o fumante a se manter em abstinência.

As internações ocorreram em diferentes especialidades cirúrgicas, assim como em outros estudos⁽³⁻⁴⁾ característica de um hospital geral de referência. Houve maior número de pacientes com problemas de saúde cardiovasculares e gastrointestinais, fato que também é apontado na literatura^(21,76,82-84). O paciente fumante necessita de incentivo e orientação da equipe de saúde para cessação do tabagismo, independente do motivo da internação ou doença de base. Nesse sentido, os profissionais de saúde das diferentes equipes devem estar capacitados a identificar o tabagista na internação e encaminhar de forma adequada o seu tratamento.

Os sintomas do consumo do tabaco foram semelhantes aos encontrados em outros estudos^(3-5,68,85-86). Tosse, dispneia, palpitações, entre outros são limitantes para o bom desempenho de atividades diárias, o que compromete a qualidade de vida e saúde do fumante. No entanto, nem todos os sintomas podem estar relacionados ao consumo do tabaco, uma vez que algumas doenças também apresentam estes sintomas, o que reforça a necessidade de uma investigação mais profunda sobre esse resultado.

O fato de deixar de fumar pouco antes da admissão causa sintomas de abstinência à nicotina, resultado também encontrado na literatura^(3-5,68). Isso reforça a necessidade da equipe de saúde identificar estes sintomas durante a avaliação diária e intervir de forma que o paciente em síndrome de abstinência receba uma assistência adequada para o alívio da fissura, por meio de medicamentos, adesivos e principalmente a escuta.

Neste estudo, poucos fumantes foram orientados e abordados pela equipe de saúde para a cessação do tabagismo. Este resultado é preocupante, se comparado à pesquisa realizada nos Estados Unidos⁽⁸⁷⁾, a qual evidencia um número bem maior de intervenções

realizadas pelos profissionais de saúde. Isto revela que ainda há muito para ser realizado nas instituições de saúde do país, visto que esta precisa ser uma prática incorporada na rotina de trabalho dos profissionais de saúde.

A motivação para parar de fumar foi elevada entre os pacientes estudados se comparado a outro estudo⁽⁷⁶⁾ realizado com trabalhadores da mesma instituição. Na hospitalização, o fumante percebe sua saúde comprometida, o que pode despertar um desejo maior para cessação do tabagismo, tornando esta uma ocasião propícia para a abordagem. No entanto, os resultados evidenciam que na prática clínica isso ainda não ocorre como preconizado, ou seja, os fumantes internados não são abordados de forma sistemática.

Os principais motivos citados para parar de fumar são a saúde e a família. Outros estudos⁽⁷⁶⁻⁷⁷⁾ também apontam esses como os principais motivos para a cessação do tabagismo. Esse resultado demonstra que as pessoas conhecem os malefícios que o cigarro ocasiona a saúde, no entanto a dependência à nicotina dificulta o processo de abandono. Receber apoio, incentivo e compartilhar com seus familiares as expectativas e dificuldades torna o processo de cessação mais factível de sucesso.

Na maioria dos casos os fumantes não citaram motivos para continuar fumando, entretanto referem o prazer em fumar, o hábito e a dependência como empecilhos para cessar o tabagismo, resultados semelhantes a outros estudos^(3,68,76). Os fumantes alegam que fumar é um hábito e não uma dependência, visão que pode tornar o processo de abandono do fumo ainda mais difícil. A pessoa que não se vê condicionada ao fumo acredita poder largá-lo a qualquer momento, e quando tenta, geralmente não consegue sem auxílio e têm recaídas, o que gera frustração.

A maioria das pessoas tem dependência baixa à nicotina, avaliados pela escala de Fargestrom. No entanto, grande parte dos fumantes está distribuída nos grupos que tem dependência média, alta e muito alta. A dependência à nicotina foi avaliada pela Escala de

Fargestrom em diversos estudos^(6,21,69-71,76) e os resultados variam de dependência baixa até muito elevada de acordo com o perfil dos fumantes estudados. Estudos⁽⁸⁸⁻⁸⁹⁾ recentes questionam a confiabilidade da Escala de Fagerström, pois apesar de bastante usada e difundida, tem propriedades psicométricas discutíveis, não avaliando a dependência à nicotina de forma ampla e dimensional. No entanto, a escala é um instrumento simples, de fácil aplicação e que permite a equipe de saúde uma melhor condução no cuidado aos pacientes fumantes, sendo indicado para ser usado durante a internação como suporte para avaliar a dependência à nicotina dos pacientes hospitalizados.

A maioria dos fumantes encontram-se na fase motivacional para a cessação do tabagismo foi da preparação, momento em que se pensa em parar de fumar em breve, seguida da fase de ação, a qual os fumantes consideraram já ter parado de fumar. Alguns estudos^(21,50) mostram que a hospitalização é um momento em que o fumante reflete sobre possibilidade de parar de fumar. Durante a internação hospitalar os pacientes são proibidos de fumar e com isso acabam experimentando a sensação de ficar sem o cigarro. Para alguns, isso é benéfico, pois acreditam serem capazes de resistir à nicotina e seguir normalmente com a sua rotina sem o cigarro.

Fumantes mais jovens procuram menos por tratamentos para cessar o tabagismo. As pessoas geralmente buscam tratamentos para parar de fumar quando já estão com sua saúde comprometida ou quando os sintomas do uso do fumo ficam evidentes, este fato pode explicar o porquê jovens fumantes procuram menos por tratamentos para cessar o tabagismo, pois estes não vêem efeitos imediatos do fumo a sua saúde.

Fumantes homens consumiam maior número de cigarros comparado às mulheres, fato também evidenciado na literatura⁽⁹⁰⁻⁹²⁾, no entanto, esses 4 estudos mostram que existe uma tendência de decréscimo do consumo entre os homens e um aumento entre as mulheres. Sabendo-se disso, é necessário buscar estratégias específicas que atendam de forma

diferenciada homens e mulheres para a cessação do tabagismo, acompanhando a tendência de consumo mundial, com vistas a melhorar a eficácia dos programas de cessação.

Pacientes brancos fumavam mais que os não brancos e aqueles com maior renda convivem menos com fumantes. Estudo⁽⁹³⁾ realizado no Sul da África revela que os perigos de fumar na população negra foram mais que o dobro em relação à população branca. Pode-se inferir que a parcela de fumantes brancos tenham mais acesso ou condições para a compra de cigarros, já que a cor não foi uma diferença quanto ao grau de dependência à nicotina. O convívio com fumantes é um empecilho para cessação do tabagismo, e ter uma renda maior pode ser um fator protetor.

Neste estudo, os fumantes casados convivem menos com fumantes e procuram mais por tratamentos para cessar o tabagismo. Estudo⁽⁹⁴⁾ revela que os cônjuges não fumantes exercem influência positiva para o seu parceiro fumante cessar o tabagismo. Isto mostra a importância do apoio social, principalmente da família, no processo de abandono do tabaco, a qual pode tornar-se aliada da equipe de saúde no incentivo ao fumante para manter-se em abstinência à nicotina.

