



**GUSTAVO FREITAS GRAD**



# **MOTIVAÇÕES PARA FUMAR EM PACIENTES HOSPITALIZADOS**

**Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional associado à Residência Médica em Cuidados Intensivos e Paliativos (MPCIP) da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Mestre.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2014**



**GUSTAVO FREITAS GRAD**



## **MOTIVAÇÕES PARA FUMAR EM PACIENTES HOSPITALIZADOS**

**Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional associado à Residência Médica em Cuidados Intensivos e Paliativos (MPCIP) da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Mestre.**

**Coordenadora do Programa: Prof<sup>ª</sup>. Rachel Moritz. PhD**

**Professora Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Leila John Marques Steidle. PhD**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina**

**2014**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS INTENSIVOS E PALIATIVOS  
Fone (48) 3721-4164

ATA N.º 5/2014 DA SESSÃO DO EXAME DE SUSTENTAÇÃO DO MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS INTENSIVOS E PALIATIVOS DA UFSC – Área de Concentração: Cuidados Intensivos e Paliativos, Linha de Pesquisa: Cuidados Paliativos, presidida e registrada pelo(a) Orientador(a) **Dra. Leila John Marques Steidle**, do(a) aluno(a) **GUSTAVO FREITAS GRAD**, realizada no dia 15 de setembro de 2014, às 10 horas, Sala e Aula da Patologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina. A Dissertação tem como título:

"Motivações para fumar em Pacientes Hospitalizados"

A Banca Examinadora, constituída pela Portaria 5/MPCIP/2014 da Coordenadora do MPCIP/UFSC, avaliou a Dissertação e  **Aprova** – 30 dias para a entrega da versão final /  **Aprova com alterações** – Máximo 60 dias para a entrega da versão final com alterações solicitadas ao orientador (se necessário também atestada pela banca) + 30 dias para entrega das cópias finais – Total: 90 dias

Destacando/sugerindo:

"Atualização de 3 referências bibliográficas"

**NOME e ASSINATURA da Banca Examinadora:**

Dra. Leila John Marques Steidle Leila John Marques Steidle (Presidente)  
Dra. Mariangela Pimentel Pincelli Mariangela Pincelli (Membro Externo)  
Dra. Fabiana Aidar Fermino Fabiana Aidar Fermino (Membro Externo)  
Dra. Ana Luiza de Lima Curi Hallal Ana Luiza de Lima Curi Hallal (Membro Externo)

Florianópolis, 15 setembro de 2014.

De acordo do (a) Mestrando (a): Gustavo Freitas Grad



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS INTENSIVOS E  
 PALIATIVOS**

**“Motivações para fumar em pacientes hospitalizados”.**

**Gustavo Freitas Grad**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A  
 OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM  
 CUIDADOS INTENSIVOS E PALIATIVOS**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Cuidados Intensivos e Paliativos**

**Profa. Dra. Rachel Duarte Moritz**

Coordenadora do Mestrado Profissional em Cuidados Intensivos e  
 Paliativos

**Banca Examinadora:**

Profa. Dra. Leila John Marques Steidle (Presidente)

Profa. Dra. Ana Luiza Curi Hallal (Membro)

Profa. Dra. Fabiana Aida Fermino (Membro)

Profa. Dra. Mariangela Pimentel Pincelli (Membro)

*Quando a perseverança de quem admiramos transforma-se em inspiração,  
nos tornamos capazes...*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por confortar-me.

À minha família, pelo amor incondicional.

Às professoras Leila John Marques Steidle e Mariângela Pimentel Pincelli. Contemplam-me, profundamente, pela dedicação e competência acadêmica e profissional. Guardarei, sempre e com carinho, o aprendizado constante e o sentimento de amizade. Este trabalho é de vocês.

À Lorena Côrtes Santello Boettcher, pelo companheirismo na jornada de residência médica e amizade demonstrada. Sempre disposta a ouvir e incentivar.

Aos acadêmicos de medicina Karolinny Borinelli de Aquino Moura, Rita de Cássia Bruno Sandoval, Monike Medeiros Rosa, Ana Karoline Bittencourt Alves, Bruno Sebastião da Silva e Irai Luís Giacomelli, que empregaram o seu tempo no auxílio à execução deste projeto.

Aos pacientes e seus familiares, pela atenção dispensada. Vocês são os motivos que norteiam a medicina e para o qual nos dedicamos.

## RESUMO

**Objetivo:** Investigar o perfil de motivações psicossociais para o tabagismo entre pacientes internados em um hospital universitário do sul do Brasil.

**Métodos:** Estudo transversal tipo *survey*, realizado entre maio de 2013 e junho de 2014. Foram avaliados 85 pacientes tabagistas hospitalizados quanto aos dados demográficos, socioeconômicos e características do tabagismo (carga tabágica, estágio motivacional e grau de dependência à nicotina- Fagerström). Utilizou-se a Escala de Razões para Fumar Modificada (ERPFM) para identificar as motivações psicossociais dos pacientes. Adicionalmente, estudou-se os domínios da ERPFM em função do sexo e do grau de dependência e possíveis correlações.

**Resultados:** A amostra foi composta por adultos com idade média de 53 anos, brancos (71,8%), com baixa escolaridade/renda familiar e equilibrada quanto à distribuição por sexo (masculinos= 52,9%) e por especialidade clínica (48%) ou cirúrgica (47%). A maioria estava em estágio motivacional Ação (68%), com carga tabágica (mediana = 39 anos maços) e grau de dependência à nicotina elevado (56,4%). Os resultados demonstraram que os domínios de maior escore da ERPFM foram: Prazer de Fumar ( $4,34 \pm 1,2$ ), Relaxamento/Redução da Tensão ( $4,24 \pm 1,2$ ) e Dependência ( $3,8 \pm 1,4$ ). De forma significativa, com maior pontuação, as mulheres apresentaram o domínio Relaxamento/Redução da Tensão ( $4,7 \pm 0,9$ ). Nos pacientes com maior grau de dependência, observou-se com significância, escores mais elevados nos domínios Automatismo/Hábito e Estimulação.

**Conclusões:** Prazer de Fumar e Relaxamento/Redução da Tensão são fatores que devem ser mais valorizados e focalizados nas futuras estratégias de cessação de tabagismo de pacientes hospitalizados.

**Descritores:** Tabaco, escalas e abandono do uso do tabaco

## ABSTRACT

**Objective:** To investigate the pattern of psychosocial motivations for smoking among inpatients at a university hospital in southern Brazil.

**Methods:** Cross-sectional survey conducted between may 2013 and june 2014. Eighty five hospitalized smoking patients were assessed for demographic, socioeconomic data and characteristics of smoking (history, motivational stage and degree of nicotine dependence - Fagerström). It was used the Modified Reasons for Smoking Scale (MRFSS) to identify the patients psychosocial motivations for smoking. Additionally, the domains of MRFSS by gender, degree of dependency and possible correlations were studied.

**Results:** The sample consisted of adults with an average age of 53 years, whites (71.8%), with low education level and family income and similar in gender distribution (male = 52.9%) and clinical (48 %) or surgical (47%) specialty. Most were in motivational stage Action (68%) with high smoking history (median = 39 packs/years) and degree of nicotine dependence (56.4%). The results showed that the higher scores domains of the MRSS were Smoking Pleasure ( $4.34 \pm 1.2$ ), Relaxation/Tension Reduction ( $4.24 \pm 1.2$ ) and Dependence ( $3,8 \pm 1.4$ ). Significantly, women had Relaxation/Tension Reduction ( $4.7 \pm 0.9$ ) as the highest domain score. Patients with higher nicotine dependence had significant higher scores in Automatism/Habit and Stimulation domains.

**Conclusions:** Smoking Pleasure and Relaxation/Tension Reduction are factors that should be valued and focused in future strategies for smoking cessation in hospitalized patients.

**Keywords:** Tobacco, scales and smoking cessation

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| <b>Tabela 1</b> – Dados demográficos, socioeconômicos e fatores relacionados ao hábito tabágico da população estudada.....  | 14 |
| <b>Tabela 2</b> – Média dos escores por domínios da Escala Razões Para Fumar Modificada em pacientes hospitalizados e separados por sexo.....   | 15 |
| <b>Tabela 3</b> - Média dos escores por domínios da Escala Razões Para Fumar Modificada em todos os pacientes hospitalizados e separados pela intensidade da dependência (Teste de Fargeström). Baixa (<5) ou Elevada (≥5)..... | 16 |

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Média e desvio padrão dos escores por domínio da Escala de Razões para Fumar Modificada, em ordem decrescente em 85 pacientes hospitalizados..... 17
- Figura 2** – Média e desvio padrão dos escores da Escala de Razões para Fumar Modificada, por grupo de questões dos domínios, em ordem decrescente..... 18

## LISTA DE ABREVIATURAS

|                   |   |   |
|-------------------|---|---|
| CEPSH-UFSC        | - | Comissão de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina                |
| D.                | - | Doença  |
| DPOC              | - | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica  |
| D. Pleurais       | - | Derrames Pleurais   |
| Dra               | - | Doutora   |
| EFI               | - | Ensino Fundamental Incompleto   |
| EFC               | - | Ensino Fundamental Completo   |
| EMC               | - | Ensino Médio Completo   |
| ERPFM             | - | Escala Razões Para Fumar Modificada   |
| ERF-USP           | - | Escala Razões para Fumar da Universidade do Estado de São Paulo   |
| HU-UFSC           | - | Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina |
| IBGE              | - | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística   |
| IMC               | - | Índice de Massa Corpórea  |
| IQR               | - | Intervalo Interquartil 25-75%   |
| Kg                | - | Quilograma(s)   |
| m <sup>2</sup>    | - | Metro(s) Quadrado(s)  |
| min               | - | Minuto(s)   |
| ml                | - | Mililitros  |
| MPCIP             | - | Mestrado Profissional Associado à Residência Médica em Cuidados Intensivos e Paliativos                   |
| MRFSS             | - | Modified Reasons For Smoking Scale  |
| n                 | - | Número  |
| OMS               | - | Organização Mundial da Saúde  |
| PAC               | - | Pneumonia Adquirida na Comunidade   |
| PAV               | - | Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica   |
| PETab             | - | Pesquisa Especial de Tabagismo  |
| PNCT              | - | Programa Nacional de Controle do Tabagismo  |
| Prof <sup>a</sup> | - | Professora  |
| SAHOS             | - | Síndrome da Apneia-Hipopneia Obstrutiva do Sono   |

|         |   |   |
|---------|---|---|
| SM      | - | Salário Mínimo  |
| SPSS    | - | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>  |
| TCLE    | - | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  |
| TB      | - | Tuberculose   |
| TEP     | - | Tromboembolismo Pulmonar  |
| U.      | - | Unidade(s)  |
| VIGITEL | - | Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico |

## SUMÁRIO

|   |             |
|---|-------------|
| <b>FALSA FOLHA DE ROSTO.....</b>  | <b>i</b>    |
| <b>FOLHA DE ROSTO.....</b>  | <b>ii</b>   |
| <b>EPÍGRAFE.....</b>  | <b>iv</b>   |
| <b>AGRADECIMENTOS.....</b>  | <b>v</b>    |
| <b>RESUMO.....</b>  | <b>vi</b>   |
| <b>ABSTRACT.....</b>  | <b>vii</b>  |
| <b>LISTA DE TABELAS.....</b>  | <b>viii</b> |
| <b>LISTA DE FIGURAS.....</b>  | <b>ix</b>   |
| <b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>   | <b>x</b>    |
| <b>SUMÁRIO.....</b>   | <b>xii</b>  |
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>  | <b>1</b>    |
| <b>METODOLOGIA.....</b>   | <b>3</b>    |
| <b>RESULTADOS.....</b>  | <b>5</b>    |
| <b>DISCUSSÃO.....</b>   | <b>7</b>    |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>  | <b>10</b>   |
| <b>APÊNDICE A – Roteiro Completo de Entrevista Semi-estruturada.....</b>                                    | <b>19</b>   |
| <b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....</b>                                  | <b>22</b>   |
| <b>APÊNDICE C – Correlações entre as variáveis de domínio da ERPFM e as variáveis de<br/>interesse.....</b> | <b>23</b>   |
| <b>ANEXO 1 – Escala Razões Para Fumar Modificada (ERPFM).....</b>   | <b>24</b>   |
| <b>ANEXO 2 – Parecer Consubstanciado do CEPESH.....</b>   | <b>25</b>   |
| <b>ANEXO 3 – Normas de Publicação da Revista.....</b>   | <b>28</b>   |
| <b>.....ANEXO 4 – Confirmação de Submissão.....</b>   | <b>35</b>   |

## INTRODUÇÃO

O tabagismo, atualmente considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia, é o principal fator de risco para as doenças crônicas não-transmissíveis como as cardiovasculares, as respiratórias e o câncer.<sup>(1,2)</sup> Segundo dados da OMS, aproximadamente 6 milhões de pessoas perdem a vida, anualmente, em decorrência do consumo direto de tabaco e da exposição secundária a seus poluentes.<sup>(1)</sup>

Na população nacional, em 2003, estimou-se que 178 mil pessoas de 35 anos ou mais, tiveram sua causa de morte atribuída ao tabagismo.<sup>(3)</sup> Ainda em âmbito nacional, nos últimos 20 anos, graças às medidas anti-fumo, observou-se um declínio de cerca de 50% na prevalência de tabagismo em adultos<sup>(4)</sup>. Em 1989, a proporção de tabagistas no território nacional atingia 32%.<sup>(5)</sup> Mais recentemente, em 2013, o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), revelou que a prevalência de tabagismo atingiu a média nacional de 11,3%.<sup>(6)</sup>

O porquê o ser humano fuma é uma questão que há muito desafia os estudiosos. Sabe-se que a nicotina tem ações psicoativas que resultam em dependência. Entretanto, os motivos que levam alguém a fumar são multifacetados. Gately apontou o tabagismo como uma característica de diversas civilizações ao longo da história, em que exerceu papel social, religioso e, curiosamente, medicinal.<sup>(7)</sup> Já Tomkins, pioneiro nas teorias a respeito do tema, afirmou que as quatro principais razões ligadas ao tabagismo são: hábito, vício, redução de emoções negativas e reforço de emoções positivas.<sup>(8)</sup> Alguns estudos tem sido direcionados para identificar os motivos que levam um indivíduo a cessar o tabagismo.<sup>(9,10)</sup> No entanto conhecer o perfil de motivações que contribuem para o tabagismo tem se mostrado potencial auxiliar nas criação de estratégias anti-tabágicas individuais e coletivas.<sup>(11,12,13).</sup>

Vários instrumentos foram desenvolvidos para avaliar a influência de aspectos psicossociais sobre o tabagismo.<sup>(11)</sup> Conhecer estes métodos é o primeiro passo para desenhar estudos qualificados e comparativos nesta área. Em 1969, surgiu a Escala de Razões para Fumar, dividida em seis categorias: Manuseio, Prazer, Automatismo, Estimulação, Redução de Tensão/Relaxamento e Vício. Porém, não avaliava o tabagismo social.<sup>(8)</sup> Por ter sido validada e considerada adequada quanto às suas propriedades psicométricas, tornou-se a primeira ferramenta útil para elucidação do assunto. Já na década de 1970, Russel e colaboradores ampliaram a escala previamente validada ao adicionarem questões relacionadas ao tabagismo social.<sup>(14,15)</sup> Nascia, então, a Escala de Razões para Fumar Modificada (ERPFM), originalmente utilizada na França.<sup>(16)</sup> A escala foi traduzida para o português,

adaptada culturalmente e validada para uso no Brasil, o que tornou possível seu uso em estudos nacionais sobre o tabagismo. <sup>(13,17)</sup> A escala apresenta elevada consistência interna, estrutura fatorial estável e estabilidade temporal.

Nos últimos anos, grupos específicos de tabagistas têm sido mais bem estudados. O tabagismo em hospitalizados é um exemplo de população frequentemente negligenciada, assim como a síndrome de abstinência durante o período de internação. Então, torna-se relevante a necessidade de abordagem rotineira deste grupo específico de tabagistas. A internação permite abordar e acompanhar o paciente de forma mais intensa, a fim de transformar este episódio de “interrupção tabágica obrigatória” em uma tentativa bem sucedida de cessação. <sup>(18,19)</sup> Além disso, atualmente, os ambientes 100% livres de tabaco tem se tornado uma realidade cada vez mais próxima, incluindo as unidades de atenção à saúde.

Em nosso meio, desconhece-se estudos que apreciem a diversas motivações envolvidas na doença tabagismo, em pacientes hospitalizados. Neste contexto, considerando a internação uma janela de oportunidade, reconhecer o perfil motivacional é de suma importância para compreender e planejar estratégias específicas de tratamento.

Com a utilização de uma escala padronizada e validada em nosso meio <sup>(13,17)</sup>, este estudo tem como objetivo investigar o perfil de motivações psicossociais para o tabagismo entre pacientes internados no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). Adicionalmente, as razões da escala foram analisadas em função do sexo e do grau de dependência.

## METODOLOGIA

Estudo com delineamento transversal tipo *survey* e prospectivo, realizado entre maio de 2013 e junho de 2014. A população estudada foi composta por pacientes tabagistas ativos hospitalizados nas clínicas médica ou cirúrgica HU-UFSC.

Foram incluídos pacientes tabagistas, maiores de 18 anos, hospitalizados no HU-UFSC há mais de 48 horas, que foram rastreados ou encaminhados ao serviço de Pneumologia/Núcleo de Tabagismo e que concordaram em receber a abordagem para cessação do tabagismo e em participar da pesquisa. Foram excluídos os pacientes não tabagistas, com incapacidade de responder ao questionário, gestantes ou lactantes, pacientes com abuso de substâncias psicoativas, em tratamento de distúrbios psiquiátricos e neurológicos graves, assim como aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

O instrumento da pesquisa constituiu em um questionário semi-estruturado, com sessões discriminadas em perguntas fechadas, que incluíram dados de identificação, demográficos, socioeconômicos, da internação, características do tabagismo atual e prévio de cada paciente e índice de massa corpórea (IMC) (Apêndice A). A definição de fumante foi estabelecida conforme critérios da OMS, que considera fumante ativo o indivíduo consumidor de, pelo menos, um cigarro diário por um período não menor que um mês ou aquele que cessou o fumo por um período inferior a trinta dias. <sup>(1)</sup>

Foram investigadas as características comportamentais ligadas ao tabagismo, incluindo a análise do estágio motivacional no momento da entrevista, classificado de acordo com a escala de Prochaska e Di Clemente <sup>(20)</sup> em Pré-Contemplanção (não há intenção de parar de fumar nos próximos 6 meses), Contemplanção (há consciência do problema e pretensão de parar de fumar, mas em uma data indefinida - ambivalência), Preparação (há desejo de cessação do fumo num futuro próximo, dentro de cerca de 1 mês, e já houve atitudes visando este objetivo), Ação (indivíduo parou de fumar), Manutenção (há abstinência ao fumo e vigilância para evitar a recaída) e Recaída (retomada do hábito ou comportamento anterior de consumo do tabaco por falha na manutenção da abstinência ao fumo ou na redução do número de cigarros). Ainda durante a entrevista, foi estimado o grau de dependência à nicotina, através do questionário de Fagerström <sup>(21)</sup>, que consiste em seis perguntas relacionadas ao tabagismo e graduadas em escores: pontuação igual ou menor que 1 corresponde a muito baixo grau de dependência à nicotina, escores entre 2 e 4 significam baixo grau, entre 5 e 7 a médio grau e de 8 a 10 demonstram alto grau de dependência. (Apêndice A).

Foram avaliadas as motivações do paciente para fumar, através de um instrumento previamente validado – a Escala de Razões Para Fumar Modificada (ERPFM) <sup>(13,17)</sup>. A referida escala apresenta 21 questões, distribuídas em sete domínios motivacionais, a saber: Dependência (questões E e S), Estimulação (questões A, H e O), Prazer de Fumar (questões C e J), Manuseio (questões B e I), Tabagismo Social (questões G e N), Redução da Tensão/Relaxamento (questões D, K e R) e Automatismo/Hábito (questões F, M e T). A cada alternativa, foram atribuídos pesos graduados de forma crescente entre 1 (nunca) e 5 (sempre), com a utilização de uma escala Likert. As médias dos escores de cada pergunta e dos domínios foram consideradas na análise. A escala foi aplicada com o auxílio dos entrevistadores. (Anexo 1).

