



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE
MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Thaís Garcia

**Avaliação da eficácia do tratamento da cessação do
tabagismo iniciado durante internação hospitalar em
pacientes com doença cardiológica ou respiratória
agudizada**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, como
quesito para obtenção do título de Mestra em
Fisiopatologia em Clínica Médica.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Suzana Erico Tanni Minamoto

**Botucatu
2015**

Thaís Garcia

**AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO TRATAMENTO DA CESSAÇÃO
DO TABAGISMO INICIADO DURANTE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR EM PACIENTES COM DOENÇA CARDIOLÓGICA
OU RESPIRATÓRIA AGUDIZADA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, como quesito para obtenção do título de Mestra em Fisiopatologia em Clínica Médica.

Orientadora: Prof^a Dr^a *Suzana Erica Fanni Minamoto*

Botucatu
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Garcia, Thaís.

Avaliação da eficácia do tratamento da cessação do tabagismo iniciado durante internação hospitalar em pacientes com doença cardiológica ou respiratória agudizada / Thaís Garcia. - Botucatu, 2015

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Suzana Erico Tanni Minamoto
Capes: 40101002

1. Coração - Doenças - Pacientes - Reabilitação. 2. Aparelho respiratório - Doenças. 3. Fumo - Vício - Tratamento.

Palavras-chave: Cessação do tabagismo; Doenças cardiológicas; Doenças respiratórias agudizadas; Hospitalização; Tabagismo.

Thaís Garcia

**AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO TRATAMENTO DA CESSAÇÃO
DO TABAGISMO INICIADO DURANTE INTERNAÇÃO
HOSPITALAR EM PACIENTES COM DOENÇA CARDIOLÓGICA
OU RESPIRATÓRIA AGUDIZADA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Mestra.

Orientadora: Prof^a Dr^a *Suzana Erico Tanni Minamoto*

Banca examinadora,

Prof^a Dr^a *Monica Corso Pereira*

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas UNICAMP

Prof^a Dr^a *Ilda de Godoy*

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho” – Faculdade de Medicina de Botucatu

Prof^a Dr^a *Suzana Erico Tanni Minamoto*

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho” – Faculdade de Medicina de Botucatu

Botucatu, 20 de fevereiro de 2015.

“Não se mede o valor de um homem pelas suas roupas ou pelos bens que possui, o verdadeiro valor do homem é o seu caráter, suas idéias e a nobreza dos seus ideais.”

Charles Chaplin

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a minha
mãe pelo amor e apoio de toda
vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS por sempre ter me acompanhado em minhas escolhas me trazendo luz, paciência e perseverança em todo meu caminho.

À minha mãe ADAÍZE por ser meu pilar de sustentação. Por acreditar em mim, me impulsionar, me apoiar e me erguer em todos os momentos que mais precisei, pelo amor incondicional, carinho e afeto! Te amo!

Ao meu amor JOSÉ WILLIAM ZUCCHI por me dizer todos os dias que sou capaz, por ter paciência durante esses anos e por ficar ao meu lado nas horas que mais precisei.

Ao meu pai LUIZ ANTÔNIO por me proporcionar momentos de alegria e ao meu irmão BRUNO por sempre me ajudar com os programas estatísticos e problemas no computador. Obrigada!

Ao meu sogro JOSÉ ROBERTO ZUCCHI, sogra ROSEMEIRE LOPES e minha cunhada JAQUELINI por suportarem a saudade de seu filho e irmão e permitirem que ele ficasse bem pertinho de mim! Obrigada por tudo que me fizeram e fazem até hoje!

As minhas queridas amigas e companheiras de trabalho “#pneumetes” (TALITA CEZARE, CAROLINE TORRES, STEPHÂNIA MARGOTTO, LIANA COELHO, SIMONE DO VALE, KARIME SCHELIMI, ESTEFANIA FRANCO, MILENE BAILO, KELLY MARIA) pelo companheirismo, pelo tempo e ajuda na pesquisa, por me ensinarem todos os dias coisas novas e pelas gargalhadas animadas sempre.

Aos meus amigos CARINE DAROS, NATÁLIA PICELLI, ALINE TROMBINI, ALÍCIA SUMAN, FABRÍCIO CASSETARI e RENATA PIRES por sempre estarem presentes em minha vida e pela amizade sincera.

À VALÉRIA SECCO e Denise Hernandes por me receberem sempre de braços abertos e me concederem um cantinho em seu laboratório para que pudesse estudar e escrever minha dissertação durante esses anos. Obrigada por tudo!

Ao querido amigo Srº OSMAR (in memorian) que alegrava as minhas manhãs e me ajudava gentilmente nos pedidos dos exames. Sinto sua falta!

A querida amiga fisioterapeuta LETÍCIA C. DE OLIVEIRA ANTUNES por ter me apresentado a minha orientadora e me acolhido de braços abertos. Sem você não teria chegado até aqui Lê, obrigada!

Aos amigos da equipe de pesquisa: ANDRÉ L. BERTANI, LAURA CARAM, RENATA FERRARI, MARIANA M. AMBROZI E THYEGO M. SANTOS por me ajudarem quando cheguei à equipe, quando tive dúvidas, pelos ensinamentos, pela amizade e pelo carinho que vocês sempre mostraram ter por mim!

Aos enfermeiros MAURÍCIA VIDAL, ANGÉLICA T. BIRAL, DIRCE A. BRITO, CAMILA GIMENEZ e GILBERTO ALVES por gentilmente coletarem os sangues nos retornos dos meus pacientes. Vocês foram essenciais para o desenvolvimento dessa pesquisa.

À Drª ILDA por gentilmente doar material de sua pesquisa para que eu pudesse desenvolver a minha.

Ao BRUNO J. FAJIOILLI, ELISANGELA AP. PILAN, MÁRIO A. DALLAQUA, ROSANE P. DE OLIVEIRA e SIBELE DELLA COLETTA por tanta gentileza durante esses anos.

A secretaria da pós-graduação ANA MARIA MENGUE, por sempre me ajudar quando tive dúvidas e quando precisei, pelos conselhos, pelas angústias, pelas conversas agradáveis e pelo pão maravilhoso! Obrigada querida!

A TODA EQUIPE DA UTI CORONARIANA: médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem que foram receptivos e permitiram minha coleta de dados. Sempre atenciosos e pacienciosos.

Aos meus PACIENTES por gentilmente aceitarem participar dessa pesquisa e a todo carinho recebido por vocês durante o seguimento.

Por último, o agradecimento especial para minha orientadora SUZANA ERICO TANNI pela orientação excepcional durante a elaboração dessa tese, pela liberdade e confiança depositada em mim durante esses anos, amizade, compreensão, aprendizado, críticas, horas cedidas para me orientar e pelo crescimento profissional e pessoal. Obrigada, obrigada, obrigada!!!

SUMÁRIO

RESUMO.....	1
ABSTRACT.....	3
1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVO	11
2.1 Objetivos secundários.....	12
3 CASUÍSTICA	13
3.1 Sujeitos	14
3.2 Delineamento.....	14
3.3 Métodos	15
3.3.1 Grau de dependência nicotínica.....	15
3.3.2 Grau motivacional para cessar o tabagismo	15
3.3.3 Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD).....	16
3.4 Avaliação laboratorial.....	16
3.5 Tratamento do tabagismo	17
3.6 Seguimento	18
3.7 Análise estatística	19
4 RESULTADOS.....	20
5 DISCUSSÃO	37
6 CONCLUSÃO	44
7 REFERENCIAS.....	46
6 ANEXOS	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes em relação ao tabagismo.....	22
Tabela 2 - Características demográficas de todos os pacientes com doenças respiratórias e cardiológicas.....	24
Tabela 3 - Características demográficas dos pacientes tabagistas com doenças respiratórias e cardiológicas.....	25
Tabela 4 - Características da história tabágica dos tabagistas ativos em relação aos grupos de doenças respiratórias e cardiológicas.....	26
Tabela 5 - Avaliação dos valores bioquímicos laboratoriais iniciais, de hemograma e da proteína C-reativa dos tabagistas ativos.....	27
Tabela 6 - Características dos pacientes que compareceram após um mês da alta hospitalar.....	30
Tabela 7 - Características gerais dos pacientes no retorno de três meses.....	32
Tabela 8 - Características gerais dos pacientes que retornaram seis meses após a alta.....	34
Tabela 9 - Análise dos valores bioquímicos laboratoriais após seis meses da alta hospitalar.....	35

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Motivos de admissão hospitalar por doenças respiratórias.....	22
Figura 2 -	Motivos de admissão hospitalar por doenças cardiológicas.....	23
Figura 3 -	Cessa��o do tabagismo no primeiro m��s ap��s a alta hospitalar em rela��o ao grupo total de pacientes tabagistas ativos.....	28
Figura 4 -	Comparecimento dos sujeitos ao grupo de tratamento e manuten��o para cessa��o do tabagismo no primeiro m��s ap��s a alta hospitalar.....	28
Figura 5 -	Pacientes com uso de f��rmacos espec��ficos para cessa��o do tabagismo.....	29
Figura 6 -	Cessa��o do tabagismo no terceiro m��s ap��s a alta hospitalar em rela��o ao grupo total de pacientes tabagistas ativos.....	31
Figura 7 -	Pacientes com uso de f��rmacos espec��ficos para cessa��o do tabagismo ap��s tr��s meses da alta hospitalar.....	31
Figura 8 -	Cessa��o do tabagismo no sexto m��s ap��s a alta hospitalar em rela��o ao grupo total de pacientes tabagistas ativos.....	33
Figura 9 -	Causas de ��bito durante o seguimento entre os grupos.....	36

ANEXOS

Anexo 1 - Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	56
Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	57
Anexo 3 - Ficha de Avaliação Inicial	59
Anexo 4 - Material educativo: “Zé Fumacinha”	64

RESUMO

GARCIA, T. AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DO TRATAMENTO DA CESSAÇÃO DO TABAGISMO INICIADO DURANTE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM PACIENTES COM DOENÇA CARDIOLÓGICA OU RESPIRATÓRIA AGUDIZADA. 2015. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015.

Foi comparada a taxa de cessação tabágica nos pacientes com doença respiratória ou cardiológica e que receberam abordagem durante o período da internação após um, três e seis meses. Foram avaliados 227 pacientes hospitalizados 81 com doenças respiratórias agudizadas ($59,7 \pm 13,0$ anos) e 146 com doenças cardiológicas ($57,3 \pm 17,1$ anos) quanto à história tabágica, o grau de motivação para cessar o tabagismo, a dependência nicotínica, o questionário de ansiedade e depressão, a avaliação laboratorial e a medição do monóxido de carbono no ar exalado. Foi entregue material educativo sobre o tratamento e os pacientes foram encaminhados para o grupo de cessação após a alta. Foram utilizados fármacos para controle dos sintomas de abstinência. Os pacientes com doenças respiratórias compareceram em maior proporção no grupo de manutenção para cessação do tabagismo (14,9%) ($p < 0,001$) e utilizaram fármacos em maior número (35%) quando comparado ao grupo de doenças cardiológicas ($p = 0,004$). Após um mês da alta hospitalar 14,5% com doenças respiratórias e 17,6% com cardiológicas em relação ao total de pacientes tabagistas ativos estavam abstêmios ($p = 0,73$). Após três meses, 11,4% (respiratório) e 10,6% (cardiológico) estavam abstêmios em relação ao total de pacientes tabagistas ativos ($p = 0,86$). Após seis meses, 11,9% do grupo respiratório e 12,8% do grupo cardiológico total estavam abstinentes ($p = 0,62$). Em relação ao número total, 43,2% perderam seguimento de reavaliação. A taxa de cessação de tabagismo nos grupos estudados foi semelhante e a perda de seguimento dos pacientes foi alta.

Palavras-chave: tabagismo, cessação do tabagismo, hospitalização, doenças cardiológicas, doenças respiratórias agudizadas.

ABSTRACT

GARCIA, T. 2015. EFFECTIVE EVALUATION OF SMOKING CESSATION TREATMENT INITIATED DURING HOSPITALIZATION IN PATIENTS WITH CARDIAC OR ACUTE RESPIRATORY DISEASE. Thesis (Master) - Botucatu Medical School, Universidade Estadual Paulista, Botucatu Campus, 2015.

The aim of this study was to evaluate the smoking cessation rate in hospitalized patients with respiratory or cardiac disease who received smoking cessation intervention after one, three and six months of hospital discharge. We evaluated 227 hospitalized patients, 81 with acute respiratory diseases (59.7 ± 13.0 years) and 146 with cardiac disease (57.3 ± 17.1 years) regarding to smoking history, degree of motivation to quit smoking and intensity of nicotine dependence, anxiety and depression questionnaire, laboratory biochemical analysis and measurement of carbon monoxide in exhaled air. All patients received educational material about smoking cessation and pharmacological treatment to control withdrawal symptoms. The patients with respiratory disease returned in greater proportion in the ambulatory group for smoking cessation after discharge (14.9%) ($p < 0.001$) and used more pharmacological treatment (35%) when compared to cardiac disease group ($p = 0.004$). In relation to the total, 43.2% lost the follow-up and 14.5% of patients with respiratory diseases and 17.6% with cardiac diseases were abstinent ($p = 0.73$) after one month. After three months, 11.4% (respiratory) and 10.6% (cardiac) were abstinent ($p = 0.86$) and after six months, 11.9% of respiratory disease group and 12.8% of cardiac disease group were abstinent ($p = 0.62$). The rate of smoking cessation in both groups was similar and the loss of patient follow-up for reassessment of the smoking status was high.

Keywords: smoking, smoking cessation, hospitalization, cardiac diseases, acute respiratory diseases.

1. INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado a principal causa evitável de morte em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO) estima-se que no século XX um terço da população mundial adulta era fumante (WHO 2008) e durante o século XXI o tabaco pode matar até um bilhão de pessoas (WHO 2008), com estimativa que 80% das mortes ocorram nos países de baixa renda. Além disso, é considerado como fator de risco para seis das oito principais causas de morte do mundo, o que corresponde a uma morte a cada seis segundos (WHO 2008).

Se não houver mudanças drásticas nas taxas de abandono, o número atual de 1,4 bilhões de fumantes no mundo aumentará para 1,9 bilhões em 2025 (Guidon et al. 2003). Dados de prevalência do Brasil mostram que desde a década de 80 a taxa de fumantes está em declínio (Monteiro et al. 2007, Valeska et al. 2007). Os resultados do último levantamento “Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)” de 2013 mostraram que a prevalência de tabagistas acima de 18 anos de idade foi de 12,1%; 15,5% de fumantes entre os homens e 9,2% entre as mulheres (Ministério da saúde 2013). Além disso, a taxa de ex-fumantes entre os homens é maior (24,5%) que entre as mulheres (18,1%) (Ministério da saúde 2013).

