

URUCIARA RAIANE DE MELLO ALVES DA SILVA

**CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES EX-TABAGISTAS E
FATORES ASSOCIADOS AO SUCESSO DA CESSAÇÃO
TABÁGICA.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Florianópolis - SC
Universidade Federal de Santa Catarina
2019**

URUCIARA RAIANE DE MELLO ALVES DA SILVA

**CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES EX-TABAGISTAS E
FATORES ASSOCIADOS AO SUCESSO DA CESSAÇÃO
TABÁGICA.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Aroldo Prohmann de Carvalho

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leila John Marques Steidle

Florianópolis - SC

Universidade Federal de Santa Catarina

2019

Silva, Uruciara de Mello

Características de pacientes ex-tabagistas e fatores associados ao sucesso da cessação tabágica. - Florianópolis, 2019.

48p.

Orientadora: Leila John Marques Steidle.

Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal de Santa Catarina - Curso de Graduação em Medicina.

1. Tabagismo 2. Abandono do hábito de fumar 3. Ex-fumante

AGRADECIMENTOS

À minha mãe **Vanda Vieira de Mello**, pelos valores de honestidade, trabalho e perseverança em meus sonhos. Sem ela eu não teria chego até aqui.

Ao meu amor **Alexandre S. Garcia**, por me apoiar nas decisões mais difíceis, me acalmar nos momentos de maior ansiedade e tornar essa jornada mais feliz. Obrigada por ser meu parceiro da vida.

Dedico também à todos os amigos, que fizeram parte da minha história. Guardo vocês no coração.

À minha orientadora **Leila John Marques Steidle**, exemplo de Médica e Mestre. O seu entusiasmo me contagiou. Obrigada pelo apoio, pelos lanches, conversas, paciência e ensinamentos transmitidos. Juntamente à professora **Mariângela Pimentel Pincelli**, que com sua doçura, também, me guiou na confecção deste TCC.

RESUMO

Introdução: O tabagismo é considerado um sério problema de saúde pública. Existem aproximadamente 21% de ex-fumantes na população brasileira. Conhecer as motivações, as dificuldades e os fatores associados à cessação desta população é de grande importância para futuras formas de abordagens.

Objetivo: Descrever o perfil sociodemográfico e tabágico de pacientes ex-tabagistas atendidos no HU-UFSC, bem como as características ligadas à cessação tabágica (tempo de cessação, motivações e dificuldades na cessação). Comparar os ex-tabagistas quanto ao sexo, grau de dependência, carga tabágica e tempo de cessação.

Método: Foi realizado um estudo transversal, descritivo e analítico, com delineamento prospectivo e aplicação de questionário semi-estruturado. A população estudada foi composta por sessenta pacientes ex-tabagistas atendidos no HU-UFSC. Foram realizadas: análise descritiva dos dados relacionados ao tabagismo e cessação; análise comparativa entre sexo, grau de dependência, carga tabágica e tempo de cessação.

Resultados: A população entrevistada foi composta por 65% de homens. A mediana de idade foi de 61,5 anos. Metade dos pacientes tinha menos de 8 anos de escolaridade. A renda familiar mediana dos participantes foi de 2,5 salários mínimos. Quase metade (48,4%) apresentou grau elevado ou muito elevado de dependência. A mediana do número de cigarros fumados por dia foi de 20, da carga tabágica foi de 30 anos/maço e do tempo de exposição ao fumo foi de 30 anos. A maioria dos pacientes relata ter iniciado o tabagismo por influência de amigos (60%). Os principais gatilhos que faziam os pacientes fumar foram: após as refeições (86,7%) e beber café (76,7%). O principal motivo para a cessação do tabagismo foi a preocupação com a saúde (70%). A mediana de tempo de cessação foi de 17 anos e uma tentativa de cessação anterior. A maioria expressiva (83,3%) não utilizou nenhum recurso para parar de fumar. Ao se comparar pacientes do sexo masculino com o feminino, observou-se que mulheres (66,6% x 23%) relatam mais constrangimento por fumar, $p < 0,00$, e medo de engordar (33,3 x 5,1%), $p = 0,02$. Pacientes com elevado grau de dependência, demonstraram IMC mais elevado, $p = 0,00$, e cessaram há menos tempo (15,5 x 24,9 anos), $p = 0,047$. Ex-tabagistas com alta carga tabágica, se diferenciaram por serem homens (80%), $p=0,04$, e relatar 20 anos ou mais de exposição ao tabaco (91,5%), $p=0,00$. Aqueles que cessaram há mais tempo (> 15 anos) relataram menos situações de constrangimento pelo ato de fumar

$p=0,01$. Pacientes com menos tempo de cessação referiram o medo dos sintomas de estresse, $p=0,01$, depressão, $p=0,02$, e ansiedade, $p=0,00$, com maior frequência.

Conclusão: Ex-tabagistas eram homens próximos aos 60 anos, iniciaram o tabagismo precocemente com dependência nicotínica e carga tabágica expressivas. A grande maioria cessou devido à preocupação com a saúde e não utilizou nenhum recurso durante este processo. Restrição do fumo em ambientes fechados auxiliou na cessação, principalmente em mulheres. O medo dos sintomas de ansiedade e o contato com fumantes dificultaram a cessação. O medo de engordar e dos sintomas de estresse e depressão dificultaram o abandono do cigarro nas mulheres. Os mais dependentes hoje tem maior IMC. Incentivo ao cumprimento das leis de restrição ao tabaco, às campanhas de motivação e abordagens de rotina com especial atenção ao controle de peso, ansiedade e depressão são fundamentais.

Palavras-chave: Tabagismo; Abandono do hábito de fumar; Ex-fumante.

ABSTRACT

Background: Smoking is considered a serious public health problem. There are approximately 21% of ex-smokers in the Brazilian population. Knowing the motivations, difficulties and factors associated with the cessation of this population is of great importance for future approaches.

Objective: Describe the socio-demographic and smoking profile of ex-smokers treated at HU-UFSC, as well as the characteristics related to smoking cessation (time of cessation, motivations and difficulties in cessation). Compare ex-smokers by gender, degree of dependence, quantity of cigarettes smoked and time of cessation.

Method: A cross-sectional, descriptive and analytical study was carried out, with prospective design and semi-structured questionnaire. The study population consisted of sixty ex-smokers treated at the HU-UFSC. We performed: descriptive analysis of data related to smoking and cessation; comparative analysis between sex, degree of dependence, smoking load and time of cessation.

Results: The interviewed population consisted of 65% of men. The median age was 61.5 years. Half of the patients had less than 8 years of schooling. The median family income of the participants was 2.5 minimum wages. Almost half (48.4%) had a high or very high degree of dependence. The median number of cigarettes smoked per day was 20, the smoking load was 30 years / pack and the time to smoke exposure was 30 years. Most patients report having started smoking under the influence of friends (60%). The main triggers that made patients smoke were: after meals (86.7%) and drinking coffee (76.7%). The main reason for smoking cessation was health concern (70%). The median cessation time was 17 years and an earlier attempt to cease. The significant majority (83.3%) did not use any resources to stop smoking. When comparing male and female patients, it was observed that women (66.6% x 23%) reported more embarrassment for smoking, $p < 0.00$, and fear of getting fat (33.3 x 5.1%), $p = 0.02$. Patients with a high degree of dependence showed higher BMI, $p = 0.00$, and ceased less recently (15.5 x 24.9 years), $p = 0.047$. Ex-smokers with high smoking burden differed by being male (80%), $p = 0.04$, and reporting 20 years or more of tobacco exposure (91.5%), $p = 0.00$. Those who quit longer (> 15 years) reported fewer situations of embarrassment at smoking $p = 0.01$. Patients with shorter cessation time reported fear of stress symptoms, $p = 0.01$, depression, $p = 0.02$, and anxiety, $p = 0.00$, more often.

Conclusion: Ex-smokers were men close to 60 years old, started smoking early with expressive nicotine dependence and quantity of cigarettes smoked. The vast majority ceased due to health concerns and did not use any resources during this process. Restriction of smoking indoors helped in cessation, especially in women. Fear of anxiety symptoms and contact with smokers made it difficult to quit. The fear of getting fat and the symptoms of stress and depression made it difficult for women to quit smoking. The most dependent today has higher BMI. Encouraging compliance with tobacco restriction laws, motivational campaigns and routine approaches with particular attention to weight management, anxiety and depression are key.

Keywords: Smoking; Smoking cessation; Ex-smoker.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HU	Hospital Universitário
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por amostra de domicílios
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USP	Universidade de São Paulo
VIGITEL	Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

RESUMO.....	v
ABSTRACT	vii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	ix
1.INTRODUÇÃO	1
2.OBJETIVO.....	4
3.MÉTODO	5
4.RESULTADOS.....	7
5.DISSCUSSÃO	15
6.CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
NORMAS ADOTADAS	26
APÊNDICES	27
ANEXOS.....	35

1. INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma doença complexa que envolve dependência física, dependência comportamental adquirida ao longo do processo, além de aspectos relacionados à individualidade, como fator emocional, condições sociais e genéticas¹. A Organização Mundial da Saúde identifica o tabagismo como um sério problema de saúde pública. Uma a cada 10 mortes, no mundo, é tabaco-relacionada². Acredita-se que existam aproximadamente 50 ou mais doenças relacionadas ao tabaco, destacando-se as doenças cardiovasculares, diversas neoplasias, além de doenças respiratórias obstrutivas crônicas¹. Trata-se do maior fator evitável de invalidez e mortes prematuras, pois cerca da metade dos fumantes pode apresentar doenças tabaco-relacionadas ou morte. Logo, seu controle deve ser prioridade em saúde pública^{3,4}.

A média de idade para início do uso de tabaco é 15 anos, fato considerado de risco, visto que, metade dos tabagistas que iniciam na adolescência, falecem prematuramente e perdem cerca de 10 a 20 anos de expectativa de vida em comparação aos não fumantes^{5,6,7}. Portanto, a cessação do tabagismo é uma ação custo-efetiva e diminui de forma significativa as taxas de morbidade e mortalidade⁸.