A coleta e tabulação dos dados foram realizadas por pesquisadores e colaboradores devidamente treinados.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC- Anexo 2), sob o parecer de número 245.656. A entrevista com coleta de dados foi realizada após esclarecimento dos pacientes, com explicação detalhada do estudo, incluindo seus objetivos, riscos e benefícios, com prévia assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE. Apêndice B). O tratamento comportamental e medicamentoso, quando necessário, foi disponibilizado para todos os pacientes do estudo, conforme diretrizes atuais.<sup>(22)</sup>

Os dados foram digitados e analisados com o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21. Foi realizada uma análise descritiva dos dados de identificação, demográficos, socioeconômicos, da internação e das características do tabagismo atual e progresso de cada paciente. Os escores médios por domínios da ERPFM foram calculados por médias aritméticas das respostas, primeiramente por questão e após, por domínios. As variáveis contínuas normais foram expressas através de média e desvio-padrão, enquanto as variáveis contínuas não-normais foram apresentadas sob a forma de mediana e intervalo interquartil 25-75% (IQR<sub>25-75</sub>). Para fins de comparação com a literatura, os valores dos escores da ERPFM foram expressos em médias e desvios-padrão, independentemente da distribuição. As variáveis categóricas foram expressas em termos de frequência e proporção. As diferenças entre as razões para fumar em relação ao sexo e ao grau de dependência foram analisadas através do teste Mann-Whitney. A correlação entre escores dos domínios e variáveis independentes: sexo, carga tabágica, Fagerstrom e número de cigarros fumados, foi avaliada através do teste de Spearman.

Foi considerado o valor de  $p < 0,05$  para significância estatística.

## RESULTADOS

Na população estudada, de 85 tabagistas, observou-se uma mediana de idade de 53 anos com discreto predomínio do sexo masculino (52,9%), em sua maioria casados ou coabitando (52,9%), brancos (71,8%), com IMC dentro da normalidade, grande parte procedente do município de Florianópolis (43,5%), naturais de Santa Catarina (74,1%). Mais da metade era analfabetos ou com ensino fundamental incompleto (54,1%) e com a renda mediana de 1 salário mínimo per capita (Tabela 1).

Entre os pacientes incluídos no estudo, 41 foram hospitalizados em enfermaria cirúrgica, 40 em clínica médica e 4 na emergência. A mediana da internação foi de 17 dias (IQR<sub>25-75</sub> = 9 – 30). Os principais diagnósticos dos indivíduos foram doença arterial obstrutiva periférica (15,3%) e neoplasia (14,2%).

Os participantes da amostra iniciaram precocemente o tabagismo, com mediana da idade de início de 15 anos e um valor mediano de 37 anos de exposição ao tabaco. Já a mediana do número de cigarros por dia foi 20, e a da carga tabágica foi de 39 maços/anos. A dependência à nicotina, pelo teste de Fargeström, mostrou que mais da metade dos indivíduos apresentaram grau elevado ou muito elevado de dependência (56,4%). Em relação ao estado motivacional de Prochaska e Di Clemente, a maioria (68,2%) dos tabagistas encontrava-se no estado de ação (Tabela 1).

Em relação à ERPFM, as pontuações médias dos escores dos tabagistas e os respectivos desvios padrões dos domínios estão apresentados na Figura 1 e Tabela 2. Ao analisar os resultados da ERPFM por domínios, os mais relevantes foram: Prazer de Fumar ( $4,34 \pm 1,2$ ), Relaxamento/Redução da Tensão ( $4,24 \pm 1,2$ ) e Dependência ( $3,80 \pm 1,4$ ), seguidos de Automatismo/Hábito ( $2,36 \pm 1,1$ ), Manuseio ( $1,98 \pm 1,4$ ), Tabagismo Social ( $1,81 \pm 1,2$ ) e Estimulação ( $1,63 \pm 1,0$ ) (Figura 1). As respostas individuais de maior pontuação foram: “eu acendo um cigarro quando estou bravo com alguma coisa”, “fumar dá prazer e é relaxante” e “eu acho cigarros prazerosos”, com, respectivamente, as seguintes médias e desvios padrão:  $4,42 \pm 1,3$ ,  $4,38 \pm 1,2$  e  $4,29 \pm 1,4$ . “Eu fumo para me manter alerta”, média  $1,49 \pm 1,1$  e “eu fumo cigarros para me por pra cima”, média  $1,59 \pm 1,1$ , foram as razões menos comuns para fumar (Figura 2).

Observou-se que o domínio com maior pontuação entre os homens foi Prazer de Fumar. Nas mulheres, com significância estatística, foi o Relaxamento/Redução da Tensão (Tabela 2).

Em função do grau de dependência, considerando-se baixa dependência (Teste de Fargestrom  $<5$ ) e elevada dependência (Teste de Fargestrom  $\geq 5$ ), observou-se que a maioria dos pacientes foram classificados como de elevada dependência. Nestes, os domínios de maior pontuação foram Prazer de Fumar e Relaxamento. Os referidos domínios também foram os mais relevantes naqueles com baixa dependência. Os escores dos domínios Estimulação e Automatismo/Hábito foram maiores nos pacientes com elevada dependência, de forma estatisticamente significativa (Tabela 3).

Observou-se moderada correlação positiva entre os domínios Dependência ( $r = 0,35$ ) e Automatismo/Hábito ( $r = 0,32$ ) com o Teste de Fagerström, assim como com o domínio Automatismo/Hábito ( $r = 0,38$ ) com cigarros fumados ao dia. Houve correlação negativa entre Relaxamento/Redução da Tensão e sexo masculino ( $r = - 0,42$ ) (Apêndice C).

## DISCUSSÃO

Através da utilização de um instrumento validado para população brasileira, o presente estudo investigou o perfil de motivações psicossociais para o tabagismo em 85 pacientes internados em um hospital universitário do sul do Brasil. Adicionalmente, estudou-se os domínios da ERPFM em função do sexo e do grau de dependência e possíveis correlações. A amostra foi composta por adultos, brancos, com baixa escolaridade/renda familiar e equilibrada quanto à distribuição por sexo e por especialidade clínica e cirúrgica. A maioria estava em estágio motivacional Ação, com carga tabágica e grau de dependência à nicotina elevados. Os resultados demonstraram que os domínios de maior escore da ERPFM foram Prazer de Fumar, Relaxamento/Redução da Tensão e Dependência. De forma significativa, as mulheres apresentaram o domínio Relaxamento/Redução da Tensão com maior pontuação. Nos pacientes com maior grau de dependência, observou-se diferença significativa nos domínios Estimulação e Automatismo/Hábito. Os principais domínios motivacionais identificados, bem como as diferenças encontradas nas sub-análises, podem ser auxiliares na construção de uma futura abordagem em tabagistas hospitalizados.

Trata-se de um estudo que envolve uma população especial, ainda pouco estudada e muitas vezes negligenciada, em uma circunstância particular representada pela internação, em que a interrupção do tabagismo, muitas vezes, é uma imposição. Além disso, o trabalho é original em nosso meio já que existe uma lacuna no que se refere ao entendimento das principais razões psicológicas e sociais ligadas ao tabagismo em hospitalizados. A padronização dos instrumentos e a preferência pela escolha de questionários validados são pontos fundamentais para a qualidade dos dados e reprodutibilidade dos estudos em tabagismo. A ERPFM, já consagrada em outros países, traduzida e com identidade cultural, utilizada por pesquisadores treinados para que fosse aplicada de forma homogênea, confere credibilidade aos resultados.

Os achados do atual estudo são similares aos de Berlin *et al.*, em que uma população de 330 adultos com elevado grau de dependência relatou os domínios Dependência, Prazer de Fumar e Redução da Tensão/Relaxamento, como os de maiores pontuações.<sup>(16)</sup> Um levantamento que aplicou a ERPFM em funcionários adultos do HU-UFSC, com dependência intermediária, mostrou escores elevados nos mesmos domínios, com predominância do Prazer de Fumar, que também foi destaque na presente amostra.<sup>(23)</sup>

Um grupo de crescente interesse na área de tabagismo é o composto por adolescentes e adultos jovens, por constituírem alvo preferencial das estratégias de marketing da indústria tabágica. Recentemente, a ERPFM foi aplicada nesta faixa etária entre estudantes, com dependência baixa, da Universidade Federal de São Carlos<sup>(24)</sup> e da Universidade de Ribeirão Preto<sup>(25)</sup>, ambas no interior de São Paulo, com resultados também alinhados com os deste estudo: predominância de Prazer de Fumar e Relaxamento/Redução da Tensão.

Mais recentemente, uma nova escala de motivações foi elaborada, com o acréscimo de algumas questões importantes originadas de um extenso inventário, com 68 itens (Wisconsin dos motivos de dependência ao fumo), à ERPFM.<sup>(26)</sup> A chamada “Escala Razões para Fumar da Universidade de São Paulo” (ERF-USP)<sup>(27)</sup> surge, então, com potencial para se tornar um importante instrumento para a avaliação das motivações em diversos contextos clínicos. A escala foi acrescida de 2 novos domínios: Controle de Peso e Associação Estreita (intensa conexão emocional com o cigarro). O perfil motivacional, em 311 adultos tabagistas com baixo grau de dependência, apresentou escores elevados para Dependência, Prazer de Fumar e Redução da Tensão/Relaxamento. Em 2013, um estudo aplicou esta nova escala a 266 adolescentes e identificou que os domínios mais importantes também foram Prazer de Fumar e Relaxamento/Redução da Tensão<sup>(28)</sup>. Novos estudos ainda são necessários para avaliar a validade e utilidade desta escala.

Sabe-se que homens e mulheres comportam-se de maneira culturalmente diversa frente ao tabagismo. Nesta amostra de tabagistas hospitalizados, observou-se, de forma significativa, que as mulheres apresentaram, com maior pontuação, o domínio Relaxamento /Redução da Tensão. O estudo de Berlin *et al.*<sup>(16)</sup> também aponta que mulheres, de modo geral, fumam mais em busca de relaxamento e também, devido ao tabagismo social. Mais recentemente, em 2014, Pulvers *et al.*, aplicaram a ERPFM em 2376 adultos tabagistas e apontaram o domínio Relaxamento/Redução da Tensão como o de maior escore em mulheres.<sup>(29)</sup> Estes achados são relevantes e concordam com os resultados do atual estudo.

Comparando-se os domínios da ERPFM em pacientes com diferentes graus de dependência, observou-se que todos os domínios foram mais pontuados no grupo de maior dependência. Porém, com significância estatística, observou-se diferença nos domínios Automatismo/Hábito e Estimulação. Nenhuma correlação forte ( $r > 0,5$ ) foi encontrada entre os domínios e as variáveis independentes testadas, embora em estudos anteriores, o domínio Dependência tenha se correlacionado com número de cigarros por dia e com o Fagerstrom.<sup>(27)</sup>

Uma das limitações deste estudo é a dificuldade de generalização dos achados, uma vez que envolve uma população com prováveis características específicas locais. Outra crítica

poderia estar no fato de que aqueles que não aceitaram nenhuma abordagem para a cessação durante a internação, não participaram do estudo. Possivelmente este grupo seja composto por um perfil motivacional diferente do demais.