Várias doenças crônicas estão associadas ao tabagismo que gera aumento de custos nos tratamentos da saúde, por exemplo, pacientes com câncer nas quais em 2011 foram gastos R\$ 46,7 milhões, 62% a mais do que 2010 (Monteiro et al. 2007, Valeska et al. 2007). Estudos de farmacoeconomia evidenciam que a própria economia do país sofre com o aumento dos custos de saúde e diminuição da produtividade (WHO 2012). Shafey et al. mostraram que os custos decorrentes do tabagismo são responsáveis por perda maior que US\$ 500 bilhões ao ano devido à redução da produtividade, adoecimento e mortes prematuras (Shafey et al. 2009). Além disso, o tabagismo está associado à perda da expectativa de vida de 6% para os homens e 5% para as mulheres (INCA 2012)

Além do câncer, outras doenças tabaco relacionadas também estão em crescimento. Resultados da pesquisa realizada no Brasil por Pinto et al. mostrou que, de acordo com informações coletadas junto ao bancos de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde (SUS), os números totais

de casos incidentes de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), infarto agudo do miocárdio (IAM), pneumonia e acidente vascular encefálico alcançaram mais de dois bilhões em 2008. Desse total, 34% foram atribuíveis ao tabagismo e, dentre esses, 38,7% casos eram DPOC, seguido de 19,1% IAM, pneumonia em 12,8%, doenças isquêmicas não IAM 12,4% dos casos e 9,2% para AVE (Pinto et al. 2011).

O IAM é caracterizado pela deficiência perfusional do tecido cardíaco devido à aterosclerose, êmbolos coronários, doença arterial coronária trombótica, entre outros, que leva à necrose da parede miocárdica, o que resulta em cardiopatia isquêmica. Como complicação, podem ocorrer arritmias, choque cardiogênico, embolia e pericardite (Sociedade Brasileira de Cardiologia 2007). O consumo de tabaco é o maior fator de risco cardiovascular isolado e constitui fator de risco independente para o IAM. A quantidade de anos fumados ao longo da vida aumenta o risco de morte por doenças cardíacas em até 5,6 vezes e, mesmo com a redução do consumo para 5 cigarros/dia, o risco de evento coronariano é mais elevado em relação àqueles que não fumam (Martinez et al. 1999). Por outro lado, a cessação do tabagismo reduz o risco de eventos isquêmicos futuros e após 10 anos, é equivalente ao risco de quem nunca fumou. Isto pode estar relacionado à redução do monóxido de carbono sanguíneo, redução da frequência cardíaca e da pressão arterial (Dutra et al. 2012).

Outra doença associada ao tabagismo é a DPOC, que pode ser caracterizada por doença respiratória progressiva com resposta inflamatória à inalação de partículas ou gases tóxicos causados pelo tabagismo. Apresenta-se com obstrução ao fluxo aéreo não totalmente reversível, e pode estar associada a manifestações sistêmicas como osteoporose, doenças cardiovasculares e alterações músculo esqueléticas (II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica 2004). No Brasil, é estimado que em torno de 15% dos indivíduos que fumam um maço por dia e 25% daqueles que fumam mais de um maço por dia desenvolvam a DPOC (IARC 2004). O estudo PLATINO mostrou que a prevalência estimada da DPOC foi de 15,8%, sendo 18% em homens e 14% em mulheres na região metropolitana de São Paulo (Menezes et al. 2005). Além disso, foi a quinta maior causa de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) em pacientes acima de

40 anos de idade no país nos últimos 20 anos e a quarta causa de morte em 2009 (Araújo et al. 2009). A taxa de mortalidade por DPOC no Brasil está em crescimento, na década de 80 a taxa era de 7,88/100 mil habitantes e em apenas 10 anos elevou-se em 340% (Araújo et al. 2009). Frequentemente a DPOC apresenta eventos de exacerbações que comprometem o prognóstico e modificam os indicadores de morbidade e mortalidade desses doentes (Cardoso et al. 2009). As agudizações da DPOC são acontecimentos frequentes e ocorrem em média de 1,9 a 2,1 vezes por ano em pacientes com doença moderada e são os motivos das visitas médicas, das internações e da morte desses pacientes (Miravittles et al. 2004, Faganello et al. 2007). Estudos comprovam que cessar o tabagismo é necessário para se obter o controle evolutivo da doença, evitar as agudizações e suas complicações (GOLD 2014).

A necessidade de tratamento de saúde nos indivíduos tabagistas e ex-tabagistas é cada vez maior. Estudo americano que avaliou a procura de serviço médico por fumantes ativos, ex-fumantes e não fumantes, mostrou que os ex-fumantes e fumantes ativos procuram mais atendimentos médicos e apresentam maior taxa de internação em relação aos não fumantes (Shafey et al. 2009), este dado confirma que os gastos com a saúde de tabagistas e ex-tabagistas é maior que os não-tabagistas (Kahende et al. 2009). A prevalência de tabagistas ativos internados segundo dados na literatura foi 21,1% em hospital de Massachusetts (Regan 2012), 18,7% no Sul do Brasil (Barreto 2012) e 14,7% na Inglaterra (Szatkowski 2014).

Como o tabagismo é fator de risco para doenças graves, a cessação traz benefícios evidentes para a saúde. Os consensos nacionais e internacionais recomendam o tratamento da cessação tabágica em pacientes internados, pois a própria hospitalização gera maior receptividade dos pacientes às mensagens contra o tabagismo (GOLD 2014, Araújo et al. 2004). Além disso, a proibição do fumo dentro dos hospitais força a abstinência do tabaco durante a internação. Estratégias como identificar e registrar os fumantes por ocasião da admissão, caracterizar o padrão de tabagismo, identificar o estágio de motivação para deixar de fumar, prover aconselhamento individualizado sobre a cessação, orientação para

não fumar durante a internação, identificar e tratar sintomas de abstinência, acompanhar após a alta de pelo menos quatro semanas fazem aumentar a chance da cessação tabágica (Fiore et al. 2008).

No Brasil, a prevalência de tabagismo ativo entre os pacientes admitidos em hospitais pode chegar a 41% (Tanni et al. 2009). Apesar destes dados, a realidade intra-hospitalar não segue as recomendações de tratamento; estudo recente realizado em nosso hospital mostrou que 64,7% dos pacientes tabagistas com doenças tabaco-relacionadas receberam alguma orientação para cessar o tabagismo e apenas 6,7% receberam tratamento medicamentoso juntamente ao aconselhamento para cessação tabágica (Tanni et al. 2009). Estes dados são semelhantes aos verificados em estudo americano que mostrou que de 9437 pacientes tabagistas atendidos, apenas 19,1% receberam assistência ao tratamento e apenas 2,1% receberam medicações específicas para cessação do tabagismo (Ferketich et al. 2006).

Outro fator importante que dificulta a cessação do tabagismo é o grau de dependência nicotínica, estudos mostram que os pacientes internados tabagistas ativos apresentam grau de dependência moderada a alta (Tanni et al. 2009, Barreto et al. 2012) e isto eleva a probabilidade de aparecimento de sintomas de abstinência da nicotina e consequentemente dificulta a cessação (Fiore et al. 2008).

A intervenção da cessação tabágica iniciada durante a internação é o tratamento de melhor custo benefício para os pacientes com doenças cardiovasculares e doenças respiratórias (Shafey et al. 2009, Ferketich et al. 2006, Dawood et al. 2008). Dados de estudos mostram que a taxa de cessação do tabagismo no grupo que recebe aconselhamento mínimo durante a internação hospitalar, em relação ao grupo que não recebeu orientações, a razão de chance de abstinência é 2,26 vezes maior (Houston et al. 2005, Bize et al. 2006). Consistentemente, o efeito estimado para intervenção durante a hospitalização e após a alta aumentou a chance de cessação do tabagismo (OR, 1,43; IC 95%, 1,17-1,75) (Rigotti et al. 2008).

Entretanto, no Brasil ainda são escassos os estudos que avaliam os benefícios do tratamento de cessação tabágica em pacientes internados. Estudo de

Azevedo et al. com diferentes abordagens durante e após a internação utilizou 3 estratégias: alta intensidade de intervenção (AII-30 minutos de entrevista motivacional mais sete chamadas telefônicas de rotina após a alta hospitalar), baixa intensidade de intervenção (BII-15 minutos de aconselhamento sobre os benefícios de parar de fumar) e tratamento no grupo de cuidados habituais (CH); após seis meses da alta hospitalar todos os pacientes foram novamente convocados e apresentaram taxa de cessação do tabagismo de 44,9% no grupo AII, 41,7% grupo BII e 26,3% no grupo CH, o que evidenciou que a abordagem mais intensificada seja mais eficaz para os pacientes hospitalizados (Azevedo et al. 2010).

Em resumo, a orientação para cessação do tabagismo deve ser sempre realizada, independentemente do local de atendimento do paciente. Nosso centro é referência para tratamento do indivíduo tabagista. Contamos com uma equipe multidisciplinar composta por fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, assistente social, médico e enfermeiro que realizam o seguimento dos pacientes em grupo ambulatorial após a alta hospitalar.

Entretanto, dados de tratamento para cessação tabágica em pacientes hospitalizados por doenças cardiovasculares ou respiratórias no Brasil ainda é escassa. A hipótese do nosso estudo é que a intervenção para cessação do tabagismo no período intra-hospitalar aumenta a taxa de abandono do tabagismo e que o grupo de pacientes com doenças respiratórias serão mais abstêmios quando comparado ao grupo de doenças cardiológicas.

2. OBJETIVO

Avaliar a taxa de abandono do tabagismo em pacientes hospitalizados em decorrência de eventos cardíológicos ou doenças respiratórias agudizadas, que receberam abordagem para cessar o tabagismo após um, três e seis meses da alta hospitalar.

2.1 Objetivos secundários

- Comparar as características do tabagismo em todos os pacientes hospitalizados por doenças cardíológicas e respiratórias.
- Comparar as características demográficas entre os grupos de doenças respiratórias e cardíológicas.
- Avaliar a taxa de mortalidade dos pacientes tabagistas após seis meses da alta hospitalar.
- Avaliar a taxa de uso de assistência médica ambulatorial e hospitalar durante os seis meses de seguimento.

3. CASUÍSTICA

3.1 Sujeitos

Foram avaliados 402 pacientes internados por doenças cardíacas (248) e respiratórias agudizadas (154) no período entre março de 2012 e junho de 2014 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu. Do total avaliado, 227 foram considerados tabagistas ativos (146 cardíaco e 81 respiratório), 166 ex-tabagistas (100 cardíaco e 66 respiratório) e nove tabagistas passivos (2 cardíacos e 7 respiratório).

Os critérios de inclusão foram: sujeitos acima de 18 anos que tiveram história de consumo tabágico de pelo menos um cigarro/dia no último mês, indivíduos que cessaram o tabaco mais de 30 dias antes da avaliação (ex-tabagistas) e indivíduos que nunca fumaram, mas tiveram contato com fumantes durante a vida (tabagistas passivos). Foram excluídos 16 pacientes por apresentarem doenças sérias que impediram a avaliação e aplicação do protocolo de estudo como pacientes em ventilação mecânica (4), alteração neurológica (11) e um óbito antes da avaliação.

Todos os diagnósticos das patologias pulmonares e cardíacas apresentados no estudo foram realizados pelos médicos que atendem no Hospital das Clínicas de Botucatu.

3.2 Delineamento

Todos os sujeitos da pesquisa foram informados sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo 2) foram incluídos no estudo. Foram efetuadas: anamnese clínica, história tabágica, avaliação do grau de motivação para cessar o tabagismo, grau de dependência nicotínica, questionário de ansiedade e depressão, exame físico completo e análise laboratorial. Por questões éticas não adicionamos grupo controle a este estudo.

A taxa de cessação do tratamento foi avaliada após um, três e seis meses da alta hospitalar com retorno ambulatorial e nova coleta de exames laboratoriais no sexto mês.

3.3 Métodos

Todos os sujeitos da pesquisa foram avaliados por meio de história clínica, exame físico completo e avaliação das comorbidades. Foi aplicado questionário que avaliou as características dos pacientes tais como idade, gênero, estado civil, grau de escolaridade, profissão e motivo da internação (considerado o CID da admissão coletado pelo prontuário eletrônico). Foi também avaliado contato com fumantes em casa ou no trabalho, tempo de iniciação do tabagismo, quantidade de cigarros consumidos por dia, grau de dependência nicotínica (Fagerström 1978), grau de motivação para cessação do tabagismo (Prochaska e DiClemente 1983), grau de ansiedade e depressão (Zigmond 1983), número de tentativas prévias de cessação, presença de sintomas de abstinência do tabaco e uso de medicamentos específicos para cessação tabágica.

3.3.1 Grau de dependência nicotínica

O grau de dependência nicotínica foi calculado através do Teste de Fagerström constituído por seis perguntas com pontuação de zero a 10 (Fagerström 1978). A maior soma da pontuação representa maior dependência nicotínica e pode ser dividido nas seguintes classes: Muito baixo (0 a 2), baixo (3 e 4), moderado (5), elevado (6 e 7) e muito elevado (8 a 10).

3.3.2 Grau motivacional para cessar o tabagismo

O grau motivacional foi definido através do modelo de Prochaska e DiClemente utilizado para avaliar a mudança comportamental do indivíduo em relação ao tabaco. Dividido em estágios: estágio pré-contemplativo (o sujeito não apresenta intenção de mudar o comportamento nos próximos seis meses),

contemplativo (já existe alguma consciência do problema e está pensando em mudar o comportamento nos próximos seis meses), determinação (existe intenção de mudar o comportamento em futuro próximo), ação (houve mudanças significativas no estilo de vida dentro dos últimos seis meses) e manutenção (menor possibilidade de recaída e aumento da confiança de que pode continuar seu processo de mudança) (Prochaska e DiClemente 1983).

3.3.3 Escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD)

A avaliação do nível de ansiedade e depressão foi calculado através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). O questionário consiste em 14 perguntas relacionadas aos aspectos de ansiedade e depressão para avaliação de possíveis patológicas associadas à saúde mental. A soma da pontuação de cada alternativa nos dá o escore obtido: 0 - 7 pontos: improvável doença; 8 - 11 pontos possível doença e 12 - 21 pontos provável doença (Zigmond 1983).

3.4 Avaliação laboratorial

Avaliação laboratorial: Todos pacientes fizeram avaliação laboratorial com hemograma completo, glicemia de jejum, perfil lipídico, triglicérides e proteína C-reativa (PCR) nos três primeiros dias da internação e após seis meses da alta hospitalar. As análises laboratoriais foram realizadas pelas normas e rotinas da seção técnica de laboratório e análises clínicas do hospital.