Entre 1989 e 2010, após a adoção de várias políticas públicas dirigidas ao controle do tabagismo, o Brasil reduziu significativamente a prevalência do tabagismo. Medidas como: aumento no preço do cigarro devido a impostos (Lei 12.546/2011), medidas educativas, preventivas, outras medidas legislativas e regulatórias foram decisivas para atingir uma redução observada de aproximadamente 50%⁹. Todos os inquéritos brasileiros domiciliares que estimam a frequência de tabagismo confirmam uma redução importante nas últimas décadas. Na Pesquisa Nacional em Saúde e Nutrição (1989) a prevalência de tabagismo era de 34,8%, em maiores de 18 anos. A pesquisa Mundial de Saúde (2003) mostrou redução para 22,4%. Na Pesquisa Especial de Tabagismo (2008), a prevalência foi de 17,2%^{10,11,12}. Segundo o Vigitel 2017, a frequência de adultos que fumavam, no Brasil, foi de 10,1%¹³. Destaca-se a redução geral do percentual de ex-fumantes, em 2006 (22,2%) comparando com 2014 (21,2%). No entanto, quando se analisou esta categoria por faixa etária de 55 a 64 anos e com até 8 anos de escolaridade observou-se um aumento de 27,9% para 30,2% para este mesmo período¹⁴.

Desde 2004, o Sistema Único de Saúde disponibiliza tratamento para dependência de tabaco de forma gratuita. Tal fato foi consequência da implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, desenvolvida por países membros da OMS, com objetivo de reduzir a epidemia do tabagismo e suas consequências para gerações atuais e futuras, em proporções mundiais. Desde 2011, o Brasil vem trabalhando, na implementação das recomendações da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. A meta é reduzir a prevalência do tabagismo para 9,1% até o ano de 2022¹⁵. No entanto, sabe-se que, no Brasil, existem evidências que o apoio ofertado aos tabagistas para a cessação do fumo, ainda é insuficiente. Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada entre indivíduos acima de 18 anos, demonstrou que metade dos entrevistados relatou tentativa de cessação do tabagismo no último ano. Do total de fumantes, entretanto, menos de 10% buscou atendimento profissional de saúde para a tentativa de cessação do tabagismo¹⁶. Nos Estados Unidos, dados do National Health Interview Survey revelam que, aproximadamente, 70% dos fumantes gostariam de parar de fumar. Menos da metade tentou cessar pelo menos um dia, no último ano e quase 5% conseguiu por no mínimo três meses¹⁷. Apenas 3 a 5% destes, conseguem a abstinência prolongada entre 6 e 12 meses⁹. Portanto, poucos fumantes cessam o tabagismo com sucesso a cada ano, apesar das inúmeras tentativas de cessação. Sabe-se que a maioria das pessoas que tenta parar de fumar ou os ex-tabagistas de longo prazo, o fazem sem tratamento farmacológico ou assistência profissional¹⁸. Na Pesquisa Nacional por amostra de domicílios (Pnad) 2008, apenas 15,2% dos indivíduos que cessaram o tabagismo, afirmaram ter recebido aconselhamento profissional e apenas 6,7% usaram medicamentos durante a tentativa de parar de fumar¹⁹.

Apesar da maioria dos fumantes interromperem o tabagismo sem auxílio, pesquisadores e profissionais da saúde enfatizam que a chance de cessação, com sucesso, pode ser aumentada com uso de suporte comportamental e quando necessário com farmacoterapia^{20,21,22}. A terapia de reposição de nicotina, bem como o uso de medicamentos como a bupropiona, deve ser direcionada aos pacientes motivados à cessação e com alto nível de dependência de nicotina²³. No Reino Unido, 15% dos pacientes que participam do programa antitabagismo (Serviço Nacional de Saúde) tem êxito, enquanto apenas 5% cessam sem ajuda profissional²⁴. Logo, utilizar intervenções eficazes aumentam as chances de manutenção da abstinência, comparado com quem não utiliza terapias, ou faz uso de placebo²⁵. Também há benefícios quando o paciente está ciente dos tratamentos disponíveis e de sua eficácia²⁶.

A OMS incentiva os profissionais de saúde a exercerem abordagem rotineira de cessação do tabagismo e reconhece que o aconselhamento pode ser uma causa decisiva na suspensão do tabagismo. Vários estudos apontam que a abordagem feita principalmente pelo médico aumenta a taxa de cessação entre fumantes. No entanto, durante o curso de graduação de medicina o tema ainda é pouco abordado e ainda há poucos profissionais capacitados para tratar o tabagismo²⁷. Na Pnad 2008, pouco mais da metade (57,1%) dos pacientes tabagistas declara ter sido advertido para parar de fumar, no decorrer daquele ano¹⁹. Além disso, o número de serviços de apoio para abandono do fumo ainda é insuficiente tanto na rede privada quanto na pública²⁸.

Até o momento, sabe-se que existem aproximadamente 21% de ex-fumantes na população brasileira. No entanto, informações a cerca das características de ex-tabagistas que vivem em nosso meio bem como recursos utilizados para atingir o sucesso, ainda são escassos. O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) é um centro de referência terciária para o estado de Santa Catarina, com importante contribuição na cobertura assistencial que realiza em hospitalizados e em pacientes ambulatoriais. Com o objetivo de contribuir para futuros programas de cessação do tabagismo, o presente estudo se propõe a avaliar o perfil dos pacientes ex-tabagistas atendidos neste hospital e determinar os fatores associados ao sucesso da cessação do tabagismo em função do sexo, grau de dependência, carga tabágica e tempo de cessação.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Avaliar o perfil dos pacientes ex-tabagistas atendidos no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – UFSC e determinar os fatores associados ao sucesso da cessação do tabagismo.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e tabágico de pacientes ex-tabagistas atendidos no HU-UFSC: hospitalizados e ambulatoriais;
- Descrever as características ligadas à cessação tabágica (tempo de cessação, motivações e dificuldades na cessação) de pacientes ex-tabagistas atendidos no HU-UFSC: hospitalizados e ambulatoriais;
- Comparar pacientes ex-tabagistas do sexo masculino com aqueles do sexo feminino;
- Comparar os pacientes ex-tabagistas que apresentaram elevado grau de dependência com aqueles de baixo grau de dependência à nicotina;
- Comparar os pacientes ex-tabagistas que apresentaram elevada carga tabágica com aqueles de baixa carga tabágica;
- Comparar os pacientes ex-tabagistas com longo tempo de cessação com aqueles que cessaram há menos tempo.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo e participantes

Foi realizado um estudo transversal, descritivo e analítico, com delineamento retrospectivo. A população estudada foi composta por sessenta pacientes ex-tabagistas. O estudo incluiu os indivíduos que cessaram o uso de tabaco por pelo menos um ano, hospitalizados na emergência, nas clínicas médica e cirúrgica ou em atendimento ambulatorial, maiores de 18 anos, dispostos a participar voluntariamente da pesquisa. Dos 70 pacientes que foram abordados, sessenta aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos da amostragem pacientes não tabagistas, com incapacidade de responder ao questionário, grávidas ou lactantes, pacientes com distúrbios psiquiátricos graves ou abuso de substâncias psicoativas, assim como aqueles que se recusaram a participar da pesquisa.

A pesquisa foi aplicada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (Parecer: 3.192.262) (ANEXO 1), sob a forma de questionários, mediante uma autorização através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido. Os participantes responderam ao formulário em momento adequado, sem prejuízo de consultas e exames, com garantia do sigilo das informações coletadas. A coleta e tabulação dos dados foram realizadas pelos pesquisadores, devidamente treinados. Os pesquisadores realizaram busca ativa de pacientes nas enfermarias e ambulatórios do HU.

3.2 Fonte de dados e variáveis de estudo

A coleta de dados foi realizada de março até agosto de 2019. Como definição de ex-fumante, considerou-se o indivíduo que deixou de consumir cigarros há, pelo menos, um ano. Os pacientes ex-tabagistas, dentro das características acima, foram convidados a participar do estudo. Aqueles que aceitaram, responderam um questionário estruturado com sessões discriminadas, em sua maioria, por perguntas fechadas, que incluíram dados de identificação, demográficos, IMC (quatro pacientes não souberam responder o valor do peso e altura e, portanto, não foram incluídos no cálculo desta variável), socioeconômicos e comorbidades. Com relação ao tabagismo, foi investigada: idade de início, tentativas prévias de cessação, exposição passiva e síndrome de abstinência (definida como presença de três ou mais sintomas atribuídos à abstinência ao fumo). A carga tabágica foi classificada em: elevada

(>20anos/maço) e baixa (≤ 20 anos/maço). Ainda durante a entrevista, foi estimado o grau de dependência à nicotina, através do questionário de Fagerström, considerando as respostas retrospectivas, relativas ao período próximo da cessação. O grau de dependência nicotínica foi classificado em: baixa/moderada dependência para aqueles com escala < 6 e alta dependência para os que obtiveram pontuação ≥ 6 na escala. O tempo de cessação foi dividido para comparação entre pacientes que cessaram há mais de 15 anos ou menor ou igual há 15 anos.

3.3 Análise estatística

Os dados foram digitados e analisados com o programa Statistical Package for the social Sciences, versão 21. As variáveis contínuas foram submetidas ao teste de Kolmogorov-Smirnov, para determinação da normalidade de suas distribuições. As variáveis contínuas normais foram expressas através de média e desvio-padrão, enquanto as variáveis contínuas não normais foram apresentadas sob a forma de medianas e intervalos interquartilísticos 25-75% (IQR25-75). As variáveis categóricas foram expressas em termos de números e frequências. As diferenças entre os pacientes foram analisadas através do Teste de Qui-quadrado ou Teste de Fischer, para variáveis categóricas, e através dos testes T de Student ou Mann-Whitney, para as variáveis contínuas. Foi considerado o valor $p < 0,05$ para significância estatística.

4. RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas dos participantes

A população entrevistada foi composta por 39 (65%) pacientes do sexo masculino e 21 (35%) do sexo feminino. A mediana de idade foi de 61,5 anos. A mediana do Índice de Massa Corporal foi de sobrepeso (39,2%). A maioria dos pacientes eram casados ou cohabitavam (39/65%). Metade dos pacientes tinha menos de 8 anos de escolaridade (analfabeto ou fundamental incompleto) enquanto que a minoria (8,1%) possuía ensino médio completo ou mais. A renda familiar mediana dos participantes foi de 2,5 salários mínimos. A grande maioria não praticava atividade física (75%), considerada como caminhada, de pelo menos 10 minutos/dia. Dos pacientes abordados 40% estavam hospitalizados e 60% estavam aguardando atendimento ambulatorial. Também foi predominante (66,7%) o número de participantes que se declararam católicos. (Tabela 1)

4.2 Características tabágicas e ligadas à cessação

Do total de 60 pacientes entrevistados, a mediana de idade de início foi de 15 anos (IIQR: 12-18). Quase metade (48,4%) apresentava grau elevado (6-7 pontos no escore) ou muito elevado (8-10 ponto no escore) na escala de dependência de Fagerström. A mediana do número de cigarros fumados por dia foi de 20. A mediana da carga tabágica foi de 30 anos/maço. A grande maioria (76,7%) nunca fumou outros tipos de fumíferos. A mediana do tempo de exposição ao fumo foi de 30 anos. (Tabela 2) A maioria dos pacientes relata ter iniciado o tabagismo por influência de amigos (60%), já 35% teve influência familiar. Em geral (61,7%), não houve relato de situações de constrangimento devido ao hábito de fumar. (Tabela 2) Os principais gatilhos que faziam os pacientes fumar foram: após as refeições (86,7%) e beber café (76,7%) e outras motivações foram declaradas como associadas consumo de tabaco como: consumo de bebida alcoólica (66,7%), ansiedade (53,3%), momentos de tristeza (58,3%), irritação (58,3%), solidão (45%) e alegria (43,3%). Quanto ao tabagismo passivo, 53,3% dos pacientes entrevistados tinha presença de outras pessoas em casa ou no trabalho que fumavam.(Gráfico 1)

Pouco mais da metade (58,3%) recebeu incentivo de familiares e amigos para a cessação. Os maiores motivos para a cessação do tabagismo foram: a preocupação com a

saúde no momento da interrupção (70%), preocupação com a saúde no futuro (46,6%), pelo bem-estar da família (38,3%), pelo mau exemplo para filhos e netos (36,7%) e pela presença de alguma doença, no momento da cessação (36,7%) (Gráfico 2). A mediana de tempo de cessação foi de 17 anos (IIQR 12-28). A mediana foi de uma tentativa de cessação anterior a de sucesso. A maioria expressiva (83,3%) não utilizou nenhum recurso para parar de fumar. Da mesma forma 88,3% não utilizou nenhum serviço público de saúde. A maioria (61,7%) referiu ganho de peso após a cessação. Porém, praticamente todos (85%), refeririam ter notado melhora na saúde após o abandono do tabagismo. (Tabela 2)

Foram considerados fatores que dificultam a cessação: medo de ter sintomas de ansiedade (50%), tabagismo passivo (45%), medo de ficar estressado (38,3%) e medo de sintomas de depressão (23,3%). Enquanto que medo de engordar, não foi considerado relevante pela maioria dos pacientes (85%).

4.3 Comparação entre pacientes do sexo feminino com pacientes do sexo masculino

As seguintes variáveis ligadas à adição ao tabaco apresentaram diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres: sofrer constrangimento por fumar (23% dos homens e 66,6% das mulheres), $p < 0,00$, e o sentimento de solidão como gatilho para fumar (33,3% dos homens e 66,6% das mulheres), $p < 0,01$.

Dentre as motivações para cessação destaca-se que, de forma significativa, a restrição para fumar em ambientes fechados é mais elevada entre mulheres (7,6% dos homens e 28,5% das mulheres), $p = 0,05$;

Dentre as dificuldades para a cessação, ressalta-se que o medo de engordar foi significativamente maior entre as mulheres (5,1% dos homens e 33,3% das mulheres) $p = 0,02$.

4.4 Comparação entre pacientes com alta e baixa dependência

A análise dos pacientes separados pelo grau de dependência, através do Teste de Fagerström, demonstrou que os pacientes com alta dependência apresentaram IMC mais elevado $p = 0,00$. (Tabela 3)

Vale observar também que a média do tempo de cessação, em pacientes com baixa dependência, foi de 24,94 anos. Esse valor foi bem superior em relação aos pacientes de alta dependência, que foi de 15,5 anos, $p = 0,047$.

Notou-se que dos 29 pacientes com elevada dependência, a maioria (23/ 79,3%) também tinha carga tabágica elevada (mais de 20 anos/maço), $p = 0,02$. (Tabela 3)

Dos 29 pacientes que tinham elevada dependência, 21 (79,3%) não utilizaram recurso para cessação do tabagismo. Apenas 10 pacientes, dos 60, utilizaram recursos para parar de fumar. Entre esses que utilizaram recursos, a maioria (8 pacientes) tinham alta dependência, $p=0,02$.

Quando comparados o motivo de início do tabagismo, a maioria dos pacientes com baixa dependência (74,2%), começou por influência de amigos, enquanto que os pacientes com alta dependência tem uma leve superioridade de influência familiar (48,2%), $p=0,05$.

4.5 Comparação entre pacientes com cessação há mais de 15 anos ou menor ou igual há 15 anos

Analisando os pacientes que pararam de fumar há mais de 15 anos, 100% não utilizou nenhum serviço público para cessação $p=0,00$. A mediana de anos de tabagismo, dos pacientes com mais de 15 anos de cessação, foi de 26 anos, já os pacientes, com menor tempo de cessação, fumaram por mais tempo (35 anos), $p=0,00$. Outra observação é que não houve relato de situações de constrangimento pelo ato de fumar, na maioria dos pacientes que cessaram há mais de 15 anos, $p=0,01$. (Tabela 4)

Levando-se em consideração os fatores que dificultam a cessação, o medo dos sintomas de estresse, $p=0,01$, depressão, $p= 0,02$, e ansiedade, $p= 0,00$, tiveram relevância estatística. Tais fatores foram citados, mais frequentemente por pacientes com menos tempo de cessação.

4.6 Comparação entre pacientes com alta carga tabágica e baixa carga tabágica

Ao analisar os dados nota-se um predomínio de homens (80%), entre os pacientes com alta carga tabágica. Enquanto que 56% dos pacientes com baixa carga tabágica são do sexo feminino, $p=0,04$. Houve diferença estatística entre a idade de início do tabagismo entre os pacientes com alta carga tabágica (12 anos), já os pacientes com baixa carga tabágica tem mediana de 16 anos, $p=0,02$. (Tabela 5)

A maioria expressiva dos pacientes com alta carga tabágica se expuseram por mais de 20 anos ao tabagismo (91,5%). Também foi observado que nenhum paciente com baixa carga tabágica utilizou recursos para a cessação. (Tabela 5)

Tabela 1 – Características gerais dos 60 pacientes ex-tabagistas entrevistados

	n = 60
Sexo n (%)*	
Masculino	39 (65)
Feminino	21 (35)
Idade (anos) **	61,5 (54-67)
Local de atendimento no HU n (%)	
Hospitalizados	24 (40)
Ambulatorial	36 (60)
Categoria IMC n (%)*	
Peso abaixo ou normal (até 24,9)	20 (35,7)
Pré-obesidade (25 - 29,9)	22 (39,2)
Obesidade (≥ 30)	14 (25,1)
Estado Civil n (%)*	
Casado/coabitado	39 (65)
Separado/Divorciado	6 (10)
Solteiro	11 (18,3)
Viúvo	4 (6,7)
Escolaridade n (%)*	
Analfabeto / Ensino Fundamental Incompleto	30 (50)
Ensino Fundamental Completo / Ensino Médio Incompleto	25 (41,7)
Ensino Médio Completo ou mais	5 (8,3)
Renda familiar**	2,5 (1-4)
Religião n (%)*	
Católica	40 (66,7)
Evangélica	13 (21,7)
Outros	7 (11,6)
Prática atividade física n (%)*	
Sim	15 (25)
Não	45 (75)

*Valores expressos em n (número absoluto) e % (percentual); ** Valor expresso em mediana e intervalo interquartilico (IIQR₂₅₋₇₅)

Tabela 2 – Características ligadas ao tabagismo e à cessação tabágica dos 60 pacientes ex-tabagistas entrevistados

	n = 60
Idade início (anos) **	15 (12-18)
Tempo de exposição ao fumo(anos) **	30 (16-35,75)
Carga tabágica (anos-maço) **	30 (10,5-51,75)
Cigarros/dia **	20 (20-40)
Fagerström antes da cessação n (%)*	
Muito Baixo / Baixo	17 (28,3)
Médio	14 (23,3)
Elevado / Muito Elevado	29 (48,4)
Outros produto Fumífero n (%)*	
Não	46 (76,7)
Sim ***	14 (23,3)
Motivação para iniciar o Tabagismo n (%)*	
Influência de familiares	21 (35)
Influência de amigos	36 (60)
Outros	57 (5)
Constrangimento por fumar n (%)*	
Sim	23 (38,3)
Não	37 (61,7)
Tempo de cessação do fumo(anos)**	17 (12-28)
Número de tentativas de cessação anteriores **	1 (0-3)
Recebeu incentivo da família/amigos para cessação n (%)*	
Sim	35 (58,3)
Não	25 (47,1)
Presença de outros fumantes em casa ou no trabalho n (%)*	
Sim	32 (53,3)
Não	28 (46,7)
Preocupação com a saúde como motivação de cessação n (%)*	
Sim	42 (70)
Não	18 (30)
Utilização de recursos para cessação n (%)*	
Sim	10 (16,7)
Não	50 (83,3)
Utilização de serviço público de saúde para cessação n (%)*	
Sim	7 (11,7)
Não	53 (88,3)
Ganho de peso após a cessação n (%)*	
Sim	37 (61,7)
Não	23 (38,3)
Percebeu melhora da saúde após a cessação n (%)*	
Sim	51 (85)
Não	9 (15)

*Valores expressos em n (número absoluto) e % (percentual); ** Valor expresso em mediana e intervalo ; interquartilício (IIQR₂₅₋₇₅) ;***Usaram conjuntamente cigarro de palha

Tabela 3 – Comparação entre elevada e baixa dependência ao tabaco para as variáveis associadas às características gerais e ligadas ao tabagismo.

