

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS**

**PREVALÊNCIA, REGISTRO E ABORDAGEM DO
TABAGISMO
EM PACIENTES INTERNADOS**

CAROLINE UBER GHISI

**PORTO ALEGRE
2018**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS**

**PREVALÊNCIA, REGISTRO E ABORDAGEM DO
TABAGISMO
EM PACIENTES INTERNADOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

CAROLINE UBER GHISI

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

ORIENTADORA: Profa. Dra. MARLI MARIA KNORST

PORTO ALEGRE

2018

Ghisi, Caroline Uber
Prevalência, registro e abordagem do tabagismo em
pacientes internados / Caroline Uber Ghisi. -- 2018.
53 f.
Orientadora: Marli Maria Knorst.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas, Porto
Alegre, BR-RS, 2018.

1. Tabagismo / epidemiologia. 2. Pacientes
internados. 3. Cessação tabágica. I. Knorst, Marli
Maria, orient. II. Título.

"Uma pessoa feliz é aquela que tem sempre em mente seu objetivo. Não vê problemas em seu caminho, e sim desafios. Tem seus pensamentos no futuro e suas ações no presente. Segue em frente levando do passado apenas experiências vividas. Uma pessoa feliz é aquela que tem personalidade, não se deixa levar pelos fracassos, não deixa o medo tomar conta de seu destino, mas também não é inflexível. Uma pessoa feliz é aquela que realiza seus sonhos."

Ditado budista (Daisaku Ikeda)

DEDICATÓRIA

Por sonharem comigo e acreditarem na vitória frente aos desafios, dedico este trabalho aos meus pais Antônio Valério Ghisi e Nilda Margarida Uber, minha irmã Alessandra Uber Ghisi e ao meu amor Juan Manuel Gutierrez.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Antônio Valério Ghisi e Nilda Margarida Uber e minha irmã Alessandra Uber Ghisi pelo amor incondicional e por acreditarem no potencial de realização dos meus sonhos.

À minha orientadora, Prof. Dra. Marli Maria Knorst, agradeço os ensinamentos, a oportunidade e a confiança.

Aos meus colegas e amigos Karina Sandini de Souza, Gustavo Picolotto e Marilia Amaral Peixoto da Silveira por todo apoio e dedicação conjunta nas aulas do Mestrado.

Ao meu namorado Juan Manuel Gutierrez pelo amor, carinho, apoio e pelo companheirismo em todos os momentos, mesmo naqueles à distância.

Às bolsistas deste projeto Muriel Bossle Sarmento, Alaíde Mezalira Gusso, Gabriela Buffon, Larissa Nicácio Grimaldi, Laura Grazziotin Vedana, Natalia Paseto Pilati e Tielle Muller de Mello por toda ajuda e cooperação.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DE LITERATURA	3
2.1 EPIDEMIOLOGIA DO TABAGISMO	3
2.2 CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO.....	5
2.3 TABAGISMO E INTERNAÇÃO HOSPITALAR	6
3 JUSTIFICATIVA	10
4 OBJETIVOS	11
4.1 OBJETIVO GERAL.....	11
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
5 MATERIAL E MÉTODOS	12
5.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	12
5.2 COLETA DE DADOS	13
5.3 VARIÁVEIS E DEFINIÇÕES.....	13
5.4 AVALIAÇÃO DO MONÓXIDO DE CARBONO NO AR EXALADO	15
5.5 PROCESSAMENTO DE DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA	15
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	15
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17
7 ARTIGO CIENTÍFICO	24
8 CONCLUSÕES	47
9 CONSIDERAÇÕES GERAIS	48
10 APÊNDICES E ANEXOS	49

LISTA DE ABREVIACES

APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos por morte prematura
AVP	Anos de Vida Perdidos
AVP-QV	Anos de Vida Perdidos por viver com Qualidade de Vida
CID-10	Classificao Internacional de Doenas
CONICQ	Comisso Nacional para a Implementao da CQCT
CQCT	Conveno-Quadro para o Controle do Tabaco
DP	Desvio-padro
DTR	Doena tabaco-relacionada
EUA	Estados Unidos da Amrica
HAD	Escala de medida de Ansiedade e Depresso
HCPA	Hospital de Clnicas de Porto Alegre
HIV	Vrus da Imunodeficincia Humana
INCA	Instituto Nacional do Cncer
MS	Ministrio da Sade
OMS	Organizao Mundial da Sade
SBPT	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SIDA	Sndrome da Imunodeficincia Adquirida
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Bsica de Sade

LISTA DE TABELAS

ARTIGO

TABELAS

Tabela 1. Características gerais dos 300 pacientes de acordo com a história tabágica ..41

Tabela 2. Características dos 46 tabagistas ativos..... 42

Tabela 3. Percepção dos 46 pacientes tabagistas ativos em relação à abordagem da Equipe de Saúde sobre cessação do tabagismo..... 43

Tabela 4. Percepção do grupo de tabagistas ativos em relação às doenças tabaco-relacionadas (DTR) e aos fatores importantes para a cessação do tabagismo 44

Tabela 5. Problemas relacionados com o registro da situação tabágica no prontuário ..45

FIGURA

Figura 1. Motivação dos tabagistas ativos para a cessação tabágica..... 46

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1. Questionário estruturado.....	49
Apêndice 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	51

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)	53
--	----

RESUMO

Introdução: A internação hospitalar pode ser um bom momento para parar de fumar. O paciente encontra-se em uma situação de vulnerabilidade por doença, onde experimenta um ambiente livre de cigarro, podendo tornar-se receptivo a intervenções para cessação.

Objetivos: Determinar a prevalência de tabagismo em pacientes hospitalizados, o perfil e o conhecimento destes tabagistas sobre as doenças tabaco-relacionadas, assim como avaliar a prática assistencial relacionada ao tabagismo na internação hospitalar.

Métodos: Estudo descritivo transversal contemporâneo, baseado em entrevistas com adultos internados em um hospital universitário de nível terciário, realizadas em três dias consecutivos em novembro de 2015. Foi utilizado um questionário estruturado, medida de monóxido de carbono no ar expirado e posterior revisão do prontuário para verificação do registro das práticas assistenciais relacionadas ao tabagismo.

Resultados: Foram entrevistados 300 pacientes. Destes, 129 (43%) eram não tabagistas, 125 (41,6%) eram ex-tabagistas, 46 (15,3%) eram tabagistas, com carga tabágica média de $42,7 \pm 28,3$ maços-ano, e 86 (27,7%) relataram exposição passiva à fumaça do cigarro. Dos tabagistas ativos, 87% relataram desejo de parar de fumar e 52,2% referiram não ter recebido qualquer tipo de orientação em relação à cessação do tabagismo. Embora 91,3% estivessem internados em decorrência de alguma doença tabaco-relacionada, apenas 56,2% relataram acreditar que sua doença era, de fato, decorrente do tabaco. O monóxido de carbono no ar exalado, medido em 212 pacientes, mostrou níveis ≥ 10 ppm em 4 (1 relatou ser tabagista ativo e 3 ex-tabagistas). A revisão dos prontuários mostrou que 46 (15,3%) não tinham nenhum registro relacionado a tabagismo e em 36 (12%) os registros discordavam das informações obtidas nas entrevistas. Registro de exposição passiva à fumaça do cigarro foi encontrado em apenas um prontuário. Tabagismo com seu respectivo código (CID-10) constava na lista de diagnósticos em três prontuários (1%) e um plano para continuidade do tratamento do tabagismo após a alta hospitalar estava descrito em dois (0,6%).

Conclusão: Cerca de 15,3% dos pacientes internados eram tabagistas ativos e a maioria estava motivada e aceitaria ajuda para parar de fumar; os conhecimentos sobre doenças tabaco-relacionadas são limitados entre os tabagistas. A revisão de prontuários mostrou que o tabagismo é subdiagnosticado, subregistrado e subtratado durante a internação hospitalar.

Palavras-chave: tabagismo/epidemiologia, pacientes internados, cessação tabágica.

ABSTRACT

Introduction: Hospitalization can be a good moment to quit smoking. The patient is in a situation of illness vulnerability, where experiences a cigarette-free environment, being able to become receptive to interventions for smoking cessation.

Objectives: To determine the prevalence of smoking in hospitalized patients, the smokers' profile and their knowledge about tobacco-related diseases, as well as evaluate the smoking-related care practice during hospitalization.

Methods: Contemporary descriptive cross-sectional study, based on interviews with adults admitted to a tertiary-level university hospital, conducted on three consecutive days in November 2015. A structured questionnaire was used, carbon monoxide in the exhaled air was measured and subsequent revision of the chart was done to verify the registration of smoking-related health care practices.

Results: 300 patients were interviewed. Of these, 129 (43%) were non-smokers, 125 (41.6%) were former smokers, 46 (15.3%) were current smokers, with a mean smoking history of 42.7 ± 28.3 pack-years, and 86 (27.7%) reported passive exposure to cigarette smoke. Among current smokers, 87% reported a desire to quit smoking and 52.2% said that didn't receive any kind of orientation about smoking cessation. Although 91.3% were hospitalized in consequence of some tobacco-related illness, only 56.2% reported believe that their disease was actually due to tobacco. Carbon monoxide in the exhaled air, measured in 212 patients, showed levels ≥ 10 ppm in 4 (1 reported being current smoker and 3 ex-smokers). The review of the medical charts of all patients showed that 46 (15.3%) haven't had any smoking-related register and in 36 (12%) the records disagreed with the information obtained in the interviews. Registration of passive exposure to cigarette smoke was found in only one medical chart. Smoking with its respective code (ICD-10) was included in three (1%) medical charts and a plan to maintain the smoking treatment after hospital discharge was described in two (0,6%).

Conclusion: About 15.3% of inpatients were current smokers and most of them were motivated and would accept help to quit; knowledge about tobacco-related diseases is limited among smokers. The medical charts review showed that smoking is underdiagnosed, underrecognized and subtreated during hospitalization.

Keywords: smoking / epidemiology, hospitalized patients, smoking cessation.

1 INTRODUÇÃO

Considerado hoje uma pandemia¹, o tabagismo é responsável por uma mortalidade anual atribuída de, aproximadamente, 5 milhões de pessoas no mundo¹ e 200 mil pessoas no Brasil².

O fumo é a principal causa de morte evitável no mundo³. As doenças provocadas pelo consumo do tabaco representam uma das principais causas de internação hospitalar no Brasil⁴, gerando altos custos para o sistema de saúde⁵⁻⁶.

Diante deste panorama, implementar ações de incentivo à cessação tabágica tem impacto direto na redução de morbidade e mortalidade relacionadas ao ato de fumar⁴, além de representarem uma intervenção preventiva extremamente custo-efetiva⁷.

Atualmente, poucos são os hospitais que apresentam programas de abordagem ao tabagismo para o paciente hospitalizado⁸; todavia, a internação representa um momento oportuno e único para a cessação tabágica⁹. Como os hospitais restringem o ato de fumar em suas dependências⁸, durante a internação o paciente tabagista, que se encontra em situação de vulnerabilidade por doença⁷, experimenta um ambiente livre de cigarro, podendo tornar-se receptivo às mensagens de incentivo e ao suporte das equipes de saúde para as intervenções necessárias à cessação tabágica¹⁰⁻¹¹.

Para promover a cessação do tabagismo em pacientes durante a internação hospitalar, é de fundamental importância conhecer a prevalência do tabagismo entre estes pacientes.⁹⁻¹⁰ É também necessário compreender as experiências passadas e avaliar as preferências atuais dos pacientes em relação à cessação, a fim de traçarmos medidas e planos de ações para ajudá-los a parar de fumar,⁹⁻¹⁰ reduzindo assim a morbimortalidade atribuída ao consumo do tabaco e promovendo melhora na saúde e na qualidade de vida.