Avaliação do estado tabágico: A confirmação da condição de fumante ou ex-fumante durante o tratamento foi realizada por meio da mensuração de monóxido de carbono (CO) no ar expirado. Esse aparelho mede a concentração de CO exalado através de um sensor eletroquímico e expressa os valores em partes por milhão (ppm). A técnica para medição foi realizada com solicitação ao paciente que fizesse uma pausa inspiratória de 20 segundos com finalidade de equilibrar os níveis de CO sanguíneo com o alveolar. Após esta pausa, foi solicitada expiração

longa e total no bucal do aparelho. Valores acima de 6,0 ppm de CO expirado foram considerados significantes para tabagismo recente (Middleton 2000, Santos 2001).

3.5 Tratamento do tabagismo

Foi efetuado aconselhamento individual, definido como abordagem mínima de 15 minutos, duas vezes durante a hospitalização. Após a alta hospitalar, o paciente foi encaminhado para tratamento cognitivo-comportamental em grupo semanal. O grupo de manutenção durava uma hora, uma vez por semana por quatro semanas. Realizamos o acompanhamento do paciente com os objetivos de prevenir recaídas e orientamos quanto às medidas para enfrentar os sintomas de abstinência. Reforçamos os seguintes aspectos:

- Orientamos quanto a necessidade de marcar o dia “D”;
- Aconselhamos o fumante a elaborar uma lista com as razões para parar de fumar e afixar em lugares visíveis,
- Discutimos problemas comuns durante a cessação: sintomas de abstinência, ganho de peso e pressão social;
- No caso de sintomas de abstinência orientamos os pacientes sobre as estratégias para vencê-los. Algumas dicas fundamentais foram: beber água, respirar fundo, fazer algo diferente e discutir o desejo de fumar com outra pessoa;
- Verificamos e abordamos os possíveis efeitos adversos das medicações prescritas;
- Discutimos a possibilidade de recaída e ensinamos habilidades comportamentais para lidar com os fatores de risco.
- Em caso de recaída, analisamos o que aconteceu e estimulamos o fumante a tentar de novo.

Foi distribuído material informativo e educativo (Anexo 4) contendo informações sobre a dependência, técnicas de tratamento e medicamentos para cessação desenvolvidos pelo grupo de tratamento de cessação tabágica do Hospital das Clínicas de Botucatu.

De acordo com as recomendações dos consensos nacionais e internacionais, foram utilizados fármacos de primeira linha disponíveis, de acordo com a indicação médica, para cessação do tabagismo (Araújo et al. 2004, Fiore 2008). Sendo eles: pacientes que apresentaram escore de dependência nicotínica superior ou igual a cinco (moderado, elevado ou muito elevado), ou aqueles que apresentassem escore menor que cinco, mas tiveram sintomas de abstinência nicotínica em tentativas prévias ou durante a internação. Os fármacos utilizados por três meses conforme as recomendações dos consensos foram (Araújo et al. 2004, Fiore 2008):

- Adesivo de nicotina de 21, 14 ou 7 mg
- Bupropiona: 150 mg de 12/12 horas
- Vareniclina: 0,5 mg e 1,0 mg de 12/12 horas

3.6 Seguimento

O estado tabágico atual foi avaliado no grupo controle após um, três e seis meses da alta hospitalar. A cessação tabágica referida foi validada com a confirmação da medida de $CO < 6,0$ ppm no ar exalado. Foram classificados como tabagistas abstinentes ao final do estudo àqueles que confirmaram a cessação do tabagismo em cada avaliação e com confirmação da medida de $CO < 6,0$ ppm.

Foram considerados tabagistas ativos àqueles que admitiram estar fumando e os que apresentaram medida de $CO \geq 6,0$ ppm. Os pacientes que não atenderam o seguimento no período do estudo foram considerados como falhas de tratamento e tabagistas ativos.

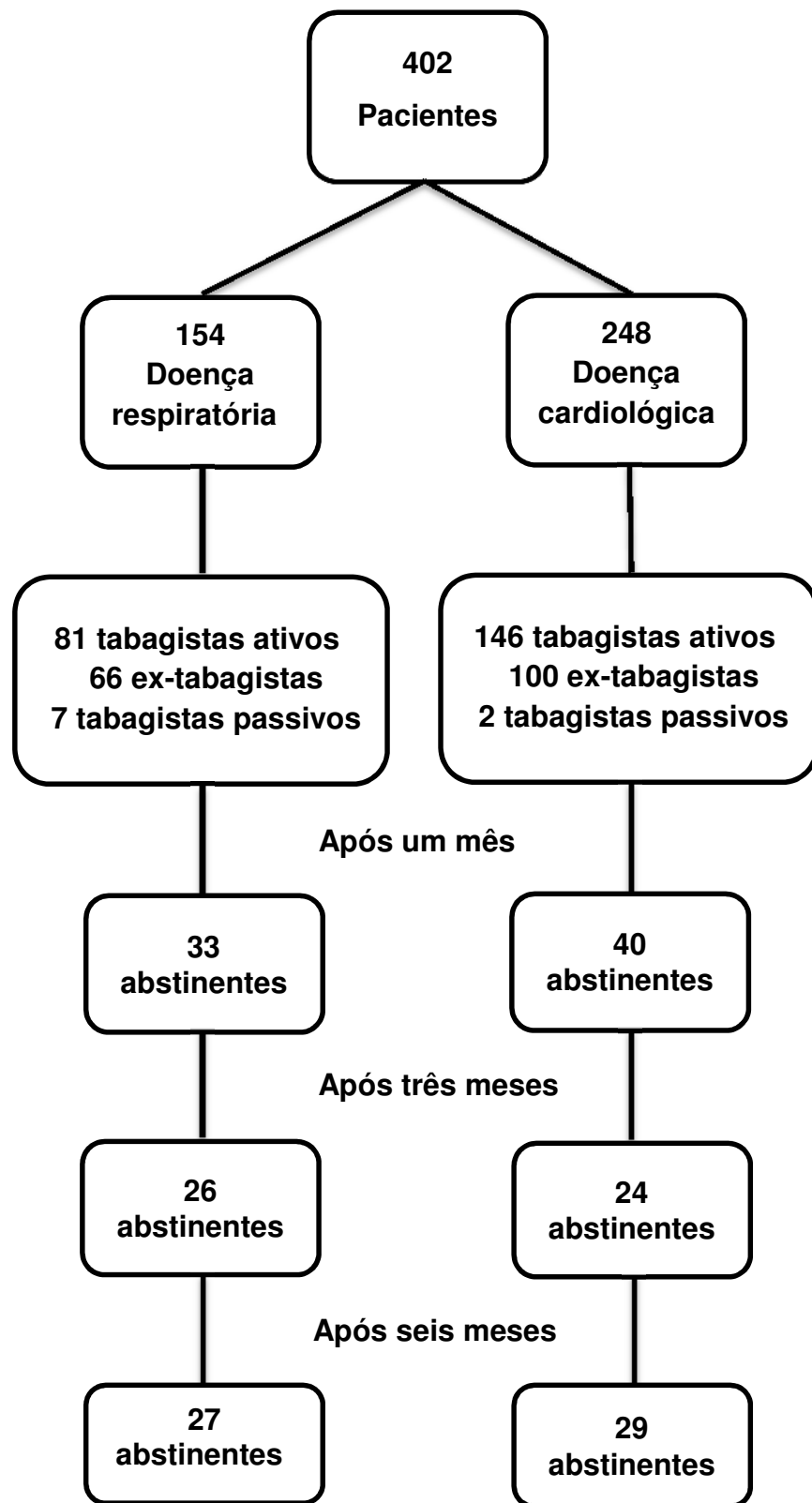
Além disso, foram observadas as recorrências de eventos agudos cardiológicos, agudizações das doenças respiratórias ou outras buscas à assistência médica.

3.7 Análise estatística

O tamanho amostral do estudo foi calculado através da estimativa populacional. Foi considerada desconhecida a proporção de pacientes internados com as doenças do estudo atendidos no Hospital das Clínicas de Botucatu, além disso, consideramos intervalo de confiança de 90% e erro máximo de estimativa de 5%. Para estes dados, o tamanho da amostra foi de 271 pacientes.

Os dados estão apresentados de forma descritiva em média e desvio padrão ou em mediana e intervalo interquartil 25-75% conforme sua distribuição normal ou não normal. Para as comparações de variáveis contínuas de distribuição paramétrica ou não paramétrica foram utilizados teste “t” ou Mann-Whitney. Para as comparações de proporções foi utilizado o teste de Chi-quadrado. O pacote estatístico utilizado foi IBM® SPSS® Statistics Version 22.0. Foi considerado nível de significância quando o $p < 0,05$.

4. RESULTADOS



Avaliação inicial de todos os pacientes estudados

Foram avaliados 402 pacientes internados por doenças cardiológicas (248 pacientes) e respiratórias agudizadas (154 pacientes). Destes, 227 foram considerados tabagistas ativos, 166 ex-tabagistas e nove tabagistas passivos. A Tabela 1 mostra as distribuições em relação ao tabagismo entre os grupos. A proporção de pacientes com tabagismo passivo foi superior no grupo de doenças respiratórias. Em relação aos ex-tabagistas, o grupo de pacientes com doenças cardiológicas apresentaram maior tempo de abstinência estatisticamente significativo ($16,8 \pm 12,9$ vs $11,9 \pm 13,6$; $p=0,02$).

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes em relação ao tabagismo.

Variáveis	Doenças Respiratórias (n=154)	Doenças Cardiológicas (n=248)	P
Tabagista	81 (52,6%)	146 (58,9%)	0,034
Ex-tabagista	66 (42,9%)	100 (40,3%)	
Tabagista passivo	7 (4,5%)	2 (0,8%)	

$p < 0,05$ avaliado por teste χ^2

Na figura 1 estão dispostas as patologias das hospitalizações por doenças respiratórias. O diagnóstico predominante foi outras causas de doença respiratória, seguida da DPOC e do tromboembolismo pulmonar (TEP).

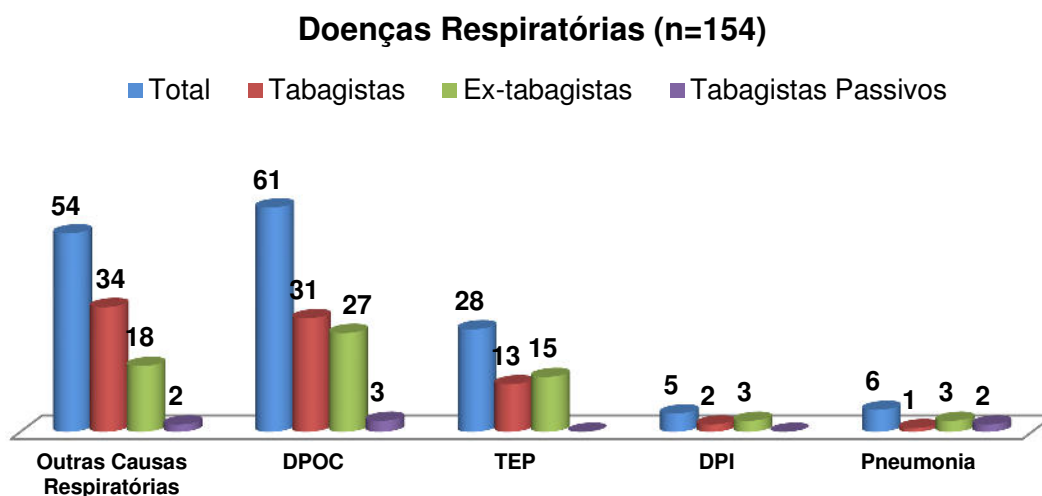


Figura 1 - Motivos de admissão hospitalar por doenças respiratórias.

A figura 2 mostra a distribuição dos diagnósticos das doenças cardiológicas que causaram a hospitalização. O IAM foi a principal causa de hospitalização dos pacientes, seguido de angina instável.

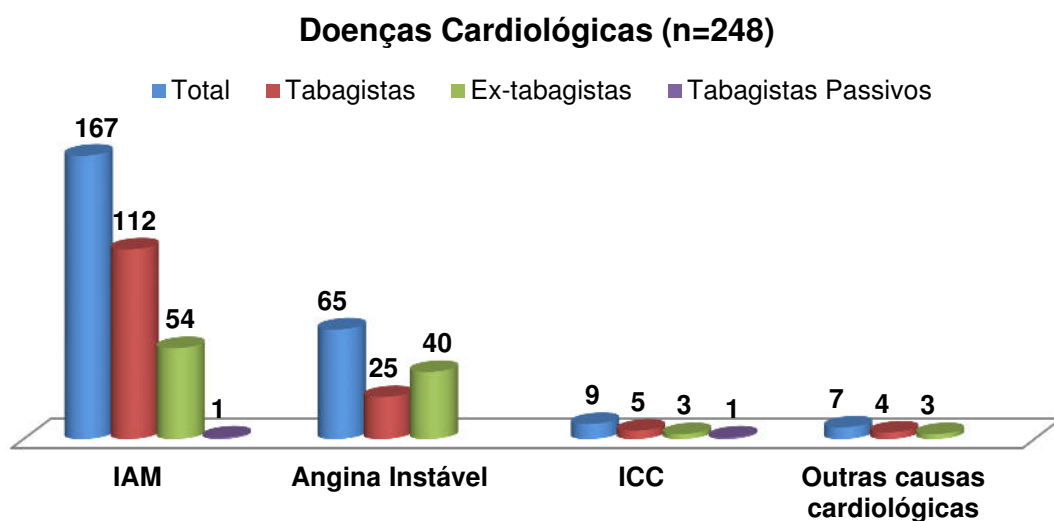


Figura 2 - Motivos de admissão hospitalar por doenças cardiológicas.

Em relação aos dados demográficos de todos os pacientes avaliados, houve predomínio do sexo masculino no grupo de pacientes com doenças cardiológicas. Além disso, este grupo apresentou maior renda mensal estatisticamente significativo e maior peso e estatura quando comparado ao grupo de pacientes com doenças respiratórias (Tabela 2).

Tabela 2 - Características demográficas de todos os pacientes com doenças respiratórias e cardíacas.