Total n = 60	Alta Dependência n = 29	Baixa Dependência n = 31	P
Índice de massa Corporal ***	28,4 (±4,27)	24,93 (±4,17)	<i>0,003</i>
Tempo de cessação ***	15,5 (±9,1)	24,94 (±11,1)	<i>0,047</i>
Número de Cigarros fumava por dia**	30 (20-60)	20 (8-20)	<i>0,00</i>
Carga tabágica (anos.maço) n (%)*			<i>0,025</i>
Menor ou igual a 20 anos/maço	6 (20,6)	15 (48,3)	
Mais de 20 anos/maço	23 (79,3)	16 (51,7)	
Motivo de início n (%)*			<i>0,054</i>
Influência de familiares	14 (48,2)	7 (22,6)	
Influência de amigos	13 (44,8)	23 (74,2)	
Outros	2 (7)	1(3,2)	
Usou algum recurso para cessação n (%)*			<i>0,024</i>
Sim	8 (27,5)	2 (6,4)	
Não	21 (72,5)	29(93,6)	
Motivação para cessação: Não gostava de ser dependente do cigarro n (%)*			<i>0,048</i>
Sim	10 (34,4)	4 (13)	
Não	19 (65,5)	27 (87)	
Considera que o tabagismo passivo dificulta cessação n (%)			<i>0,035</i>
Sim	9 (31,1)	18 (58)	
Não	20 (68,9)	13 (42)	

*Valores expressos em n (número absoluto) e % (percentual); ** Valor expresso em mediana e intervalo interquartilico (IIQR₂₅₋₇₅)

***Valores expressos em média e desvio-padrão

Tabela 4 – Comparação entre elevado e baixo tempo de cessação tabágica para as variáveis associadas às características gerais e ligadas ao tabagismo

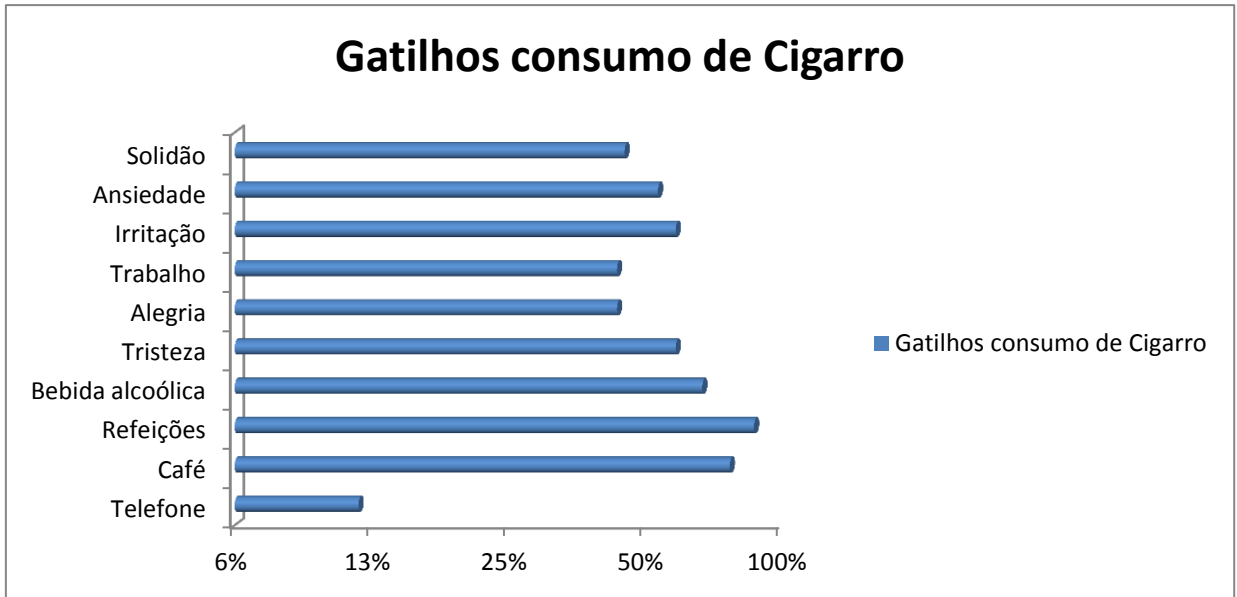
Total n = 60	Mais de 15 anos n = 33	Menor ou igual a 15 anos n = 27	P
Estado Civil n (%)*			<i>0,027</i>
Casado/cohab	23 (69,7)	16 (59,3)	
Separado/Divorciado	5 (15,2)	1 (3,7)	
Solteiro	2 (6,1)	9 (33,3)	
Viúvo	3 (9)	1 (3,7)	
Anos de tabagismo **	26 (11-32)	35 (29-40)	<i>0,005</i>
Usou serviço público para cessação n (%)*			<i>0,002</i>
Sim	0 (0)	7 (25,9)	
Não	33 (100)	20 (74,1)	
Sofreu constrangimento por fumar n (%)*			<i>0,013</i>
Sim	8 (24,2)	15 (55,6)	
Não	25 (75,8)	12 (44,4)	

*Valores expressos em n (número absoluto) e % (percentual); ** Valor expresso em mediana e intervalo interquartilico (IIQR₂₅₋₇₅)

Tabela 5 - Comparação entre elevada e baixa carga tabágica para as variáveis associadas às características gerais e ligadas ao tabagismo.

	Alta Carga tabágica n = 35	Baixa Carga tabágica n = 25	P
Sexo n (%)*			<i>0,004</i>
Feminino	7 (20)	14 (56)	
Masculino	28 (80)	11 (44)	
Idade de início do tabagismo**	12 (9,6-14)	16 (14,5-20)	<i>0,021</i>
Cigarros por dia**	30 (20-52,5)	20 (6-20)	<i>0,00</i>
Tempo de cessação**	15 (11,5-19)	22 (14-33)	<i>0,036</i>
Tempo de exposição n (%)*			<i>0,00</i>
Menor ou igual a 20 anos	3 (8,5)	18 (72)	
Maior que 20 anos	32 (91,5)	7 (28)	
Usou algum recurso para cessação n (%)*			<i>0,003</i>
Sim	10 (28,5)	0 (0)	
Não	25 (71,5)	25 (100)	
Fagerström n (%)*			<i>0,00</i>
Alta dependência	24 (68,5)	5 (20)	
Baixa dependência	11 (31,5)	20 (80)	

*Valores expressos em n (número absoluto) e % (percentual); ** Valor expresso em mediana e intervalo interquartilico (IIQR₂₅₋₇₅)

Gráfico 1 - Gatilhos para consumo de cigarro antes do abandono do tabagismo**Gráfico 2** – Motivações dos ex-tabagistas para cessação do tabagismo

5. DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou o perfil e diversas características associadas ao tabagismo em 60 pacientes ex-tabagistas hospitalizados e ambulatoriais atendidos no HU-UFSC. Os entrevistados eram homens, casados, no início da terceira idade, com sobrepeso e de baixa escolaridade. A influência de amigos foi o principal motivo para iniciação do tabagismo na adolescência. Metade apresentou grau de dependência elevado ou muito elevado e alta carga tabágica. O consumo mediano de cigarros foi de uma carteira por dia e 30 anos de exposição. Os gatilhos mais citados foram café, após refeições e consumo de bebida alcoólica.

Os achados evidenciaram ainda que, a mediana de tempo de cessação foi de 17 anos e a principal motivação para interromper o tabagismo foi a preocupação com a saúde. Em geral, os entrevistados fizeram apenas uma tentativa prévia de parar de fumar e a maioria não utilizou nenhum recurso para cessação, tampouco utilizou serviço público de saúde. Os poucos pacientes que utilizaram recursos tinham elevada dependência à nicotina. Embora mais da metade tenha relatado ganho de peso após a cessação, a melhora na saúde foi percebida por 85% dos ex-tabagistas. Muitos conviviam com pessoas que fumavam e relataram ser difícil parar de fumar na presença de outros fumantes. Os homens apresentaram carga tabágica mais elevada. Os participantes com elevada dependência apresentaram maior IMC, maior carga tabágica, iniciaram o tabagismo mais precocemente, por influência familiar e cessaram há menos tempo. Nenhum paciente que parou há mais de quinze anos utilizou recursos. Adicionalmente ninguém deste grupo relatou situações de constrangimento por fumar. Por outro lado, pacientes que cessaram o tabagismo há menos tempo referiram sintomas de ansiedade e estresse como fator dificultador para a interrupção do tabagismo.

Trata-se de trabalho original por fornecer características de pacientes ex-tabagistas bem como do processo de cessação de usuários atendidos atualmente em diversos setores de um hospital terciário. Os questionários foram aplicados por pessoal treinado, de forma presencial. A coleta abrangeu o maior número possível de pacientes, uma vez que não foi realizada coleta por amostragem. Foram entrevistados todos os pacientes que preenchiam os critérios de inclusão. É relevante pelo fato de o tabagismo atual ou prévio ser uma doença prevalente. Além disso, existem poucos estudos quanto ao perfil tabágico de pacientes ex-fumantes, principalmente nos que cessaram sem utilização de nenhum recurso ou serviço de

saúde. A partir do conhecimento das características desta população, planos para auxiliar na cessação do tabagismo podem ser melhor delineados.

Apesar da pouca recusa de participação dos pacientes hospitalizados, houve uma dificuldade no momento de seleção de pacientes, já que a maioria dos prontuários das enfermarias não continha a informação sobre tabagismo atual ou ex-tabagismo, necessitando de maior tempo na seleção de pacientes. Houve perdas de pacientes abordados para participar, pois como se tratou, em parte, de uma população hospitalizada, muitos apresentavam quadro de doença grave, o que impossibilitou a aplicação do questionário para alguns pacientes internados. Decidiu-se por um questionário aplicado por entrevistadores, uma vez que a população alvo foi composta principalmente por pacientes de baixa escolaridade. Pode existir o viés de que o entrevistado tenha respondido de forma a agradar ao entrevistador, não sendo completamente fiel em suas respostas. Outra questão a ser levada em consideração é que o tempo mediano de cessação foi de 17 anos, fato que pode ter gerado um viés de memória.

No que se refere ao perfil demográfico composto por homens, casados e idade próxima aos 60 anos, os dados do atual estudo concordam com estudos epidemiológicos realizados em outros países, em que indivíduos homens, casados e mais velhos, apresentam maior probabilidade de abandonar o cigarro. Porém, os entrevistados apresentaram baixa renda e baixa escolaridade, fator que se diferencia do perfil de quem tem sucesso na cessação^{29,30,31,32}. Deve-se levar em consideração que, o HU é um hospital público, com perfil de pacientes de menor renda, fato que pode justificar a prevalência de pacientes com baixa renda e escolaridade no estudo. Adicionalmente, acredita-se que fumantes acima de quarenta anos tenham maior conscientização da incidência de doenças relacionadas ao tabaco e, por isso, tentam mais a interrupção do que aqueles mais jovens²⁹. No Brasil, a média de idade para o início regular do tabagismo é de 13 anos³³. Contudo, entre os participantes do presente estudo a idade de início do uso de tabaco foi de 15 anos, o que pode sugerir que, entre aqueles que conseguem atingir a abstinência prolongada, o início é mais tardio. De acordo com isso, observou-se, em um estudo americano de base populacional, que a probabilidade de cessação do tabagismo era significativamente maior em indivíduos que começaram a fumar depois dos 13 anos. Após os 17 anos a chance de cessação era duas vezes maior²⁹. O presente estudo também revelou que os pacientes tabagistas iniciaram o uso do tabaco por influência principalmente de amigos e familiares. Tal dado é condizente com outro estudo, realizado na USP, que mostrou que a maioria dos entrevistados que procuraram o núcleo de apoio à cessação iniciaram o tabagismo "para imitar os amigos"³⁴. Outro levantamento realizado no

HU – UFSC com 235 pacientes tabagistas hospitalizados, demonstrou a influência de amigos como principal fator motivacional para início do tabagismo³⁵. Isto revela que apesar dos avanços no combate à propaganda do tabagismo, ainda são necessárias abordagens mais direcionadas para faixa etária adolescente e que substituam o quadro atual para o de influência social dos amigos na prevenção da iniciação do tabagismo.

