



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de São José dos Campos
Instituto de Ciência e Tecnologia

GABRIELA RIBEIRO ZUCCO

**IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA QUALIDADE DE VIDA
GERAL DE PACIENTES FUMANTES EM TRATAMENTO PARA
CESSAÇÃO TABÁGICA**

2023

GABRIELA RIBEIRO ZUCCO

**IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA QUALIDADE DE VIDA GERAL DE
PACIENTES FUMANTES EM TRATAMENTO PARA CESSAÇÃO TABÁGICA**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciência e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista (Unesp), Campus de São José dos Campos, como parte dos requisitos para obtenção do título de MESTRA, pelo Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE BUCAL.

Área: Patologia e Diagnóstico Bucal. Linha de pesquisa: Inflamação, reparação tecidual e patologia do sistema estomatognático.

Orientadora: Profa. Tit. Janete Dias Almeida

São José dos Campos

2023

Instituto de Ciência e Tecnologia [internet]. Normalização de tese e dissertação [acesso em 2023]. Disponível em <http://www.ict.unesp.br/biblioteca/normalizacao>

Apresentação gráfica e normalização de acordo com as normas estabelecidas pelo Serviço de Normalização de Documentos da Seção Técnica de Referência e Atendimento ao Usuário e Documentação (STRAUD).

Zucco, Gabriela Ribeiro

Impacto da pandemia de COVID-19 na qualidade de vida geral de pacientes fumantes em tratamento para cessação tabágica / Gabriela Ribeiro Zucco. - São José dos Campos : [s.n.], 2023.
67 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde Bucal - Universidade Estadual Paulista (Unesp), Instituto de Ciência e Tecnologia, São José dos Campos, 2023.

Orientadora: Janete Dias Almeida

Coorientadora: Denise Nicodemo

1. Tabagismo. 2. Cessação tabágica. 3. Qualidade de vida. 4. COVID-19. I. Almeida, Janete Dias, orient. II. Nicodemo, Denise, coorient. III. Universidade Estadual Paulista (Unesp), Instituto de Ciência e Tecnologia, São José dos Campos. IV. Universidade Estadual Paulista 'Júlio de Mesquita Filho' - Unesp. V. Universidade Estadual Paulista (Unesp). VI. Título.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Tit. Janete Dias Almeida (Orientador)

Universidade Estadual Paulista (Unesp)

Instituto de Ciência e Tecnologia

Campus de São José dos Campos

Profa. Dra. Emília Angela Lo Schiavo Arisawa

Universidade do Vale do Paraíba

Ciências da Saúde da UNIVAP

Campus de São José dos Campos

Profa. Assoc. Maria Aparecida Neves Jardim

Universidade Estadual Paulista (Unesp)

Instituto de Ciência e Tecnologia

Campus de São José dos Campos

São José dos Campos, 22 de março de 2023.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Maria da Graça e Gilberto** e irmãos, **Gustavo e Guilherme**, que me incentivaram nos momentos difíceis.

À **Prof. Tit. Janete Dias Almeida**, do Instituto de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho (ICT-Unesp), por ter sido minha orientadora e ter desempenhado tal função com dedicação e amizade.

À **Prof. Dra. Denise Nicodemo**, do Instituto de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho (ICT-Unesp), pelo carinho, parceria e ensinamentos.

Ao **Carlos Alberto Guedes** e ao **Rafael Lopes da Cunha**, do Instituto de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho (ICT-Unesp), pela paciência e suporte durante essa jornada.

As **amigas e amigos**, que sempre estiveram ao meu lado.

À minha **banca examinadora**, **Profa. Dra. Emília Angela Lo Schiavo Arisawa**, da Universidade do Vale do Paraíba e **Profa. Assoc. Maria Aparecida Neves Jardini**, do Instituto de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho (ICT-Unesp), pela participação honrosa em meu trabalho e pelos conhecimentos compartilhados através de cada colocação.