Fumantes com ensino superior e com renda mais elevada buscaram mais por tratamentos para cessar o tabagismo. Estudos⁽⁷⁴⁻⁷⁵⁾ mostram que as taxas de tabagismo são maiores entre aqueles que vivem na pobreza e possuem menores níveis de educação. Refletindo sobre esses dados, concluiu-se que os fumantes com maior nível de instrução, provavelmente tenham mais acesso as informações sobre os malefícios do tabaco e mais recursos para buscar auxílio e/ou tratamento. Estratégias específicas devem buscar atingir toda a população fumante, no entanto as ações devem ser focadas para atender a parcela mais vulnerável ao fumo de forma diferenciada.

Pacientes com doenças cardiovasculares iniciaram o tabagismo mais tardiamente. Apesar dessa associação positiva, estudo⁽⁹⁵⁾ mostra que fatores como o consumo diário de

elevado número de cigarros e o tempo maior consumo do tabaco estão associados às doenças cardíacas e vasculares. Para diminuir a incidência de comorbidades associadas ao fumo, a redução do número de cigarros consumidos por dia e a cessação do tabagismo são essenciais. Esses assuntos devem ser trabalhados juntos aos fumantes e informações sobre os malefícios do tabaco devem ser reforçadas sempre que houver oportunidade para abordagem.

Neste estudo os pacientes com doenças endócrinas fumavam em média mais cigarros por dia. Estudo⁽⁷⁾ revela que fumar 25 ou mais cigarros por dia aumenta em duas vezes o risco para diabetes tipo 2 entre homens nos EUA. Este dado é preocupante, considerando que a diabetes foi a doença mais frequente entre os fumantes com doenças endócrinas. Estudos⁽⁹⁶⁻⁹⁷⁾ afirmam que o tabagismo associado à diabetes aumenta os riscos cardiovasculares, consequentemente o índice de mortalidade. Esses dados servem de alerta para a equipe de saúde intervir junto a esse grupo de pacientes, considerando a gravidade das consequências que o tabagismo pode causar aos fumantes diabéticos.

Não foi estatisticamente significativa à associação entre os tratamentos e orientação oferecidos para cessar o tabagismo com a motivação para parar de fumar. Estudo⁽⁹⁸⁾ realizado no Japão revela que a cessação do tabagismo foi eficaz após a implantação de programa que era oferecido aos pacientes antes da cirurgia. Considerando-se que muitas cirurgias são eletivas, seria importante que a abordagem ao fumante acontecesse previamente ao procedimento, tanto para evitar complicações pós-operatórias quanto para melhorar a qualidade de vida do paciente.

Alguns pacientes apresentaram associação positiva com a dependência elevada à nicotina e palpitações. Estudo realizado com ratos⁽⁹⁹⁾ mostra que a nicotina causa importantes efeitos cardiovasculares. Fumantes com dependência à nicotina muito elevada tendem a apresentar sintomas de abstinência à nicotina mais acentuados. A privação da nicotina causa

mal-estar, por isso cabe à equipe multidisciplinar de saúde estar atenta a estes sinais para poder oferecer conforto ao paciente internado por meio de tratamentos específicos.

Os pacientes com problemas de saúde cardiovasculares apresentaram palpitações e insônia, os com gastrointestinais, tosse e alteração do apetite, os psiquiátricos, irritabilidade e sintomas depressivos. Os sintomas do consumo do tabaco e de abstinência à nicotina são conhecidos, no entanto, quando se analisam pacientes internados, que estão com a saúde comprometida, estes sintomas podem estar associados tanto a doença de base quanto ao consumo do tabaco. Portanto, isoladamente não é possível discutir sobre esse resultado, afirmando que os sintomas que apareceram entre os fumantes estão realmente associados ao tabagismo e não ao motivo de sua internação, o que suscita a necessidade de um estudo mais aprofundado com estes pacientes.

No presente estudo, pacientes com problemas de saúde psiquiátricos não desejam parar de fumar quando comparado aos outros grupos. Considera-se que alguns desses pacientes têm histórico de abuso de substâncias químicas ou mesmo distúrbios psiquiátricos, os quais dificultam o processo de cessação do tabagismo. No entanto, estudo⁽¹⁰⁰⁾ realizado com pacientes psiquiátricos internados num hospital do Canadá, afirma que apesar da alta prevalência de tabagismo entre esses pacientes e a maior dificuldade enfrentada pela equipe de saúde diante do seu histórico, estes devem ser aconselhados para cessação e acompanhados adequadamente durante a internação.

7 CONCLUSÕES

A prevalência e o perfil de fumantes internados deste estudo foram semelhantes ao encontrado em outros estudos realizados com pacientes tabagistas internados em hospitais gerais no Brasil.

Os fumantes analisados têm mais de 50 anos, na maioria são homens, brancos, casados, com ensino fundamental, do interior do estado do Rio Grande do Sul e com renda familiar de cerca de dois salários mínimos.

Os tabagistas estudados fumam há 37 anos, 20 cigarros por dia, começaram a fumar ainda jovens, conviviam com outros fumantes e pararam de fumar imediatamente antes da internação. A maioria dos fumantes desejava parar de fumar e apresentou motivação elevada para tal, grande parte já havia tentado parar pelo menos uma vez, no entanto não procurou auxílio e nem tratamentos.

As condutas e orientações oferecidas na internação pela equipe de saúde foram ínfimas, atingindo pequena parte dos pacientes e de forma não sistemática, embora houvesse uma prevalência de 15% de fumantes entre os internados.

Apenas 35 pacientes referiram ter recebido condutas e orientações em relação à cessação do tabagismo e o profissional mais lembrado da área da saúde, sendo que o mais lembrado foi o médico.

O principal motivo para cessar o tabagismo é a preocupação com a saúde e a maioria não aponta nenhum motivo para continuar fumando. A maioria dos tabagistas tinha dependência baixa à nicotina, no entanto muitos tinham dependência média, elevada e muito elevada. Mais da metade da amostra encontra-se no estágio motivacional de preparação e grande parte no estágio de ação para parar de fumar.

Fumantes casados procuram mais por tratamentos para cessar o tabagismo e convivem menos com fumantes. Aqueles com ensino superior buscam mais por tratamentos para cessar

o tabagismo, homens consomem maior número de cigarros por dia, brancos fumam mais e fumantes com renda mais elevada convivem menos com fumantes.

Pacientes com doenças cardiovasculares iniciaram o tabagismo mais tardiamente e pacientes com doenças endócrinas fumavam mais cigarros por dia. Já os categorizados como outros tiveram mais sintomas depressivos e com problemas de saúde psiquiátricos não desejavam parar de fumar.

Aqueles com doenças cardiovasculares apresentaram mais palpitações e insônia, com doenças gastrointestinais tiveram menos tosse e maior alteração do apetite, com doenças psiquiátricas mais sintomas depressivos e com doenças respiratórias queixas de tosse, palpitações, irritabilidade e sintomas depressivos, o que é difícil discutir, considerando que estes também são sintomas associados aos seus problemas de saúde.

Por fim, pacientes com dependência média não apresentaram palpitações, cansaço ou alteração do apetite, mas os fumantes com dependência muito elevada apresentaram sensação de taquicardia.