Destacam-se os citados domínios como possíveis focos no planejamento de novas estratégias de cessação tabágica, que envolvam pacientes hospitalizados, mesmo que estes apresentem maior grau de dependência. Assim, durante a internação, o Prazer de Fumar, surge como fator que deve ser mais intensamente trabalhado no sentido de se buscar novas fontes de satisfação que não o tabaco. Em processo de cessação, estímulos à prática de atividade física, leitura, atividades manuais, socialização, etc. devem ser buscados individual e coletivamente. Por outro lado, o Relaxamento/Redução da Tensão poderia envolver um reforço na mudança de crenças de que fumar não relaxa, mas sim reduz abstinência na vigência da dependência. Vinculado, ainda, ao entendimento deste conceito, investir no ensino de técnicas de auto-relaxamento também seria uma prioridade da estratégia dirigida aos hospitalizados.

A identificação precisa dos fatores que levam as pessoas a fumar pode contribuir para o desenvolvimento de estratégias de prevenção controle e cessação do tabagismo. A homogeneidade dos achados na aplicação das escalas motivacionais sugere que fatores como Prazer de Fumar e Relaxamento/Redução da Tensão, devem ser mais valorizados e focalizados nas futuras estratégias de cessação de tabagismo de pacientes hospitalizados.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2014 Feb 26]. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. [Adobe Acrobat document, 164p.]. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240687813_eng.pdf)
2. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans: Vol 100E--Tobacco Smoking [monograph on the Internet]. Lyon: IARC; 2012 [cited 2014 Feb 26]. [Adobe Acrobat document, 170p.]. Available from: <http://www.monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100E/mono100E-6.pdf>
3. Corrêa PCRP, Barreto SM, Passos VMA. Smoking: attributable mortality and years of potential life lost in 16 Brazilian capitals, 2003: a prevalence-based study. *BMC. Public Health*. 2009, 9: 206
4. Levy D, de Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke policy simulation model: the effect of strong tobacco control policies on smoking prevalence and smoking-attributable deaths in a middle income nation. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001336
5. Monteiro CA, Cavalcante TM, Moura EC, Claro RM, Szwarcwald CL. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). *Bull World Health Organ*. 2007 Jul;85(7):527-34.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2013: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. [cited 2014 July 21] Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-ok.pdf>
7. Gately I. *La diva nicotina: the story of how tobacco seduced the world*. London: Simon & Schuster; 2001.

8. Tomkins SS. Psychological model for smoking behavior. *Am J Public Health Nations Health.* 1966; 56(12):Suppl 56:17-20
9. Santos SR, Goncalves MS, Leitao Filho FS, Jardim JR. Profile of smokers seeking a smoking cessation program. *J Bras Pneumol.* Sep 2008;34(9):695-701.
10. Winslow E, Bohannon N, BruntonSn A, Mayhew H E. Lifestyle Modification: Weight Control, Exercise, and Smoking Cessation. *Am J Med.* 1996; 101(suppl 4A):25S-33S.
11. Santos JDP, Silveira DV, Oliveira DF, Caiaffa WT. Instrumentos para avaliação do Tabagismo: uma revisão sistemática. *Ciência&SaúdeColetiva.* 2011;16(12):4707-4720.
12. Fidler JA, West R. Self-perceived smoking motives and their correlates in a general population sample. *Nicotine & Tobacco Research Advance.* 2009, July:1-7.
13. de Souza ES, Crippa JA, Pasian SR, Martinez JA. Modified Reasons for Smoking Scale: translation to Portuguese, cross-cultural adaptation for use in Brazil and evaluation of test-retest reliability. *J Bras Pneumol.* Jul 2009;35(7):683-689.
14. Ikard FF, Tomkins S. The experience of affect as a determinant of smoking behavior: a series of validity studies. *J Abnorm Psychol.* Apr 1973;81(2):172-181.
15. Russell MA. The smoking habit and its classification. *Practitioner.* Jun 1974; 212(1272):791-800.
16. Berlin I, Singleton EG, Pedarriosse AM, et al. The Modified Reasons for Smoking Scale: factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addiction.* Nov 2003;98(11):1575-1583
17. Souza ES, Crippa JA, Pasian SR, Martinez JA. [Factorial structure of the Brazilian version of the Modified Reasons for Smoking Scale]. *Rev Assoc Med Bras.* Sep-Oct 2009;55(5):557-562

18. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database of Systematic Reviews. IN: The Cochrane Library. 2012(5).
19. Barreto RB, Pincelli MP, Steinwandter R, Silva AP, Manes J, Steidle LJM, 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.
20. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* Jun 1983;51(3):390-395.20.
21. FagerstromKO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *AddictBehav.* 1978;3(3-4):235-241.
22. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Associação Brasileira de Psiquiatria, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Associação Brasileira de Medicina Intensiva, Sociedade Brasileira de Cancerologia, Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretrizes em foco- Tabagismo- parte 3. *Rev Assoc MedBras* 2010; 56(4): 375-93.
23. Alexandre M, Bruna NCD, Castagna RD, Oliveira PM, Silva RJNC, Pincelli MP, Steidle LJM. Fatores associados à iniciação, adição e cessação do hábito tabágico em funcionários de um hospital universitário do sul do Brasil. VIII Congresso Brasileiro de Asma, IV Congresso Brasileiro de DPOC e Congresso Brasileiro de Tabagismo. Porto de Galinhas PE, Agosto, 2011. *Jornal de Pneumologia suplemento* 2011.
24. Rizzatti FPG, Riccetto AFM, Oliveira SB, Scarpa EC. Smoking motivation among students in Brazil: a study using the modified reasons for smoking scale. *AJRCCM-conference* 2014; 189 (Supplement - meeting abstracts): A1092.
25. Vargas PS, Casagrande WM, Lima MRS, Borges HSAR, Molina CB, Araujo ACS. Escalas de razões para fumar em acadêmicos do primeiro ano do curso de medicina da

Universidade de Ribeirão Preto pré e pós lei anti-fumo em São Paulo. XXXVI Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia ( Curitiba- 2012) . Poster 066.

26. Piper ME, Piasecki TM, Federman EB, Bolt DM, Smith SS, Fiore MC, et al. A multiple motives approach to tobacco dependence: the Wisconsin Inventory of smoking dependence motives (WISDM-68). *J Consult Clin Psychol*, 2004; 72 (2):139-54
27. Souza EST, Crippa JAS, Pasian SR, Martinez JAB. Escala de razões para fumar da Universidade de São Paulo: um novo instrumento para avaliar a motivação para fumar. *J Bras Pneumol*. 2010; 36(6):768-78.
28. Bonilha AG, Souza EST, Sicchieri MP, Achcar JA, Crippa JA, Martinez JB. A motivational profile for smoking among adolescents. *J Addict Med*. 2013; 7(6): 439-446.
29. Pulvers K, Scheuermann TS, Ernani AS, Luc x, khariwala SS, Ahluwalia JS. Reasons for smoking among tri-ethnic daily and nondaily smokers. *NicotineTob Res*. 2014; 108 (Pubmed-Epub ahead of print accessed 2014 jul 10)

**Tabela 1** – Dados Demográficos, Socioeconômicos e fatores relacionados ao hábito tabágico da população estudada.

| <b>Total</b>                     | (n = 85)         |
|----------------------------------|------------------|
| <b>Idade (anos)</b>              |                  |
| Mediana (IQR 25-75)              | 53 (45-61)       |
| <b>Sexo n (%)</b>                |                  |
| Masculino                        | 45 (52,9)        |
| <b>Estado Civil n (%)</b>        |                  |
| Casado/co-habita                 | 45 (52,9)        |
| Separado/divorciado              | 20 (23,5)        |
| Solteiro                         | 11 (12,9)        |
| Viúvo                            | 8 (9,4)          |
| Outros                           | 1 (1,2)          |
| <b>Etnia n (%)</b>               |                  |
| Branca                           | 61 (71,8)        |
| Outras                           | 24 (28,2)        |
| <b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>    |                  |
| Mediana (IQR 25-75)              | 24,4 (21,5-28,6) |
| <b>Renda per capita (SM)</b>     |                  |
| Mediana (IQR 25-75)              | 1,0 (0,5-1,5)    |
| <b>Escolaridade n (%)</b>        |                  |
| Analfabetos/EFI                  | 46 (54,1)        |
| EFC                              | 14 (16,5)        |
| EMC                              | 19 (22,4)        |
| Outros                           | 6 (7,1)          |
| <b>TABAGISMO</b>                 |                  |
| Idade que iniciou                |                  |
| Mediana (IQR 25-75)              | 15 (13-17)       |
| Tempo de exposição               |                  |
| Mediana (IQR 25-75)              | 37 (28-46,5)     |
| Carga tabágica                   |                  |
| Mediana (IQR 25-75)              | 39 (24,2-74)     |
| <b>Grau de Dependência n (%)</b> |                  |
| Muito baixo                      | 6 (7,1)          |
| Baixo                            | 16 (18,8)        |
| Moderado                         | 15 (17,6)        |
| Elevado                          | 28 (32,9)        |
| Muito Elevado                    | 20 (23,5)        |
| <b>Teste de Fargeström</b>       |                  |
| Mediana (IQR 25-75)              | 6 (4-7)          |
| <b>Estágio Motivacional</b>      |                  |
| Contemplação                     | 17 (20)          |
| Preparação                       | 9 (10,6)         |
| Ação                             | 58 (68,2)        |
| Manutenção                       | 1 (1,2)          |

EFI (ensino fundamental incompleto), EFC (ensino fundamental completo), EMC (ensino médio completo), IMC (índice de massa corpórea)

**Tabela 2** Média dos escores por domínios da Escala de Razões para Fumar Modificada em todos os pacientes hospitalizados e separado por sexo.