Variáveis	Doenças Respiratórias (n=154)	Doenças Cardiológicas (n=248)	P
Gênero Masculino	64 (41,5%)	174 (70,1%)	<0,001
Idade, anos	62,6 ± 14,1	60,5 ± 11,4	0,10
Renda, R\$	677 (600 - 1200)	1050 (677 - 1800)	0,003
Escolaridade			
Analfabetos	23 (14,9%)	21 (8,5%)	
1º grau incompleto	89 (57,8%)	142 (57,3%)	
1º grau completo	12 (7,8%)	16 (6,5%)	
2º grau incompleto	2 (1,3%)	8 (3,2%)	0,11
2º grau completo	13 (8,4%)	28 (11,3%)	
3º grau incompleto	3 (1,9%)	6 (2,4%)	
3º grau completo	7 (4,5%)	25 (10,1%)	
Peso, kg	67,9 ± 19,9	77,7 ± 17,7	<0,001
Estatura, m	1,59 ± 0,10	1,65 ± 0,09	<0,001
IMC, kg/m²	26,5 ± 7,6	28,0 ± 5,3	>0,05

p<0,05 avaliado por teste χ^2 , teste t e Mann-Whitney. IMC: índice de massa corporal

Avaliação dos pacientes tabagistas ativos

Os 227 pacientes tabagistas ativos foram comparados em relação ao grupo de doenças. O grupo de pacientes com doenças cardíacas apresentou maior proporção do gênero masculino e melhor renda estatisticamente significativo em relação ao grupo de doenças respiratórias (Tabela 3).

Tabela 3 - Características demográficas dos pacientes tabagistas com doenças respiratórias e cardiológicas.

Variáveis	Doenças Respiratórias (n=81)	Doenças Cardiológicas (n=146)	P
Gênero Masculino	26 (32,1%)	106 (72,6%)	<0,001
Idade, anos	59,7 ± 13,0	57,3 ± 17,1	0,13
Renda, R\$	677 (360 - 1040)	1150 (677 - 2000)	0,02
Escolaridade			
Analfabetos	13 (16,1%)	12 (8,2%)	
1º grau incompleto	45 (55,6%)	84 (57,5%)	
1º grau completo	7 (8,6%)	11 (7,5%)	
2º grau incompleto	1 (1,2%)	6 (4,1%)	0,29
2º grau completo	9 (11,1%)	15 (10,8%)	
3º grau incompleto	0 (0%)	5 (3,4%)	
3º grau completo	6 (7,4%)	12 (8,2%)	
Peso, kg	68,7 ± 20,0	78,4 ± 17,1	0,002
Estatura, m	1,60 ± 0,10	1,65 ± 0,10	<0,001
IMC, kg/m²	26,9 ± 7,6	28,1 ± 5,9	0,27

p<0,05 avaliado por teste χ^2 e teste t e Mann-Whitney. IMC: índice de massa corporal

Foi também identificado maior nível de monóxido de carbono no ar exalado estatisticamente significativo no grupo de pacientes com doenças respiratórias em relação ao grupo de doenças cardiológicas. Entretanto, estes valores mostram que podem ser considerados como não tabagistas durante a hospitalização (Tabela 4). Não identificamos diferença estatisticamente significativa em relação à idade de início, ao grau de dependência e ao escore de ansiedade e depressão entre os grupos.

Tabela 4 - Características da história tabágica dos tabagistas ativos em relação aos grupos de doenças respiratórias e cardiológicas.

Variáveis	Doenças Respiratórias (n=81)	Doenças Cardiológicas (n=146)	P
Idade de Início, anos	14,1 ± 7,6	14,1 ± 5,9	0,79
Carga Tabágica, anos x maço	55,6 ± 36,0	53,4 ± 25,1	0,62
Monóxido de Carbono, ppm	3,6 ± 4,6	2,1 ± 1,8	<0,001
Grau de Dependência			
Elevado	38 (46,9%)	79 (54,1%)	0,29
Baixo	43 (53,1%)	67 (45,9%)	
Motivação			
Pré-contemplativo	14 (17,3%)	13 (8,9%)	
Contemplativo	31 (38,3%)	52 (35,6%)	0,17
Ação	36 (44,4%)	81 (55,5%)	
Escala de Ansiedade			
Improvável	45 (55,5%)	78 (53,4)	
Possível	21 (26%)	36 (24,6%)	0,83
Provável	15 (18,5%)	32 (22%)	
Escala de Depressão			
Improvável	52 (64,1%)	110 (75,3%)	
Possível	17 (21%)	22 (15%)	0,20
Provável	12 (14,9%)	14 (9,7%)	

p<0,05 avaliado por teste χ^2 e teste t. Ppm= partículas por milhão.

Em relação ao pico de fluxo expiratório na avaliação inicial, houve diferença estatística entre os grupos (200 ± 128 L/min nas doenças respiratórias e 348 ± 134 L/min nas doenças cardíacas; $p<0,001$). Em relação aos exames séricos laboratoriais foi identificado que os pacientes com doenças respiratórias apresentaram menor valor estatisticamente significativo de triglicérides e maior de HDL quando comparados ao grupo de doenças cardiológicas (Tabela 5).

Tabela 5 - Avaliação dos valores bioquímicos laboratoriais iniciais, de hemograma e da proteína C-reativa dos tabagistas ativos.

Variáveis	Doenças Respiratórias (n=81)	Doenças Cardiológicas (n=146)	P
Hematócrito, %	43,3 ± 9,4	43,7 ± 6,9	0,90
Hemoglobina, g/dL	13,6 ± 2,4	14,2 ± 1,6	0,33
Leucócitos, x10 ³ /mm ³	11,2 ± 4,8	10,8 ± 3,6	0,46
Proteína C-reativa, mg/L	15,4 ± 16,1	14,6 ± 15,1	0,92
Glicose, mg/dL	103 ± 31,6	115 ± 45,5	0,06
Colesterol Total, mg/dL	174 ± 43,1	175 ± 46,4	0,88
Triglicérides, mg/dL	134 ± 51,0	175 ± 109	0,02
Colesterol HDL, g/dL	45,2 ± 18,0	38,9 ± 12,7	0,01
Colesterol LDL, mg/dL	111 ± 55,3	110 ± 64,4	0,88

p<0,05 avaliado por teste t. g/dL= gramas por decilitros, mg/L= miligramas/litros, x10³/mm³= vezes um metro cúbico por milímetro cúbico, mg/dL= miligramas por decilitros.

Avaliação dos pacientes tabagistas ativos após um mês da alta hospitalar

No primeiro mês de avaliação após a alta hospitalar, os pacientes do grupo de doenças respiratórias [54 (66,6%)] compareceram em maior proporção quando comparados ao grupo de doenças cardiológicas [69 (47,3%)] (p=0,005). Em relação à cessação do tabagismo, 33 pacientes do grupo de doenças respiratórias e 40 das doenças cardiológicas estavam abstinentes. Ao considerar a população total de tabagistas avaliados, não identificamos diferenças nas proporções de cessação tabágica entre os grupos (14,5% doenças respiratórias e 17,6% cardiológicas, p=0,72) (Figura 3).

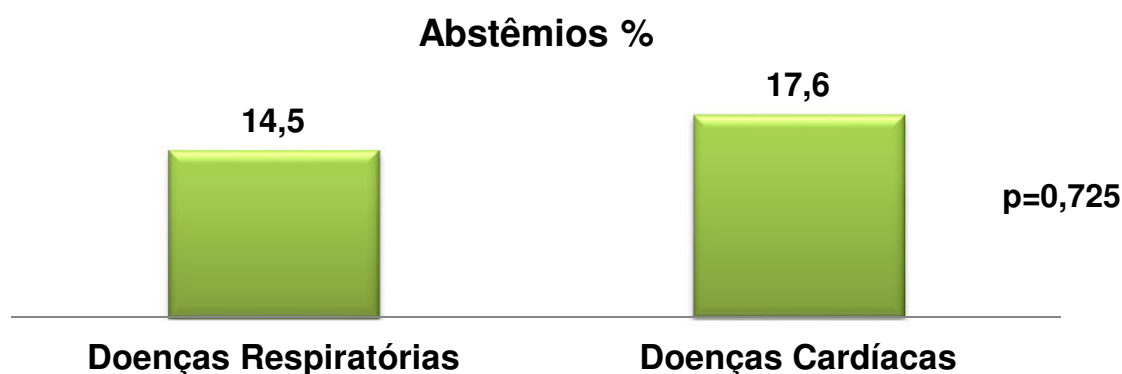


Figura 3 - Cessação do tabagismo no primeiro mês após a alta hospitalar em relação ao grupo total de pacientes tabagistas ativos.

Houve maior perda de comparecimento do sexo masculino na reavaliação após um mês no grupo de doenças cardiológicas ($p=0,004$). Os pacientes com doença cardíaca apresentaram valores de pico de fluxo expiratório maior estatisticamente significativo quando comparados com o grupo de pacientes com doenças respiratórias (344 ± 133 vs 242 ± 121 ; $p=0,01$).

Os pacientes do grupo de doenças respiratórias compareceram em maior proporção estatisticamente significativo no grupo de manutenção da cessação tabágica (Figura 4) e utilizaram fármacos em maior número para controle de sintomas de abstinência após a alta hospitalar (Figura 5).

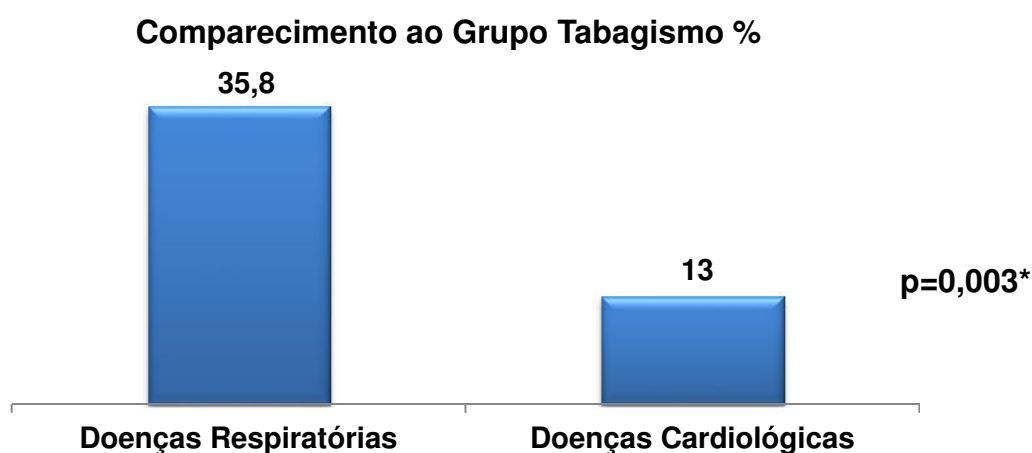


Figura 4 - Comparecimento dos sujeitos ao grupo de tratamento e manutenção para cessação do tabagismo no primeiro mês após a alta hospitalar.

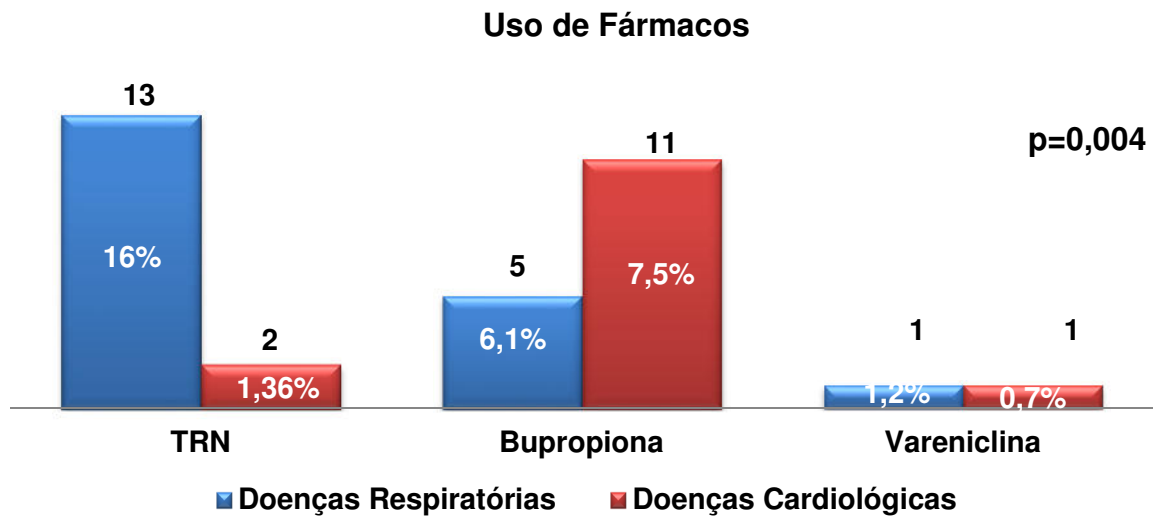


Figura 5 - Pacientes com uso de fármacos específicos para cessação do tabagismo.

O grau de dependência nicotínica dos pacientes que continuaram fumando mostrou ser mais baixo no grupo cardiológico ($p=0,04$). Não identificamos diferenças quanto aos escores de ansiedade e depressão (Tabela 6).

Tabela 6 - Características dos pacientes que compareceram após um mês da alta hospitalar.

Variáveis	Doenças Respiratórias (n=81)	Doenças Cardiológicas (n=146)	P
Gênero Masculino	21 (25,9%)	45 (30,8%)	0,004
Monóxido de Carbono, ppm	3,8 ± 4,7	4,2 ± 5,4	0,67
Grau de dependência dos fumantes			
Baixo	14 (17,2%)	26 (17,8%)	0,04
Elevado	7 (8,6%)	3 (2%)	
Motivação nos fumantes			
Pré-contemplativo	4 (4,9%)	3 (2%)	
Contemplativo	11 (13,58%)	18 (12,3%)	0,65
Ação	6 (7,4%)	8 (5,4%)	
Escala de Ansiedade			
Improvável	33 (40,7%)	48 (32,8%)	
Possível	15 (18,5%)	11 (7,5%)	0,27
Provável	6 (7,4%)	10 (6,8%)	
Escala de Depressão			
Improvável	43 (53%)	54 (37%)	
Possível	8 (9,8%)	10 (6,8%)	0,93
Provável	3 (3,7%)	5 (3,4%)	

p<0,05 avaliado por teste χ^2 e teste t. Ppm= partículas por milhão.

Avaliação dos pacientes tabagistas ativos após três meses da alta hospitalar

Após três meses da alta hospitalar, 42 pacientes do grupo com doenças respiratórias e 40 pacientes com doenças cardiológicas retornaram para reavaliação (p<0,001). Destes, 26 pacientes com doenças respiratórias e 24 com doenças cardiológicas estavam abstinentes do tabaco, o que representa 11,4% e 10,6% respectivamente quando avaliados em relação ao grupo do total de pacientes tabagistas ativos (p=0,86) (Figura 6).