8 RECOMENDAÇÕES

Os resultados desse estudo possibilitam que as equipes assistências reflitam acerca do seu papel junto aos pacientes fumantes internados, considerando os riscos de fumar para sua saúde. Também diante desses dados é possível identificar a necessidade de ter, na instituição, equipes especializadas para abordar de forma sistematizada e adequada os pacientes fumantes.

Recomenda-se um estudo mais aprofundado para identificar fatores não esclarecidos neste estudo como a associação das doenças com os sintomas de consumo do tabaco e com os sintomas de abstinência à nicotina na internação. Assim será possível verificar qual associação é verdadeiramente relacionada ao uso do cigarro e não a própria doença de base.

9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar do tamanho da amostra ser significativo para responder os objetivos do estudo, um número maior de participantes seria indicado para aprofundar os resultados encontrados. Uma das limitações do estudo é a dificuldade de encontrar os pacientes fumantes a beira do leito e os que são encontrados concordarem ou terem condições de participar do estudo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. Geneva; 2011.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Agência nacional de saúde suplementar. Vigitel Brasil 2008 saúde suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Rio de Janeiro; 2009.
3. 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. J Bras Pneumol. 2012;38(1):72-80.
4. Oliveira MVC, Oliveira TR, Pereira CAC, Bonfim AV, Leitão FFS, Voss LR. Tabagismo em pacientes internados em um hospital geral. J Bras Pneumol. 2008;34(11):936-41.
5. Ferreira AS, Campos ACF, Santos IPA, Beserra MR, Silva EN, Fonseca VAS. Tabagismo em pacientes internados em um hospital universitário. J Bras Pneumol. 2011;37(4):488-94.
6. Silva RLF, Carmes ER, Schwartz AF, Blaszkowski DS, Cirino RHD, Ducci RD. Cessação de tabagismo em pacientes de um hospital universitário em Curitiba. J Bras Pneumol. 2011;37(4):480-7.
7. Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. The Tobacco Atlas. 4th. Atlanta: American Cancer Society; 2011.
8. Instituto Nacional de Câncer (BR) [internet]. Convenção-quadro para o controle do tabaco [citado 18 jun 2012]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=cquadro3&link=historico.htm>
9. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União [Internet]. 5 out 1988 [citado 12 jun 2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.html
10. Lei n. 9294, de 15 de julho de 1996 (BR). Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. Diário Oficial da União [Internet]. 15 jul 1996 [citado 4 jul 2012]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19294.htm
11. Portaria Interministerial n. 1.498, de 22 de 2002 (BR). Diário Oficial da União [Internet]. 22 ago 2002. [citado 15 mai 2012]. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legislacao/portariasMinisteriais/Pi_1498_2002.pdf

12. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Lei n. 13.541, de 7 de maio de 2009. Proíbe o consumo de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, na forma que especifica. [citado 15 fev. 2012]. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2009/lei-13541-07.05.2009.html>
13. Instituto Nacional de Câncer [Internet]. Rio de Janeiro; c1996-2014 [citado 20 mai 2012]. Presidente Dilma Rousseff sanciona lei que proíbe fumódromos em todo o país; [1 tela] Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2011/presidente_dilma_rousseff_sanciona_lei_que_proibe_fumodromos_em_todo_o_pais
14. Hospital de Clínicas de Porto Alegre [Internet]. Plano de controle do tabagismo [citado 01 jun. 2012]. Porto Alegre; 2011. Disponível em: <https://www.hcpa.ufrgs.br/downloads/querlei.pdf>
15. Echer IC, Luz AMH, Lucena AF, Motta GC, Goldim JR, Menna Barreto SS. A contribuição de restrições sociais ao fumo para o abandono do tabagismo. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008;29(4):520-7.
16. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU et al. Diretrizes para cessação do tabagismo 2008. *J Bras Pneumol.* 2008;34(10):845-80.
17. Halty LS. Abordagens de grupos especiais: idosos. *J Bras Pneumol.* 2004;30(2):58-61.
18. Di Clemente CC, Prochaska JO. Processes and stages of change of change: coping and competence in smoking behavior change. New York: Academic Press; 1985.
19. Tobacco Use and Dependence Guideline Panel. Treating tobacco use and dependence: 2008 update: clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 2008.
20. Ferreira SAL, Teixeira CC, Corrêa APA, Lucena AF, Echer IC. Motivos que contribuem para indivíduos de uma escola de nível superior tornarem-se ou não tabagistas. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(2):287-93.
21. Russo AC, Azevedo RCS. Fatores motivacionais que contribuem para a busca de tratamento ambulatorial para a cessação do tabagismo em um hospital geral universitário. *J Bras Pneumol.* 2010;36(5):603-11.
22. Ratsch A, Steadman KJ, Bogossian F. The pituri story: a review of the historical literature surrounding traditional Australian aboriginal use of nicotine in Central Australia. *J Ethnobiol Ethnomed.* 2010 Sep12;6:26.
23. Grzybowski A. The history of antitobacco actions in the last 500 years: part. II medical actions. *Przegl Lek.* 2006;63(10):1131-4.
24. ACT (BR) [Internet]. São Paulo: Aliança de Controle do Tabagismo; c2003 [acesso 6 jun 2013]. Disponível em: <http://actbr.org.br/tabagismo/>

25. Husten CG, Deyton LR. Understanding the tobacco control cct: efforts by the US Food and Drug Administration to make tobacco-related morbidity and mortality part of the USA's past, not its future. *Lancet*. 2013;381(9877):1570-80.
26. Warner KE, Sexton DW, Gillespie BW, Levy DT, Chaloupka FJ. Impact of tobacco control on adult per capita cigarette consumption in the United States. *Am J Public Health*. 2014;104(1):83-9.
27. Oliveira PPV, Sihler CB, Moura L, Malta DC, Torres MCA, Lima SMCP et al. Primeiro relato do surto da doença da folha verde do tabaco no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2263-69.
28. Malta DC, Dimech CPN, Moura L, Junior JBS. Balanço do primeiro ano da implantação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(1):171-8.
29. Bialous SA, Presman S, Gigliotti A, Muggli M, Hurt R. A resposta da indústria do tabaco à criação de espaços livres de fumo no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(4):283-90.
30. Malta DC, Neto OLM, Junior JBS. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011;20(4):425-38.
31. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR) [Internet]. Brasília; c2005-2009 [atualizada dez 2013; acesso 6 jan 2014]. Fumo em ambientes fechados. [1tela]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Derivados+do+Tabaco/Assuntos+de+Interesse/Fumo+em+Ambientes+Fechados/Fumo+em+Ambientes+Fechados>
32. Tsugane S. Environmental carcinogenic agents and cancer prevention: risk assessment and management. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2013;40(11):1436-40.
33. Giraldi G, Fovi RG, Marsella LT, De Luca d'AE. Environmental tobacco smoke: health policy and focus on Italian legislation. *Clin Ter*. 2013;164(5):429-35.
34. Madureira J, Mendes A, Teixeira JP. Evaluation of a smoke-free law on indoor air quality and on workers' health in portuguese restaurants. *J Occup Environ Hyg*. 2014;11(4):201-9.
35. Ortells MO, Arias HR. Neuronal networks of nicotine addiction. *Int J Biochem Cell Biol*. 2010;42(12):1931-5.
36. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:CD008286.
37. Lindson N, Aveyard P, Hughes JR. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;3:CD008033.