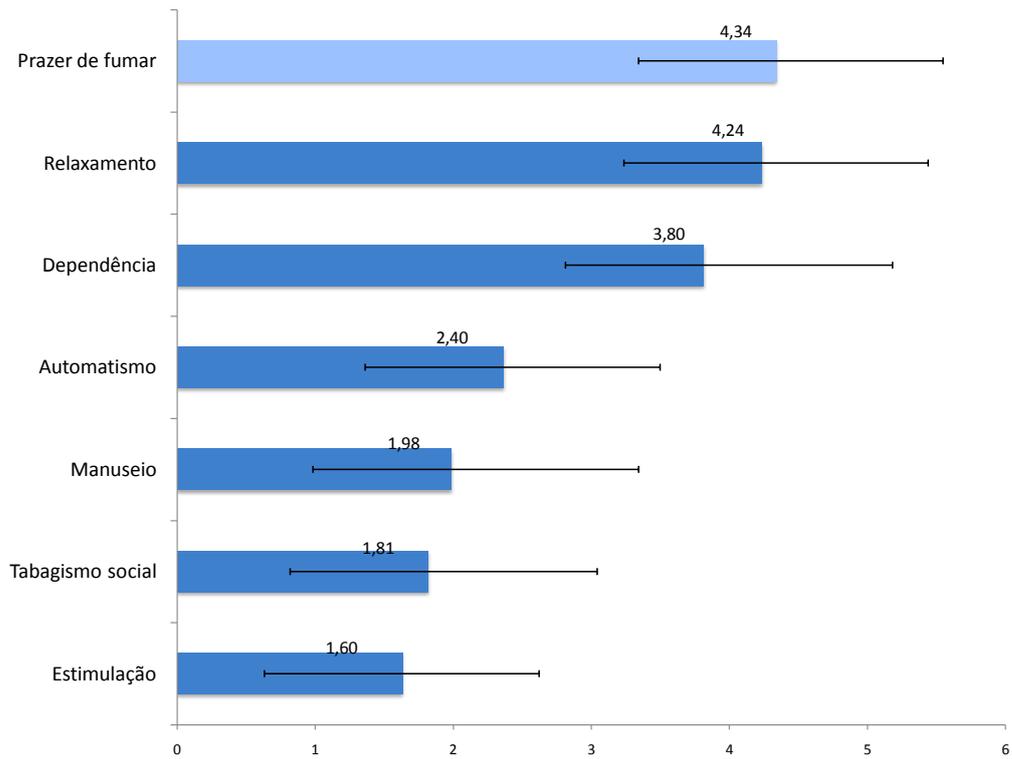
| <b>Domínios</b>         | Total<br>(n = 85) | Homens<br>(n = 45) | Mulheres<br>(n =40) | <i>Valor de p*</i> |
|-------------------------|-------------------|--------------------|---------------------|--------------------|
| <b>Prazer de Fumar</b>  | 4,34 (1,2)        | 4,20 (1,4)         | 4,51 (1,0)          | 0,49               |
| <b>Relaxamento</b>      | 4,24 (1,2)        | 3,85 (1,3)         | 4,67 (0,9)          | <b>&lt;0,00</b>    |
| <b>Dependência</b>      | 3,80 (1,4)        | 3,63 (1,4)         | 4,01 (1,3)          | 0,24               |
| <b>Automatismo</b>      | 2,36 (1,1)        | 2,44 (1,2)         | 2,28 (1,0)          | 0,74               |
| <b>Manuseio</b>         | 1,98 (1,4)        | 1,87 (1,4)         | 2,11 (1,3)          | 0,28               |
| <b>Tabagismo Social</b> | 1,81 (1,2)        | 1,70 (1,2)         | 1,95 (1,2)          | 0,24               |
| <b>Estimulação</b>      | 1,63 (1,0)        | 1,49 (0,9)         | 1,79 (1,0)          | 0,10               |

Resultados expressos em Média e Desvio Padrão. \*Teste Mann-Whitney.

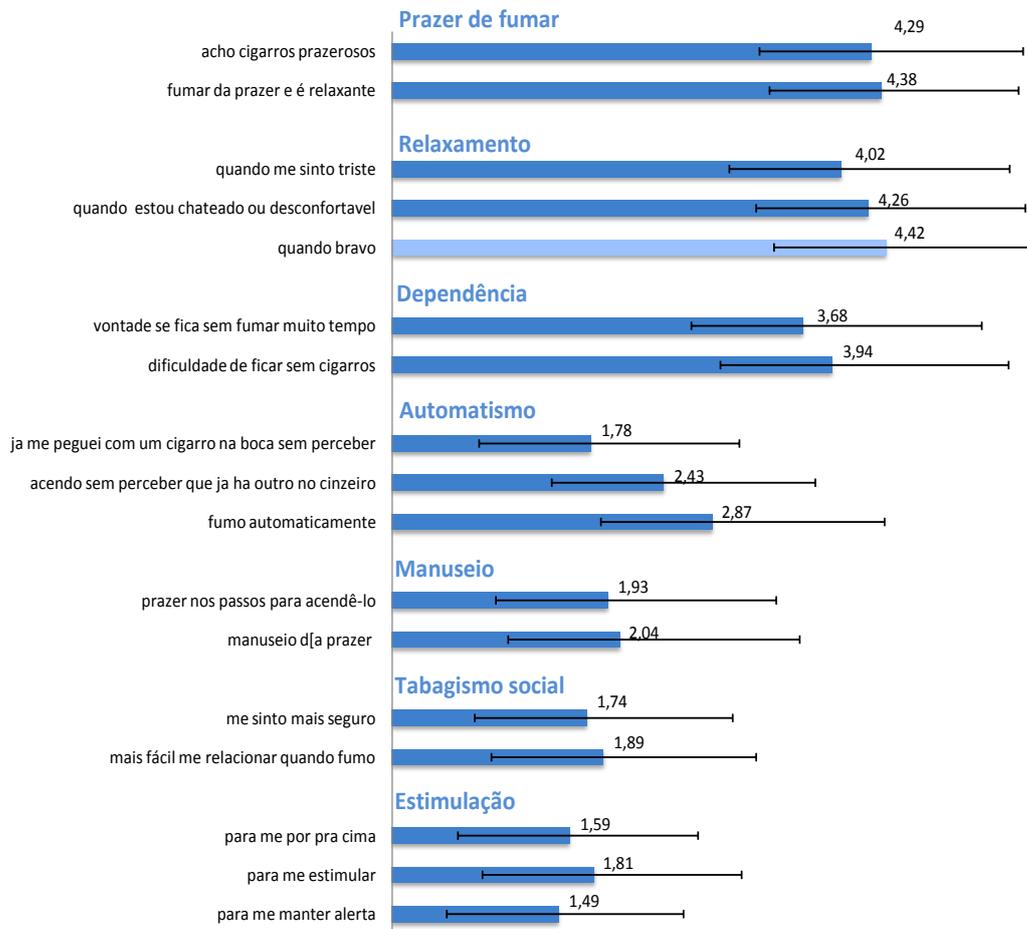
**Tabela 3** Média dos escores por domínios da Escala de Razões para Fumar Modificada em todos os pacientes hospitalizados e separados pela intensidade da dependência (Teste de Fargestrom). Baixa (<5) ou Elevada ( $\geq 5$ ).

| <b>Domínios</b>         | Total Hospitalizados<br>(n = 85) | Baixa Dependência<br>(n = 22) | Elevada Dependência<br>(n = 63) | <i>Valor de p*</i> |
|-------------------------|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| <b>Prazer de Fumar</b>  | 4,34 (1,2)                       | 4,02 (1,5)                    | 4,45 (1,1)                      | 0,28               |
| <b>Relaxamento</b>      | 4,24 (1,2)                       | 3,77 (1,5)                    | 4,40 (1,1)                      | 0,05               |
| <b>Dependência</b>      | 3,80 (1,4)                       | 3,36 (1,5)                    | 3,97 (1,3)                      | 0,07               |
| <b>Automatismo</b>      | 2,36 (1,1)                       | 1,92 (0,9)                    | 2,51 (1,2)                      | <b>0,04</b>        |
| <b>Manuseio</b>         | 1,98 (1,4)                       | 1,84 (1,2)                    | 2,03 (1,4)                      | 0,74               |
| <b>Tabagismo Social</b> | 1,81 (1,2)                       | 1,52 (0,9)                    | 1,92 (1,3)                      | 0,23               |
| <b>Estimulação</b>      | 1,63 (1,0)                       | 1,23 (0,4)                    | 1,77 (1,1)                      | <b>&lt;0,04</b>    |

Resultados expressos em Média e Desvio Padrão. \*Teste Mann-Whitney.



**Figura 1- Média e desvio padrão dos escores por domínio da Escala de Razões para Fumar Modificada, em ordem decrescente em 85 pacientes hospitalizados.**



**Figura 2- Média e desvio padrão dos escores da Escala de Razões para Fumar Modificada por grupo de questões dos domínios, em ordem decrescente.**

## APÊNDICE A

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <p><b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</b></p> <p><b>CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</b></p> <p><b>DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA</b></p> <p><b>NÚCLEO DE ESTUDOS E TRATAMENTO DO TABAGISMO</b></p> |  |
|---|---|---|

### ROTEIRO COMPLETO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA – TABAGISMO

QUESTIONÁRIO – Nº \_\_\_\_ Número do prontuário: \_\_\_\_\_ Clínica Médica \_\_\_\_\_ Leito \_\_\_\_\_

(1) Nome completo: \_\_\_\_\_

(2) Telefone residencial ( ) \_\_\_\_\_, Telefone celular ( ) \_\_\_\_\_ e  
Email \_\_\_\_\_

#### DADOS DEMOGRÁFICOS/HÁBITOS DE VIDA

|  |            |
|--|------------|
| <b>3) Data da internação</b>   | <b>3)</b>  |
| <b>4) Duração da internação</b>  | <b>4)</b>  |
| <b>5) Clínica de internação</b>  | <b>5)</b>  |
| <b>6) Idade (em anos completos)</b>  | <b>6)</b>  |
| <b>7) Sexo: 1-Feminino. 2-Masculino.</b>   | <b>7)</b>  |
| <b>8) Estado civil: 1-Solteiro. 2-Casado/co-habitando. 3-Viúvo. 4-Separado/divorciado. 5-Outros.</b>   | <b>8)</b>  |
| <b>9) Como você define sua cor? 1-Branca. 2-Preta. 3-Parda. 4-Amarela. 5-Indígena.</b>   | <b>9)</b>  |
| <b>10) Peso: _____ kg Altura: _____ m Valor do IMC (em Kg/m<sup>2</sup>):</b><br>1-Abaixo do peso (IMC<18,5). 2-Peso normal (18,5-24,9). 3-Pré-obesidade (25,0-29,9).<br>4-Obesidade grau I (30,0-34,9). 5-Obesidade grau II (35-39,9). 6-Obesidade grau III (=ou>40,0). | <b>10)</b> |
| <b>11) Procedência: 1 –Florianópolis 2- grande Florianópolis 3-Outros municípios do estado 4- Outros estados 5-Outros países</b>   | <b>11)</b> |

|   |            |
|---|------------|
| <b>12)</b> Naturalidade: 1-Florianópolis 2-Grande Florianópolis 3-Outros municípios do estado 4-Outros estados 5-Outros países                | <b>12)</b> |
| <b>13)</b> Origem da internação : 1- Pronto socorro emergência HU; 2- Emergência de outro serviço 3 -Outro hospital 4-UTI HU 5- Ambulatório.  | <b>13)</b> |
| <b>14)</b> Como é o seu sono? 1-Tranquilo. 2-Agitado. 3-Insônia.  | <b>14)</b> |
| <b>15)</b> Quantas vezes por semana você pratica atividades físicas (por pelo menos 10min seguidos)?  | <b>15)</b> |
| <b>16)</b> Você costuma ingerir bebidas alcoólicas? 1-Não. 2-Sim.   | <b>16)</b> |
| <b>17)</b> Quantas unidades de álcool por semana?<br>Obs.:1 lata de cerveja (350ml)=1,5U.1 dose de destilados (50ml)=2,5U.1 copo de vinho=1U. | <b>17)</b> |