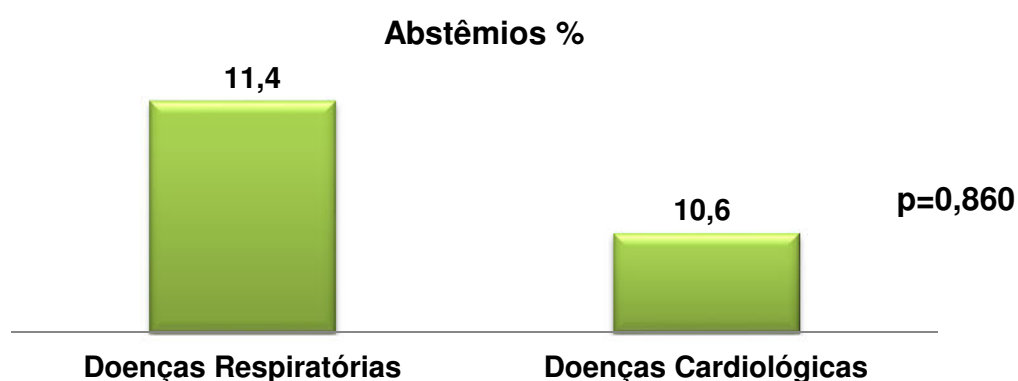


Figura 6 - Cessação do tabagismo no terceiro mês após a alta hospitalar em relação ao grupo total de pacientes tabagistas ativos.

A utilização de fármacos para controle de abstinência continuou sendo estatisticamente maior no grupo de pacientes com doenças respiratórias (Figura 7). A grande maioria dos pacientes que utilizavam fármacos estavam em abstinência, apenas quatro pacientes no grupo de doenças respiratórias e um com doenças cardiológicas continuavam fumando com a utilização de fármacos. Não observamos diferenças estatísticas em relação ao grau de dependência nicotínica e grau de motivação nos pacientes que continuaram fumando. Os escores de ansiedade e depressão também não mostraram diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

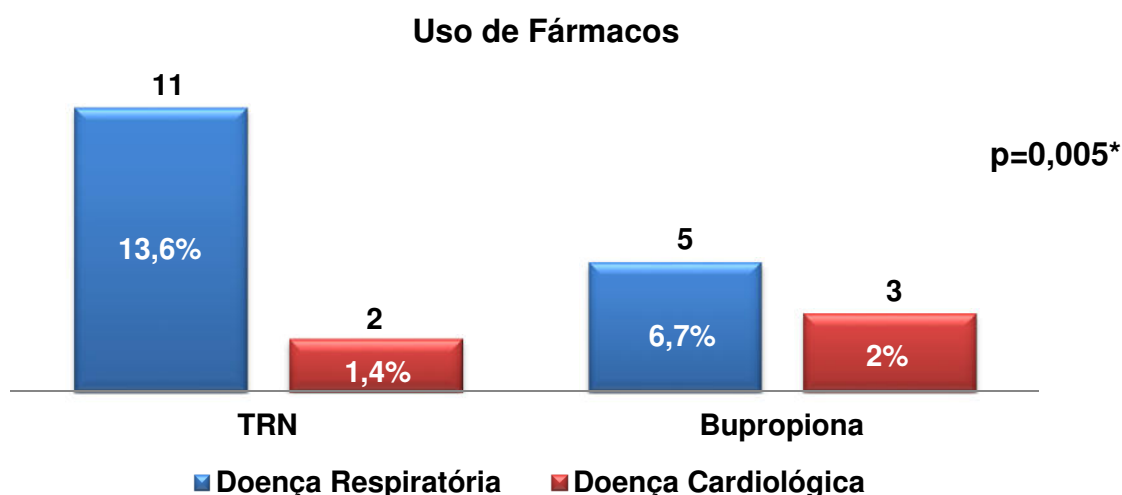


Figura 7 - Pacientes com uso de fármacos específicos para cessação do tabagismo após três meses da alta hospitalar.

O gênero masculino ainda foi o predominante no grupo de pacientes com doenças cardiológicas que compareceram para a reavaliação, assim como os valores de pico de fluxo expiratório foi maior neste grupo ($p < 0,001$). Não observamos diferenças entre os grupos nos graus de dependência nicotínica, na motivação para cessar o tabagismo e na ansiedade e depressão.

Tabela 7 - Características gerais dos pacientes no retorno de três meses.

Variáveis	Doenças Respiratórias (n=81)	Doenças Cardiológicas (n=146)	P
Gênero Masculino	14 (17,2%)	23 (15,7%)	0,02
Monóxido de Carbono, ppm	7,8 ± 10,7	4,5 ± 8,5	0,12
Pico de Fluxo, L/min	230 ± 122	360 ± 133	<0,001
Grau de dependência nos fumantes			
Baixo	12 (14,8%)	13 (8,9%)	0,66
Elevado	4 (4,9%)	3 (2%)	
Motivação nos fumantes			
Pré-contemplativo	8 (9,8%)	5 (3,4%)	
Contemplativo	6 (7,4%)	10 (6,8 %)	0,56
Ação	2 (2,5%)	1 (0,7%)	
Escala de Ansiedade			
Improvável	24 (29,6%)	25 (17,1%)	
Possível	9 (11,1%)	8 (5,4%)	0,86
Provável	9 (11,1%)	7 (4,8%)	
Escala de Depressão			
Improvável	32 (39,5%)	29 (19,8%)	
Possível	6 (7,4%)	4 (2,7%)	0,51
Provável	4 (4,9%)	7 (4,8%)	

$p < 0,05$ avaliado por teste χ^2 e teste t. Ppm= partículas por milhão, L/min= litros por minuto.

Avaliação dos pacientes tabagistas ativos após seis meses da alta hospitalar

A avaliação após seis meses da alta hospitalar mostrou que dos 42 pacientes do grupo de doenças respiratórias, 27 pacientes estavam abstinentes. Em relação ao grupo de doenças cardiológicas, dos 49 pacientes que compareceram 29 estavam abstêmios. Quando comparados em relação à população total de

tabagistas ativos da avaliação inicial, a taxa de abstinência em cada grupo corresponde a 11,9% e 12,8% respectivamente ($p=0,61$) (Figura 8).

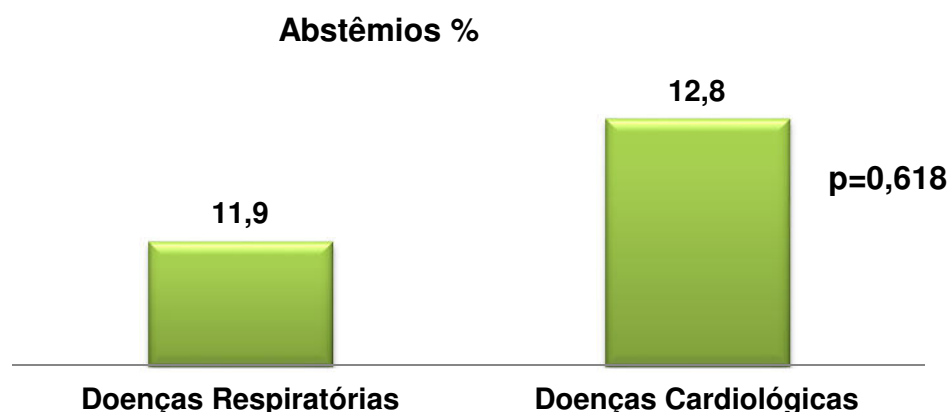


Figura 8 - Cessação do tabagismo no sexto mês após a alta hospitalar em relação ao grupo total de pacientes tabagistas ativos.

Em relação ao pico de fluxo expiratório manteve-se a diferença estatística significativa entre os grupos (243 ± 132 L/min nas doenças respiratórias e 382 ± 136 L/min nas doenças cardiológicas; $p<0,001$).

Como nas avaliações anteriores, o gênero masculino foi o predominante no grupo de pacientes com doenças cardiológicas que compareceram para a reavaliação ($p=0,001$). Não observamos diferenças estatísticas em relação ao grau de dependência nicotínica e grau de motivação nos pacientes que continuaram fumando e que compareceram para reavaliação. Os escores de ansiedade e depressão também não mostraram diferenças significantes entre os grupos.

Tabela 8 - Características gerais dos pacientes que retornaram seis meses após a alta.

Variáveis	Doenças Respiratórias (n=81)	Doenças Cardiológicas (n=146)	P
Gênero Masculino	14 (17,3%)	33 (22,6%)	<0,001
Monóxido de Carbono, ppm	3,2 ± 5,4	4,4 ± 5,6	0,31
Grau de dependência nos fumantes			
Baixo	11 (13,6%)	17 (11,6%)	0,39
Elevado	4 (4,9%)	3 (2%)	
Motivação nos fumantes			
Pré-contemplativo	6 (7,4%)	10 (6,8%)	
Contemplativo	7(8,6%)	9 (6,2%)	0,79
Ação	2 (2,5%)	1 (0,7%)	
Escala de Ansiedade			
Improvável	27 (33,3%)	33 (22,6%)	
Possível	8 (9,9%)	8 (5,5%)	0,93
Provável	7 (8,6%)	8 (5,5%)	
Escala de Depressão			
Improvável	27 (33,3%)	36 (24,6%)	
Possível	8 (9,9%)	7 (4,8%)	0,63
Provável	7 (8,6%)	6 (4,1%)	

p<0,05 avaliado por teste χ^2 e teste t . Ppm= partículas por milhão.

A análise laboratorial bioquímica após seis meses da alta hospitalar mostrou que os pacientes com doença cardiológica apresentaram maior nível estatisticamente significativo de colesterol total e LDL. O hemograma mostrou contagem de leucócitos maior no grupo de pacientes com doença cardiológica (Tabela 9).

Tabela 9 - Análise dos valores bioquímicos laboratoriais após seis meses da alta hospitalar.

Variáveis	Doenças Respiratórias (n=42)	Doenças Cardiológicas (n=49)	P
Hematócrito, %	43,2 ± 5,6	45,1 ± 6,9	0,16
Hemoglobina, g/dL	14,3 ± 1,7	14,7 ± 2,0	0,30
Leucócitos, x1m ³ /mm ³	7,1 ± 2,45	8,5 ± 2,9	0,01
Proteína C-reativa, mg/L	1,14 ± 1,2	1,5 ± 1,5	0,20
Glicose, mg/dL	118 ± 43,3	101 ± 34,2	0,05
Colesterol Total, mg/dL	170 ± 55,5	203 ± 45,0	0,003
Triglicérides, mg/dL	190 ± 111	190 ± 176	0,99
Colesterol HDL, g/dL	44,2 ± 12,9	48,6 ± 14,1	0,13
Colesterol LDL, mg/dL	87,1 ± 45,8	113,2 ± 38,4	0,004

p<0,05 avaliado por teste t. g/dL= gramas por decilitros, mg/L= miligramas/litros, x1m³/mm³= vezes 1 metro cúbico por milímetro cúbico, mg/dL= miligramas por decilitros.

Em relação à amostra total, após seis meses foram identificados 35 óbitos. Destes, 18 (11,7%) eram do grupo de doenças respiratórias (13 eram fumantes ativos) e 17 (6,8%) do grupo de doenças cardiológicas (14 eram tabagistas ativos, p=0,091). Na figura 9 estão dispostas as causas de óbitos em cada grupo.

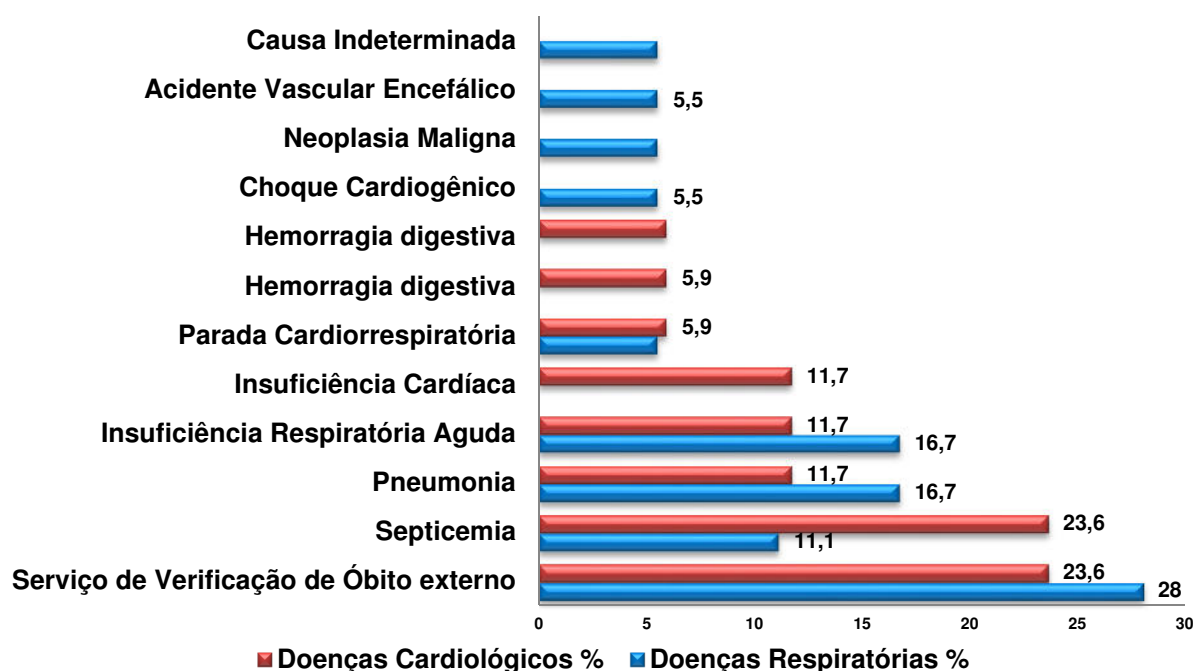


Figura 9 - Causas de óbito durante o seguimento entre os grupos.

Durante o seguimento foi observada a frequência de reinternações dos pacientes. Identificamos que 19 (12,3%) pacientes do grupo de doenças respiratórias e 27 (10,9%) do grupo de doenças cardiológicas apresentaram nova hospitalização ($p=0,65$). Destes que apresentaram nova hospitalização, a grande maioria ainda era fumante, 17 com doenças respiratórias e 25 com doenças cardiológicas.

Dos 227 pacientes tabagistas avaliados, 175 tiveram seguimento ambulatorial com a especialidade dentro do período do estudo, 61 (26,9%) do grupo de doenças respiratórias e 114 (50,2%) do grupo de doenças cardiológicas ($p=0,106$). Aqueles que não compareceram ao retorno foram 2 (2,5%) pacientes do grupo de doenças respiratórias e 15 (10,3%) do grupo de doenças cardiológicas.

Dos 98 tabagistas ativos que perderam o seguimento durante o estudo, apenas 24 (12 do grupo de doenças respiratórias e 12 do grupo de doenças cardiológicas) foram ao grupo tabagismo; o que corresponde a 10,6% da amostra total e foi diferente entre os grupos ($p=0,015$).