Este estudo pretende estudar as práticas assistenciais relacionadas ao tabagismo durante a internação hospitalar e traçar o perfil dos pacientes tabagistas adultos internados em leitos clínicos e cirúrgicos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) para que, em um futuro próximo, baseado nos dados obtidos, seja desenvolvido um protocolo assistencial focado no aconselhamento para a cessação e na abordagem do tabagismo durante a internação hospitalar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 EPIDEMIOLOGIA DO TABAGISMO

O tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS)¹². No mundo, estima-se que 1,3 bilhão de pessoas consomem algum tipo de produto de tabaco; destes, aproximadamente 1 bilhão consome o tabaco na forma de cigarro¹³. A prevalência total de tabagismo na população mundial acima de 15 anos em 2007 foi estimada em 29% (47,5% entre homens e 10,3% entre as mulheres).¹⁴

Os efeitos adversos à saúde provocados pelo consumo do tabaco levam a 6 milhões de mortes por ano no mundo, sendo 600 mil em decorrência de tabagismo passivo.¹⁵ Nos Estados Unidos, estima-se que 1 a cada 5 mortes é associada ao tabagismo.¹⁶⁻¹⁷ O tabaco causa mais mortes por ano do que a soma das mortes decorrentes da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), do uso de drogas ilícitas, do abuso de álcool, de acidentes de trânsito e de homicídios.¹⁶⁻¹⁷ Estima-se que 90% de todas as mortes por câncer de pulmão entre os homens e 80% entre as mulheres sejam causados pelo tabaco.¹⁸

Dados dos Estados Unidos da América (EUA) demonstram que pacientes tabagistas perdem pelo menos uma década de expectativa de vida em comparação com aqueles que nunca fumaram.¹⁹ O cigarro contém mais de 7.000 substâncias tóxicas, sendo 60 destas carcinógenas, e é causa de aproximadamente 50 doenças, com destaque para doenças cardiovasculares, diversos tipos de câncer e doenças respiratórias crônicas, sendo que estas doenças também podem ser causadas pela exposição passiva.^{2, 20, 21} No Mundo, dentre os cerca de 1 bilhão de tabagistas ativos, aproximadamente 80% vivem em países com renda média e baixa.²²

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o tabagismo é responsável

por 200 mil mortes por ano no Brasil, ou seja, 23 pessoas por hora.² Dados do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, realizado em 2002 e 2003, mostraram que Porto Alegre foi a capital com maior prevalência de tabagismo (25,2%), com o maior percentual de mulheres fumantes e uma das capitais com iniciação mais precoce do consumo de tabaco.²³ A atualização do mesmo inquérito, em 2008, mostrou uma prevalência nacional de tabagismo em queda (16,1%, sendo 20,5% no sexo masculino e 12,4% no sexo feminino), sendo a prevalência em Porto Alegre de 19,4% (21,8% nos homens e 17,5% nas mulheres).²⁴ Apesar da redução na prevalência de tabagismo no Brasil em 2015 para 11,4%, Porto Alegre persistiu como a capital brasileira com maior prevalência de fumantes (14,9%).²⁵ Ainda segundo informações do INCA, 90% dos fumantes começam a fumar antes dos 19 anos e 100 mil jovens começam a fumar a cada dia no mundo, sendo que 80% deles vivem em países em desenvolvimento.²⁶ E, apesar das iniciativas incentivando a cessação do tabagismo, ainda há cerca de 22 milhões de fumantes no Brasil.²⁶

O impacto das doenças relacionadas ao consumo do tabaco extrapola o setor saúde e acomete francamente o setor econômico. Nos países desenvolvidos, estima-se que o custo anual da assistência médica com doenças tabaco-relacionadas (DTR) alcance de 6% a 15% do custo total do setor saúde.²⁷ No Brasil, temos poucos estudos estimando os custos do tabagismo. Em estudo realizado com base nos valores monetários de 2011, o custo atribuível ao tabagismo no Brasil foi estimado em 21 bilhões de reais por ano para o sistema de saúde.^{4,5} O estudo analisou um total de 2.442.038 doenças e destas, 34% foram atribuíveis ao tabagismo.^{4,5} Em 2015, a mesma pesquisadora avaliou os Anos de Vida Perdidos (AVP) atribuíveis ao tabagismo a nível populacional, sendo estimados dois componentes: Anos Potenciais de Vida Perdidos por morte prematura (APVP) e AVP por viver com Qualidade de Vida

(AVP-QV). Com a inclusão destas variáveis, o custo total para o sistema de saúde atribuível ao tabagismo passou a 23,3 bilhões de reais por ano.^{4, 5, 28}

2.2 CONVENÇÃO-QUADRO PARA O CONTROLE DO TABACO

Considerando que a comercialização do tabaco movimentava grandes dividendos²⁹, o interesse dos governos em incentivar ações para o controle do consumo, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, relacionou-se principalmente com os custos do tabagismo ao Estado.²⁹

Tendo em vista este contexto, ainda em 2005, quarenta países, dentre eles o Brasil, ratificaram a adesão à Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) – primeiro tratado mundial de Saúde Pública que versa sobre medidas de redução no plantio e consumo do tabaco. Para que o Brasil aderisse à CQCT, seu texto foi primeiramente aprovado, em maio de 2004, pela Câmara dos Deputados, e remetido ao Senado Federal. Devido a um forte lobby contrário da indústria do tabaco, o texto da Convenção tramitou por meses no Senado, em várias análises e audiências públicas, até ser finalmente aprovado em outubro de 2005.³⁰

O documento final recomenda que organizações intergovernamentais, internacionais e regionais, em cooperação, promovam alternativas economicamente viáveis para a substituição do cultivo, redução da demanda (por exemplo, aumento de preços e impostos), promoção da cessação do tabagismo, restrição ou proibição da publicidade do tabaco, além de proteção do meio ambiente e saúde das pessoas envolvidas com o cultivo e a fabricação de produtos do tabaco em seus respectivos territórios.³¹

Para promover o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de estratégias, planos e programas, assim como políticas e legislações para o

cumprimento das obrigações previstas na CQCT, foi criada a Comissão Nacional para a Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CONICQ).³²

A CONICQ estabelece Planos de Trabalho periódicos com medidas a serem adotadas pelos ministérios, conforme suas respectivas competências. Esses planos contemplam a adoção de políticas e programas continuados, o estabelecimento de parcerias com órgãos governamentais e com a sociedade civil, a realização de estudos e avaliação de ações, legislação e regulamentações, seminários, campanhas e capacitações.³²

Considerada pela OMS como a medida de controle do tabagismo mais custo-efetiva, a cessação tabágica é a intervenção mais eficaz na redução da morbidade e mortalidade associadas ao tabaco, sendo os seus benefícios tanto maiores quanto mais precocemente for instituída¹².

2.3 TABAGISMO E INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Indivíduos com doenças apresentam taxas maiores de tabagismo que a população em geral³³ e se beneficiam da cessação tabágica, uma vez que parar de fumar altera a história natural da maioria das doenças já estabelecidas e reduz o risco de desenvolver doenças tabaco-relacionadas como câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias.³⁴ Dados norte-americanos verificaram que a cessação do tabagismo antes dos 40 anos está associada à redução de 90% no risco de morte quando comparado com a persistência do tabagismo.³⁵ A internação é considerada um bom momento para intervenções que visem à cessação do tabagismo,³⁵ uma vez que o paciente está afastado do seu ambiente natural e dos gatilhos que o estimulam a fumar.³⁶ Além disto, muitas vezes a causa da internação é uma doença tabaco-associada, o que pode ser um fator adicional para a cessação do tabagismo, uma vez que a doença em si, assim como

a sua repercussão em longo prazo na qualidade de vida e na sobrevivência, são argumentos fortes para motivar o paciente a parar de fumar.

A prevalência do tabagismo em pacientes hospitalizados e seu manejo já foi estudada no exterior e no Brasil, embora os dados nacionais sejam escassos⁸. Mesmo com a proibição do fumo no ambiente intra-hospitalar, estudos recentes mostram que, dentre os pacientes tabagistas, 25% fumam dentro do hospital, 55% referem sintomas de abstinência e apenas 6% recebem reposição de nicotina³⁷⁻⁴⁰.

Em estudo realizado em um hospital geral na cidade de São Paulo, a prevalência de tabagismo ativo entre os internados foi de 17%⁴¹. Em outro estudo transversal, realizado em um hospital universitário da capital catarinense, encontrou-se uma prevalência de 18,7% de tabagistas entre os pacientes internados⁴², dos quais 72,7% afirmaram que aceitariam receber tratamento para cessação durante a internação⁴². Esse alto percentual de pacientes receptivos à tentativa de cessação demonstra que a instituição de políticas de apoio para que os internados parem de fumar seria proveitosa.⁴¹⁻⁴²

Como as intervenções dirigidas aos pacientes internados se baseiam nas queixas e problemas que os mesmos apresentam no momento da internação, a identificação do tabagismo é de fundamental importância. O tabagismo é uma doença crônica causada pela dependência à nicotina, estando inserido na Classificação Internacional de Doenças – CID 10.⁴³ Entretanto, na prática assistencial, o registro do paciente como fumante no prontuário médico costuma constar apenas na história médica pregressa, escrito de maneira não padronizada; muitas vezes a situação tabágica nem é registrada no prontuário do paciente. Em 2004 foi criado um programa direcionado aos clínicos gerais no Reino Unido para aumentar o registro do tabagismo nos prontuários médicos. Após 4 anos, 64,5% dos pacientes tinham a situação tabágica documentada no prontuário nos últimos 27 meses, e 50,5% dos tabagistas ativos

apresentavam registro de aconselhamento para parar de fumar na sua ficha clínica.⁴⁴ O registro do diagnóstico de tabagismo ativo no prontuário conforme a Classificação Internacional de Doenças identifica o tabagista, facilitando a abordagem com vistas à cessação.⁴⁵ A importância da identificação do *status* de fumante foi relatada em um estudo realizado com clínicos gerais em ambiente ambulatorial, que demonstrou que o fato de distribuir um questionário sobre hábito tabágico aos pacientes aumentou significativamente o número de intervenções para parar de fumar (OR 1,78; IC 95%, 1,36-2,34).⁴⁶

A importância de identificar o tabagismo no paciente internado não se limita apenas à qualidade do cuidado assistencial. O tabagismo é também um dos itens avaliados no processo de acreditação hospitalar, uma vez que a manutenção de um ambiente livre do fumo é um pré-requisito para acreditação.⁴⁷ O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é anualmente avaliado no processo acreditação hospitalar e dispõe de uma política e plano para controle do tabagismo.