Os principais gatilhos relatados para fumar foram o café, as refeições e consumo de bebidas alcoólicas, dados que não foram diferentes de outros estudos em tabagistas³⁶. Conhecer os gatilhos dos ex-tabagistas é importante para reforço da manutenção, principalmente de ex-fumantes recentes, de forma que o paciente possa ser orientado a evitar situações que desencadeiam recaídas, pelo menos no primeiro ano.

Embora um terço dos ex-tabagistas entrevistados tenham relatado mais do que três tentativas de cessação, a média foi de uma tentativa prévia para parar de fumar antes do sucesso da parada total. Entretanto, a literatura sugere que o processo de cessação do tabagismo, geralmente, envolve 3 a 4 tentativas para parar de fumar sem sucesso antes da abstinência prolongada^{30,31}. Uma provável explicação para esta discordância poderia ser o viés de memória, sem ter representado um marco recordatório significativo para os entrevistados.

Quase a totalidade dos participantes informou que não contou com auxílio para parar de fumar, ao considerar tanto as tentativas prévias de cessação quanto a que obteve o sucesso. Este resultado também está em conformidade com a literatura da área que salienta que a maioria dos fumantes que tentam parar de fumar não recorre a um tratamento especializado^{37,38}. Pesquisadores observaram que existem diversas questões implicadas com a escolha da assistência de saúde. Em geral, os resultados apontam para o não uso da assistência, provavelmente relacionado a fatores como custo, acesso, falta de conhecimento sobre assistência e percepções errôneas sobre efetividade e segurança dos medicamentos oferecidos^{39,40,41,42}. Além disso, um estudo Australiano demonstrou outros fatores ainda mais complexos como assumir a responsabilidade pessoal de cessação, bem como o significado moral de desistir sozinho⁴³. Em resposta à baixa aceitação tem sido promovido melhoria na conscientização, acesso e utilização de farmacoterapia^{44,45,46}. São considerados os principais componentes do tratamento para cessação do tabagismo: a abordagem cognitivo-comportamental e o apoio farmacológico, quando necessário, sendo o primeiro o principal. As duas medidas, em conjunto, são capazes de triplicar a manutenção de abstinência⁴⁷.

Quanto aos motivos para parar de fumar, a preocupação com a saúde foi o mais citado, corroborando investigações anteriores⁴⁸. A natureza da motivação para a abstinência do tabaco

é um fator-chave no processo de cessação do tabagismo. Comportamentos motivados intrinsecamente são geralmente guiados pela antecipação da recompensa que é sentida internamente, como a melhora das condições de saúde. Em contrapartida, os comportamentos motivados extrinsecamente respondem a recompensas ou punições externas. Apesar dos dois tipos de estados motivacionais poderem impulsionar mudanças, a mudança motivada intrinsecamente associa-se mais intensamente ao estabelecimento de comportamentos saudáveis⁴⁹. Este é um aspecto que pode ser abordado em intervenções direcionadas ao aumento da motivação para alterar o comportamento aditivo.

No estudo VIGITEL 2016, foi encontrado uma prevalência de tabagismo passivo domiciliar de 7,9% em Florianópolis. A prevalência de tabagismo passivo entre os ex-tabagistas é relevante, pois quase metade dos pacientes referiu dificuldades para cessar o tabagismo pela presença de alguém que fuma em casa ou no trabalho. Também foram citados como fatores dificultadores: o medo dos sintomas de ansiedade e estresse. Com base nestes dados é importante que, durante a abordagem do paciente que queira cessar o tabagismo, seja oferecido também apoio aos familiares que fumam, com o objetivo de aumentar as chances de sucesso na cessação⁵⁰.

Quando se comparou homens e mulheres ex-tabagistas, observou-se de forma significativa, a presença de constrangimento pelo fato de fumar ter sido mais relatado pelas entrevistadas, motivo não valorizado em estudos semelhantes até o momento. Quanto às motivações para parar de fumar, o presente estudo observou que a restrição de fumar em ambientes fechados também foi, significativamente, mais importante para mulheres. Sabe-se que condições ambientais associadas às tentativas de deixar o fumo incluem ter restrições ao cigarro em casa por familiares, assim como políticas antifumo em locais de trabalho e ambientes públicos⁵¹. Diante destes dados nota-se que é importante uma abordagem motivacional da mulher tabagista voltada para os aspectos culturais e emocionais que envolvem o tabagismo. Quanto às dificuldades durante a cessação notou-se que o medo de engordar, foi significativamente mais importante entre as mulheres. Logo, durante a abordagem destas pacientes deve-se orientar a importância de realizarem atividades físicas e alimentação hipocalórica, pois elas auxiliam na cessação do tabagismo e no controle do estresse e ansiedade.

A comparação dos ex-tabagistas pelo grau de dependência relatado evidenciou que aqueles com Fagerström maior ou igual a seis apresentaram IMC mais elevado. Sabe-se que a nicotina aumenta os níveis de dopamina e serotonina no cérebro com consequente necessidade de menor ingestão calórica⁵². Portanto, quando desistem de fumar, a maioria das

peçoas ganha peso. Essa elevação costuma ser em média 3 a 4 quilos e ocorre em média nos seis primeiros meses após a cessação, com estabilização após um ano. Alguns estudos mostram que o ganho de peso também leva as peçoas a retomar o fumo depois de uma tentativa inicial bem sucedida de parada. Porém, intervenções com exercícios físicos reduziram significativamente o peso em longo prazo. A associação de medicações como a Bupropiona, tem ajudado na redução do ganho de peso pós cessação⁵³.

Outra característica dos ex-fumantes com elevado grau de dependência é que eles apresentaram, em geral, maior carga tabágica e cessaram o tabagismo há menos tempo. Tal fato talvez possa ser explicado porque em nível individual à cessação seja mais frequente em peçoas com menor dependência de nicotina^{54,55}.

Quando comparados os motivos de início do tabagismo, a maioria dos pacientes com baixa dependência começou por influência de amigos, enquanto que os pacientes com alta dependência tem uma leve superioridade de influência familiar. Pode-se associar ao fato de que os pacientes com elevada dependência, geralmente, iniciam o tabagismo em idade mais precoce e nessa faixa etária a influência da família é mais importante.

Analisando os pacientes que pararam de fumar há mais de 15 anos, 100% não utilizou nenhum serviço público para cessação. Pode-se associar ao fato da inserção de medidas públicas para ajudar na cessação do tabagismo terem acontecido a partir de 2004, depois da Convenção Quadro. Outra observação é que não houve relato de situações de constrangimento pelo ato de fumar, na maioria dos pacientes que cessaram há mais de 15 anos. Tal fato se atribui ao contexto cultural e legislativo da época, quando não existiam medidas de restrição para fumar em ambientes fechados e proibição de propagandas¹⁵.

O fator dificultador mais relatado (50%) foi o medo dos sintomas de ansiedade. Quando separou-se os pacientes com menor tempo de cessação, de forma significativa, o medo dos sintomas de estresse, depressão e ansiedade foi maior neste grupo. Essa associação pode ser um reflexo da sociedade atual, já que segundo um relatório da OMS: o número de peçoas que vivem com depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015. No Brasil, a depressão atinge 5,8% da população e distúrbios relacionados à ansiedade afetam 9,3%. A prevalência é maior entre as mulheres e o estigma associado a esses transtornos mentais permanece elevado⁵⁶.

Em síntese, apesar dos avanços no combate ao tabagismo, a maioria das peçoas ex-tabagistas ficaram um grande tempo expostas ao cigarro, apresentavam elevada dependência e a maioria parou de fumar sem utilizar nenhum recurso de saúde. A preocupação com a saúde se destacou com o principal motivo para a cessação e indica que a abordagem do paciente tabagista deve ser realizada sempre que possível, em vários níveis de atendimento, uma vez

que se sabe que o aconselhamento aplicado por qualquer profissional de saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo^{57,58}. No entanto, para que isso se concretize, é necessário o preparo de profissionais para tratamento do paciente tabagista. Outro aspecto importante é a conscientização da população em geral, através de campanhas de saúde pública que motivam a cessação e alerta as pessoas de forma educativa em diversos aspectos relatados neste trabalho como: o tabagismo de início precoce, influência de amigos ou familiar e ainda convivência com outras pessoas que fumam em casa ou no trabalho. Para as mulheres ex-tabagistas, o medo de engordar teve importância e poderia ser desmistificado, já que o ganho de peso que pode ser atribuído à cessação do tabagismo é relativamente pequeno. Vale ressaltar que o sedentarismo, aumento do consumo de alimentos associados a estresse e depressão deveriam ser considerados como fatores que justificam o referido aumento de peso em mulheres devem ser trabalhados através de exercícios, reeducação alimentar e terapias psicológicas.

6. CONCLUSÃO

1. Ex-tabagistas são homens, próximo de sessenta anos, com baixa escolaridade e renda familiar. Iniciaram o tabagismo na adolescência sob a influência de amigos e apresentam um elevado grau de dependência nicotínica.
2. A grande maioria dos ex-tabagistas não utilizou recursos para cessar o tabagismo ou auxílio de serviço público.
3. Preocupação com a saúde foi o motivo mais relevante para cessação.
4. Medo da ansiedade e presença de outros tabagistas em casa ou no trabalho surgiram como dificultadores da cessação.
5. Para as mulheres, destacou-se como motivação para cessar, a restrição de fumar em ambientes fechados. O medo de ganhar peso, medo de sintomas de ansiedade, estresse e depressão foram mais evidentes como fatores dificultadores, no sexo feminino.
6. Os participantes com elevada dependência apresentaram maior IMC, maior carga tabágica e iniciaram o tabagismo por influência familiar.
7. Cessação há menos tempo foi acompanhada de mais sintomas de ansiedade e estresse como dificultadores.
8. Estes dados chamam a atenção para o incentivo ao cumprimento das leis de restrição ao tabaco, às campanhas de motivação e abordagens inseridas de rotina na prática dos profissionais de saúde associados às estratégias de controle de peso do estresse e ansiedade.