#### DADOS SOCIOECONÔMICOS

|   |            |
|---|------------|
| <b>18)</b> Qual seu grau de escolaridade? 1-Analfabeto/Ensino fundamental incompleto.<br>2-Ensino fundamental completo. 3-Ensino médio completo. 4-Ensino superior incompleto.<br>5-Ensino superior completo. 6-Mestrado/doutorado. | <b>18)</b> |
| <b>19)</b> Qual a renda mensal total da sua família (em número de salários mínimos)?  | <b>19)</b> |
| <b>20)</b> Qual é o número de pessoas da família ?  | <b>20)</b> |

#### DADOS DA INTERNAÇÃO

|  |            |
|--|------------|
| <b>21)</b> Diagnóstico principal 1- DPOC 2-PAC no imunocompetente 3-PAC Imunocomprometido 4- PAV 5-D. intersticial 6-D. pleurais. 7 –Asma 8- Câncer de pulmão 9- D. da circulação pulmonar 10- TB 11- pós-operatório de cirurgia torácica 12- TEP 13- Supurações pulmonares (bronquiectasias e supurações pulmonares) 14-SAHOS 15-Outros Qual: _____ | <b>21)</b> |
|--|------------|

#### TABAGISMO

|   |            |
|---|------------|
| <b>22)</b> Você fuma? 1-Não fumante. 2-Fumante. 3-Ex-fumante.<br>Obs.: Fumante: consumidor de, pelo menos, um cigarro diário por período não inferior a um mês ou aquele que cessou o hábito de fumar há menos de um mês. Ex-fumante: abandonou o cigarro por um espaço de tempo superior a um mês. | <b>22)</b> |
| <b>23)</b> Alguém em sua casa/trabalho fuma na sua presença ou no mesmo local que você  | <b>23)</b> |

|   |            |
|---|------------|
| frequenta? 1-Não 2-Sim.   |            |
| <b>24) Com qual idade iniciou?</b>  | <b>24)</b> |
| <b>25) Há quanto tempo parou (em anos)?</b>   | <b>25)</b> |
| <b>26) Por quantos anos fumou?</b>  | <b>26)</b> |
| <b>27) Há quanto tempo fuma (anos)?</b>   | <b>27)</b> |
| <b>28) Quantos cigarros por dia?</b>  | <b>28)</b> |
| <b>29) Carga tabágica (calcular em anos-maço).</b>  | <b>29)</b> |
| <b>31) Você gostaria de parar de fumar? 1-Não. 2-Sim.</b><br><br><b>1-Pré-contemplação. 2-Contemplação. 3-Preparação. 4-Ação. 5-Manutenção.</b> | <b>31)</b> |

#### TESTE DE FAGERSTRÖM

|   |            |
|---|------------|
| <b>32) Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro? 0-Após 60 minutos.</b><br>1-Entre 31 e 60 minutos. 2-Entre 6 e 30 minutos. 3- Dentro de 5 minutos. | <b>32)</b> |
| <b>33) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas e etc?</b><br>0-Não. 1-Sim.   | <b>33)</b> |
| <b>34) Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?</b><br>1-O primeiro da manhã. 0-Outros.  | <b>34)</b> |
| <b>35) Quantos cigarros você fuma por dia?</b><br>0-Menos de 10. 1-De 11 a 20. 2-De 21 a 30. 3-Mais de 31.  | <b>35)</b> |
| <b>36) Você fuma mais freqüentemente pela manhã? 0-Não. 1-Sim.</b>  | <b>36)</b> |
| <b>37) Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? 0-Não. 1-Sim.</b>  | <b>37)</b> |
| <b>38) Grau de dependência: 1- 0-2 = muito baixo. 2- 3-4 = baixo. 3- 5 = médio. 4- 6-7 = elevado. 5- 8-10 = muito elevado.</b>                                      | <b>38)</b> |

Entrevistador:

## APÊNDICE B

|   |   |   |
|---|---|---|
|  | <p><b>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA</b><br/> <b>CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE</b><br/> <b>DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA</b><br/> <b>NÚCLEO DE ESTUDOS E TRATAMENTO DO TABAGISMO</b></p> |  |
|---|---|---|

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1(TCLE 1)

Nós, Leila John Marques Steidle, Karolinny Borinelli de Aquino Moura, Mariangela Pimentel Pincelli, Rita de Cássia Bruno Sandoval, Lorena Côrtes Santello Boettcher, Monike Medeiros Rosa, Ana Karoline Bittencourt Alves, Bruno Sebastião da Silva e Igor Varela Meyer, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “Cessação do Tabagismo após a alta de pacientes hospitalizados na Pneumologia do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago”, sob orienta o da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leila Steidle e da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mariangela Pimentel Pincelli. Esse estudo, que   parte da linha de pesquisa do Núcleo de Estudos e Tratamento do Tabagismo e será parte de Trabalho de Conclusão do curso de Medicina, tem por objetivo identificar e tratar os pacientes fumantes internados na pneumologia do HU-UFSC e analisar a taxa de interrup o do tabagismo em até 6 meses após a alta.

Para tanto, solicitamos a sua participa o. A pesquisa incluir  a coleta de dados através de uma entrevista com questionário estruturado. A partir desses dados, ocorrerá uma avalia o médica que elaborar  uma estratégia para interrup o do tabagismo, de acordo com o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O programa inclui como terapias de cessa o do tabagismo a terapia cognitivo-comportamental e/ou farmacoterapia com reposi o nicotínica (adesivo ou pastilha) e/ou uso de bupropiona e/ou uso de nortriptilina. Uma ou mais dessas op oes terapêuticas será ( o) utilizada(s), considerando o seu caso e as indica oes, contra-indica oes e efeitos colaterais de cada droga. Na ocasião da entrevista inicial, será entregue ao paciente a escala de ansiedade e depressão, com o objetivo de se conhecer as comorbidades psiquiátricas para o adequado tratamento do tabagismo. Após a alta deste hospital, haverá o seu acompanhamento para avaliar a sua situa o de abstinência ao fumo, o que será realizado por meio de liga oes telef nicas em 15, 30, 45 e 180 dias (6 meses) após a alta hospitalar. Este projeto prevê a avalia o da fun o pulmonar através da espirometria a avalia o objetiva da cessa o do tabagismo através da medida do monóxido de carbono no ar exalado pelo monox metro, ambos serão realizados na alta e 6 meses após esta, nos pacientes que estiverem sem fumar. A espirometria e a monoximetria são exames utilizados de rotina no serviço de pneumologia, com medidas inócuas e sem previsão de danos aos pacientes. Aqueles que consentirem em participar desta pesquisa,   garantido, a qualquer momento, o esclarecimento sobre a pesquisa e a liberdade de desistir sem qualquer prejuízo de seu tratamento, bem como o sigilo acerca de seus dados pessoais.

Em caso de d vida, entrar em contato com a Prof.<sup>a</sup> Dra. Leila Steidle pelo telefone (48) 99697962.

#### Consentimento Pós-Informa o

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa acima e concordo em participar dela voluntariamente.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_ ou impressão digital \_\_\_\_\_

Nota: Esse documento será assinado em duas vias, ficando uma de posse das pesquisadoras e outra do (a) participante da pesquisa.

Nome por extenso de quem aplicou o TCLE \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C

### Correlações entre as variáveis de domínios da ERPFM e as variáveis de interesse

|                  | Dependência | Estimulação | Relaxamento | Automatismo | Prazer de Fumar | Manuseio Social | Tabagismo Social | Carga Tabágica | Fagerstrom | Sexo*   | Cigarros/dia |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|-----------------|------------------|----------------|------------|---------|--------------|
| Dependência      | 1,000       |             |             |             |                 |                 |                  |                | ,305**     |         |              |
| Estimulação      |             | 1,000       |             |             |                 |                 | ,478**           |                |            |         |              |
| Relaxamento      |             |             | 1,000       |             | ,460**          |                 |                  |                |            | -,417** |              |
| Automatismo      |             |             |             | 1,000       |                 |                 |                  |                | ,321**     |         | ,380**       |
| Prazer de Fumar  |             |             |             |             | 1,000           |                 |                  |                |            |         |              |
| Manuseio Social  |             | ,392**      |             |             |                 | 1,000           |                  |                |            |         |              |
| Tabagismo Social |             |             |             |             |                 |                 | 1,000            |                |            |         |              |
| Carga Tabágica   |             |             |             |             |                 |                 |                  | 1,000          | ,458**     | ,313**  | ,785**       |
| Fagerstrom       | ,305**      |             |             | ,321**      |                 |                 |                  |                | 1,000      |         | ,696**       |
| Sexo             |             |             | -,417**     |             |                 |                 |                  | ,313**         |            | 1,000   |              |
| Cigarros/dia     |             |             |             | ,380**      |                 |                 |                  | ,785**         | ,696**     |         | 1,000        |

\* Considerou-se sexo 1= feminino e 2 = masculino

Teste de Spearman \*\* p<0,01

## ANEXO 1

### Escala de Razões para Fumar Modificada (ERPFM)

(1) QUESTIONÁRIO – Nº \_\_\_\_\_ (2) Iniciais: \_\_\_\_\_

Quais das afirmativas abaixo você considera que sejam razões para você fumar?