5. DISCUSSÃO

No presente trabalho avaliamos a taxa de abandono do tabagismo em pacientes hospitalizados por doenças cardiológicas ou doenças respiratórias. Ao final dos seis meses de acompanhamento, os participantes do grupo de doenças cardiológicas e doenças respiratórias apresentaram, respectivamente, 12,8% e 11,9% na taxa de abstinência após a intervenção em relação ao total avaliado. Além disso, o grupo de pacientes com doenças respiratórias compareceu em maior proporção no grupo de manutenção para cessação do tabagismo (35,8%) e utilizou fármacos em maior número (23,3%) quando comparado ao grupo de doenças cardiológicas (9,6%).

Estudo de Ong et al. 2005, que avaliou os preditores associados à eficácia da terapia cognitiva-comportamental complementada com reposição de nicotina em 248 pacientes hospitalizados, incluiu 121 sujeitos com doenças respiratórias e 127 com doenças cardíacas. Apesar deste estudo não ter o objetivo de comparar as características destes dois grupos, podemos identificar que a taxa total de abstinência após dois meses foi de 43,5%. Semelhante aos nossos resultados, a taxa de cessação tabágica foi próxima entre os grupos, mas foram superiores aos nossos achados: 48,5% no grupo de doenças cardíacas e 38,4% no grupo de doenças respiratórias (Ong et al 2005). Por outro lado, quando comparamos as nossas taxas de cessação em relação aos estudos que avaliaram a cessação em população hospitalizada por diversas causas, podemos identificar que a taxa pode ser semelhante com variação de 11,5% a 26% naqueles que receberam seguimento por pelo menos um mês após da alta (Stockings et al. 2013, Rigotti et al. 2014).

Como não identificamos outros estudos com metodologia semelhante para comparação com nossos resultados, utilizamos os estudos que analisaram separadamente os grupos de pacientes com doenças respiratórias e cardiológicas. Comparativamente com a literatura científica, nosso estudo apresentou baixa taxa de cessação no grupo de doenças respiratórias após seis meses (11,9%). Estudo antigo que randomizou 74 pacientes com doença respiratória mostrou que a taxa de cessação tabágica no grupo intervenção foi de 33,3% após seis meses da alta. Este grupo recebeu orientações para cessar o tabagismo a cada dois dias, durante

15 a 20 minutos enquanto o grupo controle recebeu simples orientação para cessar o tabagismo (Pederson et al. 1991). Semelhante a estes resultados, metanálise da Cochrane mostrou que a eficácia do tratamento de intervenção para cessação tabágica em pacientes hospitalizados com doenças respiratórias não apresentou diferença entre os grupos (Rigotti et al. 2007).

Mais recentemente, estudo ambulatorial de Willemse et al. avaliou apenas 38 sujeitos com DPOC ou bronquite crônica na Holanda e com a utilização de nove sessões de terapia cognitivo-comportamental, com duas horas de duração em seis semanas, mostrou que a taxa de cessação foi 42% após 12 meses (Willemse et al. 2005). Ainda na mesma linha de intervenção ambulatorial, Chen et al. 2014 seguiu 85 indivíduos tabagistas ativos com DPOC e 105 tabagistas assintomáticos durante seis meses que foram randomizados em grupo controle, que recebeu apenas orientação para cessar o tabagismo, e um grupo intervenção, que além do aconselhamento cognitivo comportamental individual de vinte minutos, recebeu nove ligações telefônicas até o quinto mês. Quando considerado o grupo total de pacientes, o grupo intervenção apresentou taxa de abstinência maior (23,4%) quando comparado ao grupo controle (10,4%; $p=0,007$). Além disso, os fumantes com diagnóstico de DPOC foram mais propensos a cessar o tabaco (29,4%) quando comparados aos assintomáticos (6,7%; $p<0,001$) (Chen et al. 2014).

Nosso estudo mostrou que 12,3% dos pacientes do grupo com doenças respiratórias tiveram nova internação e a grande maioria ainda era fumante. De fato, o tabagismo aumenta a taxa de hospitalizações e os gastos em saúde (Monteiro et al. 2007, Valeska et al. 2007). Estudo com 198 sujeitos com DPOC moderada a grave na Clínica Chest do Hospital Malaca (Malásia), analisou a relação da cessação tabágica com a internação hospitalar e com a qualidade de vida. Os sujeitos foram divididos em ex-tabagistas sustentados (cessaram o tabaco há mais de cinco anos antes da entrevista) e em ex-tabagistas (cessaram o tabaco há menos de cinco anos). Os tabagistas apresentaram maior taxa de internação anual quando comparados aos ex-tabagistas (OR:4,50; IC:1,91-10,59). Em relação à qualidade de vida, os ex-tabagistas sustentados apresentaram melhora nos sintomas

respiratórios em comparação aos tabagistas ativos (OR:0,02; IC:0-0,12) (Hassan et al. 2014).

Quanto ao grupo de pacientes cardiológicos, a taxa de abstinência no presente estudo foi de 12,8% após seis meses. Esta taxa é similar ao estudo de Stockings et al. que avaliou 205 pacientes tabagistas ativos com diagnóstico de doença mental em hospital na Austrália. Destes, 104 pacientes do grupo intervenção receberam terapia de reposição nicotínica associado à terapia cognitiva-comportamental com duração de 15 a 20 minutos durante a hospitalização seguida de ligações telefônicas quinzenais por doze semanas e TRN por duas semanas após a alta. Enquanto 101 pacientes do grupo controle receberam orientações durante a hospitalização e TRN durante e após três dias da alta hospitalar. O grupo controle apresentou 2% de taxa de cessação tabágica enquanto o grupo intervenção, 11,5% (Stockings et al. 2013). Entretanto, pacientes psiquiátricos podem apresentar maior dificuldade para cessar o tabagismo em função do controle da doença mental e, assim, podem apresentar menor taxa de cessação tabágica (Stockings et al. 2013). Por outro lado, os pacientes cardiológicos do nosso estudo não apresentaram sintomas sugestivos de patologias associadas à saúde mental.

Quando a taxa de abstinência nos nossos pacientes cardiológicos foi comparada com a literatura, podemos identificar que foi inferior (Chouinard et al. 2005, Pedersen et al. 2005, Croghan et al. 2005, Rigotti et al. 2006, Mohiuddin et al. 2007). Ensaio duplo-cego em pacientes com doença cardíaca aguda (IAM ou angina instável) com uso de bupropiona e placebo mostrou taxa de abstinência de 25% e 21,3%, respectivamente, após um ano. Os pacientes também receberam aconselhamento cognitivo-comportamental iniciado no período hospitalar, com duração de 30 a 45 minutos, e continuado com cinco telefonemas após a alta. (Rigotti et al. 2006). Semelhante a estes resultados, estudo com 392 pacientes com IAM randomizados em relação à bupropiona ou placebo por nove semanas, associados com o fornecimento de breve aconselhamento durante a hospitalização mostrou que a taxa de cessação tabágica foi de 37,2% e 32% em relação ao grupo bupropiona e placebo respectivamente (Eisenberg et al. 2013). No mesmo sentido,

metanálise da Cochrane que incluiu 11 estudos para avaliar a eficácia do tratamento intensivo (aconselhamento iniciado na internação com acompanhamento de no mínimo um mês após a alta) mostrou eficácia em tabagistas com doença cardiovascular, com OR:1,81 (IC 95%:1,53-2,15) (Rigotti et al. 2007). Entretanto, os estudos que avaliaram a eficácia do tratamento de baixa intensidade (aconselhamento somente durante a internação sem seguimento após a alta) não houve diferença estatística.

Nosso estudo mostrou alta prevalência de tabagistas ativos nas doenças tabaco-relacionadas em pacientes hospitalizados (56,5%). Este resultado está de acordo com a literatura que mostra que o tabaco está associado com 51,5% das hospitalizações (Barreto et al. 2012, Fiore et al. 2012). Estudo prévio realizado em nosso serviço mostrou que dos 348 pacientes hospitalizados por doença tabaco-relacionadas, 41% eram tabagistas ativos (Tanni et al. 2009). Assim, existe na literatura recomendação intitulada de “procedimento operacional padrão”, em que são realizadas intervenções para fumantes hospitalizados com aconselhamentos e farmacoterapia por funcionários previamente treinados e seguimento após a alta (Raupach et al. 2014). Neste contexto, o presente trabalho mostrou que, apesar de ter sido oferecido seguimento ambulatorial após a alta, houve pouco comparecimento no grupo de manutenção da cessação tabágica de ambos os grupos. Todavia, isto está de acordo com a literatura que mostrou abandono de 33% dos pacientes que foram orientados a comparecerem na intervenção cognitivo-comportamental (Sardinha et al. 2005). No mesmo sentido, estudo recente com 109 participantes que receberam fármacos específicos para cessar o tabagismo com acompanhamento durante quatro semanas, apresentou taxa de abandono dos pacientes de 33,1% (Mesquita et al. 2013).

A utilização de fármacos para controle dos sintomas de abstinência tabágica foi baixa (14,5%), o que se assemelhou aos estudos de Barreto et al. 2012 e Regan et al. 2012 que mostraram taxa de 28,1% e 37,6%, respectivamente. Em contraste, existem estudos na literatura que mostram a utilização de fármacos em maior frequência em pacientes hospitalizados. Simon et al. 2003 mostraram que em pacientes hospitalizados por doenças cardíacas, a taxa de utilização de fármacos

foi de 48%, semelhante ao estudo realizado em Massachusetts (EUA) em que 67% dos pacientes hospitalizados com doenças tabaco-relacionadas utilizaram fármacos (Rigotti et al. 2014). De fato, a pouca utilização de fármacos durante a hospitalização e após a alta hospitalar no presente trabalho pode ter influenciado a baixa taxa de cessação tabágica após seis meses.

Para que ocorra a manutenção da motivação dos pacientes para completarem o tratamento adequado, deve ser realizado trabalho multiprofissional contínuo que envolva a equipe médica específica nos cuidados do paciente (Ministério da saúde 2013). Com isso faz-se necessário discutir o seguimento da cessação tabágica pelo especialista após a alta. Entretanto, poucos estudos discutem sobre esse tema. Estudos que avaliaram o conhecimento e habilidades dos especialistas para orientação da cessação tabágica mostram que ainda é baixa a abordagem realizada pelos médicos. Tanni et al. 2009 entrevistou 348 pacientes hospitalizados devido doenças tabaco-relacionadas no qual 65% não sabiam da associação entre tabagismo e a doença atual, 80% relataram ter recebido breve aconselhamento, 31% não sabiam da existência de serviços especializados para cessação tabágica e 7% haviam recebido tratamento farmacológico específico para cessação do tabagismo. Pesquisa antiga realizada pelo National Center for Health Statistics (NCHS), que avaliou o posicionamento médico sobre aconselhar o paciente a abandonar o tabagismo entre os anos de 1991 e 1995, verificaram que os médicos, em 65% das consultas questionam seus pacientes sobre tabagismo, 29% aconselham a parar de fumar, mas apenas 1,3% prescrevem fármacos específicos para o tratamento (Thorndike et al. 1998).

Na nossa amostra a caracterização dos tabagistas ativos do grupo de doenças respiratórias foi constituída por 67,9% de mulheres e a idade média foi de 59,7 anos. O grupo de doenças cardíológicas foi constituído por 72,6% de homens e a idade média foi de 57,3 anos; isto está de acordo com dados da literatura cuja maior prevalência é de homens cardiopatas e a faixa etária de 57 anos (Berndt et al. 2012; Eisenberg 2013). Estes dados mostram que os pacientes com doenças tabaco-relacionadas são hospitalizados em idade mais nova e são retirados do mercado de trabalho precocemente (Elshatarat et al. 2013). O tabagismo gera um

déficit na população economicamente ativa, que se caracteriza pela perda da produtividade devido à morbidade e morte precoce, além de aumentar os custos gerados pelas doenças tabaco-relacionadas à assistência médica (Pinto et al. 2010).

Além disso, dados demográficos do estudo mostraram que a escolaridade (primeiro grau incompleto em 55,6% no grupo de doenças respiratórias e 57,5% nas doenças cardiológicas) e a renda per capita [doenças respiratórias: R\$677 (360 - 1040) vs doença cardiológicas: R\$ 1150 (677 - 2000)] são baixas nos pacientes com doenças tabaco-relacionadas. Estes dados são semelhantes aos resultados encontrados anteriormente em nosso serviço, no qual 61% dos indivíduos tabagistas ativos não cursaram o segundo grau e a renda mensal não ultrapassou dois salários mínimos (Caram et al. 2009). Estudos associaram a maior prevalência do tabagismo com piores condições econômicas e educacionais e acredita-se que a baixa motivação e a falta de recurso também estejam associadas ao insucesso (Peixoto et al. 2007). Ademais, a criação de estratégias contínuas para o controle e prevenção do tabagismo ainda é um dos principais desafios dos países em desenvolvimento (Schmidt et al. 2011, Ministério da saúde 2013).

6. CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou baixa taxa de cessação tabágica ao longo do seguimento em ambos os grupos. A perda de seguimento dos pacientes para reavaliação foi alta e a utilização de fármacos foi pequena em ambos os grupos. Apesar disso, a maioria recebeu acompanhamento com as especialidades. Os pacientes com doenças respiratórias apresentaram menor renda mensal, menor peso e menor estatura quando comparados ao grupo de pacientes cardiológicos. Identificamos que a taxa de reinternações e de óbitos foi baixa e semelhante entre os grupos.

Certamente, a manutenção de programas de cessação tabágica para pacientes hospitalizados é imprescindível para prevenção de complicações das doenças crônicas tabaco-relacionadas e para melhorar os aspectos gerais da saúde dos tabagistas.

7. REFERÊNCIAS

Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAA, Silva CAR, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. J Bras Pneumol. 2004;30(2):S1-S76.

Araújo AJ. Tratamento do tabagismo pode impactar a DPOC. Pulmão RJ - Atualizações Temáticas 2009;1(1):20-33

Azevedo RC, Mauro ML, Lima DD, Gaspar KC, da Silva VF, Botega NJ. General hospital admission as an opportunity for smoking-cessation strategies: a clinical trial in Brazil. Gen Hosp Psychiatry. 2010;32(6):599-606.

Barreto RB, Pincelli MP, Steinwandter R, Silva AP, Manes J, Steidle LJ. Smoking among patients hospitalized at a university hospital in the south of Brazil: prevalence, degree of nicotine dependence, and motivational stage of change. J Bras Pneumol. 2012;38(1):72-80.

Barreto RB, Pincelli MP, Steinwandter R, Silva AP, Manes J, Steidle LJM. Tabagismo entre pacientes internados em um hospital universitário no sul do Brasil: prevalência, grau de dependência e estágio motivacional. J Bras Pneumol. 2012;38(1):72-80.

Berndt N, Bolman C, Lechner L, Mudde A, Verheugt FWA, Vries H. Effectiveness of two intensive treatment methods for smoking cessation and relapse prevention in patients with coronary heart disease: study protocol and baseline description. BMC Cardiovascular Disorders. 2012;12:33.