38. World Bank (US). Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. *Tob Control*. 1999;8(2):196-201.
39. Peeters S, Gilmore AB. Understanding the emergence of the tobacco industry's use of the term tobacco harm reduction in order to inform public health policy. *Tob Control*. 2014 Jan 22. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2013-051502. [Epub ahead of print]
40. Weishaar H, Collin J, Smith K, Grüning T, Mandal S, Gilmore A. Global health governance and the commercial sector: a documentary analysis of tobacco company strategies to influence the WHO framework convention on tobacco control. *PLoS Med*. 2012;9(6):e1001249.
41. World Health Organization. Guidelines for implementation of article 13 of the WHO framework convention on tobacco control. Geneva; 2009.
42. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva; 2011.
43. Pinto M, Ugá MAD. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o sistema único de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(6):1234-45.
44. Tworek C, Yamaguchi R, Kloska DD, Emery S, Barker DC, Giovino GA et al. State-level tobacco control policies and youth smoking cessation measures. *Health Policy*. 2010;97(2):136-44.
45. Pietrobon RC, Barbisan JN. Impacto da cirurgia de revascularização do miocárdio na cessação do tabagismo. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2010;25(1):79-84.
46. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2008;168(18):1950-60.
47. Grossman E, Shelley D, Braithwaite RS, Lobach I, Goffin A, Rogers E et al. Effectiveness of smoking-cessation interventions for urban hospital patients: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2012;13:126.
48. Jones TE, Williams J. Craving control using nicotine replacement therapy in a teaching hospital. *Intern Med J*. 2012;42(3):317-22.
49. Miedinger D, Drescher T, Nester N, Zeller A, Von Garnier C, Leuppi JD. Smoking behaviour and willingness to stop smoking in patients admitted in an internal medicine ward]. *Praxis (Bern 1994)*. 2011;100(9):525-30.
50. Azevedo RC, Mauro ML, Lima DD, Gaspar KC, VF da Silva, Botega NJ. Admissão hospitalar geral como uma oportunidade para estratégias de cessação do tabagismo: um ensaio clínico no Brasil. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32(6):599-606.
51. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA; 2001.

52. Balmford J, Leifert JA, Schulz C, Elze M, Jaehne A. Implementation and effectiveness of a hospital smoking cessation service in Germany. *Patient Educ Couns.* 2014;94(1): 103-9.
53. Sarna L, Bialous SA, Ong MK, Wells M, Kotlerman J. Increasing nursing referral to telephone quitlines for smoking cessation using a web-based program. *Nurs Res.* 2012;61(6):433-40.
54. Jiloha RC. Pharmacotherapy of smoking cessation. *Indian J Psychiatry.* 2014;56(1):87-95.
55. Sachs R, Wild TC, Thomas L, Hammal F, Finegan BA. Smoking cessation interventions in the pre-admission clinic: assessing two approaches. *Can J Anaesth.* 2012;59(7):662-9.
56. Mohiuddin SM, Mooss AN, Hunter CB, Grollmes TL, Cloutier DA, Hilleman DE. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest.* 2007;131(2):446-52.
57. Regan S, Reyen M, Richards AE, Lockhart AC, Liebman AK, Rigotti NA. Nicotine replacement therapy use at home after use during a hospitalization. *Nicotine Tob Res.* 2012;14(7):885-9.
58. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos em pesquisa em enfermagem.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
59. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
60. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict.* 1991;86(9):1119-27.
61. Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev Bras Med.* 2002; 59(1/2):73-80.
62. Yoshida EMP, Primi R, Pace R. Validade da escala de estágios de mudança. *Estud Psicol. Campinas.* 2003; 20(3).
63. Fagerström KO, Schneider NG, Lunell E. Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatment for tobacco withdrawal symptoms. *Psychopharmacol.* 1993;111(3):271-7.
64. Miller WR, Rollnick S. *Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos.* Porto Alegre: Artmed; 2001.
65. Callegari-Jacques SM. *Bioestatística: princípios e aplicações.* 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

66. Conselho Nacional de Saúde (BR). [Internet]. Resolução 466 de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [acesso em 6 jan 2014]. Brasília; 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> .
67. Mark J, Eisenberg SM, Grandi AG, O'Loughlin J, Paradis G, Rinfret S, Sarrafzadegan N et al. Bupropion for Smoking Cessation in Patients Hospitalized With Acute Myocardial Infarction. *Journal of the American College of Cardiology*. 2013;61(5):524-32.
68. Falcão TJO, Costa ICC. O tabagismo em um município de pequeno porte: um estudo etnográfico como base para geração de um programa de saúde pública. *J Bras Pneumol*. 2008;34(2):91-7.
69. Echer IC, Corrêa APA, Ferreira SAL, Lucena AF. Tabagismo em uma escola de enfermagem do sul do Brasil. *Texto contexto - enferm*. 2011;20(1):152-9.
70. Caram LMO, Ferrari R, Tanni SE, Coelho LS, Godoy I, Martin RSS et al. Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2009;35(10):980-5.
71. Azevedo RCS, Higa CMH, Assumpção ISMA, Frazatto CRG, Fernandes RF, Goulart W et al . Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. *Rev Assoc Med Bras*. 2009; 55(5):593-6.
72. Chaves EC, Oyama SMR. Aconselhamento telefônico para cessação do tabagismo. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008;29(4):513-9.
73. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Rio de Janeiro; c2000-. [citado 03 nov. 2013] Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2012; [1 tela]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default_sintese.shtm
74. Mahoney MC, Erwin DO, Widman C, Masucci Twarozek A, Saad-Harfouche FG, Underwood W et al. Formative evaluation of a practice-based smoking cessation program for diverse populations. *Health Educ Behav*. 2014 Apr;41(2):186-96.
75. Campbell HS, Baskerville NB, Hayward LM, Brown KS. The Reach ratio: a new indicator for comparing quitline reach into smoking subgroups. *Nicotine Tob Res*. 2013.
76. Echer IC, Corrêa APA, Lucena AF, Ferreira SAL, Knorst MM. Prevalência do tabagismo em funcionários de um hospital universitário. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(1):179-86.
77. Santos SR, Gonçalves MS, Leitão FFSS, Jardim JR. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2008;34(9):695-701.
78. Wakabayashi I. Relationship between smoking and metabolic syndrome in men with diabetes mellitus. *Metab Syndr Relat Disord*. 2014;12(1):70-8.