[1] Nunca    [2] Raramente    [3] Às vezes    [4] Frequentemente    [5] Sempre

- A. Eu fumo cigarros para me manter alerta.
- B. Manusear um cigarro é parte do prazer de fumá-lo.
- C. Fumar dá prazer e é relaxante.
- D. Eu acendo um cigarro quando estou bravo com alguma coisa.
- E. Quando meus cigarros acabam, acho isso quase insuportável até eu conseguir outro.
- F. Eu fumo cigarros automaticamente sem mesmo me dar conta disso.
- G. É mais fácil conversar e me relacionar com outras pessoas quando estou fumando.
- H. Eu fumo para me estimular, para me animar.
- I. Parte do prazer de fumar um cigarro vem dos passos que eu tomo para acendê-lo.
- J. Eu acho os cigarros prazerosos.
- K. Quando eu me sinto desconfortável ou chateado com alguma coisa, eu acendo um cigarro.
- L. Quando eu não estou fumando um cigarro, eu fico muito atento a isso.
- M. Eu acendo um cigarro sem perceber que ainda tenho um outro aceso no cinzeiro.
- N. Enquanto estou fumando me sinto mais seguro com outras pessoas.
- O. Eu fumo cigarros para me “por para cima”.
- P. Quando eu fumo um cigarro, parte do prazer é ver a fumaça que eu solto.
- Q. Eu desejo um cigarro especialmente quando estou confortável e relaxado.
- R. Eu fumo cigarros quando me sinto triste ou quando quero esquecer minhas obrigações ou preocupações.
- S. Eu sinto uma vontade enorme de pegar um cigarro se fico um tempo sem fumar.
- T. Eu já me peguei com um cigarro na boca sem lembrar de tê-lo colocado lá.
- U. Eu fumo muito mais quando estou com outras pessoas.

Entrevistador:

Data:

## ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CESSAÇÃO DO TABAGISMO APÓS A ALTA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS NA PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

**Pesquisador:** Leila J. M. Steidle

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 14658413.8.0000.0121

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 245.656

**Data da Relatoria:** 08/04/2013

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado "CESSAÇÃO DO TABAGISMO APÓS A ALTA DE PACIENTES HOSPITALIZADOS NA PNEUMOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO" do curso de graduação em Medicina, do Centro de Ciências da Saúde (CCS), do Departamento de Clínica Médica é orientado pela Profa. Leila J. M. Steidle que assina a Folha de Rosto conjuntamente com o diretor geral do HU/UFSC, Carlos Alberto Justo da Silva.

Trata-se de um estudo coorte prospectivo tem por objetivo determinar a taxa de cessação tabágica em até seis meses de acompanhamento entre pacientes tabagistas que obtiveram alta da enfermaria de Pneumologia do HU-UFSC entre maio 2013 e maio de 2014, após implementação de uma abordagem terapêutica antitabágica iniciada dentro do hospital.

Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE,) aqueles que aceitarem participar do estudo, serão entrevistados de forma completa e serão avaliados por um profissional médico, que considerando indicações e contra-indicações das medicações a serem utilizadas, realizará um plano terapêutico individual. Posteriormente, receberão o tratamento que incluirá a abordagem do PNCT modificada, fornecimento de material escrito, com reposição nicotínica (caso o grau de dependência avaliado pelo teste de Fargstrom seja >5) através de adesivos transdérmicos de 7, 14 ou 21 mg e/ou pastilhas de nicotina de 4mg e/ou bupropiona (150mg a 300mg/dia) e aconselhamentos/entrevistas telefônicas com 15, 30, 45 e 180 dias após a alta. Por

**Endereço:** Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-900  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Entre os benefícios pode-se citar: os pacientes que se mantiverem abstinentes do fumo, beneficiam-se de:

- Redução da morbi-mortalidade e complicações cardiopulmonares pós-operatórias relacionadas ao uso do tabaco, além de haver melhora da qualidade de vida, mesmo quando a cessação do tabagismo ocorre após o início de alguma doença relacionada ao uso do tabaco;
- Em 1 a 2 meses sem tabaco, diminuem ou desaparecem os sintomas respiratórios como a tosse, a congestão nasal, a falta de fôlego e os cílios recuperam-se, reduzindo, significativamente, a possibilidade de infecção;
- Após 1 ano sem tabaco, o risco de infarto do miocárdio se reduz à metade e após 5 a 10 anos sem fumar, sendo que o risco de sofrer infarto será praticamente igual ao de quem nunca fumou
- Alívio dos sintomas e sinais da síndrome da abstinência a partir da administração de drogas anti-tabágicas (reposição nicotínica ou bupropiona)

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa aborda um tema relevante e contribuirá para o conhecimento das práticas associadas à saúde da população. Como critérios de inclusão no estudo ter-se-á: Pacientes hospitalizados há, pelo menos, 48 horas aos cuidados do serviço de Pneumologia do HU-UFSC. Estar internado no leito de Pneumologia do HU-UFSC. Ser fumante ativo. Estar lúcido, orientado e contactuante, a fim de responder de forma fidedigna à entrevista. Estar disposto a participar da pesquisa. Serão excluídos do estudo: a. Pacientes hospitalizados a menos de 48 horas na Pneumologia do HU-UFSC. b Pacientes hospitalizados em outros leitos que não os da Pneumologia do HU-UFSC. c. Depressão do nível de consciência d. Mulheres grávidas ou amamentando. Pacientes em tratamento de distúrbios psiquiátricos ou abuso de substâncias psicoativas. Estima-se uma amostra de aproximadamente 50 pacientes como adequada.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os autores apresentam a documentação obrigatória e adequada a tramitação no Comitê de ética. Foram apresentados ao CEPISH os seguintes documentos: (1) Folha de rosto; (2) Formulário Projeto da Pesquisa (incluindo: Cronograma de Execução e Orçamento; (3) Projeto de pesquisa (curso de graduação em Medicina, do Centro de Ciências da Saúde (CCS), do Departamento de Clínica Médica); (4) TCLE (destinada aos que aceitaram participar do estudo e aos que aceitaram participar do estudo mais tratamento), (5) Declaração da instituição da coleta de dados assinada pelo diretor geral do HU/UFSC, Carlos Alberto Justo da Silva. (6) Declaração das pesquisadoras comprometendo-se em cumprir os termos da Resolução 196/96 e suas complementares. (7) Protocolo de projeto de pesquisa realizado no HU; (8) Organograma contendo a abordagem ao paciente tabagista hospitalizado na Pneumologia do HU-UFSC; (9) Questionário (três versões) uma contendo: Entrevista breve semi-estruturada de tabagismo hospitalar; outra contendo o Roteiro

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-9208 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



completo de entrevista semi-estruturada e tabagismo e a outra contendo a entrevista de acordo com a semana de cessação do tabagismo intra-hospitalar.

**Recomendações:**

-

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando que a proposta apresentada se encontra adequadamente fundamentada, contendo documentação e demais informações pertinentes à questão ética em conformidade com os termos da legislação que trata da participação de seres humanos em pesquisa, encaminho voto favorável à Aprovação do Projeto.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Parecer (voto Favorável à Aprovação do Projeto) foi colocado em discussão e Aprovado no Colegiado em 08/04/2013.

FLORIANOPOLIS, 15 de Abril de 2013

---

Assinador por:  
Andréa Ferreira Delgado  
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima  
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900  
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS  
Telefone: (48)3721-9208 Fax: (48)3721-9898 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

## ANEXO 3

### Normas de Publicação da Revista

#### Instruções Redatoriais

#### INSTRUÇÃO AOS AUTORES

O **Jornal Brasileiro de Pneumologia (J Bras Pneumol) ISSN-1806-3713**, publicado bimestralmente, é órgão oficial da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia destinado à publicação de trabalhos científicos referentes à Pneumologia e áreas correlatas.

Todos os manuscritos, após aprovação pelo Conselho Editorial serão avaliados por revisores qualificados, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento.

Os artigos que não apresentarem mérito, que contenham erros significativos de metodologia, ou não se enquadrem na política editorial da revista, serão rejeitados diretamente pelo Conselho Editorial, não cabendo recurso. Os artigos podem ser escritos em português, espanhol ou inglês. Na versão eletrônica do Jornal ([www.jornaldepneumologia.com.br](http://www.jornaldepneumologia.com.br), ISSN-1806-3756) todos os artigos serão disponibilizados tanto numa versão em língua latina como também em inglês. A impressão de figuras coloridas é opcional e os custos relativos a esse processo serão transferidos aos autores. Favor entrar em contato com a secretaria do Jornal por email ou telefone, para esclarecimentos adicionais.

O Jornal Brasileiro de Pneumologia apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informações sobre estudos clínicos em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Dentro desse contexto, o Jornal Brasileiro de Pneumologia adota a definição de ensaio clínico preconizada pela OMS, que pode ser assim resumida: "qualquer pesquisa que prospectivamente designe seres humanos para uma ou mais intervenções visando avaliar seus efeitos em desfechos relacionados à saúde. As intervenções incluem drogas, células e outros

produtos biológicos, procedimentos cirúrgicos, radiológicos, dispositivos, terapias comportamentais, mudanças de processos de cuidados, cuidados preventivos, etc".

## **CRITÉRIOS DE AUTORIA**

A inclusão de um autor em um manuscrito encaminhado para publicação só é justificada se ele contribuiu significativamente, do ponto de vista intelectual, para a sua realização. Fica implícito que o autor participou em pelo menos uma das seguintes fases: 1) concepção e planejamento do trabalho, bem como da interpretação das evidências; 2) redação e/ou revisão das versões preliminares e definitiva; e 3) aprovou a versão final.

A simples coleta e catalogação de dados não constituem critérios para autoria. Igualmente, não devem ser considerados autores, auxiliares técnicos que fazem a rotina, médicos que encaminham pacientes ou interpretam exames de rotina e chefes de serviços ou departamentos, não diretamente envolvidos na pesquisa. A essas pessoas poderá ser feito agradecimento especial.

Os conceitos contidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva dos autores.

Com exceção de trabalhos considerados de excepcional complexidade, a revista considera 6 o número máximo aceitável de autores. No caso de maior número de autores, enviar carta a Secretaria do Jornal descrevendo a participação de cada um no trabalho.

## **APRESENTAÇÃO E SUBMISSÃO DOS MANUSCRITOS**

Os manuscritos deverão ser obrigatoriamente encaminhados via eletrônica a partir da própria home-page do Jornal. As instruções e o processo de submissão estão disponíveis no endereço [www.jornaldepneumologia.com.br/sgp](http://www.jornaldepneumologia.com.br/sgp).

Ainda que os manuscritos sejam submetidos eletronicamente, deverão ser enviadas pelo correio Carta de Transferência de Copyright e Declaração de Conflitos de Interesses, assinadas por todos os autores, conforme modelo disponível no endereço [www.jornaldepneumologia.com.br](http://www.jornaldepneumologia.com.br).