Nos EUA, os hospitais acreditados pela *Joint Commission* proíbem o fumo nas suas dependências e devem oferecer todo o suporte para o paciente tabagista internado.⁴⁸ Entretanto, um estudo constatou que 18,4% dos pacientes referiram ter fumado durante a internação, o que foi menos comum naqueles pacientes com 50 anos ou mais, nos admitidos em unidade cardíaca e nos que tinham a pretensão de cessar o tabagismo após a alta; por outro lado, o tabagismo durante a internação hospitalar foi mais comum nos pacientes com internações longas e naqueles com sintomas de abstinência à nicotina.¹¹

Em outra série de pacientes internados, 25% dos pacientes declararam ter fumado durante a internação, embora apenas 4% tenha admitido ter infringido as regras de controle do tabagismo.⁴⁹ Também foi demonstrado que aqueles pacientes com sintomas de abstinência à nicotina eram mais propensos a violar as regras de não

fumar no hospital.⁴⁹ A abstinência durante a internação é um forte preditor de continuar sem fumar após a alta.⁴⁰ O aconselhamento sobre a cessação do tabagismo iniciado durante a hospitalização e mantido com contatos de suporte por mais de um mês após a alta aumentou a chance de parar de fumar em 65% no período de 6 a 12 meses, sendo superior ao que foi conseguido apenas com a abordagem na internação. A utilização concomitante de adesivos de nicotina mostrou uma tendência de melhorar as taxas de cessação, embora sem significância estatística.⁴⁹ Outro estudo randomizado, aberto, publicado em 2013, comparou os cuidados usuais com uma abordagem sistematizada para cessação do tabagismo, com terapia comportamental e farmacológica, mantendo seguimento e referência para serviços comunitários após a alta. Foi observada uma tendência de maior taxa de cessação em 4 semanas no grupo intervenção (38% vs 17%; p=0,06), porém com resultados semelhantes nos dois grupos 6 meses após a alta (19% vs 9%; p=0,37).⁵⁰ Uma revisão sistemática que avaliou o impacto de intervenções para cessação do tabagismo durante internação concluiu que os melhores resultados são obtidos com abordagem intensiva, acompanhada de reposição de nicotina para controle dos sintomas de abstinência e acompanhamento após alta hospitalar.⁵¹

Por outro lado, as evidências disponíveis sugerem que a proibição do fumo durante a hospitalização, embora essencial, não garante a cessação do tabagismo após a alta, necessitando, para isso, medidas de suporte e apoio ao paciente.⁵²

3 JUSTIFICATIVA

Para que medidas de suporte ao tabagista internado sejam instituídas, um pré-requisito básico é conhecer a prevalência do tabagismo entre pacientes internados, identificar o perfil dos tabagistas, sua percepção em relação às doenças tabaco-relacionadas, sua motivação para parar de fumar e sua receptividade para uma abordagem direcionada para a cessação, bem como avaliar a prática assistencial relacionada ao tabagismo vigente na instituição.

A partir destes dados será possível estruturar uma abordagem para este grupo de pacientes, baseada num protocolo assistencial. Do mesmo modo, a partir dessas informações poderá emergir a necessidade de medidas educativas e capacitação da equipe de saúde para a abordagem do tabagismo.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Estudar a prevalência do tabagismo entre os pacientes hospitalizados e avaliar a prática assistencial relacionada ao tabagismo na internação hospitalar.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar as características dos pacientes fumantes e sua postura em relação ao processo de cessação do tabagismo;
- Avaliar a percepção dos pacientes tabagistas em relação às doenças tabaco-relacionadas e as práticas assistenciais relacionadas com o tabagismo;
- Verificar o registro da situação tabágica e da abordagem do tabagismo no prontuário médico.

5 MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo transversal contemporâneo, baseado em entrevista com pacientes, mensuração de monóxido de carbono no ar exalado e revisão do prontuário médico.

5.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Para a composição da amostra, dentre todos os pacientes internados no HCPA no período de coleta de dados, foram excluídos aqueles em internação psiquiátrica, neutropênicos febris, internados no serviço de emergência ou no centro de tratamento intensivo e na unidade obstétrica. De um total de 411 pacientes elegíveis para entrevista, foram entrevistados e incluídos no estudo 300 pacientes adultos com mais de 18 anos internados em enfermarias clínicas e cirúrgicas do HCPA, que concordaram em participar de uma entrevista baseada em um questionário padronizado. Houve uma perda de 111 pacientes devido aos seguintes critérios de exclusão: pacientes internados a menos de 72 horas (n=11), menores de 18 anos (n=10), que não aceitaram participar do estudo (n=32), com alterações cognitivas ou do sensorio que prejudicariam a coleta de informações (n=44), pacientes traqueostomizados e que não conseguissem falar (n=3), com disartria (n=10) ou com surdez (n=1). Foram excluídos da mensuração de monóxido de carbono exalado pacientes em isolamento respiratório ou de contato. As entrevistas foram realizadas pelos pesquisadores em novembro de 2015, em três dias consecutivos, para incluir todos os pacientes internados nas unidades clínicas e cirúrgicas (excluídos leitos em unidades fechadas) e para evitar perdas e duplicidade de inclusão.

Cálculo do Tamanho Amostral

Com base em estudo prévio realizado com pacientes internados que encontrou uma prevalência de tabagismo de 18,7%⁸, considerando uma amplitude total do intervalo de confiança de 0,10 e um nível de confiança de 95% o número estimado de pacientes é de 246.

Estimando-se uma perda de 20% o número total de pacientes a ser incluído é de 296 pacientes.

5.2 COLETA DE DADOS

A coleta de dados com os pacientes foi realizada de forma prospectiva, durante três dias consecutivos em novembro de 2015, em entrevista orientada por questionário estruturado (Apêndice 1). Informações referentes à abordagem do tabagismo foram coletadas com o paciente no mínimo 72 horas após internação em andar clínico ou cirúrgico. Para pacientes com menor tempo de internação, a entrevista foi postergada para completar o tempo mínimo de 72 horas de internação. Pacientes que negavam ter sido perguntados sobre tabagismo pela equipe de saúde no momento da entrevista foram contatados em até uma semana após a alta por telefone para atualização de informações.

5.3 VARIÁVEIS E DEFINIÇÕES

Através de entrevista foram obtidas as seguintes informações:

- Dados gerais dos pacientes (tais como sexo, idade, escolaridade, procedência, se tem assistência na unidade de saúde);
- Causa da internação e presença de doenças tabaco-associadas;
- Informações sobre o hábito tabágico: história de tabagismo atual ou prévia, tempo de tabagismo, tipo e número de cigarros fumados por dia, mudança no consumo, consumo atual, convívio com fumantes, exposição passiva, tentativas prévias para parar de fumar e conhecimento e uso do cigarro eletrônico. A carga tabágica cumulativa foi estimada através do índice tabágico (número de cigarros fumados por dia x anos de fumo);
- Pacientes que pararam de fumar descreveram há quanto tempo estão sem fumar, o motivo que os levaram à cessação, se receberam ajuda para parar de fumar e o grau de

dificuldade para parar (escala numérica de 0 a 10);

- Todos os pacientes foram perguntados sobre exposição passiva à fumaça do cigarro;

- Pacientes que fumaram no mínimo um cigarro no último mês foram considerados tabagistas ativos. Os entrevistados que eram tabagistas ativos foram questionados sobre:

- Disposição para parar de fumar (sim ou não);

- Sintomas de abstinência durante a internação (sim ou não): humor depressivo, insônia, irritabilidade, frustração, raiva, ansiedade, dificuldade de concentração, impaciência, aumento do apetite ou ganho de peso. Intensidade dos sintomas de abstinência – escala numérica de 0 a 10.

- Fissura: sim ou não, qual intensidade (escala numérica de 0 a 10);

- Motivos para continuar fumando e para parar de fumar. Intensidade da motivação (escala numérica de 0 a 10);

- Fase em que se encontra no processo de cessação: pré-contemplação (não pensa em parar), contemplação (está motivado a parar), preparação (pretende parar), ação (parou de fumar recentemente), manutenção (parou de fumar há 6 meses ou mais) e recaída (parou de fumar, mas recaiu);⁵³

- Grau de dependência à nicotina verificada através da Escala de Fagerström: 0-2 pontos = muito baixa; 3-4 pontos = baixa; 5 pontos = média; 6-7 pontos = elevada; 8-10 pontos = muito elevada;⁵⁴

- Acredita ter doença causada pelo fumo (sim ou não)? Se sim, qual?

- Orientações recebidas da equipe de saúde sobre a cessação do tabagismo;

- Orientações recebidas da equipe de saúde sobre a exposição passiva à fumaça do cigarro;

- Conhecimento sobre possibilidade de continuar a abordagem do tabagismo na sua unidade de saúde de referência;

- Presença de sintomas de ansiedade ou depressão detectados através da escala

hospitalar de medida de ansiedade e depressão (HAD; anexo 1).⁵⁵⁻⁵⁶

Do prontuário serão coletados, após a alta hospitalar, dados sobre:

- Motivo da internação;
- Presença de doenças tabaco-associadas;
- Registro no prontuário como tabagista, conforme CID-10 (**T65.2** – Efeito tóxico do tabaco e da nicotina, **Z58.7** – Exposição à fumaça de tabaco e **Z72.0** – Uso do tabaco);¹⁶
- Registro da equipe de saúde sobre abordagem do tabagismo e uso de medicações para controle dos sintomas de abstinência durante internação;
- Registro da equipe de saúde sobre continuidade da abordagem do tabagismo após alta (na própria instituição / na unidade de saúde);
- Registro da equipe de saúde quanto às orientações sobre exposição passiva à fumaça do cigarro.

5.4 AVALIAÇÃO DO MONÓXIDO DE CARBONO NO AR EXALADO

A concentração de monóxido de carbono no ar exalado foi determinada através do Micro⁺SmokerlyserTM (Bedfont Instruments; Kent, UK). O SmokerlyserTM mede o monóxido de carbono no ar exalado em partes por milhão (ppm) numa concentração que varia entre 0 e 250 ppm, com uma acurácia de 2 ppm ou $\pm 2\%$. Para padronizar a técnica de exalação, os pacientes foram orientados a exalar completamente, inalar o ar até a capacidade pulmonar total e segurar a inspiração por 15 segundos antes de exalar lentamente e completamente no bocal descartável do Micro⁺Smokerlyser. Um ponto de corte de 10 ppm no monóxido de carbono no ar exalado foi utilizado para separar fumantes ativos de não fumantes.⁵⁷

5.5 PROCESSAMENTO DE DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados com o pacote estatístico *Statistical Package for Social*

Science (SPSS) versão 18.0, SPSS Inc., Chicago, IL. Os dados qualitativos foram descritos através de frequência absoluta e relativa e os dados quantitativos foram apresentados como média±desvio padrão (se distribuição normal) ou mediana e intervalo interquartil (se a variável não apresentasse distribuição normal). Resultados dos diferentes grupos foram comparados utilizando os testes de análise de variância, qui-quadrado ou teste de Kruskal-Wallis. A associação entre sintomas de ansiedade e depressão, número de cigarros fumados ao dia e intensidade dos sintomas de abstinência à nicotina foi analisada através do teste de correlação de Spearman. Um valor de p menor que 0,05 foi considerado como estatisticamente significativo.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do HCPA (Projeto 15-0158). Visando preservar o anonimato dos pacientes, após a fase de coleta dos dados os mesmos foram identificados por códigos. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE; apêndice 2) antes da inclusão no estudo.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes para a cessação do tabagismo. J Bras Pneumol. 2004. 30(2):S1-S76.
2. Brasil, Ministério da Saúde, INCA. Programa nacional de controle do tabagismo - Doenças associadas ao uso dos derivados do tabaco. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atento&link=doencas.htm>.
3. Geneva, World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009 - Implementing smoke-free environments. [Adobe Acrobat document, 568p.]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf.
4. Tanni SE, Iritsu NI, Tani M, Camargo PA, Sampaio MG, Godoy I, et al. Avaliação do conhecimento sobre tabagismo em pacientes internados. J Bras Pneumol. 2010. 36(2):218-23.
5. Brasil, Ministério da Saúde, INCA. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dos_numeros/custos.
6. Pinto M, Riviere A. Custo do Tabagismo para o Brasil, ACTbr. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/741_custos_final.pdf.
7. Ong KC, Cheong GN, Prabhakaran L, Earnest A. Predictors of success in smoking cessation among hospitalized patients. Respirology. 2005. 10(1):63-9.
8. Ferreira ÂS, Campos AC, dos Santos IP, Beserra MR, Silva EN, Fonseca VA.