79. Moya-Plana A, Temam S. Larynx cancer. *Rev Infirm.* 2013;193:16-18.
80. Aizawa M, Kuroyama M, Przegl L. The pharmacist's role in smoking cessation. *Nihon Rinsho.* 2013;71(3):515-9.
81. Zieleń I, Sliwińska-Mossoń M, Milnerowicz H. Drugs used to treat nicotine addiction. *Przegl Lek.* 2012;69(10):1098-102.
82. Buisson A, Chevaux JB, Allen PB, Bommelaer G, Peyrin-Biroulet L. Review article: the natural history of postoperative Crohn's disease recurrence. *Aliment Pharmacol Ther.* 2012;35:625-33.
83. Vinagre RMDF, Vilar SA, Fecury AA, Martins LC. Role of helicobacter pylori infection and lifestyle habits in the development of gastroduodenal diseases in a population from the Brazilian Amazon. *Arq Gastroenterol.* 2013;50(3):170-4.
84. Sharp L, Carsin A, Cantwell MM, Anderson LA, Murray LJ. Intakes of dietary folate and other B vitamins are associated with risks of esophageal adenocarcinoma, Barrett's esophagus, and reflux esophagitis. *J Nutr.* 2013;143(12):1966-73.
85. David JK, Balfour DS. Symptoms of cough and shortness of breath among occasional young adult smokers. *Nicotine Tob Res.* 2009;11(2):126-33.
86. Chen J, Qi Y, Wampfler JA, Jatoi A, Garces YI, Busta AJ et al. Effect of cigarette smoking on quality of life in small cell lung cancer patients. *Eur J Cancer.* 2012;48(11):1593-601.
87. Rei BA, Dube SR, Babb SDM, Timothy A. Patient-reported recall of smoking cessation interventions from a health professional. *Prev Med.* 2013;57(5):715-7.
88. Korte KJ, Capron DW, Zvolensky M, Schmidt NB. The Fagerström test for nicotine dependence: do revisions in the item scoring enhance the psychometric properties? *Addict Behav.* 2013;38(3):1757-63.
89. Difranza JR, Savageau JA, Wellman RJ. A comparison of the autonomy over tobacco scale and the Fagerström test for nicotine dependence. *Addict Behav.* 2012;37(7):856-61.
90. Hossain MS, Kypri K, Rahman B, Milton AH. Smokeless tobacco consumption in the South Asian population of Sydney, Australia: prevalence, correlates and availability. *Drug Alcohol Rev.* 2014;33(1):86-92.
91. Gallus S, Lugo A, Colombo P, Pacifici R, La Vecchia C. Smoking prevalence in Italy 2011 and 2012, with a focus on hand-rolled cigarettes. *Prev Med.* 2013;56(5):314-8.
92. Lund KE, Lund M, Bryhni A. Tobacco consumption among men and women 1927-2007. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2009;129(18):1871-4.

93. Sitas F, Egger S, Bradshaw D, Groenewald P, Laubscher R, Kielkowski D et al. Differences among the coloured, white, black, and other South African populations in smoking-attributed mortality at ages 35-74 years: a case-control study of 481,640 deaths. *Lancet*. 2013;382(9893):685-93.
94. Sattler AC, Cade NV. The prevalence of abstinence from tobacco in patients treated in health units and related factors. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(1):253-64.
95. Shields M, Wilkins K. Smoking, smoking cessation and heart disease risk: a 16-year follow-up study. *Health Rep*. 2013;24(2):12-22.
96. Inoue N. Stress and atherosclerotic cardiovascular disease. *J Atheroscler Thromb*. 2014;21(5):391-401.
97. Cox AJ, Hsu FC, Ng MC0Y, Langefeld CD, Freedman BI, Carr JJ et al. Genetic risk score associations with 94cardiovascular disease and mortality in the diabetes heart study. *Diabetes Care*. 2014;37(4):1157-64.
98. Shimizu Y, Baba Y, Nagamine Y, Kurahashi K. Smoking cessation program run by anesthesiologists in a preoperative clinic. *Masui*. 2013;62(11):1372-4.
99. Donny EC, Caggiula AR, Sweitzer M, Chaudhri N, Gharib M, Sved AF. Self-administered and yoked nicotine produce robust increases in blood pressure and changes in heart rate with modest effects of behavioral contingency in rats. *Pharmacol Biochem Behav*. 2011;99(3):459-67.
100. Solty H, Crockford D, White WD, Currie S. Cigarette smoking, nicotine dependence, and motivation for smoking cessation in psychiatric inpatients. *Can J Psychiatry*. 2009;54(1):36-45.

APÊNDICE A - Manual de orientação para coleta de dados

Neste documento encontram-se informações para auxiliar na condução da entrevista de aplicação do questionário da pesquisa: **Perfil tabágico e intervenções associadas à cessação do tabaco em pacientes adultos cirúrgicos de um hospital universitário.**

Obs: em primeiro momento, você assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Auxiliares de Pesquisa (APÊNDICE B) e entregará para pesquisadora.

CrITÉRIOS de inclusão:

- Ser fumante ativo;
- Estar internado numa das unidades cirúrgicas do HCPA, por um período mínimo de três dias, levando em consideração que a média de permanência de internação dos pacientes cirúrgicos nos anos de 2011/2012 é em torno de sete dias.
- Ser adulto (18 anos ou mais);

CrITÉRIOS de exclusão:

- Paciente apresentar algum comprometimento neurológico, psiquiátrico ou clínico que o impeça de responder o questionário.
- Paciente ausente do leito até a segunda tentativa de coleta.
- Alta hospitalar em período menor de 72 horas.
- Pacientes que reinternarem no período de coleta.

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas, portanto, deve estar sempre com você e deve ser consultado sempre que necessário, inclusive durante a entrevista.

Lembretes:

Mantenha seu celular desligado enquanto estiver entrevistando.

Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista.

Ao iniciar uma entrevista, tente concluí-la sem interrupções.

Preencha o questionário a caneta.

Preencha o questionário com letra legível.

Não faça codificação durante a entrevista, escrevendo tudo por extenso.

Em caso de dúvida anote tudo no questionário e busque esclarecer com o pesquisador responsável.

Faça referencia ao nome do (a) participante. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse do (a) participante. Por exemplo: “Sr. Fulano, o que você acha sobre...” e não simplesmente “o que você acha sobre...”.

Nunca demonstre aprovação, surpresa, espanto diante das respostas. Lembre-se que o propósito da entrevista é obter informações e não influenciar condutas ou emitir julgamentos. A postura do entrevistador (a) deve ser neutra em relação às respostas do (a) participante. Lembre-se que você não pode influenciar ou sugerir respostas.

Materiais obrigatórios para a coleta de dados:

Crachá de identificação

Manual de instruções

Instrumentos de coleta de dados

Termo de consentimento livre e esclarecimento

Caneta, borracha, prancheta e almofada para carimbo

1º MOMENTO:

a) Imprimir uma listagem de todos os pacientes internados nas unidades cirúrgicas do hospital.

Obs: esta lista será atualizada diariamente, com as novas internações no mínimo até atingir-se o número de pacientes correspondentes ao cálculo amostral (385 pacientes).

b) Desta lista será verificado no prontuário eletrônico o status tabágico de todos os pacientes da listagem.

Obs: se no prontuário não contiver a informação completa, buscar-se-á a informação com o paciente, a beira do leito.

c) Preencher a planilha de coleta de dados para identificar a prevalência do tabagismo, com a informação referente ao status tabágico, isto é se o paciente é fumante, fumante em abstinência ou não fumante.