Bize R, Stoianov R, Ruffieux C, Ghali W, Paccaud F, Cornuz J. Effectiveness of a low-intensity smoking cessation intervention for hospitalized patients. Eur J Cancer Prev. 2006;15(5):464-70.

Caram LMO, Ferrari R, Tanni SE, Coelho LS, Godoy I, Martin RSS, Godoy Irma. Perfil de fumantes atendidos em serviço público para tratamento do tabagismo. J Bras Pneumol. 2009;35(10):980-985.

Cardoso AP. DPOC- exacerbação aguda: diagnosticar, prevenir e tratar. Pulmão RJ. 2009;1(1):68-70.

- Chen J, Chen Y, Chen P, Liu Z, Lou H, Cai S. Effectiveness of individual counseling for smoking cessation in smokers with chronic obstructive pulmonary disease and asymptomatic smokers. *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2014;7:716-720.
- Chouinard MC, Robichaud-Ekstrand S. The effectiveness of nursing inpatients smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nursing Research*. 2005;54(4):243-254.
- Croghan GA, Croghan IT, Frost MH, Sloan JA, Novotny PJ, Nelson MA, et al. Smoking cessation interventions and postoperative outcomes in esophageal and lung cancer patients [POS3-101]. Society for Research on Nicotine and Tobacco 11th Annual Meeting. 2005:139.
- Dawood N, Vaccarino V, Reid K, Spertus J, Hamid N, Parashar S, et al. Predictors of smoking cessation after a myocardial infarction: the role of institutional smoking cessation programs in improving success. *Arch Intern Med*. 2008;168(18):1961-1967.
- Dutra G. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Como abandonar o tabagismo e recuperar a qualidade de vida. Acesso em agosto 2012. Disponível em: <http://prevencao.cardiol.br/BoletimNoticia/principal.asp?sessao=7¬icia=647>
- Eisenberg MJ, Grandi SM, Gervais A, O'Loughlin J, Paradis G, Rinfret S, et. al. Bupropion for smoking cessation in patients hospitalized with acute myocardial infarction. A randomized, placebo-controlled trial. *J Am Coll Cardiol*. 2013;61(5):524-532.
- Elshatarat RA, Stotts NA, Engler M, Froelicher ES. Knowledge and beliefs about smoking and goals for smoking cessation in hospitalized men with cardiovascular disease. *Heart & Lung*. 2013;42:126-132.
- Faganello MM. Fatores associados à ocorrência de exacerbação em pacientes com DPOC. Dissertação. 2007: Departamento de Clínica Médica. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista.

Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav.* 1978;3(3-4):235-241.

Ferketich AK, Khan Y, Wewers ME. Are physicians asking about tobacco use and assisting with cessation? Results from the 2001-2004 national ambulatory medical care survey (NAMCS). *Prev Med.* 2006;43(6):472-476.

Figueiredo VA. Um panorama do tabagismo em 16 capitais brasileiras e Distrito Federal: tendências e heterogeneidades. [Tese de Doutorado]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=155755

Fiore MC, Goplerud E, Schroeder SA. The joint commission's new tobacco-cessation measures - will hospitals do the right thing? *N Engl J Med.* 2012;366(13):1172-1174.

Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care.* 2008;53(9):1217-1222.

Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: Update 2014.

Guidon GE, Boisclair D. Past, current and future trends in tobacco use. In: health nutrition and population (HNP) discussion paper of the World Bank's Human Development Network. Discussion paper. Economics of Tobacco Control Paper nº6. 2003. Acesso em agosto 2012. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Guindon-PastCurrent-whole.pdf>

Hassan HA, Aziz NA, Hassan Y, Hassan F. Does the duration of smoking cessation have an impact on hospital admission and health-related quality of life amongst COPD patients? *International Journal of COPD.* 2014;9:493-499.

Houston TK, Allison J, Person S, Kovac S, Williams OD, Kiefe CI. Post-myocardial infarction smoking cessation counseling: associations with immediate and late mortality in older Medicare patients. *Am J Med.* 2005;118(3):269-75.

IARC (International Agency for Research on Cancer). IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risk to humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. 2004;38(83).

II Consenso Brasileiro sobre Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC - 2004. Caracterização da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) - definição, epidemiologia, diagnóstico e estadiamento. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* 2004;30(5):1-5.

Instituto Nacional do Câncer. INCA revela que 37% dos casos de câncer do País previstos para esse ano são relacionados ao tabagismo. Agência de notícias - INCA. Acesso agosto 2012. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/atualidades/ver.asp?id=1959>

Kahende J, Adhikari B, Maurice E, Rock V, Malarcher A. Disparities in health care utilization by smoking status- NHANES 1999-2004. *Int J Environ Res Public Health.* 2009;6(3):1095-1106.

Kotb A, Hsieh S, Wells GA. The effect of telephone support interventions on coronary artery disease (CAD) patient outcomes during cardiac rehabilitation: a systematic review and metanalysis. 2014;9(5):e96581.

Martinez JAB. Tabagismo. In: Décio Mion Jr; Fernando Nobre. (Org) *Risco Cardiovascular Global.* São Paulo: Lemos Editorial. 1999(1):115-137.

Menezes AM, Perez-Padilla R, Jardim JR, Muiño A, Lopez MV, Valdivia G, et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet.* 2005;366(9500):1875-1881.

Mesquita AA. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. *Rev Bras de Ter Comp Cogn.* 2013;15(2):35-44.

Middleton ET, Morice AH. Breath carbon monoxide as an indication of smoking habit. *Chest*. 2000;117(3):758-763.

Miller NH, Smith PM, DeBusk RF, Sobel DS, Taylor CB. Smoking Cessation in Hospitalized Patients. Results of a Randomized Trial. *Arch Intern Med*. 1997;157(4):409-415.

Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não transmissíveis e promoção de saúde. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito telefônico. 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, 2013.

Miravittles M. Economic evaluation of the impact of chronic obstructive pulmonary disease and its acute exacerbations on Latin America. *J Bras Pneumol*. 2004;30(3):274-285.

Mohiuddin SM, Moos NA, Hunter CB, Grollmes TL, Cloutier DA, Hillerman DE. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest*. 2007;131:446-452.

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;85(7):527-534.

Ong KC, Cheong GN, Prabhakaran L, Earnest A. Predictors of success in smoking cessation among hospitalized patients. *Respiratory*. 2005;10:63-69.

Pedersen L, Johansen S, Eksten L. Smoking cessation among patients with acute heart disease. A randomized intervention Project. *Ugeskrift for Laeger*. 2005;167(33):3044-3047.

Peixoto SV, Firmo JOA, Costa MFL. Fatores associados ao índice de cessação do hábito de fumar em duas diferentes populações adultas (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2007;23(6):1319-1328.

Pinto M, Ugá MAD. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Jun 2010;26(6):1234-1245.

Pinto MT, Riviere AP, Biz A, Schluckbier, Araújo A. Relatório final carga de doenças tabaco-relacionadas para o Brasil. 2011;4-20. Acesso em 2012. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/721_Relatorio_Carga_do_tabagismo_Brasil.pdf

Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390-395.

Raupach T, Falk J, Vangeli E, Schiekirka S, Rustler C, Grassi MC, et. al. Structured smoking cessation training for health professional on cardiology wards: a prospective study. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2014; 21(7): 915-922.

Regan S, Viana JC, Reye M, Rigotti NA. Prevalence and predictors of smoking by inpatients during a hospital stay. *Arch Intern Med*. 2012;172(21):1670-1674.

Ribeiro RA, Mello RGB, Melchior R, Dill JC, Hohmann CB, Lucchese AM, et. al. Annual cost of ischemic heart disease in Brazil. Public and private perspective. *Arq Bras de Cardiol*. 2005;85(1):3-8.

Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2012;5: CD001837.

Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2007;3: CD001837.

Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Smoking cessation interventions for hospitalized smokers. *Arch Intern Med*. 2008;168(18):1950-1960.

Rigotti NA, Regan S, Levy DE, Japuntich S, Chang Y, Park ER, et. al. Sustained care intervention and post discharge smoking cessation among hospitalized adults: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014;312(7):719-728.

Rigotti NA, Thorndike NA, Regan S, McKool K, Pasternak RC, Chang T, Swartz S, Torres-Finnerty N, Emmons KM, Singer DE. Bupropion for smokers hospitalized with acute cardiovascular disease. *The American Journal of Medicine*. 2006;119:1080-1087.

Santos UP, Gannam S, Abe JM, Esteves PB, Filho MF, Wakassa TB, et al. Emprego da determinação de monóxido de carbono no ar exalado para a detecção do consumo de tabaco. *J Bras Pneumol*. 2001;27(5):231-236.

Sardinha A, Oliva AD, Augustin JD, Ribeiro F, Falcone EMO. Intervenção cognitivo-comportamental com grupos para o abandono do cigarro. *Rev Bras Ter Cogn*. Rio de Janeiro. 2005;1(1):1-10.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes NA, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-1961.

Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. The tobacco atlas. Atlanta: American Cancer Society. 2009;(3).

Simon JA, Carmody TP, Snyder E, Murray J. Intensive cessation versus minimal counseling among hospitalized smokers with transdermal replacement: a randomized trial. *Am J Med*. 2003;114(7):555-562.

Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Departamento de Aterosclerose. IV Diretrizes Brasileiras para Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol*. 2007;88(1):2-19.

Stockings EAL, Bowman JA, Baker AL, Terry MT, Clancy R, Wye PM, et al. Impact of a post discharge smoking cessation intervention for smokers admitted to an inpatient psychiatric facility: A randomized controlled trial. *Nicotine & Tobacco Research*. 2014;16(11): 1417-1428.

Tanni S, Iritsu N, Tani M, Camargo P, Sampaio M, Godoy I, et al. Risk perceptions and behavior in hospitalized patients with tobacco related diseases Preventing Chronic Disease. *Prev Chronic Dis*. 2009;6(4):a138.

Thorndike AN, Rigotti NA, Stafford RS, Singer DE. National patterns in the treatment of smokers by physicians. *JAMA*. 1998;279:604-608.

U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.

Valeska CF. Um panorama do tabagismo em 16 capitais brasileiras e Distrito Federal: tendências e heterogeneidades. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=155755

Willemsse B, Lesman-Leegte I, Timens W, Post D, Hacken NT. High cessation rates of cigarette smoking in subjects with and without COPD. *Chest*. 2005;128(5):3685-3687.

World Health Organization (WHO). Tobacco Free Initiative [Internet]. Acesso agosto 2012. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/economics/background/en/index.html>

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70.

8. ANEXOS

Anexo 1 – Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 30 de maio de 2012

Of. 258/2012

Ilustríssima Senhora
Profª Drª Suzana Erico Tanni Minamoto
Departamento de Clínica Médica
Faculdade de Medicina de Botucatu

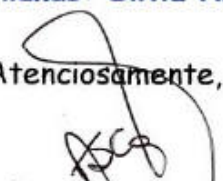
Prezada Drª Suzana.

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que em 23 de maio de 2.012, foi autorizada a inclusão das alunas abaixo relacionadas para colaborar no Projeto de Pesquisa - Protocolo CEP 3403/2009 "**Avaliação da eficácia do tratamento da cessação do tabagismo, iniciado durante a internação hospitalar**", aprovado por este CEP em 07/12/2.009, ficando a equipe assim constituída:

Orientador: Profª Drª Suzana Erico Tanni Minamoto
Colaboradores: Irma de Godoy - Ilda de Godoy - Renata Ferrari- Laura Miranda de Oliveira Caram, Liana Sousa Coelho, Mariana Martins Ambrozi e Rosana dos Santos Silva Martin

Alunas: Silvia Aline Santos Andrade e Thais Garcia

Atenciosamente,


Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: “Avaliação da eficácia do tratamento da cessação do tabagismo iniciado durante internação hospitalar em pacientes com doença isquêmica cardíaca ou respiratória agudizada”

O objetivo deste estudo será avaliar a taxa de abandono do tabagismo em pacientes que recebem abordagem intensiva da cessação do tabagismo e comparar aos pacientes tabagistas que recebem abordagem mínima de cessação. O (a) Senhor (a) é tabagista e apresenta evento coronariano ou doença respiratória agudizada.

No estudo atual, está sendo convidado a realizar uma avaliação que incluirá anamnese clínica, história tabágica, grau de motivação para cessar o tabagismo, grau de dependência nicotínica, questionário de ansiedade e depressão, exame físico completo e análise laboratorial. O (a) Senhor (a) terá seu peso e estatura medidos e será submetido à coleta de sangue e medida de monóxido de carbono no ar exalado (para verificar o nível do tabagismo).

Em caso de alguma alteração nos exames, o Senhor (a) será encaminhado para tratamento adequado.

Os riscos associados aos procedimentos utilizados na realização do estudo são mínimos. O estudo não envolve qualquer alteração nos tratamentos que esteja recebendo e as suas informações e dados pessoais serão utilizados apenas em reuniões de caráter científico e serão mantidos em sigilo profissional. Qualquer dúvida em relação ao estudo será imediatamente esclarecida e o (a) Senhor (a) estará livre para retirar seu consentimento e desistir de participar do estudo, em qualquer momento, sem interferência no tratamento que recebe na instituição. Ao entrar nesse estudo, sua identidade não será revelada. Além disso, o Senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através do telefone 3811-6143.

Eu _____ entendo o que foi descrito acima e dou meu consentimento para ser incluído neste estudo.

Assinatura do participante

Eu declaro que expliquei ao participante acima a natureza e os objetivos da pesquisa, os prováveis benefícios e possíveis riscos com a participação neste estudo. Este documento será elaborado em 2 vias, sendo uma entregue ao participante e outra será mantida em arquivo.