Tabagismo em pacientes internados em um hospital universitário. *J Bras Pneumol*. 2011. 37(4):488-94

9. Rigotti NA, Stoney CM. CHARTing the Future Course of Tobacco-Cessation Interventions for Hospitalized Smokers. *Am J Prev Med*. 2016. 51(4):549-50. doi: 10.1016/j.amepre.2016.07.012.
10. Thomas D, Abramson MJ, Bonevski B, Taylor S, Poole SG, Weeks GR, Dooley MJ, George J. Quitting experiences and preferences for a future quit attempt: a study among inpatient smokers. *BMJ Open*. 2015.5(4):e006959. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006959.
11. Regan S, Viana JC, Reyen M, Rigotti NA. Prevalence and predictors of smoking by inpatients during a hospital stay. *Arch Intern Med*. 2012. 172(21):1670-4.
12. WHO report on the global tobacco epidemic, 2013. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/summary.pdf.
13. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2010: Geneva, 2011. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf.
14. World Health Organization & International Union against Tuberculosis and Lung Diseases. Monograph on TB and tobacco control: joining efforts to control two related global epidemics. Geneva, 2007. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596220_eng.pdf.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Annual Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Productivity Losses – United States, 2000-2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2008. 57(45):126-8.
16. Mokdad AH, Marks JS, Stroup DF, Gerberding JL. Actual Causes of Death in the

- United States. JAMA. 2004. 291(10):1238-45.
17. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention (US); 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/>
 18. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>
 19. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun V, Anderson RN, McAfee T, Peto R. 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. N Engl J Med. 2013. 368:341-50.
 20. Ezzati M, Lopez AD. Measuring the accumulated hazards of smoking: global and regional estimates for 2000. Tob Control. 2003. 12(1):79-85.
 21. Cnattingius S. The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. Nicotine Tob Res. 2004. 6 (2):S125-40.
 22. WHO Media Centre: Tobacco. Fact sheet N°339. Updated July 2013. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>.
 23. Brasil, Ministério da Saúde, INCA. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002-2003. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/inquerito/docs/tab.pdf>.
 24. Malta DM, Moura EC, Silva SA, Oliveira PPV, Costa e Silva VLC. Prevalence of smoking among adults residing in the Federal District of Brasília and in the state

- capitals of Brazil, 2008. *J Bras Pneumol.* 2010. 36(1):75-83.
25. Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico 2015. Ministério da Saúde. Brasil. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2015.pdf.
 26. Brasil, Ministério da Saúde, INCA. Situação do Câncer no Brasil: Causalidade – Tabagismo. Disponível em: http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/causalidade_tabagismo.pdf.
 27. USA, Washington DC, The World Bank. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. 1999. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/en/914041468176678949/Curbing-the-epidemic-governments-and-the-economics-of-tobacco-control>.
 28. Pinto M, Rivier A, Bardach A. Estimativa da Carga do Tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Caderno de Saúde Pública.* 2015. 31(6):1286-97.
 29. Spink MJP, Lisboa, MS, Ribeiro FRG. The social construction of smoking as a public health problem: a merging of political interests and scientific legitimation processes. *Interface - Comunic Saúde Educ.* 2009. 13(29):353-65.
 30. Meirelles RHS. A ratificação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco pelo Brasil: uma questão de saúde pública. *J Bras Pneumol.* 2006; 32(1):ii-iii.
 31. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf>
 32. Comissão Nacional para Implementação da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco – CONICQ. Disponível em: http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/conicq.

33. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette smoking among adults-United States, 2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2007. 56(44):1157-61.
34. U.S. Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office of Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416; 1990. DHHS Publication No. (CDC) 90-8416.
35. McBride C, Emmons K, Lipkus I. Understanding the potential of teachable moments: The case of smoking cessation. *Health Educ Res.* 2003. 18(2):156-70.
36. Orleans CT, Kristeller JL, Gritz ER. Helping hospitalized smokers quit: New directions for treatment and research. *J Consult Clin Psychol.* 1993. 61(5):778-89.
37. 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.
38. Molyneux A, Lewis S, Leivers U, Anderton A, Antoniak M, Brackenridge A, et al. Clinical trial comparing nicotine replacement therapy (NRT) plus brief counselling, brief counselling alone, and minimal intervention on smoking cessation in hospital inpatients. *Thorax.* 2003. 58(6):484-8.
39. Simon JA, Carmody TP, Hudes ES, Snyder E, Murray J. Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: a randomized trial. *Am J Med.* 2003. 114(7):555-62.
40. Rigotti NA, Arnsten JH, McKool KM, Wood-Reid KM, Pasternak RC, Singer DE. Smoking by patients in a smoke-free hospital: prevalence, predictors, and implications. *Prev Med.* 2000. 31(2):159-66.

41. Oliveira MV, Oliveira TR, Pereira CA, Bonfim AV, Leitão Filho FS, Voss LR. Smoking among hospitalized patients in a general hospital. *J Bras Pneumol*. 2008. 34(11):936-41.
42. Barreto RB, Pincelli MP, Steinwandter R, Pacheco Silva A et al. 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.
43. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>.
44. Taggar JS, Coleman T, Sarah Lewis S, Szatkowski L. The impact of the Quality and Outcomes Framework (QOF) on the recording of smoking targets in primary care medical records: cross-sectional analyses from The Health Improvement Network (THIN) database. *BMC Public Health*. 2012. 12:329. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/329>.
45. Wiley LK, Shah A, Xu H, Bush WS. ICD-9 tobacco use codes are effective identifiers of smoking status. *J Am Med Inform Assoc*. 2013. 20:652-8.
46. Coleman T, Wilson A, Barrett S, Wynne A, Lewis S. Distributing questionnaires about smoking to patients: impact on general practitioners' recording of smoking advice. *BMC Health Services Research* 2007, 7:153. doi:10.1186/1472-6963-7-153. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/153>.
47. Joint Comission International. Disponível em: <http://pt.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>.
48. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. May 2008.

49. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers - a systematic review. *Arch Intern Med.* 2008. 168(18):1950-60.
50. Murray RL, Leonardi-Bee J, Marsh J, Jayes L, Li J, Parrott S, Britton J. Systematic identification and treatment of smokers by hospital based cessation practitioners in a secondary care setting: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2013. 347:f4004. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f4004>.
51. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 May 16;5:CD001837. doi: 10.1002/14651858.CD001837.pub3.
52. Schultz ASH, Finegan B, Nykiforuk CI, Kvern MA. A qualitative investigation of smoke-free policies on hospital property. *CMAJ.* 2011. 183(18):E1334-E1344.
53. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav.* 1982. 7(2):133-42.
54. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978. 3(3-4):235-41.
55. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1983. 67(6):361-70.
56. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JR C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pub.* 1995. 29(5):355-63.
57. Leitch DN, Harkawat R, Askew J, Masel P, Hendri DJ. Relation of expired carbon monoxide to smoking history, lapsed time, TLCO measurement and passive smoking. *Respir Med.* 2005. 99(1):32-8.

7 ARTIGO CIENTÍFICO

PREVALÊNCIA, ABORDAGEM E REGISTRO DO TABAGISMO EM PACIENTES INTERNADOS

Autores: Ghisi CU^{1,2}, Knorst MM^{1,2}.

¹ Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

³ Serviço de Pneumologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Autor para correspondência:

Caroline Uber Ghisi

Rua Engenheiro Paul Werner, 1141 – Itoupava Seca – Blumenau – SC

CEP 89030-101, Brasil

E-mail: caroline.ghisi@gmail.com

RESUMO

Introdução: A internação hospitalar pode ser um bom momento para parar de fumar. O paciente encontra-se em situação de vulnerabilidade por doença, onde experimenta um ambiente livre de cigarro, podendo tornar-se receptivo a intervenções para cessação.

Objetivos: Determinar a prevalência de tabagismo em pacientes hospitalizados, o perfil e o conhecimento destes tabagistas sobre as doenças tabaco-relacionadas, assim como avaliar a prática assistencial relacionada ao tabagismo na internação hospitalar.

Métodos: Estudo descritivo transversal contemporâneo, baseado em entrevistas com adultos internados em um hospital universitário de nível terciário, realizadas em três dias consecutivos em novembro de 2015. Foi utilizado um questionário estruturado, medida de monóxido de carbono no ar expirado e posterior revisão do prontuário para verificação do registro das práticas assistenciais relacionadas ao tabagismo.

Resultados: Foram entrevistados 300 pacientes. Destes, 129 (43%) eram não tabagistas, 125 (41,6%) eram ex-tabagistas, 46 (15,3%) eram tabagistas, com carga tabágica média de $42,7 \pm 28,3$ maços-ano, e 86 (27,7%) relataram exposição passiva à fumaça do cigarro. Dos tabagistas ativos, 87% relataram desejo de parar de fumar e 52,2% referiram não ter recebido qualquer tipo de orientação em relação à cessação do tabagismo. Embora 91,3% estivessem internados em decorrência de alguma doença tabaco-relacionada, apenas 56,2% relataram acreditar que sua doença era, de fato, decorrente do tabaco. O monóxido de carbono no ar exalado, medido em 212 pacientes, mostrou níveis ≥ 10 ppm em 4 (1 relatou ser tabagista ativo e 3 ex-tabagistas). A revisão dos prontuários de todos os pacientes mostrou que 46 (15,3%) não tinham nenhum registro relacionado a tabagismo e em 36 (12%) os registros discordavam das informações obtidas nas entrevistas. Registro de exposição passiva à fumaça do cigarro foi encontrado em um prontuário. Tabagismo com seu respectivo código (CID-10) constava em três (1%) prontuários e um plano para continuidade do tratamento do tabagismo após a alta hospitalar estava descrito em dois (0,6%).

Conclusão: Cerca de 15,3% dos pacientes internados eram tabagistas e a maioria estava motivada e aceitaria ajuda para parar de fumar; os conhecimentos sobre doenças tabaco-relacionadas são limitados entre os tabagistas. A revisão de prontuários mostrou que o tabagismo é subdiagnosticado, subregistrado e subtratado durante a internação hospitalar.

Palavras-chave: tabagismo/epidemiologia, pacientes internados, cessação tabágica.

ABSTRACT

Introduction: Hospitalization can be a good moment to quit smoking. The patient is in a situation of illness vulnerability and experiences a cigarette-free environment, being able to become receptive to interventions for smoking cessation.

Objectives: To determine the prevalence of smoking in hospitalized patients, the smokers' profile and their knowledge about tobacco-related diseases, as well as evaluate the smoking-related care practice during hospitalization.

Methods: Contemporary descriptive cross-sectional study, based on interviews with adults admitted to a tertiary-level university hospital, conducted on three consecutive days in November 2015. A structured questionnaire was used, carbon monoxide in the exhaled air was measured and subsequent revision of the chart was done to verify the registration of smoking-related health care practices.

Results: 300 patients were interviewed. Of these, 129 (43%) were non-smokers, 125 (41.6%) were former smokers, 46 (15.3%) were current smokers, with a mean smoking history of 42.7 ± 28.3 pack-years, and 86 (27.7%) reported passive exposure to cigarette smoke. Among current smokers, 87% reported a desire to quit smoking and 52.2% said that didn't receive any kind of orientation about smoking cessation. Although 91.3% were hospitalized in consequence of some tobacco-related illness, only 56.2% reported believe that their disease was actually due to tobacco. Carbon monoxide in the exhaled air, measured in 212 patients, showed levels ≥ 10 ppm in 4 (1 reported being current smoker and 3 ex-smokers). The review of the medical charts of all patients showed that 46 (15.3%) haven't had any smoking-related register and in 36 (12%) the records disagreed with the information obtained in the interviews. Registration of passive exposure to cigarette smoke was found in only one medical chart. Smoking with its respective code (ICD-10) was included in three (1%) medical charts and a plan to maintain the smoking treatment after hospital discharge was described in two (0,6%).