- *Fumante ativo*: conforme este estudo, o paciente que fuma regularmente até a data da internação.

Consideraram-se os seguintes conceitos, baseados em publicações da OMS para status tabágico:

- *Fumante regular*: consumidor de, no mínimo, um cigarro diário por período não inferior a seis meses.

- *Fumante ocasional*: o que fumava menos que um cigarro diário ou, esporadicamente, por período não inferior a seis meses.

- *Ex-fumante*: tabagista que abandonou o cigarro há pelo menos seis meses.

- *Não fumante*: o que não se encaixa em nenhum desses conceitos.

Obs: para o segundo momento da coleta de dados, somente serão entrevistados os fumantes ativos, isto é, os que estavam fumando até a internação.

2º MOMENTO:

a) Identificar-se-á por meio da lista, os tabagistas ativos no momento da internação, os quais serão entrevistados por meio de instrumentos (APÊNDICE C, ANEXO A, ANEXO B).

b) Antes de iniciar a entrevista, apresente-se, fale porque você está ali, e pergunte se a o paciente deseja fazer parte do estudo, dizendo-lhe da importância da sua participação e explicando o objetivo do estudo: analisar o perfil tabágico e as intervenções associadas à cessação do tabaco em pacientes adultos internados em unidades cirúrgicas de um hospital universitário;

c) Desejando participar do estudo o paciente deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), lembrando ao participante que no termo contém o telefone e contatos caso queira esclarecer dúvidas.

Instrumento para coleta de dados (APÊNDICE C)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- 1. Data:** anotar a data da coleta de dados em dia, mês e ano. Ex: 01/08/12.
- 2. Nome:** anotar o nome (completo e por extenso) da pessoa entrevistada, explicando a ela que o nome é somente para o controle de qualidade, que seu sigilo/anonimato estão assegurados.
- 3. Leito:** anotar o leito que a pessoa está internada no momento da entrevista. Ex: 805 A, 716 B, 902 C.
- 4. Unidade:** anotar a unidade que a pessoa está internada no momento da entrevista. Ex: 9° Norte, 8° Sul, 3° Norte.
- 5. Prontuário:** anotar o número do prontuário do paciente.

Obs: as informações dos dados de identificação deverão ser retiradas do prontuário eletrônico e somente conferidas com o paciente no momento da coleta.

VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS

- 6. Sexo:** preencha o item do sexo pessoa em masculino ou feminino.
- 7. Data do nascimento:** pergunte qual a data de nascimento da pessoa e registre em dia, mês e ano. Ex: 12/06/1984.
- 8. Cor ou etnia:** pergunte ao paciente, qual a sua cor ou etnia dando as opções em branca, negra ou outra. Se o paciente se autodeclarar outra, anotar qual.
- 9. Estado conjugal:** pergunte a situação conjugal do paciente, se é casado(a) ou mora com companheiro(a); separado(a) ou divorciado(a); viúvo (a); solteiro (a).
- 10. Anos de estudo:** pergunte ao paciente até que série estudou. Ex: até 6ª série, até 3ª série, 2º grau completo, ensino superior incompleto.
- 11. Renda mensal do indivíduo:** pergunte ao entrevistado qual a sua renda individual líquida. Anotar o valor em reais. Ex: R\$ 620,00, R\$ 1200,00, R\$ 950,00.
- 12. Renda mensal da família:** pergunte qual a renda da família mensal líquida e quantos indivíduos sustentam-se desse dinheiro. **Ex: Indivíduo A (renda R\$ 900,00), Indivíduo B (renda de R\$ 1200,00), Indivíduo C e D (sem renda, dependentes). Soma-se R\$ 900,00**

+ R\$ 1200,00 e divide-se por quatro indivíduos, total de renda mensal líquida familiar de R\$ 525,00 por pessoa.

13. Procedência: pergunte ao paciente qual a cidade que mora atualmente.

VARIÁVEIS DA HISTÓRIA TABÁGICA

14. Idade do início do fumo: pergunte com que idade o paciente começou a fumar. Registre em anos. Ex: 17 anos, 14 anos, 32 anos.

15. Tempo de uso do fumo: pergunte há quantos anos que o paciente fuma. Registre em anos. Ex: 35 anos, 20 anos, 14 anos.

Obs: se o paciente teve recaídas ao longo do tempo de uso do fumo, considere o período que ele ficou sem fumar.

16. Carga tabágica: pergunte ao paciente quantos cigarros ele fuma por dia. Registre em número de cigarros. Ex: 20 cigarros/dia, quatro cigarros/dia, 10 cigarros/dia.

Obs: se o paciente disser que varia o número de cigarros por dia, solicitar que ele informe a média de cigarros fumados por dia.

17. Tentativa para parar de fumar: pergunte ao paciente se já tentou parar de fumar. Se a resposta for sim, pergunte quantas vezes. Registre em número de vezes. Ex: 5 vezes, 2 vezes, 3 vezes.

18. Procura de auxílio para parar de fumar: pergunte ao paciente se já procurou auxílio para parar de fumar. Se a resposta for sim, questionar qual método de auxílio procurou;

19. Tratamento para parar de fumar: pergunte ao paciente se já fez tratamento para parar de fumar. Se a resposta for sim, pergunte qual o tratamento;

20. Convivência com outros fumantes: pergunte ao paciente se convive com outros fumantes. Se a resposta for sim, pergunte com quem.

VARIÁVEIS DOS SINTOMAS DO USO DO FUMO

21. Sintomas do uso do fumo: pergunte ao paciente se sente algum sintoma relacionado ao uso do fumo, antes mesmo da internação, como tosse e/ou expectoração, chiado e/ou dispneia, dor torácica e/ou palpitações, claudicação intermitente (cãibras, cansaço e dor nas pernas), tonturas e/ou desmaios;

VARIÁVEIS DE ABSTINÊNCIA À NICOTINA NA INTERNAÇÃO

22. Quando fumou o último cigarro: pergunte ao paciente quando que ele fumou pela última vez, antes ou durante a internação;

23. Sintomas de abstinência à nicotina na internação: pergunte ao paciente quais os sintomas que ele sentiu na internação devido à abstinência à nicotina, como insônia, irritabilidade, ansiedade, sintomas depressivos e aumento do apetite;

VARIÁVEIS DE MOTIVAÇÃO PARA CESSAR O TABAGISMO

24. Desejo de parar de fumar: pergunte ao paciente se deseja parar de fumar;

25. Grau de motivação para a cessação do tabagismo: solicite que o paciente pontue numa escala de zero a 10 a sua motivação para parar de fumar, sendo que zero significa nenhuma motivação e 10 motivação máxima;

26. Motivo que levaria o fumante a cessar do tabagismo: pergunte ao paciente qual o principal motivo que o levaria a parar de fumar;

27. Motivo que levaria o fumante a continuar fumando: pergunte ao paciente qual o principal motivo que levaria a continuar fumando.

VARIÁVEIS DE TRATAMENTO E ORIENTAÇÃO DURANTE A INTERNAÇÃO

28. Tratamento para síndrome de abstinência à nicotina: pergunte ao paciente se usou ou está usando algum medicamento na internação para síndrome de abstinência à nicotina. Se ele responder positivamente pergunte e registre qual medicamento.