REFERÊNCIAS

1. Rosemberg J. Nicotina. Droga universal. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde/ Centro de Vigilância Epidemiológica; 2003. [acessado 2019 AGO 22]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf>
2. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2017: implementing smoke-free environments. Geneva: WHO Document Production Services; 2017.
3. World Health Organization. WHO report on the Global Tobacco Epidemic 2008. Geneva; WHO Document Production Services, 2008.
4. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2015; Raising taxes on tobacco. Geneva: WHO Document Production Services; 2015.
5. Nunes, SOV et al. Avaliação das características clínicas dos fumantes que buscaram tratamento em um Centro de Referência do Sistema Único de Saúde (SUS). Biosaúde, [s.l.], v.8, n.1, p.3-24, 2006.
6. Castro, MRP et al. A dependência da nicotina associada ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas. SEMINA; v.29, n.2, p.131-140, 2008.
7. Fargerström, K. Epidemiologia do fumo: conseqüências na saúde e benefícios da Cessação. Drugs, Auckland, v.62, p.1-9, 2002.
8. Berretini WH, Lerman CE. Pharmacotherapy and pharmacogenetics of nicotine dependence. AmJPsychiatry; 2005.
9. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. Addiction. 2004; 99:29-38.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab). Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009.
11. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) 1989. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
12. Szwarcwald CL, Viacava F, Vasconcellos MTL, Leal MC, Azevedo LO, Queiroz RSB, et al. Pesquisa Mundial de Saúde 2003: o Brasil em números. RADIS Comunicação em Saúde 2004; 23:14-33.
13. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017 / Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2018.
14. Malta DC, Stopa SR, Santos MAS, Andrade SSCA, Oliveira TP, Cristo EB, et al. Evolution of tobacco use indicators according to telephone surveys, 2006-2014. Cad Saúde Pública.

15. Malta, DC.; Silva, JB. O Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, DF; jan./mar. 2013; 22(1):151-164,.
16. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
17. Centers for Disease Control. State Medicaid coverage for tobacco dependence treatment. United States, 2006. *MMWR*; 2008;57:117–22.
18. Van Den Putte B, Yzer MC, Brunsting S. Social influences on smoking cessation: a comparison of the effect of six social influence variables. *Prev Med* 2005;41(1):186-93.
19. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab: relatório Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011a. 199 p.
20. Ferences L, Cahill K, Stevens S, Lancaster T. Pharmacological treatments for smoking cessation. *JAMA* 2014;311:193–4.
21. Morton J, Song Y, Fouad H, Awa FE, Abou El Naga R, Zhao L, et al. Cross-country comparison of waterpipe use: nationally representative data from 13 low and middle-income countries from the Global Adult Tobacco Survey (GATS). *Tob Control* 2014; 23(5): 419-27.
22. Instituto Nacional de Câncer. Tabagismo: um grave problema de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2007
23. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11.
24. Hughes JR, Shiffman S, Callas P, Zhang J. A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. *Tobacco Control*. 2003;12:21-27.
25. Fiore, MC. Treating tobacco use and dependence: an introduction to the US public health service clinical practice guideline. *Respiratory Care*, 2000,45: 1196-1199.
26. Willemsen MC, Wiebing M., Emst A., & Zeeman, G. Helping smokers to decide on the use of efficacious smoking cessation methods: a randomized controlled trial of a decision aid. *Addiction*.2006, 1362-1363.
27. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2015; Raising taxes on tobacco. Geneva: WHO Press; 2015.
28. Fernandes M. Porque vale a pena deixar de fumar. *Médicos de Portugal*; 2008.
29. Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarette smoking and other suspected influences. *Am J Public Health*. 1996; 86(2):214-20.
30. Caponnetto P.; Polosa R. Common predictors of smoking cessation in clinical practice. *Respiratory Medicine*. 2008;102(8):1182-1192.

31. Hymowitz N, Cummings KM, Hyland A, Lynn WR, Pechacek TF, Hartwell, TD. Predictors of smoking cessation in a cohort of adult smokers followed for five years. *Tobacco Control*. 1997; 6(2):57-62
32. Abdullah AS, Driezen P, Quah AC, et al. Predictors of smoking cessation behavior among Bangladeshi adults: findings from ITC Bangladesh survey. *Tob Induc Dis* 2015;13(1):23.36.
33. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Nappo AS. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. São Paulo, Cebrid/UNIFESP. 2002.
34. Santos SR, Gonçalves MS, Leitao Filho FS, Jardim JR. Profile of smokers seeking a smoking cessation program. *J Bras Pneumol*. Sep 2008; 34(9):695-701.
35. Barreto RB, Pincelli MP, Steinwandter R, Silva AP, Manes J, Steidle LJM. Tabagismo entre pacientes internados em um hospital universitário no sul do Brasil: prevalência, grau de dependência e estágio motivacional. *J Bras de Pneumol*. 2012; 38(1): 72-80
36. Almeida AA, Bandeira CM, Gonçalves AJ, Araújo AJ. Dependência nicotínica e perfil tabágico em pacientes com câncer de cabeça e pescoço. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2014;40(3):286-293.
37. Piasecki TM. Relapse to smoking. *Clinical Psychology Review*. 2006; 26(2):196-215.
38. Hughes JR, Marcy TW, Naud, S. Interest in treatment to stop smoking. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2008; 36(1):18-24.
39. Etter J, Perneger T. Attitudes toward nicotine replacement therapy in smokers and ex-smokers in the general public. *Clin Pharmacol Ther*. 2001;69:175–83.
40. Bansal MA, Cummings KM, Hyland A, et al. Stop-smoking medications: who uses them, who misuses them, and who is misinformed about them? *Nicotine Tob Res* 2004;6:S303–10.
41. Gross B, Brose L, Schumann A, et al. Reasons for not using smoking cessation aids. *BMC Public Health*. 2008;8:129.
42. Shiffman S, Ferguson SG, Rohay J, et al. Perceived safety and efficacy of nicotine replacement therapies among US smokers and ex-smokers: relationship with use and compliance. *Addiction*. 2008;103:1371–8.
43. Smith AL, Carter SM, Chapman S, *et al*. Why do smokers try to quit without medication or counselling? A qualitative study with ex-smokers, *BMJ Open* 2015;5:e007301.
44. Centers for Disease Control. State Medicaid coverage for tobacco dependence treatment—United States, 2006. *Morb Mortal Wkly Rep* 2008;57:117–22.
45. McNeill A, Raw M, Whybrow J, et al. A national strategy for smoking cessation treatment in England. *Addiction* 2005;100:1–11.
46. Ellerman A, Stillman S, Ford C. Smoking cessation. In: Scollo M, Winstanley MH, eds. *Tobacco in Australia: facts & issues*. Melbourne: Cancer Council Victoria. 2012;1–162
47. Lai DT et al. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst. Rev*. 2010; 1.

48. Cruz WA, Souza LPC, Amaral LM. Motivação e barreiras para a cessação em tabagistas hospitalizados. *J Bras Pneumol*. 2016; 42(supl.1R):222-23
49. Mccaul KD, Hockemeyer JR, Johson, RJ, Zetocha K, Quinlan K, Glasgow RE. Motivation to quit using cigarettes: a review. *Addictive Behaviors*. 2006; 31(1):42-56.
50. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. 2000; 55(1):68-78.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.*
52. Li L, Feng G, Jiang Y, et al. Prospective predictors of quitting behaviours among adult smokers in six cities in China: findings from the International Tobacco Control (ITC) China Survey. *Addiction*. 2011;106(7):1335-13345.
53. Chatkin R, Chatkin JM. Tabagismo e variação ponderal: a fisiopatologia e genética podem explicar esta associação? *J. bras. pneumol*. 2007; 33(6):712-719.
54. Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 1.
55. Hyland A, Borland R, Li Q, et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the international tobacco control (ITC) four country survey. *Tobac Contr* 2006;15: 83-94.
56. *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization; 2017.
57. Fiore MC, et al. *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S Department of Health and Human Services, May 2008a.
58. GORIN, S. S.; HECK, J. E. Meta-analysis of the efficacy of tobacco counseling by health care providers. *Cancer Epidemiology Biomarkers & Prevention*. 2004; 13(11): 2012-2022.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, **em 16 de junho de 2011.**

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada “Características de pacientes ex-tabagistas atendidos no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago e estratégias de sucesso para a cessação tabágica” que será conduzida pelos seguintes pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC): professoras, Leila John Marques Steidle e Mariangela Pimentel Pincelli e alunas de graduação Uruciara Raiane de Mello Alves da Silva, Hestefane Lira e Laisa Goulart Saviatto. Através deste documento, denominado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentaremos os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios e as garantias da pesquisa, de modo que você possa decidir se quer participar.

Justificativa e objetivos: Esse estudo será parte do Trabalho de Conclusão do Curso de Medicina que tem por objetivo saber o perfil dos pacientes ex-tabagistas atendidos no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – UFSC e determinar os fatores associados ao sucesso da Cessação do Tabagismo, para melhorar futuros programas de cessação tabágica. A pesquisa se justifica pelo fato de o Tabagismo ser um sério problema de saúde pública, que teve a redução da quantidade de pessoas que fumam por causa de medidas educativas, de prevenção e de leis. Sendo considerado o maior fator evitável de doenças, invalidez e mortes prematuras.

Procedimentos: Sua participação é voluntária e se dará por meio de respostas a um questionário e realização de espirometria sem e com uma medicação (bombinha) que dilata os brônquios completa (broncodilatador). A espirometria mede a capacidade pulmonar. Neste exame você respirará de forma rápida e forte, soprando em um aparelho (espirômetro) que medirá se a capacidade de sua respiração está normal. Este exame é realizado antes e depois do uso da bombinha, se você não tiver contraindicações para o uso, para avaliar se há características de algumas como a bronquite do cigarro (DPOC). Participarão do estudo pacientes ex-tabagistas, há pelo menos um ano, atendidos no HU. A coleta de dados consistirá em uma entrevista breve para registro escrito de informações gerais, como: idade, sexo, profissão, hábitos de vida, dados socioeconômicos, fatores relacionados ao tabagismo e teste que avalia doenças e dependência de nicotina. O procedimento será realizado no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da UFSC (HU-UFSC), com uma duração aproximadamente de 15 minutos. Todos os dados registrados ficarão exclusivamente em posse dos pesquisadores. Os questionários serão arquivados, identificados exclusivamente por código numérico. Os resultados obtidos na pesquisa serão publicados em meios científicos sem constar informações de identificação dos participantes.