Conclusion: About 15.3% of inpatients were current smokers and most of them were motivated and would accept help to quit; knowledge about tobacco-related diseases is limited among smokers. The medical charts review showed that smoking is underdiagnosed, underrecognized and subtreated during hospitalization.

Keywords: smoking / epidemiology, hospitalized patients, smoking cessation

Introdução

Considerado hoje uma pandemia, o tabagismo é responsável por uma mortalidade anual de, aproximadamente, 5 milhões de pessoas no mundo¹ e é considerado a principal causa de morte evitável no mundo². No Brasil, estima-se que 200 mil pessoas morram anualmente em decorrência do tabagismo³ e as doenças tabaco associadas representem uma das principais causas de internação hospitalar⁴, gerando altos custos para o sistema de saúde⁵⁻⁶. Diante deste panorama, implementar ações de incentivo à cessação tabágica tem impacto direto na redução de morbidade e mortalidade relacionadas ao ato de fumar⁴, além de representarem uma intervenção extremamente custo-efetiva⁷.

Atualmente, poucos são os hospitais que apresentam programas de abordagem ao tabagismo para o paciente hospitalizado⁸; todavia, a internação representa um momento oportuno e único para a cessação tabágica⁹. Como os hospitais restringem o ato de fumar em suas dependências⁸, durante a internação o paciente tabagista, que se encontra em situação de vulnerabilidade por doença⁷, experimenta um ambiente livre de cigarro, podendo tornar-se mais receptivo às mensagens de incentivo e ao suporte da equipe de saúde para as intervenções necessárias à cessação tabágica¹⁰⁻¹¹.

Além disto, em muitas situações a causa da internação é uma doença tabaco relacionada (DTR), o que pode ser um fator adicional para a cessação do tabagismo,¹² uma vez que a doença em si, assim como a sua repercussão em longo prazo na qualidade de vida e na sobrevivência, são argumentos fortes para motivar o paciente a parar de fumar. Sendo assim, é de fundamental importância conhecer a prevalência do tabagismo entre os pacientes internados. É também necessário compreender as experiências passadas e avaliar as preferências atuais destes pacientes para a cessação, assim como conhecer as práticas assistenciais relacionadas ao tabagismo, a fim de traçarmos medidas e planos de ação para abordar o tabagismo durante a internação e continuá-los após a alta, reduzindo assim a morbimortalidade atribuída ao consumo do tabaco, promovendo melhora na saúde e qualidade

de vida de nossos pacientes.

Este estudo pretende traçar o perfil e acessar os conhecimentos de pacientes tabagistas adultos internados, assim como avaliar as práticas assistenciais relacionadas ao tabagismo num hospital universitário de nível terciário.

Material e Métodos

Estudo descritivo transversal contemporâneo, baseado em entrevista realizada face a face com o paciente, usando um questionário estruturado, medida de monóxido de carbono no ar expirado e revisão do prontuário para identificação do registro das práticas assistenciais relacionadas ao tabagismo. O estudo foi aprovado pela Comissão institucional de Ética em Pesquisa e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da inclusão no estudo.

Pacientes

Foram entrevistados 300 pacientes adultos com mais de 18 anos hospitalizados em enfermarias clínicas e cirúrgicas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) que concordaram em participar da entrevista e responder os questionários, em novembro de 2015. As entrevistas foram realizadas em três dias consecutivos para incluir todos os pacientes e evitar perdas e duplicidade de inclusão.

Foram excluídos pacientes em internação psiquiátrica, neutropênicos febris, internados no serviço de emergência ou no centro de tratamento intensivo e na unidade obstétrica. Foram excluídos da mensuração de monóxido de carbono exalado os pacientes em isolamento respiratório ou de contato. Também foram excluídos do estudo pacientes com alterações cognitivas ou do sensorio que prejudicassem a coleta de informações, pacientes traqueostomizados (que não conseguissem falar), com disartria ou com surdez. Os pacientes que realizaram a entrevista, porém se negaram ou estavam impossibilitados de medir o

monóxido de carbono no ar exalado, foram incluídos no estudo.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada de forma prospectiva, em entrevista e através de formulário estruturado preenchido pelos pesquisadores. Informações referentes à abordagem do tabagismo foram coletadas com o paciente no mínimo 72 horas após internação em andar clínico ou cirúrgico. Para pacientes com menor tempo de internação, a entrevista foi postergada para completar o tempo mínimo de 72 horas de internação. Pacientes que negavam terem sido perguntados sobre tabagismo pela equipe de saúde no momento da entrevista foram contatados após a alta por telefone para atualização de informações. A revisão do prontuário foi realizada após a alta hospitalar para identificar o registro das práticas assistenciais relacionadas ao tabagismo.

Variáveis e Definições

Através de entrevista foram obtidas as seguintes informações: características pessoais (sexo, idade, escolaridade, procedência, se tem assistência na unidade básica de saúde (UBS), se sabem se há assistência para abordar tabagismo na UBS), causa da internação e presença de doenças tabaco-associadas, informações sobre o hábito tabágico (história de tabagismo atual ou prévio, tempo de tabagismo, tipo e número de cigarros fumados por dia, índice tabágico, mudança no consumo, consumo atual, convívio com fumantes, exposição passiva, tentativas prévias para parar de fumar e conhecimento e/ou uso do cigarro eletrônico). Perguntou-se a todos os pacientes sobre exposição passiva à fumaça do cigarro.

Os entrevistados que eram tabagistas ativos (que fumaram no mínimo um cigarro no último mês) foram questionados sobre: disposição e/ou vontade de parar de fumar (sim ou não); intensidade dos sintomas de abstinência à nicotina e de fissura e motivação para parar de fumar durante a internação (escala numérica de 0 a 10, sendo zero - ausente e 10 - máxima

intensidade); os motivos para continuar fumando ou para cessar o tabagismo e a fase em que se encontram no processo de cessação (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção ou recaída)¹³. O grau de dependência à nicotina foi determinado através da Escala de Fagerström.¹⁴

Os tabagistas ativos também foram perguntados se estes conheciam alguma doença tabaco-relacionada (DTR), se relacionavam a sua doença e/ou causa de internação à uma DTR e se receberam orientações da equipe de saúde sobre a cessação tabágica. Sintomas de ansiedade e depressão foram detectados através da Escala Hospitalar para Ansiedade e Depressão (HAD).¹⁵⁻¹⁶ A escala HAD possui 14 itens, sendo sete para ansiedade e sete para depressão e apresenta como ponto de corte 8 para ansiedade e 9 para depressão.¹⁷

Na revisão do prontuário foram coletados dados de doenças tabaco-associadas e do registro do tabagismo (descrito na anamnese, evolução hospitalar, lista de problemas, nota de alta ou na lista de diagnósticos utilizando o código da Classificação Internacional de Doenças) e dos cuidados dispensados ao paciente (aconselhamento, orientações, abordagem, uso de medicação para controle dos sintomas de abstinência à nicotina e de encaminhamento para continuidade do tratamento).

Avaliação do monóxido de carbono no ar exalado

A concentração de monóxido de carbono no ar exalado foi determinada através do Micro⁺SmokerlyserTM (Bedfont Instruments; Kent, UK). O SmokerlyserTM mede o monóxido de carbono no ar exalado em partes por milhão (ppm) em uma concentração que varia entre 0 e 250 ppm, com uma acurácia de 2 ppm ou $\pm 2\%$. Para padronizar a técnica de exalação, os pacientes foram orientados a exalar completamente, inalar o ar até a capacidade pulmonar total e segurar a inspiração por 15 segundos antes de exalar lentamente e completamente no bocal descartável do Micro⁺Smokerlyser. Um ponto de corte de 10 ppm no monóxido de carbono no ar exalado foi utilizado para separar fumantes ativos de não fumantes.¹⁸

Processamento de Dados e Análise Estatística

Os dados foram analisados com o pacote estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 18. Os dados qualitativos foram descritos através de frequência absoluta e relativa e os dados quantitativos foram apresentados como média±desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil. Resultados dos diferentes grupos foram comparados utilizando os testes de análise de variância, qui-quadrado ou teste de Kruskal-Wallis. A associação entre sintomas de ansiedade e depressão, número de cigarros fumados ao dia e intensidade dos sintomas de abstinência à nicotina foi analisada através do teste de correlação de Spearman. Um valor de p de 0,05 foi considerado como estatisticamente significativo.

Cálculo do Tamanho Amostral

Com base em estudo prévio realizado com pacientes internados que encontrou uma prevalência de tabagismo de 18,7%⁸, considerando uma amplitude total do intervalo de confiança de 0,10 e um nível de confiança de 95% o número estimado de pacientes é de 246. Estimando-se uma perda de 20% o número total de pacientes a ser incluído é de 296 pacientes.

Resultados

As características dos 300 pacientes de acordo com sua situação tabágica estão descritas na Tabela 1. A maioria dos pacientes era procedente de Porto Alegre ou região metropolitana, 46 (15,3%) eram tabagistas ativos e 86 (27,7%) relataram exposição passiva à fumaça do cigarro. Assistência na UBS foi referida por 70,7% dos pacientes, mas apenas 36,8% dos casos sabiam que na sua UBS havia auxílio para parar de fumar. Não houve diferença nos níveis de ansiedade e depressão entre não tabagistas, ex-tabagistas e tabagistas ($p>0,05$). O monóxido de carbono no ar exalado foi medido em 212 pacientes (32 tabagistas ativos) e mostrou níveis ≥ 10 em 4 pacientes, sendo um tabagista e três que declararam ser

ex-tabagistas. Um tabagista, com níveis normais de monóxido de carbono, admitiu ter fumado durante a internação.

Os pacientes foram questionados sobre as ações da equipe de saúde relacionadas ao tabagismo durante a hospitalização. Duzentos e vinte e seis pacientes (75,3%) relataram terem sido questionados sobre a sua situação tabágica e 217 (72,3%) sabiam quem havia perguntado: médicos em 61,7%, enfermeiros em 68,7%, nutricionistas em 10,7%, fisioterapeutas em 7,7% e estudantes em 14%. Ainda, 47 pacientes (15,7%) relataram terem sido questionados sobre a exposição passiva à fumaça de cigarro.

Dados relacionados com a história tabágica dos 46 tabagistas estão descritos na Tabela 2. Os pacientes fumaram em média um maço por dia por tempo prolongado. A motivação para parar de fumar na internação atual era elevada. Dezesesseis tabagistas referiram apresentar fissura, que foi > que 5 em 10 pacientes. Quatorze pacientes referiram sintomas de abstinência à nicotina durante a internação, que foi > 5 em 9. Quatro pacientes se encontravam na fase de pré-contemplação. Dos tabagistas ativos, 87% relataram na entrevista desejo de parar de fumar (Figura 1). Dos tabagistas, 15,2% dos tabagistas referiram que não foi perguntado se fumavam e 52,2% que não foi perguntado se queriam parar de fumar. A cessação do tabagismo foi recomendada pelo médico em 39,1% dos casos (Tabela 3).

Quando questionados sobre sua percepção em relação às doenças tabaco-relacionadas (DTR), 84,8% dos tabagistas ativos afirmaram acreditar que o cigarro pode causar doença. Embora 91,3% estivessem internados em decorrência de alguma doença tabaco-relacionada, apenas 56,2% relataram acreditar que sua doença era, de fato, tabaco-relacionada (Tabela 4).