Obs: se o paciente não lembrar ou não souber responder qual medicamento, confirme a informação no prontuário.

29. Incentivo de algum profissional para parar de fumar: pergunte ao paciente se algum profissional de saúde da instituição o incentivou a parar de fumar. Se a resposta for sim, pergunte qual profissional e registre.

30. Material educativo sobre tabagismo: pergunte ao paciente se lhe foi dado algum material educativo em relação ao tabagismo. Se a resposta for sim, pergunte qual material e registre.

31. Recursos disponíveis para parar de fumar na rede básica de saúde ou na instituição: pergunte ao paciente se ele foi encaminhado para algum serviço ou instituição que o auxilie na cessação do tabagismo. Se a resposta for sim, pergunte qual instituição e registre.

32. Orientação de normas de proibição do fumo nas dependências do hospital: pergunte ao paciente se ele foi orientado sobre a proibição do fumo no hospital. Se a resposta for sim, pergunte qual instituição e registre.

3º MOMENTO:

Os dados referentes ao motivo de internação, comorbidades e informações clínicas dos pacientes tabagistas serão obtidos em prontuário eletrônico.

VARIÁVEIS CLÍNICAS

33. Motivo de internação: verifique no prontuário eletrônico qual foi o motivo de internação do paciente.

34. Comorbidades: verifique no prontuário eletrônico qual(ais) as comorbidades relacionadas ao tabagismo.

Obs: confirme no prontuário alguma informação que o paciente não soube responder.

Escala de Fargestrom (ANEXO A). Aplique a escala de Fargestrom. Pergunte ao paciente as seis perguntas a seguir:

a. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro? Pergunte ao paciente tabagista quanto tempo após acordar ele fuma o primeiro cigarro: Dentro de 5 minutos; entre 6 e 30 minutos; entre 31 e 60 minutos; após 60 minutos.

b. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc.? Pergunte ao paciente tabagista se ele acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, ônibus, etc. e marque Sim ou Não.

c. Qual cigarro do dia que traz mais satisfação? Pergunte ao paciente tabagista qual o cigarro do dia traz mais satisfação: o primeiro da manhã ou outros.

d. Quantos cigarros você fuma por dia? Pergunte ao paciente tabagista quantos cigarros ele fuma/dia.

e. Você fuma mais frequentemente pela manhã? Pergunte ao paciente tabagista se ele fuma mais pela manhã, marque Sim ou Não

f. Você fuma mesmo quando está doente? Pergunte ao paciente tabagista se ele fuma mesmo quando está doente, marque Sim ou Não.

Cada uma das respostas correspondem a uma pontuação. Faça a soma e marque a **pontuação total da Escala de Fagerström:** _____

Escala de Prochaska e Di Clemente (ANEXO B). Aplique a escala de Prochaska e Di Clemente.

Pergunte ao paciente o que pensa em relação ao abandono do cigarro?

- a. Não pensa em parar nos próximos seis meses (pré-contemplação)
- b. Está motivado a parar nos próximos seis meses (contemplação)
- c. Pretende a parar no próximo mês (preparação)
- d. Parou de fumar e está nos primeiros 6 meses em abstinência (ação)
- e. Parou de fumar há mais de 6 meses (manutenção)
- f. Parou de fumar, mas recaiu (recaída)

Conforme o que o paciente responder, classifique-o na fase que ele se encontra para a motivação de cessação do tabagismo.

Agradeça a participação.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Auxiliares de Pesquisa

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Auxiliares de Pesquisa

Este projeto de pesquisa, intitulado “**Perfil tabágico e intervenções associadas à cessação do tabaco em pacientes adultos cirúrgicos de um hospital universitário**”, tem o objetivo de analisar o perfil tabágico e as intervenções associadas à cessação do tabaco em pacientes adultos cirúrgicos de um hospital universitário. O estudo traz como benefício conhecer a prevalência de tabagistas internados em unidades cirúrgicas do hospital, assim como seu perfil tabágico. Os resultados desse estudo poderão auxiliar as equipes de saúde na abordagem cognitiva-comportamental ao paciente tabagista internado, visando à cessação do tabagismo, assim agilizando a sua recuperação e melhor qualidade de vida.

O trabalho do auxiliar de pesquisa consiste em apropriar-se das informações do manual de orientação para coleta de dados, colaborando com o pesquisador nessa fase da pesquisa com: impressão da listagem diária de pacientes internados nas unidades cirúrgicas, coleta da informação do status tabágico do paciente no prontuário eletrônico, preenchimento da planilha com os dados de prevalência do status tabágico do paciente, explicação dos objetivos da pesquisa aos pacientes, coleta da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, aplicação dos instrumentos para os tabagistas ativos e por fim a coleta de dados referentes ao motivo de internação, comorbidades e informações clínicas dos pacientes tabagistas em prontuário eletrônico. Também os auxiliares de pesquisa colaborarão com o pesquisador na digitação das informações em banco de dados e na análise estatística.

De acordo com o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado(a) de que não possuo vínculo empregatício com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com a pesquisadora responsável Isabel Cristina Echer e mestranda Ana Paula Almeida Corrêa, e que o meu trabalho de auxiliar de pesquisa se caracteriza como voluntário, ou seja, sem remuneração. Declaro também que não possuo direitos autorais com relação aos dados da pesquisa e que possuo autonomia para decidir participar ou não como auxiliar de pesquisa e desistir quando julgar necessário.

Bruna Uija Nardis
Nome completo do auxiliar de pesquisa
Fone: (51) 9283 0099

Ana Paula Almeida Corrêa
Ana Paula Almeida Corrêa
Fone: (51) 98441460

Isabel Cristina Echer
Isabel Cristina Echer
Fone: (51) 98056149

Bruna U. Nardis
Assinatura do auxiliar de pesquisa

Paula Almeida
Assinatura do pesquisador

I. C. Echer
Assinatura do pesquisador responsável

Porto Alegre, 05 de junho de 2012.