Pede-se aos autores que sigam rigorosamente as normas editoriais da revista, particularmente no tocante ao número máximo de palavras, tabelas e figuras permitidas, bem como às regras para confecção das referências bibliográficas. A não observância das instruções redatoriais implicará na devolução do manuscrito pela Secretaria da revista para que os autores façam as correções pertinentes antes de submetê-lo aos revisores.

Instruções especiais se aplicam para a confecção de Suplementos Especiais e Diretrizes e devem ser consultadas pelos autores antes da confecção desses documentos na homepage do jornal.

A revista reserva o direito de efetuar nos artigos aceitos adaptações de estilo, gramaticais e outras.

Com exceção das unidades de medidas, siglas e abreviaturas devem ser evitadas ao máximo, devendo ser utilizadas apenas para termos consagrados. Estes termos estão definidos na Lista de Abreviaturas e Acrônimos aceitos sem definição. Clique aqui (Lista de Abreviaturas e Siglas). Quanto a outras abreviaturas, sempre defini-las na primeira vez em que forem citadas, por exemplo: proteína C reativa (PCR). Após a definição da abreviatura, o termo completo não deverá ser mais utilizado. Com exceção das abreviaturas aceitas sem definição, elas não devem ser utilizadas nos títulos e evitadas no resumo dos manuscritos se possível. Ao longo do texto igualmente evitar a menção ao nome de autores, dando-se sempre preferência às citações numéricas apenas. Quando os autores mencionarem qualquer substância ou equipamento incomum, deverão incluir o modelo/número do catálogo, o nome da fabricante, a cidade e o país, por exemplo: "... esteira ergométrica (modelo ESD-01; FUNBEC, São Paulo, Brasil)..."

No caso de produtos provenientes dos EUA e Canadá, o nome do estado ou província também deverá ser citado; por exemplo: "... tTG de fígado de porco da Guiné (T5398; Sigma, St. Louis, MO, EUA) ..."

## **PREPARO DO MANUSCRITO**

A página de identificação deve conter o título do trabalho, em português e inglês, nome completo e titulação dos autores, instituições a que pertencem, endereço completo, inclusive telefone, fax e e-mail do autor principal, e nome do órgão financiador da pesquisa, se houver.

**Resumo:** Deve conter informações facilmente compreendidas, sem necessidade de recorrer-se ao texto, não excedendo 250 palavras. Deve ser feito na forma estruturada com: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Quando tratar-se de artigos de Revisão e Relatos de Casos o Resumo não deve ser estruturado. Para Comunicações Breves não deve ser estruturado nem exceder 100 palavras.

**Abstract:** Uma versão em língua inglesa, correspondente ao conteúdo do Resumo deve ser fornecida.

**Descritores e Keywords:** Deve ser fornecido de três a seis termos em português e inglês, que definam o assunto do trabalho. Devem ser, obrigatoriamente, baseados nos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), publicados pela Bireme e disponíveis no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>, enquanto os keywords em inglês devem ser baseados nos MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine, disponíveis no endereço eletrônico [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html).

**Texto:**

**Artigos originais:** O texto deve ter entre 2000 e 3000 palavras, excluindo referências e tabelas. Deve conter no máximo 5 tabelas e/ou figuras. O número de referências bibliográficas não deve exceder 30. A sua estrutura deve conter as seguintes partes: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Agradecimentos e Referências. A seção Métodos deverá conter menção a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Animais, ligados a Instituição onde o projeto foi desenvolvido. Nessa seção também deve haver descrição da análise estatística empregada, com as respectivas referências bibliográficas. Ainda que a inclusão de subtítulos no manuscrito seja aceitável, o seu uso não deve ser excessivo e deve ficar limitado às sessões Métodos e Resultados somente.

**Revisões e Atualizações:** Serão realizadas a convite do Conselho Editorial que, excepcionalmente, também poderá aceitar trabalhos que considerar de grande interesse. O texto não deve ultrapassar 5000 palavras, excluindo referências e tabelas. O número total de ilustrações e tabelas não deve ser superior a 8. O número de referências bibliográficas deve se limitar a 60.

**Ensaio pictórico:** Serão igualmente realizados a convite, ou após consulta dos autores ao Conselho Editorial. O texto não deve ultrapassar 3000 palavras, excluindo referências e tabelas. O número total de ilustrações e tabelas não deve ser superior a 12 e as referências bibliográficas não devem exceder 30.

**Relatos de Casos:** O texto não deve ultrapassar 1500 palavras, excluídas as referências e figuras. Deve ser composto por Introdução, Relato do Caso, Discussão e Referências. Recomenda-se não citar as iniciais do paciente e datas, sendo mostrados apenas os exames laboratoriais relevantes para o diagnóstico e discussão. O número total de ilustrações e/ou tabelas não deve ser superior a 3 e o limite de referências bibliográficas é 20. Quando o número de casos apresentados exceder 3, o manuscrito será classificado como uma Série de Casos, e serão aplicadas as mesmas regras de um artigo original.

**Comunicações Breves:** O texto não deve ultrapassar 1500 palavras, excluindo as referências e tabelas. O número total de tabelas e/ou figuras não deve exceder 2 e o de referências bibliográficas 20. O texto deverá ser confeccionado de forma corrida.

**Cartas ao Editor:** Devem ser redigidas de forma sucinta, não ultrapassando 800 palavras e não relacionando mais do que 6 referências bibliográficas. Serão consideradas para publicação contribuições originais, comentários e sugestões relacionadas a matéria anteriormente publicada, ou a algum tema médico relevante.

**Tabelas e Figuras:** Tabelas e gráficos devem ser apresentados em preto e branco, com legendas e respectivas numerações impressas ao pé de cada ilustração. As tabelas e figuras devem ser enviadas no seu arquivo digital original, as tabelas preferencialmente em arquivos Microsoft Word e as figuras em arquivos Microsoft Excel, Tiff ou JPG. Fotografias de exames, procedimentos cirúrgicos e biópsias onde foram utilizadas colorações e técnicas especiais serão consideradas para impressão colorida, sem custo adicional aos autores. As grandezas, unidades e símbolos devem obedecer às normas nacionais correspondentes (ABNT: <http://www.abnt.org.br>).

**Legendas:** Legendas deverão acompanhar as respectivas figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a suas citações no texto. Além disso, todas as abreviaturas e siglas empregadas nas figuras e tabelas devem ser definidas por extenso abaixo das mesmas.

**Referências:** Devem ser indicadas apenas as referências utilizadas no texto, numeradas com algarismos arábicos e na ordem em que foram citadas. A apresentação deve estar baseada no formato Vancouver Style, atualizado em outubro de 2004, conforme os exemplos abaixo. Os

títulos dos periódicos citados devem ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela List of Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine disponibilizados em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/journals/loftext.noprov.html>.

Para todas as referências, cite todos os autores até seis. Acima desse número, cite os seis primeiros autores seguidos da expressão et al.

### **Exemplos:**

#### **Artigos Originais:**

1. Neder JA, Nery LE, Castelo A, Andreoni S, Lerario MC, Sachs AC et al. Prediction of metabolic and cardiopulmonary responses to maximum cycle ergometry: a randomized study. *Eur Respir J*.1999;14(6):1204-13.

#### **Resumos:**

2. Singer M, Lefort J, Lapa e Silva JR, Vargaftig BB. Failure of granulocyte depletion to suppress mucin production in a murine model of allergy [abstract]. *Am J Respir Crit Care Med*. 2000;161:A863.

#### **Capítulos de Livros:**

3. Queluz T, Andres G. Goodpastures syndrome. In: Roitt IM, Delves PJ, editors. *Encyclopedia of Immunology*. 1st ed. London: Academic Press; 1992. p. 621-3.

#### **Publicações Oficiais:**

4. World Health Organization. Guidelines for surveillance of drug resistance in tuberculosis. *WHO/Tb*, 1994;178:1-24.

#### **Teses:**

5. Martinez TY. Impacto da dispnéia e parâmetros funcionais respiratórios em medidas de qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes com fibrose pulmonar idiopática [thesis]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.

#### **Artigos Publicados na Internet:**

6. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6): [about 3 p.]. Available: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>

**Homepages/Endereços Eletrônicos:**

7. Cancer-Pain.org [homepage on the Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>

**Outras situações:**

Na eventualidade do surgimento de situações não contempladas por estas Instruções Redatoriais, deverão ser seguidas as recomendações contidas em International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Updated October 2004. Disponível em [TTP://www.icmje.org/](http://www.icmje.org/).

---

**Toda correspondência para a revista deve ser encaminhada para:**

Prof. Dr. Carlos Roberto Ribeiro de Carvalho

Editor-Chefe do Jornal Brasileiro de Pneumologia

SCS Quadra 01, Bloco K, Salas 203/204 – Ed. Denasa. CEP: 70.398-900 – Brasília – DF

Telefones/Fax: 0xx61-3245-1030, 0xx61-3245-6218

**Email do Jornal Brasileiro de Pneumologia:**

[jpneumo@jornaldepneumologia.com.br](mailto:jpneumo@jornaldepneumologia.com.br) (Assistente Editorial Luana Campos).

## ANEXO 4

• Artigo Submetido SGP/ JBP



• [sgp@jornaldepneumologia.com.br](mailto:sgp@jornaldepneumologia.com.br)

Hoje em 4:55 PM



Para Eu



**Jornal Brasileiro  
de Pneumologia**

*Brazilian Journal of Pulmonology*

**Jornal Brasileiro de Pneumologia**

Secretaria do Jornal Brasileiro de Pneumologia  
SEPS 714/914 - Bloco E - Sala 220/223  
Asa Sul - Brasília/DF - 70390-145

Fone/Fax: 0800 61 6218, email: [jpneumo@jornaldepneumologia.com.br](mailto:jpneumo@jornaldepneumologia.com.br)

**Brasília, sexta-feira, 19 de setembro de 2014**

**Ilmo(a) Sr.(a)**

**Prof(a), Dr(a) Gustavo Freitas Grad**

Referente ao código de fluxo: **4427**

Classificação: **Artigo Original**

Informamos que recebeu o manuscrito "**Motivações Para Fumar Em Pacientes Hospitalizados**" será enviado para apreciação dos revisores para possível publicação/participação na(o) *Jornal Brasileiro de Pneumologia*.  
Por favor, para qualquer comunicação futura sobre o referido manuscrito cite o código de fluxo apresentado acima.  
Obrigado por submeter seu trabalho ao *Jornal Brasileiro de Pneumologia*.  
Atenciosamente,

**Dr. Carlos Roberto Ribeiro de Carvalho**

Editor

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