Os dados referentes ao registro da situação tabágica no prontuário de todos os pacientes estudados são mostrados na Tabela 5. Em 45 prontuários (15%) não havia qualquer registro e em 36 (12%) os registros discordavam das informações obtidas nas entrevistas. O *status* tabágico foi citado na anamnese em 232 casos (77,3%), na evolução hospitalar em 110 (36,7%), na lista de problemas em 69 (23%) prontuários e na nota de alta em 63 prontuários

(21%). Somente em 3 prontuários (1%) o CID do tabagismo constava na lista de diagnósticos. Exposição passiva à fumaça do cigarro estava registrada em apenas um prontuário. Plano para o seguimento do tabagismo após a alta hospitalar foi encontrado em 2 prontuários. O registro foi feito por médico em 121 casos (40,3%) e por enfermeira em 211 casos (70,3%). Seis pacientes (13% dos tabagistas) receberam adesivo de nicotina para controle dos sintomas de abstinência durante a internação.

Discussão

Nosso estudo, realizado em hospital universitário de nível terciário, demonstra que o tabagismo é subdiagnosticado, subregistrado e subtratado. A maioria dos tabagistas está motivada para parar de fumar, mas seu conhecimento sobre as DTR é parcial. A prevalência de tabagismo entre os pacientes internados foi de 15,3%, que foi semelhante à prevalência de 14,9% observada em Porto Alegre e superior à prevalência média brasileira de 11,4% em 2015.¹⁹

A internação é considerada um bom momento para intervenções que visem à cessação do tabagismo,²⁰ uma vez que o paciente está afastado do seu ambiente natural e dos gatilhos que o estimulam a fumar.²¹ Além disto, muitas vezes a causa da internação é uma doença tabaco-associada, o que pode ser um fator adicional para a cessação do tabagismo, uma vez que a doença em si, assim como a sua repercussão em longo prazo na qualidade de vida e na sobrevida, são argumentos fortes para motivar o paciente a parar de fumar. Esses fatores tornam a internação hospitalar um momento extremamente oportuno para a abordagem à cessação tabágica, devendo ser aproveitado por hospitais e instituições de saúde.²²

Existem poucos estudos nacionais sobre tratamento do tabagismo intra-hospitalar e seu manejo.⁸ Embora no presente estudo a maioria dos pacientes relatou desejo e motivação para parar de fumar na entrevista, 15,2% referiram não ter sido perguntados se fumavam e cerca da metade relataram não ter recebido qualquer tipo de orientação em relação à cessação

do tabagismo pela equipe de saúde durante a internação. Certamente este grupo se beneficiaria de uma abordagem mais direcionada por parte da Equipe de Saúde. A abstinência tabágica intra-hospitalar é subvalorizada e não é tratada pela maioria dos médicos.⁸

É recomendado pelo Instituto Nacional do Câncer/Ministério da Saúde (INCA / MS) e pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) que, já na admissão hospitalar, sejam identificados e registrados em prontuário os pacientes tabagistas ativos, devendo-se caracterizar o padrão de consumo tabágico, iniciar a abordagem cognitivo-comportamental e o tratamento medicamentoso, se indicado, com os encaminhamentos necessários para o seguimento e manutenção da abstinência após a alta.^{23,24} No presente estudo, detectamos prontuários sem qualquer registro da situação tabágica do paciente e em 12% os registros discordavam das informações obtidas nas entrevistas. O CID de tabagismo estava registrado em 3 prontuários e a exposição passiva à fumaça do cigarro tinha apenas um registro. Estes dados sugerem que o tabagismo ainda é negligenciado como doença pela equipe de saúde.

Os programas de orientação aos pacientes tabagistas internados apresentam boa relação custo-efetividade²⁵, desde que coordenados por equipe especializada e realizadas as recomendações pertinentes aos pacientes referente ao seguimento pós-alta na atenção primária. Na amostra estudada, apesar da maioria dos entrevistados ter referido haver assistência médica na Unidade Básica de Saúde (UBS), somente cerca de um terço relataram conhecer algum tipo de assistência específica para cessação do tabagismo na UBS. Uma revisão sistemática que avaliou o impacto de intervenções para cessação do tabagismo durante a internação hospitalar concluiu que os melhores resultados são obtidos com abordagem intensiva, acompanhada de reposição de nicotina para controle dos sintomas de abstinência e acompanhamento após alta hospitalar.²⁶ Urge, portanto, a necessidade do desenvolvimento de um programa específico de suporte ao paciente tabagista internado em nossa instituição hospitalar, além do aprimoramento e organização de uma rede de referenciamento às UBS

apropriadas a cada paciente.

Na nossa série, cerca de 2% dos pacientes nos quais foi medido o monóxido de carbono no ar exalado apresentaram resultados sugestivos de tabagismo ativo durante a internação hospitalar. Estes dados sugerem que, apesar da proibição do fumo ser regra bastante respeitada no ambiente hospitalar, ela por si só é insuficiente. As evidências disponíveis sugerem que a simples proibição, embora essencial, não garante a cessação tabágica nem durante a internação hospitalar, nem após a alta, sendo necessárias medidas de suporte e apoio ao paciente em curto, médio e longo prazo.²⁷

Durante a internação, o paciente tabagista, que se encontra em situação de vulnerabilidade por doença⁷, experimenta um ambiente livre de cigarro, podendo tornar-se receptivo às mensagens de incentivo e ao suporte das equipes de saúde para as intervenções necessárias à cessação tabágica.²⁸⁻²⁹ É de primordial importância a elaboração de programa específico para este fim em nossa Instituição, promovendo treinamento da Equipe de Saúde, aconselhamento multidisciplinar junto ao paciente tabagista e abordagem cognitivo-comportamental. O tratamento medicamentoso, se indicado, também deve ser prontamente iniciado, minorando os efeitos de dependência à nicotina. A presença de sintomas depressivos ou de ansiedade também devem ser considerados na abordagem.

Outro fator de relevância ímpar, crucial para o sucesso da cessação tabágica, é o conhecimento da população geral acerca das DTR. Embora a maioria dos tabagistas ativos afirmaram acreditar que o cigarro pode causar doença e estavam internados em decorrência de alguma DTR, apenas cerca de metade dos pacientes acreditavam que sua doença era, de fato, tabaco-relacionada. Este achado corrobora o que dados da literatura internacional já demonstraram: ainda é falho o conhecimento da população geral em relação ao tabagismo e suas consequências.³⁰⁻³³ As propagandas na mídia e as mensagens veiculadas nos maços de cigarros são estratégias ainda insuficientes no intuito de aprimorar a educação do público leigo em relação às DTR; boa parte da população considera como associadas ao fumo apenas

doenças como o câncer de pulmão e a doença coronariana,^{30,32,33} e desconhecem a existência de outras quase 50 DTR já relatadas.³ Consensos nacionais e internacionais mostram que a exposição passiva ao tabaco causa as mesmas doenças que o tabagismo ativo, porém este fato não costuma ser reconhecido pela população, sendo subestimado.^{1,34} No presente estudo, cerca de um terço dos entrevistados relataram exposição passiva à fumaça do cigarro e também se beneficiariam de abordagem específica por equipe de saúde treinada.

Alguns pontos positivos de nosso estudo tem que ser listados. Um dos pontos é que foi realizada simultaneamente a pesquisa da percepção dos pacientes sobre as práticas assistenciais relacionadas ao tabagismo e a revisão dos prontuários para documentar o registro destas práticas. Ainda, os níveis de monóxido de carbono no ar exalado foram medidos para verificar se os pacientes não estavam fumando durante a internação. Nosso estudo tem algumas limitações. Primeiro, trata-se de um estudo transversal, realizado em apenas um momento, de modo que os dados podem não refletir a prevalência e prática assistencial longitudinal na instituição. Segundo, considerando que a coleta de dados foi baseada num questionário estruturado, cujas respostas dependiam totalmente da perspectiva do paciente, os dados podem ter sido falseados pelo chamado efeito *Hawthorne*, em que o sujeito questionado responde de acordo com aquilo que ele intui que o pesquisador gostaria de ouvir.

Em conclusão, o presente estudo mostrou uma prevalência de tabagismo de 15,3% e que a maioria dos tabagistas está motivada e aceitaria ajuda para parar de fumar. Embora a internação hospitalar seja uma oportunidade para a abordagem do tabagismo, nossos dados mostram que o tabagismo é subdiagnosticado pelas equipes de saúde e a abordagem e o tratamento são negligenciados para uma parcela dos pacientes.

Referências Bibliográficas

1. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes para a cessação do tabagismo. J Bras Pneumol. 2004. 30(2):S1-S76.
2. Geneva, World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009 - Implementing smoke-free environments. [Adobe Acrobat document, 568p.]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf.
3. Brasil, Ministério da Saúde, INCA. Programa nacional de controle do tabagismo - Doenças associadas ao uso dos derivados do tabaco. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=atento&link=doencas.htm>.
4. Tanni SE, Iritsu NI, Tani M, Camargo PA, Sampaio MG, Godoy I, et al. Avaliação do conhecimento sobre tabagismo em pacientes internados. J Bras Pneumol. 2010. 36(2):218-23.
5. Brasil, Ministério da Saúde, INCA. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home/dados_numeros/custos.
6. Pinto M, Riviere A. Custo do Tabagismo para o Brasil, ACTbr. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/741_custos_final.pdf.
7. Ong KC, Cheong GN, Prabhakaran L, Earnest A. Predictors of success in smoking cessation among hospitalized patients. Respirology. 2005. 10(1):63-9.
8. Ferreira ÂS, Campos AC, dos Santos IP, Beserra MR, Silva EN, Fonseca VA. Tabagismo em pacientes internados em um hospital universitário. J Bras Pneumol. 2011. 37(4):488-94

9. Rigotti NA, Stoney CM. CHARTing the Future Course of Tobacco-Cessation Interventions for Hospitalized Smokers. *Am J Prev Med.* 2016. 51(4):549-50. doi: 10.1016/j.amepre.2016.07.012.
10. Thomas D, Abramson MJ, Bonevski B, Taylor S, Poole SG, Weeks GR, Dooley MJ, George J. Quitting experiences and preferences for a future quit attempt: a study among inpatient smokers. *BMJ Open.* 2015.5(4):e006959. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006959.
11. Regan S, Viana JC, Reyen M, Rigotti NA. Prevalence and predictors of smoking by inpatients during a hospital stay. *Arch Intern Med.* 2012. 172(21):1670-4.
12. McBride C, Emmons K, Lipkus I. Understanding the potential of teachable moments: The case of smoking cessation. *Health Educ Res.* 2003. 18(2):156-70.
13. DiClemente CC, Prochaska JO. Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addict Behav.* 1982; 7:133-42.
14. Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978;3(3-4):235-41.
15. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1983; 67:361-70.
16. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JR C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pub* 1995; 29(5):355-63.
17. Botega NJ, Ponde MP, Medeiros P, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro CAM Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epilépticos ambulatoriais. *J Bras Psiq.* 1998;47(6):285-9.

18. Leitch DN, Harkawat R, Askew J, Masel P, Hendri DJ. Relation of expired carbon monoxide to smoking history, lapsed time, TLCO measurement and passive smoking. *Respir Med* 2005; 99:32-38.
19. Vigitel - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico 2015. Ministério da Saúde. Brasil. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2015.pdf.
20. McBride C, Emmons K, Lipkus I. Understanding the potential of teachable moments: The case of smoking cessation. *Health Educ Res.* 2003;18(2):156-70.
21. Orleans CT, Kristeller JL, Gritz ER. Helping hospitalized smokers quit: New directions for treatment and research. *J Consult Clin Psychol.*1993;61(5):778-89.
22. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1):CD001188. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(1):CD001188.
23. Pereira LF. Abordagem de grupos especiais: pacientes hospitalizados. *J Bras Pneumol.* 2004;30(2):62-4.
24. Ministério da Saúde do Brasil; Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Abordagem e tratamento do fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
25. Meenan RT, Stevens VJ, Hornbrook MC, La Chance PA, Glasgow RE, Hollis JF, et al. Cost-effectiveness of a hospital-based smoking cessation intervention. *Med Care.* 1998;36(5):670-8.
26. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 May 16;5:CD001837. doi: 10.1002/14651858.CD001837.pub3.