Riscos e benefícios: a participação no estudo é gratuita. As entrevistas poderão causar algum constrangimento ou desconforto psicológico. Nesse caso, você estará livre para desistir se desejar. Durante a **espirometria** você pode sentir tontura momentânea pelo esforço de soprar. A bombinha pode acelerar seu coração e causar tremores nas mãos, mas a sua duração de efeito é rápida. A espirometria, não será realizada se você tiver realizado cirurgia no seu pulmão ou na barriga (abdome) recentemente ou se você teve infarto ou angina (dor no peito aos esforços), se tiver descolamento de retina, aneurisma de aorta ou hipertensão intracraniana ou ainda se tiver realizado alguma cirurgia nos olhos, ou se esteve internado por qualquer problema de coração, nos últimos 3 meses. Também não deverá ser feita se estiver usando remédios para tuberculose ou se estiver grávida. Há também o risco de quebra acidental do sigilo e da privacidade das informações, mas ele será minimizado pelos seguintes cuidados: posse dos registros exclusivamente pelos pesquisadores, identificação dos registros exclusivamente por código numérico. Ainda, a participação na pesquisa não será remunerada. Em termos de benefícios, espera-se o aumento do conhecimento científico sobre o assunto, que se estende para a sociedade como um todo, mas principalmente para os profissionais de saúde que ajudam as pessoas a pararem de fumar.

Garantia de acompanhamento e assistência: Em caso de dúvida entre em contato com a médica que está conduzindo o estudo, Dra. Leila John Marques Steidle, no Departamento de Clínica Médica – 3º andar do

Hospital Universitário – UFSC, Rua Profa. Maria Flora Pausewang, s/n – Trindade, Florianópolis, SC, fone (48) 3721-9014. Se você tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina Universidade Federal de Santa Catarina no seguinte endereço: Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SCCEP 88.040-400, e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Telefone: + 55 48 3721-6094.

Garantia de sigilo e privacidade: o sigilo e a privacidade das informações coletados serão garantidas pelos pesquisadores através de medidas específicas já mencionadas: posse dos registros exclusivamente pelos pesquisadores, identificação dos registros exclusivamente por código numérico. Os dados deste trabalho serão apresentados em reuniões científicas ou publicados em periódicos científicos sem revelar informações de identificação dos participantes.

Garantia de ressarcimento e indenização: não há custo financeiro para sua participação na pesquisa, mas caso ocorra alguma despesa extraordinária decorrente disso, você será ressarcido pelos pesquisadores. Ainda, você poderá solicitar indenização de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada caso a pesquisa acarrete algum prejuízo material ou imaterial.

Garantia de liberdade para não participar da pesquisa e de receber uma via do TCLE: sua participação na pesquisa é voluntária, isto é, você tem o direito de optar por não participar ou cancelar sua participação a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação por sua decisão. Se você não quiser participar, basta dizer isso ao pesquisador presente e não assinar este documento. Para cancelar sua participação a qualquer momento, retirando seu consentimento, basta contatar o pesquisador principal através dos dados de contato descritos anteriormente. Você receberá uma via do presente documento. Guarde-a com cuidado pois ela é uma garantia de seus direitos como participante da pesquisa.

Garantia de cumprimento nas normas éticas de pesquisa: os pesquisadores declaram que cumprirão os termos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 e suas complementares, que definem as normas éticas para pesquisa com seres humanos no Brasil. Toda Pesquisa que envolve seres humanos deve ter avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa. O CEP foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa e apoiar o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, através da avaliação e acompanhamento, segundo diretrizes éticas nacionais e internacionais. Logo, o CEP contribui para melhoria da qualidade das pesquisas e valorização do pesquisador.

Dados de contato: Dra. Leila John Marques Steidle - Departamento de Clínica Médica, HU-UFSC, 3º andar, R. Profª. Maria Flora Pausewang s/nº, Florianópolis/SC - Telefone (48) 3721-9014, e-mail leilajms@uol.com.br
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC - R. Desembargador Vitor Lima 222, sala 401, Prédio Reitoria II, Florianópolis/SC - Telefone (48) 3721-6094, e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br

Consentimento livre e esclarecido do participante: Eu,, portador de RG nº, declaro que li este documento (ou uma pessoa de minha confiança leu para mim) e obtive dos pesquisadores todas as informações necessárias para esclarecimento sobre a pesquisa: “Características de pacientes ex-tabagistas atendidos no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago e estratégias de sucesso para a cessação tabágica”, de modo a optar por participar dela de livre e espontânea vontade.

Assinatura do participante:

Local:.....Data:/...../.....

Assinatura do pesquisador responsável:

APÊNDICE 2



ROTEIRO DE ENTREVISTA

QUESTIONÁRIO - Nº ___ Iniciais do Nome _____
 Telefone residencial _____ Telefone celular _____
 Email _____



DADOS DEMOGRÁFICOS/HÁBITOS DE VIDA

Clínica de internação: 1 Ambulatório: 2 (Qual?)	
Duração da Internação	
Data da Internação	
Idade (em anos completos)	
Sexo: 1-Feminino. 2-Masculino	
Estado civil: 1-Solteiro. 2-Casado/co-habitando. 3-Viúvo. 4-Separado/divorciado. 5-Outros.	
Profissão	
Peso: _____ kg Altura: _____ m Valor do IMC (em Kg/m²): 1-Abaixo do peso (IMC<18,5). 2-Peso normal (18,5-24,9). 3-Pré-obesidade (25,0-29,9). 4-Obesidade grau I (30,0-34,9). 5-Obesidade grau II (35-39,9). 6-Obesidade grau III (=ou>40,0).	
Procedência: 1 –Florianópolis 2- grande Florianópolis 3-Outros municípios do estado 4-Outros estados 5-Outros países	
Naturalidade: 1-Florianópolis 2-Grande Florianópolis 3-Outros municípios do estado 4-Outros estados 5-Outros países	
Religião: 1.Católica 2.Evangélica 3.Outras _____	
Quantas vezes por semana você pratica atividades físicas (por pelo menos 10 min seguidos)?	
Você costuma ingerir bebidas alcoólicas? 1-Não. 2-Sim.	

DADOS SOCIECONÔMICOS

Qual seu grau de escolaridade? 1-Analfabeto. 2- Ensino fundamental incompleto. 3-Ensino fundamental completo. 4-Ensino médio completo. 5-Ensino superior incompleto. 6-Ensino superior completo. 7-Mestrado/doutorado.	
Qual a renda mensal total da sua família (em número de salários mínimos)?	
Qual é o número de pessoas da família ?	

TABAGISMO

Com qual idade iniciou?	
Por quantos anos fumou?	
Quantos cigarros fumava por dia exatamente? (em número absoluto)	
Carga tabágica (calcular em anos-maço).	
Fez uso de algum outro produto fumígeno? 1-Não. 2-Cigarrilhas. 3-Charutos. 4-Cachimbos. 5-Cigarro de palha. 6-Narguile. 7-Maconha 8-Outras (Quais?)	
Fumava quantos dias por semana?	
Porque iniciou o fumo? 1-Influência de familiares. 2-Influência de amigos. 3-Influência de colegas de trabalho. 4-Tentativa de aliviar o estresse do cotidiano. 5-Não sabe informar. 6-Outros (Qual?)	

Quantas vezes tentou parar? (Número de tentativas)	
Por quanto tempo ficou sem fumar? (Se mais de uma tentativa, qual o maior tempo que já ficou sem fumar)	
Já sofreu constrangimento por fumar? 1. Sim 2. Não	
Recebeu incentivo de sua família ou amigos para cessação? 1. Sim 2. Não	
Alguém em sua casa/trabalho fuma na sua presença ou no mesmo local que você frequenta? 1-Não 2-Sim.	
Você utilizou algum recurso para deixar/tentar para de fumar? 1- Não usei nenhum. 2 – Leitura de orientações em folhetos, revistas, jornais. 3 – Apoio de profissional da Saúde. 4 – Medicamento (qual?) 5- Outros (qual?)	
Você utilizou serviço público de saúde para tratamento de tabagismo? 1-Não 2-Sim.	
Qual dos recursos acima você acredita ter realmente colaborado para a cessação? 1- Não usei nenhum. 2 – Leitura de orientações em folhetos, revistas, jornais. 3 – Apoio de profissional da Saúde individualmente. 4 – Participação em grupo de tabagismo. 5 – Medicamento (qual?) 6- Outros (qual?)	
Em caso de uso de medicamento, por quanto tempo foi utilizado?	
Achou a medicação eficaz? 1. Sim 2. Não	
Teve ganho de peso? 1. Sim 2. Não	
Associa o ganho de peso à cessação?	
Percebeu melhora na saúde? 1. Sim 2. Não Qual?	
Apresentou sintomas de síndrome de abstinência? 1.ansiedade 2.inquietação 3.irritabilidade 4.tristeza 5.sonolência ou insônia 6.constipação 7.dificuldade de concentração 8.tonteira 9.fissura 10.Nenhum sintoma	

Em quais das situações o cigarro estava associado a seu dia-a-dia? 1 – Não. 2 - Sim

A. Ao falar no telefone	
B. Com café	
C. Após as refeições	
D. Com bebidas alcoólicas	
E. Tristeza	
F. Alegria	
G. No trabalho	
H. Irritação	
I. Ansiedade	
J. Solidão	
K. Outros (Qual?)	

Porque você deixou de fumar? 1-Não; 2-Sim

A. Porque estava preocupado com sua saúde.	
B. Porque não gosta de ser dependente	
C. Outras pessoas estavam lhe pressionando	
D. Fumar é anti-social	
E. Gestação (Estava grávida no momento? Se homem: 3 – Não se aplica)	
F. Pelo bem-estar da sua família	
G. Porque gastava muito dinheiro com cigarro	
H. Porque estava preocupado com sua saúde no futuro	
I. Fumar é um mau exemplo para os filhos/netos	
J. Porque seus filhos/netos pediram	
K. Devido às restrições de fumar em ambientes fechados.	
L. Por causa de alguma doença. Qual?	

O que você considera como um fator que dificulta a cessação? 1-Não; 2-Sim

A.	Medo de engordar	
B.	Medo dos sintomas de abstinência.	
C.	Presença de pessoas que fumam em sua casa/ambiente de trabalho/grupo de amigos.	
D.	Estresse	
E.	Depressão	
F.	Ansiedade	
G.	Outros. (Quais?)	