Assinatura da pesquisa

Pesquisadora: Thaís Garcia

Departamento de Clínica Médica/ Faculdade de Medicina de Botucatu

Fone: (14)3811-6213 - E-mail: **thais_this@msn.com**

Responsável: Suzana Erico Tanni Minamoto

Disciplina de Pneumologia/ Departamento de Clínica Médica

Faculdade de Medicina de Botucatu

Fone: (14)3811-6213 - E-mail: **suzanapneumo@hotmail.com**

Anexo 3 - Ficha de Avaliação Inicial

UNESP Ambulatório de Tabagismo	CEDENI- FMB/UNESP PROGRAMA de CESSAÇÃO do TABAGISMO	DATA:___/___/___
		RG (Prontuário):

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____ **Funcionário:** () Sim () Não
Sexo: Feminino [1] Masculino [2] **Idade:** _____ **Data de Nascimento:** ___/___/___
Endereço Residencial: _____
Cidade: _____ **Estado:** _____ **Telefone pra contato:** _____
Profissão: _____
Estado Civil: [1] Solteiro [2] Casado [3] Divorciado [4] Separado [5] Viúvo
[6] Outros: _____
Escolaridade: [0] Analfabeto [1] 1º grau completo [1] 1º grau incompleto [2] 2º grau completo [2] 2º grau incompleto [3] Nível Superior Completo [3] Nível Superior Incompleto
Renda Mensal: _____ (SM)

TABAGISMO ATIVO: SIM [] NÃO [] EX-TABAGISTA: SIM [] NÃO [] TEMPO ABSTINÊNCIA: _____ anos

ANAMNESE CLÍNICA

Motivo de admissão: IAM [] Angina instável [] Outras causas cardiológicas []
DPOC exacerbado [] Asma aguda [] Outras causas respiratórias [] Quais? _____
[] Expectoração [] Chiado [] Dispneia [] Dor Torácica [] IVAS repetição []
Claudicação [] Tontura

Antecedente pessoal:

[] Úlcera de boca	[] Gengivite	[] Hipertensão arterial	[] Diabetes mellitus
[] Insuficiência Coronariana	[] AVC	[] Úlcera péptica/gastrite	[] Alergias cutâneas
[] DPOC	[] Asma	[] Distúrbios Mentais	[] Obesidade
[] Bulimia	[] Anorexia Nervosa	[] Epilepsia	[] Alcoolismo
[] Arritmia Cardíaca	[] Insuficiência Arterial Coronariana	[] Neoplasia	

Outros (especificar): _____

Medicamentos:_____

VI. Tem prótese dentária móvel? [1] Sim [2] Não

EXAME FÍSICO

Peso_____ (kg) Altura_____ (m) IMC_____

PA:_____ FC:_____ PF:_____

CO_____

Ausculta Pulmonar: [1] Sibilos [2] Roncos [3] Normal [4] Hiperinsuflação [5]

Outros:_____

Ausculta Cardíaca: [1] Arritmia [2] Sopros [3] Normal [4] Outros:_____

MMII: [1] Normal [2] Hiperinsuflação [3] Nódulos únicos [4] Nódulos

[5] Derrame Pleural [6] Condensação [7]Outros:_____

Espirometria pós BD:

CVF(L):__ CVF(%):__ VEF1(L):__ VEF1(%):__ VEF1/CVF:__

HISTÓRIAS TABAGÍSTICAS

I. Com que idade você começou a fumar?_____

II. Já conseguiu deixar de fumar? [1] Sim [2] Não

III. Quantas vezes conseguiu deixar de fumar? [1] 1 vez [2] 2 vezes [3] 3 vezes

[4] mais de 3 vezes

Você convive com fumantes em sua casa?[1] Sim [2] Não Qual o grau de parentesco?_____

AValiação DO GRAU DE DEPENDÊNCIA

I. Quanto tempo depois de acordar você fuma seu primeiro cigarro?

Dentro de 5 minutos [3]

Entre 6 e 30 minutos [2]

Entre 31 e 60 minutos [1]

Após 60 minutos [0]

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

Sim [1]

Não [0]

III. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

O primeiro da manhã [1]

Outros [0]

IV. Quantos cigarros você fuma por dia?

Menos de 10 [0]

De 11 a 20 [1]

De 21 a 31 [2]

Mais de 31 [3]

Não [0]

V. Você fuma mais frequente pela manhã?

Sim [1]

Não [0]

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

Sim [1]

Não [0]

Pontuação: _____

Grau de dependência

0 – 2 pontos = muito baixo

3 – 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 – 7 pontos = elevado

8 – 10 pontos = muito elevado

GRAU DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

1) Eu me sinto tensa (o) ou contraída (o):

(3) A maior parte do tempo

(2) Boa parte do tempo

(1) De vez em quando

(0) Nunca

8) Eu estou lenta (o) para pensar e fazer as coisas:

(3) Quase sempre

(2) Muitas vezes

(1) De vez em quando

(0) Nunca

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

(0) Sim, do mesmo jeito que antes

(1) Não tanto quanto antes

(2) Só um pouco

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

(0) Nunca

(1) De vez em quando

- | | |
|---|---|
| (3) Já não consigo ter prazer em nada | (2) Muitas vezes |
| | (3) Quase sempre |
| 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer: | 10) Eu perdi interesse em cuidar da minha aparência: |
| (3) Sim, e de jeito muito forte | (3) Completamente |
| (2) Sim, mas não tão forte. | (2) Não estou me cuidando como eu deveria |
| (1) Um pouco, mas isso não me preocupa | (1) Talvez não tanto quanto antes |
| (0) Não sinto nada disso | (0) Me cuido do mesmo jeito que antes |
| 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: | 11) Eu me sinto inquieta (o), como se eu não pudesse ficar parada(o) em lugar nenhum: |
| (0) Do mesmo jeito que antes | (3) Sim, demais |
| (1) Atualmente um pouco menos | (2) Bastante |
| (2) Atualmente bem menos | (1) Um pouco |
| (3) Não consigo mais | (0) Não me sinto assim |
| 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações: | 12) Fico animada (o) esperando animado as coisas boas que estão por vir: |
| (3) A maior parte do tempo | (0) Do mesmo jeito que antes |
| (2) Boa parte do tempo | (1) Um pouco menos que antes |
| (1) De vez em quando | (2) Bem menos do que antes |
| (0) Raramente | (3) Quase nunca |
| 6) Eu me sinto alegre: | 13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico: |
| (3) Nunca | (3) A quase todo momento |
| (2) Poucas vezes | (2) Várias vezes |
| (1) Muitas vezes | (1) De vez em quando |
| (0) A maior parte do tempo | (0) Não senti isso |
| 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado: | 14) Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa: |
| (0) Sim, quase sempre | (0) Quase sempre |
| (1) Muitas vezes | |

- (2) Poucas vezes
(3) Nunca

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

Escala de ansiedade: [] pontos Escala de depressão: [] pontos

Questões Ansiedade – 1,3,5,7,9,11 e 13 Depressão – 2,4,6,8,10,12 e 14.

Avaliação do Escore obtido: 0 – 7 pontos: Improvável

8 – 11 pontos: Possível (questionável ou duvidosa)

12 – 21 pontos: Provável

ESTÁGIO DE MOTIVAÇÃO

Pré-contemplativo: fumando, não motivado a parar de fumar [1]

Contemplativo: motivado a parar, porém sem data estipulada nos próximos dias [2]

Ação: já tem uma data marcada ou está motivado a parar de fumar [3]

MEDICAMENTOS PARA CESSAÇÃO

- () Nenhum
() Adesivo de Nicotina
() Bupropiona
() Vareniclina

AVALIAÇÃO LABORATORIAL

Internação / 6 meses após alta:

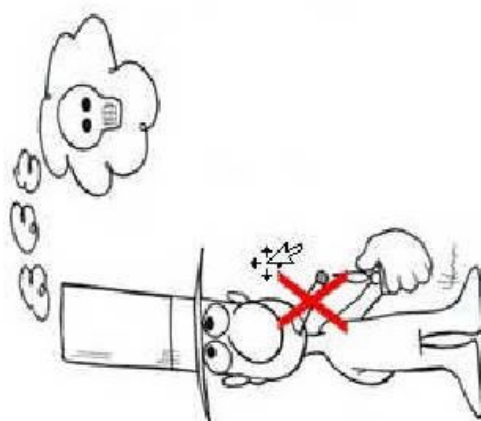
Ht:_____/_____ Hb:_____/_____ Leuc:_____/_____ PCR:_____/_____

Glicose:_____/_____ CT:_____/_____ TG:_____/_____ LDL:_____/_____

HDL:_____/_____

Anexo 4 – Material Educativo “Zé Fumacinha”

**Aprenda com
o Zé Fumacinha**



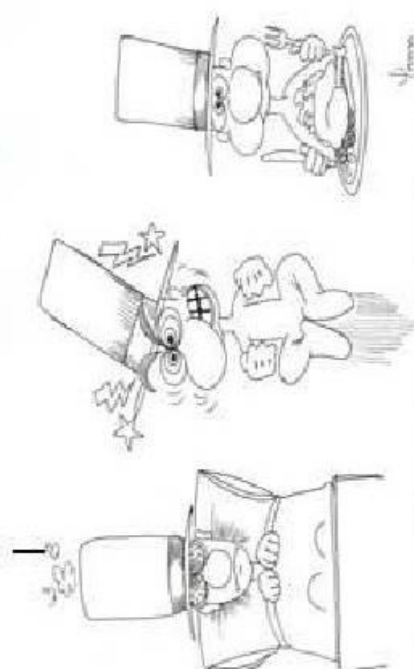
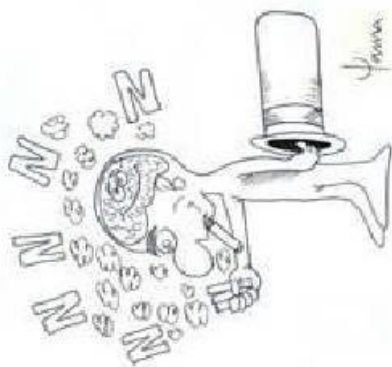
Disciplina de
Pneumologia

Pare de Fumar

Lei nº 13.541 / decreto nº 54311

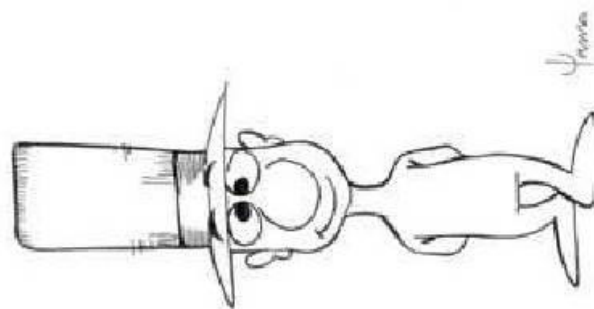


Tabagismo é uma doença e causa dependência

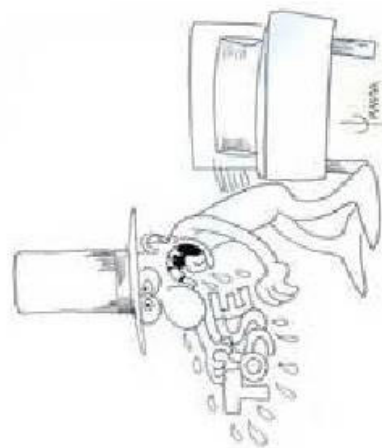


Quando cessa o tabagismo a falta de nicotina causa
sintomas de abstinência como: insônia, irritação e
aumento do apetite

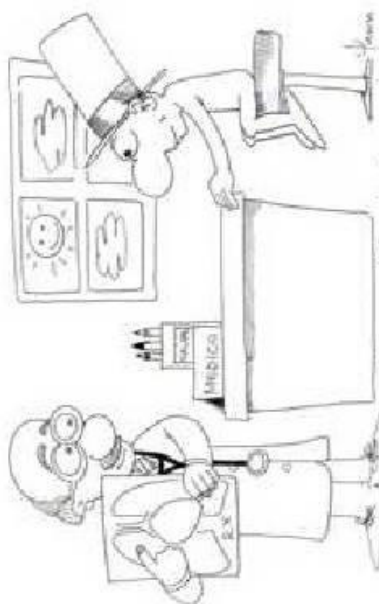
Supere um dia após o outro.
Participe do grupo de cessação do tabagismo.
Se tiver dúvidas, pergunte ao seu médico.
Você deve ficar atento: A recaída pode acontecer.



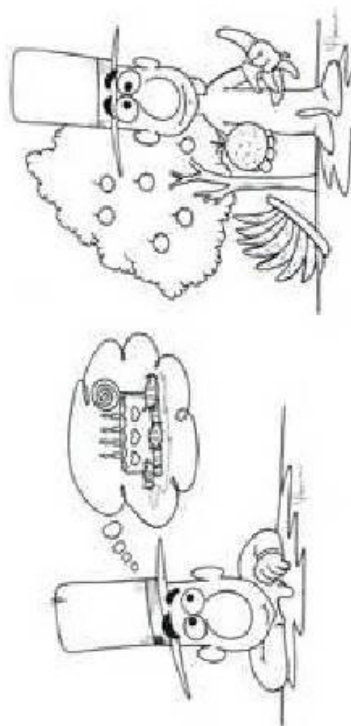
Procure um dos nossos Serviços:
CSE: 3811-6175
FMB: 3811-6338



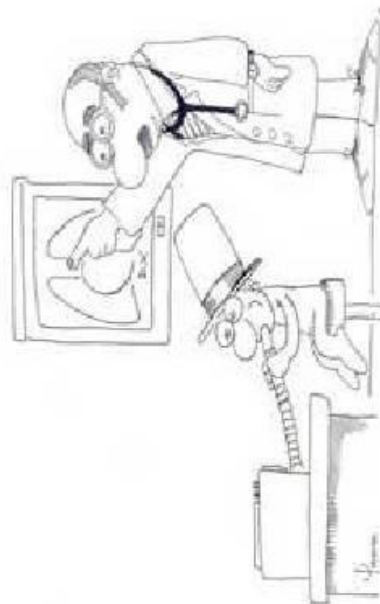
Se você tiver
sintomas como
tosse, eles irão
melhorar depois
que parar de
fumar.



Mas, estes sintomas têm tratamento.
Nós podemos ajudar.



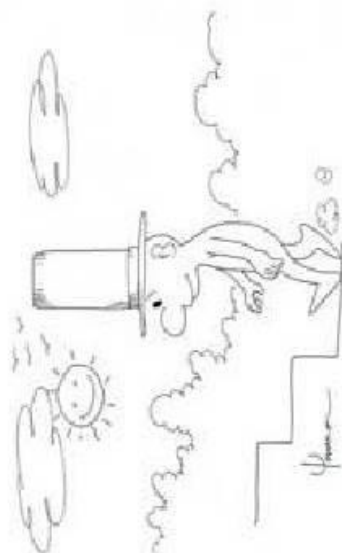
Se der vontade de comer doce, prefira frutas e legumes
para não aumentar seu peso.
Beba bastante água.



Faça avaliação do seu pulmão.



Se precisar, existem medicamentos para evitar os sintomas de abstinência.



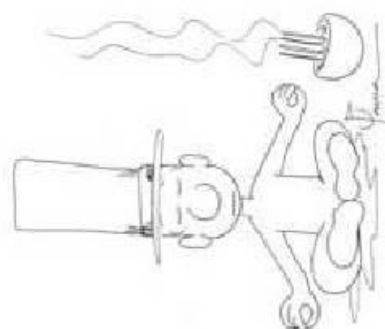
Faça atividade física, como caminhar 30 minutos por dia.



Pense nos benefícios que você terá parando de fumar.

Para ajudar a não fumar, faça alguns exercícios:

- Leia o manual sempre que necessário.
- Procure modificar o seu estilo de vida.



Respire fundo quando aparecer a vontade de fumar; ela não dura mais de 5 minutos.