27. Schultz ASH, Finegan B, Nykiforuk CI, Kvern MA. A qualitative investigation of smoke-free policies on hospital property. *CMAJ*. 2011; 183(18):E1334-E1344.
28. Thomas D, Abramson MJ, Bonevski B, Taylor S, Poole SG, Weeks GR, Dooley MJ, George J. Quitting experiences and preferences for a future quit attempt: a study among inpatient smokers. *BMJ Open*. 2015 Apr 17;5(4):e006959. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006959.
29. Regan S, Viana JC, Reyen M, Rigotti NA. Prevalence and predictors of smoking by inpatients during a hospital stay. *Arch Intern Med*. 2012 Nov 26;172(21):1670-4.
30. Hay JL, Ostroff JS, Cruz GD, LeGeros RZ, Kenigsberg H, Franklin DM. Oral cancer risk perception among participants in an oral cancer screening program. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2002;11(2):155-8.
31. Finney Rutten LJ, Augustson EM, Moser RP, Beckjord EB, Hesse BW. Smoking knowledge and behavior in the United States: sociodemographic, smoking status, and geographic patterns. *Nicotine Tob Res*. 2008;10(10):1559-70.
32. Sanderson SC, Waller J, Jarvis MJ, Humphries SE, Wardle J. Awareness of lifestyle risk factors for cancer and heart disease among adults in the UK. *Patient Educ Couns*. 2009;74(2):221-7.
33. Peretti-Watel P, Constance J, Guilbert P, Gautier A, Beck F, Moatti JP. Smoking too few cigarettes to be at risk? Smokers' perceptions of risk and risk denial, a French survey. *Tob Control*. 2007;16(5):351-6.
34. U.S. Department of Health and Human Services; Public Health Service; Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 2008.

Tabela 1. Características gerais dos 300 pacientes de acordo com a história tabágica

Variáveis	Total	Não tabagistas	Ex-tabagistas	Tabagistas	P
Pacientes, n (%)	300 (100)	129 (43,0)	125 (41,6)	46 (15,3)	0,0001
Sexo, n (%)					
Feminino	114 (48,0)	77 (59,7)	51 (40,8)	16 (34,8)	0,02
Masculino	156 (52,0)	52 (40,3)	74 (59,2)	30 (65,2)	
Idade, anos	57,3 ± 14,9	53,8 ± 17,3	61,5 ± 10,6	56,5 ± 14,7	0,0001
Escolaridade, n (%)					
Analfabeto	12 (4,0)	3 (2,3)	7 (5,6)	2 (4,3)	0,36
Primeiro grau*	181 (60,3)	72 (55,8)	82 (65,6)	17 (58,7)	
Segundo grau*	62 (20,7)	30 (23,3)	23(18,4)	9 (19,5)	
Terceiro grau*	45 (15,0)	24 (18,6)	13 (10,4)	8 (15,4)	
Ocupação, n (%)					
Aposentado	133 (44,3)	49 (38,0)	65 (52,0)	19 (41,3)	0,12
Afastado	38 (12,7)	19 (14,7)	15 (12,0)	4 (8,7)	
Desempregado	18 (6)	9 (7,0)	5 (4,0)	4 (8,7)	
Autônomo / empregado	83 (27,7)	36 (27,9)	29 (23,2)	18 (39,1)	
Do lar	25 (8,3)	13 (10,1)	11 (8,8)	1 (2,2)	
Estudante	32 (1,0)	3 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Procedência, n (%)					
Porto Alegre	135 (45,0)	57 (44,2)	58 (46,4)	20 (43,5)	0,99
Região Metropolitana	94 (31,3)	39 (30,2)	39 (31,2)	16 (34,8)	
Interior / outro Estado	71 (23,7)	33 (25,6)	28 (22,4)	10 (21,7)	
Convive com fumantes	144 (48,0)	60 (46,5)	54 (43,2)	30(65,2)	0,04
Exposição passiva à fumaça do cigarro, n (%)	86 (27,7)	29 (22,5)	34 (27,2)	23 (50,0)	0,03
Assistência em UBS, n (%)	212 (70,7)	86 (67,7)	92 (73,6)	34 (73,9)	0,42
UBS tem apoio à cessação do tabagismo (n=212), n (%)					
Sim	78 (36,8)	31 (36,0)	33 (35,9)	14 (41,2)	0,90
Não	49 (23,1)	19 (22,1)	21 (22,8)	9 (26,5)	
Não sabe	85 (40,1)	36 (41,9)	39 (41,3)	11 (32,4)	
Unidade de internação					
Clínica	170 (56,7)	74 (57,4)	67 (53,6)	29 (63,0)	0,53
Cirúrgica	130 (43,3)	55 (42,6)	58 (46,4)	17 (37)	
Níveis de ansiedade#	5 [3 – 9]	6 [3 – 9]	6 [3- 9]	5 [2 - 8,3]	0,55
Níveis de depressão#	4 [1 – 7]	4 [1 – 7]	4 [1 - 7,5]	4 [1 – 6]	0,71
Nível do CO no ar expirado (n=212)	4,44 ± 2,53	4,09 ± 1,72	4,65 ± 2,82	4,88 ± 3,55	0,18

Os dados qualitativos são descritos através de frequência absoluta e relativa.

Os dados quantitativos são apresentados como média ± DP ou mediana [intervalo interquartil].

Abreviações: RS: Estado do Rio Grande do Sul UBS: Unidade básica de saúde *: incompleto ou completo

Escala HAD

Tabela 2. História tabágica dos 46 tabagistas

Variáveis	Valores
Tipo de cigarro utilizado, n (%)	
Apenas industrial	41 (89,1)
Industrial e/ou outros (palheiro, cachimbo)	5 (10,9)
Uso de cigarro eletrônico	7 (2,3)
Cigarros fumados por dia, número	21,1 ± 11,9
Tempo médio de tabagismo, anos	40,1 ± 16,2
Índice tabágico, maços-ano	42,7 ± 28,3
Pacientes que já tentaram parar de fumar, n (%)	37 (80,4)
Tentativas prévias para parar de fumar por paciente, número	2 [1-3]
Dificuldade em cessar tabagismo, (0 a 10)	8,9 ± 2,1
Uso de medicação em tentativas prévias (n=37), n (%)	
Nenhuma	21 (45,7)
Adesivo e/ou goma de nicotina	12 (26,1)
Apenas bupropiona	2 (4,4)
Bupropiona e adesivo de nicotina	1 (2,2)
Homeopáticos	1 (2,2)
Convivência com outros fumantes, n (%)	30 (65,2)
Uso concomitante de álcool, n (%)	17 (37)
Uso concomitante de outras drogas, n (%)	4 (8,7)
Internação atual	
Intensidade dos sintomas de abstinência à nicotina (n=14, 0 a 10)	6 [2,8 - 8]
Intensidade da fissura na internação (n=16, 0 a 10)	5 [2,3 - 8,8]
Motivação para parar de fumar (0 a 10)	8,1 ± 3,1
Dependência à nicotina (Teste de Fagerstrom; 0 a 10)	4,6 ± 2,6
Fase no processo de cessação, n (%)	
Pré-contemplação	4 (8,7)
Contemplação	18 (39,1)
Preparação	16 (34,8)
Ação	8 (17,4)
Uso de adesivo de nicotina	6 (13,0)

Os dados qualitativos são descritos através de frequência absoluta e relativa.

Os dados quantitativos são apresentados como média ± desvio padrão ou mediana e [intervalo interquartil]

Abreviações: n: número

Tabela 3. Percepção dos 46 pacientes tabagistas ativos em relação à abordagem da Equipe de Saúde sobre cessação do tabagismo

Variáveis	Número (%)
Não foi abordado o tema cessação	24 (52,2)
Cessação orientada por médicos	18 (39,1)
Cessação orientada por enfermeiros	6 (13,0)
Cessação orientada por técnicos de enfermagem	3 (6,5)
Cessação orientada por nutricionistas	0 (0,0)
Cessação orientada por fisioterapeutas	1 (2,2)
Cessação orientada por estudantes	0 (0,0)

Os dados qualitativos foram descritos através de frequência absoluta e relativa.

Tabela 4. Percepção do grupo de tabagistas ativos em relação às doenças tabaco relacionadas (DTR) e aos fatores importantes para a cessação do tabagismo

Variáveis	Número (%)
Apresentam alguma DTR	42 (91,3)
Acredita que o cigarro causa doença	39 (84,8)
Acreditam que sua doença é uma DTR	26 (56,5)
Doenças que os pacientes classificam como DTR	
Apenas neoplasias (de pulmão ou outras)	14 (30,4)
Doenças pulmonares, cardiovasculares e metabólicas	11 (23,9)
Doenças pulmonares e câncer de pulmão	8 (17,4)
Doenças pulmonares, mas não câncer de pulmão	1 (2,2)
Não soube dizer se o tabagismo causa alguma doença	5 (10,9)
Sabe que existe DTR, mas não soube dizer qual	5 (10,9)
Nenhuma	2 (4,4)
Fator mais importante para a cessação do tabagismo	
Força de vontade e determinação	33 (71,7)
Consciência de que cessação faz bem à saúde	9 (19,6)
Medo de morrer (por DTR vigente)	1 (2,2)
Apoio familiar	1 (2,2)
Não ter maus exemplos (p. ex., pais fumantes)	1 (2,2)
Não soube responder	1 (2,2)

Os dados qualitativos foram descritos através de frequência absoluta e relativa.
 Abreviações: DTR: doenças tabaco-relacionadas

Tabela 5. Problemas relacionados com o registro da situação tabágica no prontuário

Problema	Número de pacientes (n=300)
Sem registro da situação tabágica	45 (15%)
Não tabagistas	27
Ex-tabagistas	15
Tabagistas ativos	4
Classificação discordante da situação tabágica	36 (12%)
Classificação discordante de tabagistas ativos	
Classificados como não tabagistas	4
Classificados como ex-tabagistas	2
Classificação discordante de ex-tabagistas	
Classificados como não tabagistas	20
Classificados como tabagistas ativos	8
Duas informações discordantes no prontuário	2

Os dados qualitativos são descritos através de frequência absoluta e relativa.