TESTE DE FAGERSTRÖM - Dependência física de nicotina

Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

- (1) Após 60 minutos.
- (2) Entre 31 e 60 minutos.
- (3) Entre 6 e 30 minutos.
- (4) Dentro de 5 minutos.

Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas e etc?

- (1) Não.
- (2) Sim

Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?

- (1) O primeiro da manhã.
- (1) Outros.

Quantos cigarros você fuma por dia?

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

Você fuma mais frequentemente pela manhã?

- (1) Não.
- (2) Sim.

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

- (1) Não.
- (2) Sim.

Total Fagerstrom

Grau de dependência:

- (1) **0-2** = muito baixo.
- (2) **3-4** = baixo.
- (3) **5** = médio.
- (4) **6-7** = elevado.
- (5) **8-10** = muito elevado

COMORBIDADES – Índice de comorbidade de Charlson (ICC)

Peso do ICC	Condição Clínica (ICC)
1	Infarto do miocárdio
	Insuficiência cardíaca congestiva
	Doença vascular periférica
	Doença cérebro-vascular

	Demência
	Doença pulmonar crônica
	Doença do tecido conjuntivo
	Úlcera
	Doença crônica do fígado e cirrose
	Diabetes sem complicação
2	Hemiplegia ou paraplegia
	Doença renal severa ou moderada
	Diabetes com complicação
	Tumor
	Leucemia
	Linfoma
3	Doença do fígado severa ou moderada
6	Tumor maligno, metástase
	AIDS
Pontuação Total:	

ESPIROMETRIA com prova broncodilatadora - Avaliação da função pulmonar

	Pré-broncodilatador	Pós-broncodilatador	Reversibilidade (Significativo ou não)
CVF			
Previsto%			
VF1			
Previsto%			
Relação CVF/VF1			
Idade do Pulmão (anos)			

Alguma vez você recebeu diagnóstico de asma? 0- Não 1- SIM								
Alguma vez você recebeu diagnóstico de rinite alérgica? 0 - Não 1- SIM								
DPOC - Número de exacerbações (crises de falta de ar) no último ano								
CAT - Avaliação DPOC								
			Pontuação					
Nunca tenho Tosse	0	1	2	3	4	5	Estou sempre a Tossir	
Não tenho nenhuma	0	1	2	3	4	5	O meio peito está cheio	

expectoraçã o (catarro) no peito							de expectoraçã o (catarro)
Não sinto nenhum aperto no peito	0	1	2	3	4	5	Sinto um grande aperto no peito
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	0	1	2	3	4	5	Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar
Não sinto nenhuma limitação nas minhas atividades em casa.	0	1	2	3	4	5	Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa.
Sinto-me confiante para sair de casa apesar da minha doença pulmonar	0	1	2	3	4	5	Não me sinto nada confiante para sair de casa por causa da minha doença pulmonar
Durmo profundame nte	0	1	2	3	4	5	Não durmo profundame nte devido à minha doença pulmonar.
Tenho muita energia	0	1	2	3	4	5	Não tenho muita energia
PONTU AÇÃO TOTAL :							

Avaliação de Ansiedade e depressão - HADS

1. Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o): a maior parte do tempo[3] boa parte do tempo[2] de vez em quando[1] nunca [0]	
2. Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes: sim, do mesmo jeito que antes [0] não tanto quanto antes [1] só um pouco [2] já não consigo ter prazer em nada [3]	

<p>3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer sim, de jeito muito forte [3] sim, mas não tão forte [2] um pouco, mas isso não me preocupa [1] não sinto nada disso[0]</p>	
<p>4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas do mesmo jeito que antes[0] atualmente um pouco menos[1] atualmente bem menos[2] não consigo mais[3]</p>	
<p>5. Estou com a cabeça cheia de preocupações a maior parte do tempo[3] boa parte do tempo[2] de vez em quando[1] raramente[0]</p>	
<p>6. Eu me sinto alegre nunca[3] poucas vezes[2] muitas vezes[1] a maior parte do tempo[0]</p>	
<p>7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado: sim, quase sempre[0] muitas vezes[1] poucas vezes[2] nunca[3]</p>	
<p>8. Eu estou lenta (o) para pensar e fazer coisas: quase sempre[3] muitas vezes[2] poucas vezes[1] nunca[0]</p>	
<p>9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago: nunca[0] de vez em quando[1] muitas vezes[2] quase sempre[3]</p>	
<p>10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência: completamente[3] não estou mais me cuidando como eu deveria[2] talvez não tanto quanto antes[1] me cuido do mesmo jeito que antes[0]</p>	
<p>11. Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada (o) em lugar nenhum: sim, demais[3] bastante[2] um pouco[1] não me sinto assim[0]</p>	
<p>12. Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir do mesmo jeito que antes[0] um pouco menos que antes[1] bem menos do que antes[2] quase nunca[3]</p>	
<p>13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico: a quase todo momento[3] várias vezes[2] de vez em quando[1] não senti isso[0]</p>	
<p>14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa: quase sempre[0] várias vezes[1] poucas vezes[2] quase nunca[3]</p>	
<p>Ansiedade: [] questões (1,3,5,7,9,11,13) Depressão: [] questões (2,4,6,8,10,12 e 14) Score: 0 – 7 pontos: improvável; 8 – 11 pontos: possível; 12 – 21 pontos: provável</p>	

ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Características de pacientes ex-tabagistas atendidos no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago e estratégias de sucesso para a cessação tabágica.

Pesquisador: Lella J. M. Steidle

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08122019.5.0000.0121

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.192.262

Apresentação do Projeto:

A pesquisa intitulada, "Características de pacientes ex-tabagistas atendidos no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago e estratégias de sucesso para a cessação tabágica", trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, com delineamento prospectivo. A população estudada será composta por pacientes extabagistas. O estudo incluirá os indivíduos que cessaram o uso de tabaco por pelo menos um ano, hospitalizados na emergência, nas clínicas médica e cirúrgica do HU-UFSC ou em atendimento ambulatorial, maiores de 18 anos, dispostos a participar voluntariamente da pesquisa. Serão excluídos da amostragem os pacientes não tabagistas, com incapacidade de responder ao questionário, grávidas ou lactantes, pacientes com distúrbios psiquiátricos graves ou abuso de substâncias psicoativas, assim como aqueles que se recusarem a participar da pesquisa

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o perfil dos pacientes ex-tabagistas atendidos no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago – UFSC e determinar os fatores associados ao sucesso da Cessação do Tabagismo.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-5094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.192.262

Objetivo Secundário:

1. Descrever o perfil dos pacientes ex-tabagistas atendidos no HU-UFSC: hospitalizados ou ambulatoriais;
2. Descrever as motivações para a cessação do tabagismo;
3. Descrever as dificuldades encontradas no processo de cessação do tabagismo;
4. Descrever as comorbidades relacionadas entre ex-tabagistas;
5. Descrever as terapias (medicamentosas e não medicamentosas) e estratégias utilizadas para a cessação do tabagismo;
6. Comparar o perfil do uso do tabaco, tempo de cessação e número de tentativas de cessação entre homens e mulheres;
7. Comparar o perfil do uso do tabaco e tempo de cessação e número de tentativas de cessação entre pessoas com elevado e baixo grau de dependência;
8. Comparar o perfil do uso do tabaco e tempo de cessação e número de tentativas de cessação entre ex-tabagistas hospitalizados e ambulatoriais
9. Investigar fatores associados ao sucesso da cessação de curto e longo prazo;
10. Descrever a Função pulmonar dos ex-tabagistas através de espirometria pré e pós broncodilatação;
11. Investigar a presença de Doença Pulmonar obstrutiva Crônica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação no estudo é gratuita. As entrevistas poderão causar algum constrangimento ou desconforto psicológico. Nesse caso, o paciente estará livre para desistir se desejar. Durante a espirometria- pode sentir tontura momentânea pelo esforço de soprar. A bombinha pode acelerar o coração e causar tremores nas mãos, mas a sua duração de efeito é rápida. A espirometria, não será realizada se tiver realizado cirurgia no pulmão ou na barriga (abdome) recentemente ou se teve infarto ou angina (dor no peito aos esforços), se tiver descolamento de retina, aneurisma de aorta ou hipertensão intracraniana ou ainda se tiver realizado alguma cirurgia nos olhos, ou se esteve internado por qualquer problema de coração, nos últimos 3 meses. Também não deverá ser feita se estiver usando remédios para tuberculose ou se estiver grávida. Há também o risco de quebra accidental do sigilo e da privacidade das informações, mas ele será minimizado pelos seguintes cuidados: posse dos registros exclusivamente pelos pesquisadores, identificação dos

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: csp.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.192.202

registros exclusivamente por código numérico. Ainda, a participação na pesquisa não será remunerada.

Benefícios:

Em termos de benefícios, espera-se o aumento do conhecimento científico sobre o assunto, que se estende para a sociedade como um todo, mas principalmente para os profissionais de saúde que ajudam as pessoas a pararem de fumar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa apresenta fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos e uma vez concluído os achados da pesquisa contribuirá com maior conhecimento na temática proposta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo com as solicitações do CEP/SH.

Recomendações:

Solicitamos que seja incluído o contato telefônico, além do Institucional, de uma das pesquisadoras, caso os participantes da pesquisa necessitem de algum esclarecimento, ou venham a declinar da participação da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta inadequações ou impedimentos à sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE INFORMações BÁSICAS DO PROJETO 1276126.pdf	18/02/2019 19:27:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetedetalhado.pdf	18/02/2019 19:26:17	URUCIARA RAJANE DE MELLO ALVES DA SILVA	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE.pdf	18/02/2019 19:20:06	URUCIARA RAJANE DE MELLO ALVES DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e	DeclaracaoInstituicao.pdf	15/01/2019 16:36:19	URUCIARA RAJANE DE MELLO ALVES	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
 Bairro: Trindade CEP: 88.045-400
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.192.262

Infraestrutura	Declaracaoinstituicao.pdf	15/01/2019 16:36:19	DA SILVA	Aceito
Outros	encaminhamento.pdf	15/01/2019 10:56:30	Lella J. M. Steldie	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/01/2019 10:56:03	Lella J. M. Steldie	Aceito
Outros	Instruentodecoleta.docx	15/01/2019 08:00:04	Lella J. M. Steldie	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 12 de Março de 2019

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6004 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br