APÊNDICE C - Instrumento para coleta de dados de pacientes tabagistas

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DE PACIENTES TABAGISTAS
<p>DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS</p> <p>Data : ___/___/___</p> <p>Nome: _____</p> <p>Leito: _____</p> <p>Unidade: _____</p> <p>Prontuário: _____</p> <p>Data de nascimento: _____</p> <p>Sexo:</p> <p>() Masculino</p> <p>() Feminino</p> <p>Etnia:</p> <p>() Branca</p> <p>() Negra</p> <p>() Outro. Qual? _____</p> <p>Estado conjugal:</p> <p>() Casado/Companheiro</p> <p>() Separado/Divorciado</p> <p>() Viúvo</p> <p>() Solteiro</p> <p>Renda individual: R\$ _____</p> <p>Renda familiar: R\$ _____ Essa renda sustenta quantos indivíduos? _____</p> <p>Escolaridade: _____</p> <p>Profissão: _____</p> <p>Procedência: _____</p>
<p>DADOS CLÍNICOS</p> <p>Data da internação : ___/___/___</p> <p>Motivo da internação: _____</p> <p>Comorbidades: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>HISTÓRIA TABÁGICA</p> <p>Idade do início do fumo/quanto tempo fuma? _____</p> <p>Quantos cigarros por dia? _____</p> <p>Já tentou parar de fumar?</p> <p>() Sim Se sim, quantas vezes? _____</p> <p>() Não</p> <p>Já procurou auxílio para parar de fumar?</p> <p>() Sim Se sim, qual? _____</p> <p>() Não</p> <p>Já utilizou algum tratamento para parar de fumar?</p> <p>() Sim Se sim, qual? _____</p> <p>() Não</p> <p>Convive com outros fumantes?</p> <p>() Sim Se sim, quem? _____</p> <p>() Não</p>

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DE PACIENTES TABAGISTAS
SINTOMAS DO USO DO FUMO
<input type="checkbox"/> Tosse e/ou expectoração <input type="checkbox"/> Chiado e/ou falta de ar <input type="checkbox"/> Dor torácica e/ou palpitações <input type="checkbox"/> Cãibras, cansaço e dor nas pernas <input type="checkbox"/> Tonturas e/ou desmaios
SINTOMAS DE ABSTINÊNCIA NA INTERNAÇÃO
Quando fumou o último cigarro? _____ <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Irritabilidade <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Alteração do apetite
MOTIVAÇÃO PARA CESSAR O TABAGISMO
Você quer parar de fumar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Dê uma nota entre 0 (mín.) a 10 (máx.) para sua motivação para cessar o tabagismo: ____ Qual o principal motivo que o levaria a parar de fumar? _____ Qual o principal motivo que o levaria a continuar fumando? _____
TRATAMENTO E ORIENTAÇÃO DURANTE A INTERNAÇÃO
Uso de medicamentos (bupropiona, adesivo, antidepressivo, goma de mascar, outros) <input type="checkbox"/> Sim Se sim, qual (ais)? _____ <input type="checkbox"/> Não Algum profissional o incentivou para parar de fumar? <input type="checkbox"/> Sim Se sim, quem? _____ <input type="checkbox"/> Não Recebeu algum material educativo (manual e/ou folder) <input type="checkbox"/> Sim Se sim, quem? _____ <input type="checkbox"/> Não Recebeu alguma orientação sobre os recursos disponíveis disponíveis na instituição ou rede básica de saúde? <input type="checkbox"/> Sim Se sim, quem? _____ <input type="checkbox"/> Não Você foi orientado sobre as normas de proibição do fumo no hospital? <input type="checkbox"/> Sim Se sim, por quem? _____ <input type="checkbox"/> Não

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos você a participar do estudo: **Prevalência e perfil tabágico de pacientes adultos internados em unidades cirúrgicas de um hospital universitário**, cujo objetivo é identificar a prevalência e o perfil tabágico de pacientes adultos hospitalizados em um hospital universitário. O projeto será desenvolvido no contexto do Curso de Mestrado 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 nas unidades cirúrgicas da instituição, o que contribuirá para que a equipe de saúde trabalhe na orientação a esses pacientes.

Sua participação consiste em responder as perguntas do questionário realizadas pelo pesquisador. O inconveniente será o tempo gasto em responder o questionário (cerca de 15 minutos) e o contato com os pesquisadores. Os benefícios é a de que você estará contribuindo para que a equipe de saúde consiga trabalhar melhor com as questões da cessação do tabagismo com os pacientes internados no hospital.

Pelo presente consentimento pós-informação, declaro que autorizo a minha participação neste projeto, pois fui informado de forma clara e detalhada e livre de qualquer constrangimento, dos objetivos, da justificativa do questionário a que responderei e dos benefícios deste projeto de pesquisa. Fui igualmente informado: da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca da investigação; da liberdade de deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem que isso traga prejuízo a mim; da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade.

Em qualquer etapa do estudo é possível solicitar informações a aluna no mestrado da Escola de Enfermagem da UFRGS Ana Paula Almeida Corrêa pelos telefones (51) 98441460/ (51) 30848075 ou a professora Isabel Cristina Echer (51) 98056149 (pesquisadora responsável).

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: ____/____/____

ANEXO A - Escala de Fagerström

ESCALA DE FAGERSTRÖM
IDENTIFICAÇÃO
Data : ___/___/___
Nome: _____
Leito: _____
Unidade: _____
Prontuário: _____
1. Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro/charuto?
() Dentro de 5 minutos
() Entre 6 e 30 minutos
() Entre 30 e 60 minutos
() Após 60 minutos
2. Você acha difícil ficar sem fumar em local não permitido, como bibliotecas, ônibus, cinemas, igrejas?
() Sim
() Não
3. Qual o cigarro do dia traz maior satisfação?
() Primeiro da manhã
() Outros
4. Quantos cigarros você fuma por dia?
() Menos de 10
() De 11 a 20
() De 21 a 30
() Mais de 31
5. Você fuma com maior frequência pela manhã?
() Sim
() Não
6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
() Sim
() Não

ANEXO B - Escala de Prochaska e Di Clemente

ESCALA DE PROCHASKA E DI CLEMENTE
IDENTIFICAÇÃO
Data : ___/___/___
Nome: _____
Leito: _____
Unidade: _____
Prontuário: _____
O que você pensa em relação ao abandono do cigarro?
1 (<input type="checkbox"/>) Não pensa em parar nos próximos 6 meses (pré-contemplação)
2 (<input type="checkbox"/>) Está motivado a parar nos próximos 6 meses (contemplação)
3 (<input type="checkbox"/>) Pretende parar no próximo mês (preparação)
4 (<input type="checkbox"/>) Parou de fumar e está nos primeiros 6 meses em abstinência (ação)
5 (<input type="checkbox"/>) Parou de fumar há mais de 6 meses (manutenção)
6 (<input type="checkbox"/>) Parou de fumar mas recaiu (recaída)

ANEXO C – Carta de aprovação do projeto pela Comissão Científica



**HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

COMISSÃO CIENTÍFICA

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

Projeto: 120461

Data da Versão do Projeto:

Pesquisadores:

ISABEL CRISTINA ECHER

ANA PAULA ALMEIDA CORREA

Título: PERFIL TABÁGICO E INTERVENÇÕES ASSOCIADAS À CESSAÇÃO DO TABACO EM PACIENTES ADULTOS CIRÚRGICOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 17 de Janeiro de 2013.

Prof. Flávio Kapczysk
Coordenador GPPG/HCPA

ANEXO D - Termo de compromisso para utilização de dados institucionais



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

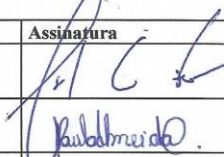
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação

Título do Projeto

<p>Perfil tabágico e intervenções associadas à cessação do tabaco em pacientes adultos internados em unidades cirúrgicas de um hospital universitário</p>	<p>Cadastro no GPPG 12 - 0461</p>
---	---

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar as informações institucionais que serão coletadas em 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 em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 20 de agosto de 2012.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Isabel Cristina Echer	
Ana Paula Almeida Corrêa	Paula Almeida