Os dados quantitativos são apresentados como média \pm DP ou mediana e [intervalo interquartil]

Abreviações: DP: desvio-padrão

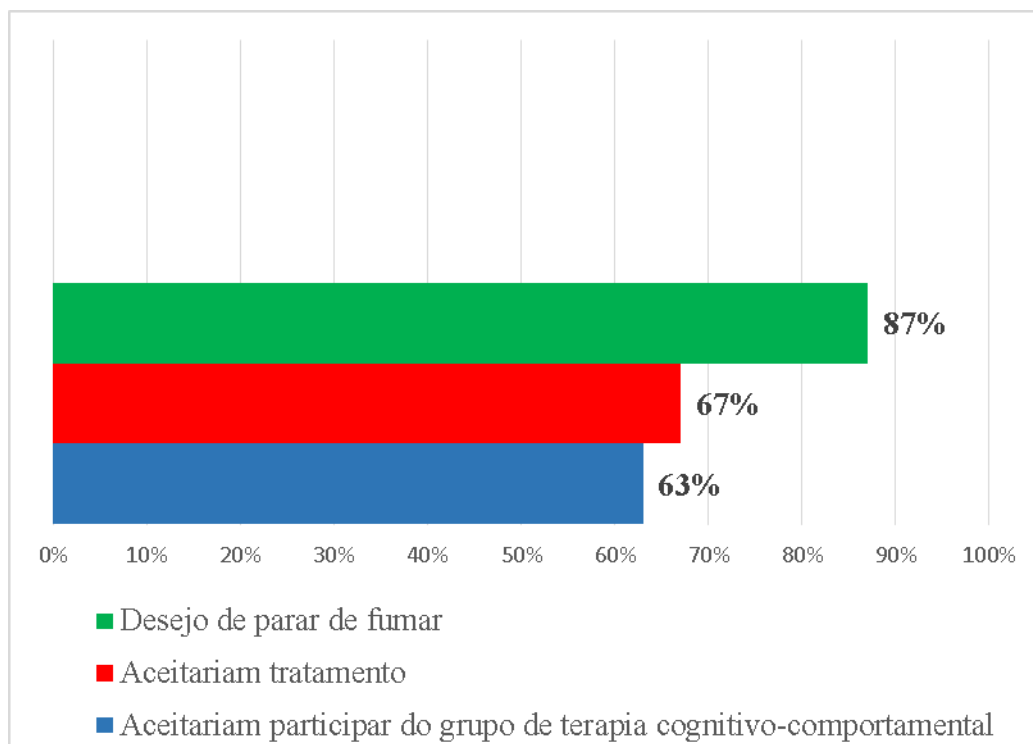


Figura 1. Motivação dos tabagistas ativos para a cessação tabágica

8 CONCLUSÕES

As conclusões de nosso estudo foram as seguintes:

- A prevalência de tabagismo foi de 15,3% entre os pacientes internados;
- A maioria dos tabagistas está motivada, aceitaria ajuda para parar de fumar e cerca de dois terços dos pacientes desconhecem se há auxílio para tratar o tabagismo na sua UBS de referência;
- Apesar de 91,3% dos tabagistas apresentar uma doença tabaco relacionada, somente cerca de metade dos pacientes acredita que a sua doença é decorrente do tabaco;
- As práticas assistenciais evidenciam que o tabagismo ainda é subdiagnosticado, subregistrado e subtratado na internação hospitalar. Plano para a continuidade do tratamento do tabagismo após a alta hospitalar foi encontrado em 4,3% dos prontuários de tabagistas.

9 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Em síntese, o presente estudo revela que o tabagismo é uma questão prevalente na internação hospitalar e subvalorizada pelas equipes de saúde. À semelhança da grande maioria das instituições hospitalares do país, uma abordagem dirigida ao tratamento da dependência à nicotina e à cessação tabágica ainda não faz parte da rotina do HCPA. É exatamente pelo perfil apresentado pelos tabagistas hospitalizados, caracteristicamente com alto grau de dependência, carga tabágica elevada, idade de início do tabagismo na juventude, com grande quantidade de cigarros fumados ao dia e altamente motivado a parar de fumar, que urge a necessidade de instituir-se um amplo e específico programa de suporte a esta população durante a internação. Nele, a abordagem deve ser sistematizada e multidisciplinar, focando na capacitação dos profissionais de saúde cujo contato com os pacientes é intenso, na disponibilização de medicação para tratamento da dependência tabágica e na implementação de estratégias dirigidas. Tal programa deve ser estendido após a alta hospitalar, sendo imprescindível o aprimoramento e organização de uma rede de encaminhamento às UBS apropriadas a cada paciente, visando à manutenção da cessação tabágica em longo prazo.

10 APÊNDICES E ANEXOS

Apêndice 1. Questionário estruturado.

Prevalência, abordagem e registro do tabagismo em pacientes internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre

- 1. Nome:** _____ **Prontuário:** _____ **Leito:** _____
Data Int: ___/___/___ **Data Alta:** ___/___/___ **Tempo Int:** _____ **Unid de Int:** () Cli () Cir () Conv
Tel fixo: _____ **Cel** _____ **Outro contato:** _____
- 2. Sexo:** () Masc () Fem **3. Idade** ____ anos **4. Procedência:** _____
- 5. Assistência na UBS:** () Sim () Não **Qual:** _____
UBS tem abordagem de tabagismo: () Sim () Não () Não sabe
- 6. Instrução:** Anos: ____ () 1º grau incompleto () 2º grau incompleto () 3º grau incompleto
() 1º grau completo () 2º grau completo () 3º grau completo
- 7. Ocupação:** _____
- 8. Fuma atualmente?** () Sim () Não
- a) Fumou cigarro? () Sim () Não **Outro:** _____
- Se nunca fumou: Responder Q8 g, h, i, Q12, Q13, Q15, Q16**
- b) Com que idade começou a fumar? ____ anos
- c) Considerando todo o tempo que já fumou, quantos cigarros, em média, fumou por dia?
_____ cigarros
- d) Tempo de fumo: ____ anos
- e) Índice tabágico: ____ maços-ano
- f) Quantas vezes tentou parar ____ Há quanto tempo foram as tentativas ____
De 0 a 10 – qual a dificuldade ____ Usou alguma medicação () Sim () Não **Qual** _____
- g) Convive com fumantes () Sim () Não **Quem** _____ **Onde** _____
- h) Exposição passiva () Sim () Não **Quanto o outro fuma:** ____ c/d **Fuma ao seu lado** () Sim () Não
- i) Já ouviu falar de cigarro eletrônico () Sim () Não **Já usou?** () Sim () Não
Se respondeu sim: Acredita que seja útil para parar de fumar () Sim () Não
- 6. Nesta internação:** Fumou () Sim () Não
Dias sem fumar ____ **Sintomas de abstinência (0 -10)** ____ **Quais?** _____ **Fissura (0 -10)** ____
- 7. Você está disposto a parar de fumar?**
() Sim. Por quê? _____
() Não. Por quê? _____
- 8. Se você quer parar de fumar, pontue de 0 a 10 a sua motivação** _____
- 9. Aceitaria receber tratamento e/ou participar de grupo de pacientes?** 1() Sim 2() Não
- 10. Fases sequenciais da história natural das tentativas de abandonar o hábito de fumar:**
1. () pré-contemplação (não pensa em parar nos próximos 6 meses)
 2. () contemplação (está motivado a parar nos próximos 6 meses)
 3. () preparação (pretende parar no próximo mês)
 4. () ação (parou de fumar e está nos primeiros 6 meses em abstinência)
 5. () manutenção (parou de fumar há 6 meses ou mais)
 6. () recaída (parou de fumar mas recaiu)
- 11. Teste de Fagerström** ___/___/___/___/___/___ = ____
- 12. Alguém da equipe que o atende lhe perguntou se o senhor fuma?** () Sim () Não
Se sim, quem? 1() Médico 2() Enfermeira 3() Técnica em enfermagem
4() Nutricionista 5() Fisioterapeuta () Estudante _____ () Outro _____
- 13. Alguém que o atende lhe perguntou se alguém fuma perto de você?** () Sim () Não

Se sim, quem? 1()Médico 2()Enfermeira 3()Técnica em enfermagem
4()Nutricionista 5()Fisioterapeuta () Estudante _____ () Outro _____

14. Alguém da equipe que o atende já falou com você sobre parar de fumar? ()Sim ()Não

Se sim, quem? 1()Médico 2()Enfermeira 3()Técnica em enfermagem
4()Nutricionista 5()Fisioterapeuta () Estudante _____ () Outro _

15. Você é portador de alguma doença? ()Sim ()Não

Se sim, qual ou quais?

16. Se fumante ou exposição passiva: Se tem alguma doença, você acha que ela está relacionada com o fumo?

17. O que você acha que é importante para parar de fumar (pergunta aberta)?

18. Prontuário nº:_____.

() **T65.2** – Efeito tóxico do tabaco e da nicotina

() **Z58.7** – Exposição à fumaça de tabaco

() **Z72.0** – Uso do tabaco

() Sem registro

() Apenas tabagista Onde:_____ Quem:_____

() Apenas ex tabagista Onde:_____ Quem:_____

() Tabagista e índice tabágico Onde:_____ Quem:_____

() Tabagista e índice tabágico Onde:_____ Quem:_____

() Nunca fumou Onde:_____ Quem:_____

19. Registro de orientações, ações, medicações, encaminhamentos

Tipo (O, A,M,E)	Qual	Quem (méd, enf, fisio, aluno etc)
-----------------	------	-----------------------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

20. Motivo da internação: _____

21. Uso de outras drogas: () Sim () Não **Álcool concomitante** () Sim () Não

22: Desfecho: () alta () óbito () admissão CTI

23. Comorbidades: _____

24. Concentração de CO no ar expirado: _____ **25. HAD Ansiedade:**_____ **Depressão:**_____

Se o paciente referiu fumar na internação, foi flagrado fumando ou apresentou ≥ 10 ppm CO – notificar comissão de tabagismo.

Apêndice 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto GPPG no. 15-0158

O senhor(a) está sendo convidado para participar do estudo “Prevalência, abordagem e registro do tabagismo em pacientes internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre”. Este estudo tem por objetivo avaliar a situação dos pacientes internados em relação ao tabagismo (quantos fumam e se querem parar de fumar), assim como as orientações recebidas da equipe de saúde sobre este assunto.

A sua participação consiste em responder algumas perguntas sobre se o(a) senhor(a) fuma, se já tentou parar de fumar, se gostaria de parar e se o(a) senhor(a) recebeu alguma orientação sobre este assunto da equipe de saúde. Também será aplicado um questionário para ver a intensidade de sua dependência à nicotina e pesquisar a presença de sintomas de ansiedade e depressão. Dados sobre a sua doença, orientações e tratamentos recebidos serão coletados do seu prontuário. Também será realizado um teste para analisar a quantidade de monóxido de carbono no ar que é eliminado dos pulmões (pelo sopro). Este exame consiste em encher o pulmão de ar, fazer uma pausa de 15 segundos e depois assoprar lentamente num pequeno aparelho com bocal descartável. Pequenas quantidades de monóxido de carbono podem estar presentes no ar que respiramos e quantidades maiores são eliminadas no ar pelos fumantes.

As informações coletadas serão utilizadas somente para fins de pesquisa e a sua identidade será preservada, sem divulgação do seu nome. A sua participação no estudo é voluntária e o(a) senhor(a) pode desistir de participar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo em seu acompanhamento/ tratamento no HCPA.

Este projeto não prevê riscos, apenas o desconforto em responder algumas

perguntas relacionadas à cessação do tabagismo e as suas doenças.

Os resultados desta pesquisa podem nos ajudar a elaborar um programa para atender melhor os fumantes durante a internação hospitalar e até após a alta hospitalar.

Termo de Consentimento Livre, após esclarecimento

Eu, _____ (nome do paciente), li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi os propósitos dessa pesquisa. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não prejudicará o meu tratamento no HCPA. Sei que meu nome não será divulgado. Eu concordo em participar do estudo. Se eu tiver qualquer dúvida poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável, Prof^a Marli Maria Knorst, cujo telefone para contato é: (51) 3359-8241. Este projeto será encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, telefone (51) 3359-8304 e só será iniciado após aprovação.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do paciente:

Assinatura do pesquisador:

Anexo 1. Escala HAD.

Quadro I — Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A (1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D (2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A (3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D (4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A (5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D (6) Eu me sinto alegre:

- 0 () A maior parte do tempo
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

A (7) Consigo ficar sentado a vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D (8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A (9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D (10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A (11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D (12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A (13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D (14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
- 1 () Várias vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Quase nunca