Aos **professores do programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas À Saúde Bucal**, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual guiaram o meu aprendizado.

À **FAPESP**, por ter concedido o financiamento para a realização deste projeto no período de 01/07/2022 a 30/04/2023 (processo nº 2021/06500-1).

E a todos aqueles que contribuíram, de alguma forma, para a realização deste trabalho.

"A educação   o poder das mulheres."

Malala Yousafzai

RESUMO

Zucco GR. Impacto da pandemia de COVID-19 na qualidade de vida geral de pacientes fumantes em tratamento para cessação tabágica [dissertação]. São José dos Campos (SP): Universidade Estadual Paulista (Unesp), Instituto de Ciência e Tecnologia; 2023.

O tabagismo é a principal causa de adoecimento e morte em todo o mundo, trata-se de um grave problema de saúde pública. É uma dependência que tem consequências para a vida do indivíduo e as consultas ao dentista são uma valiosa oportunidade para a abordagem ao fumante, motivação e encaminhamento para tratamento do tabagismo. O objetivo deste trabalho é comparar as mudanças em relação ao consumo de tabaco no período de restrição social devido à pandemia de COVID-19 por meio de questionários aplicados para os pacientes tabagistas que participaram do programa de cessação tabágica do Grupo de Estudos e Tratamento ao Tabagismo (GETT) do Instituto de Ciência e Tecnologia de São José dos Campos antes e durante a pandemia. Setenta e um participantes responderam previamente aos questionários “Short-Form Survey” (SF-36), “Estilo de Vida Fantástico”, “Self Reporting Questionnaire” (SRQ-20), “Medical Outcome Study” (MOS) e “Inventário de Ansiedade Traço-Estado” (IDATE t/e) fora do cenário pandêmico. Os mesmos participantes foram convidados a responder aos mesmos questionários durante a pandemia. Além disso, foram coletados dados relacionados ao perfil tabágico do indivíduo. Os resultados dos questionários foram comparados para responder como o hábito de fumar foi influenciado pela pandemia de COVID-19. A análise dos questionários respondidos evidenciou que não houve diferenças consideradas estatisticamente significantes entre os questionários respondidos antes e durante a pandemia de COVID-19. Considerando as limitações do estudo, a qualidade de vida geral de pacientes fumantes em tratamento para cessação tabágica manteve-se a mesma durante a pandemia de COVID-19. Os instrumentos aplicados evidenciam a existência de uma relação negativa entre tabagismo e qualidade de vida e, a magnitude dessa associação, está ora relacionada ao tempo de uso, ora ao número de cigarros fumados por dia, ora à dependência a nicotina e ora à carga tabágica do paciente. Frente aos resultados da aplicação dos questionários MOS e SRQ-20, o estudo sugere que quanto menor o apoio social, maiores os sintomas de depressão.

Palavras-chave: tabagismo; cessação tabágica; qualidade de vida; COVID-19.

ABSTRACT

Zucco GR. The impact of COVID-19 pandemic on the quality of life of patients undergoing treatment to quit smoking [dissertation]. São José dos Campos (SP): São Paulo State University (Unesp), Institute of Science and Technology; 2023.

Smoking is the main cause of illness and death worldwide, it is a serious public health problem and a habit that has consequences for the individual's life. Dental appointments are a valuable opportunity to approach the smoker, motivate and refer to smoking treatment. The aim of the study is to compare changes in tobacco consumption during the period of social restriction due to the COVID-19 pandemic through validated questionnaires to smoking patients who underwent the smoking cessation program of the Group of Studies and Treatment for Smokers of the Institute of Science and Technology, São Jose dos Campos before and during the pandemic. Seventy-one patients who previously answered the questionnaires "Short-Form Survey" (SF-36), "Fantastic Lifestyle", "Self Reporting Questionnaire" (SRQ-20), "Medical Outcome Study" (MOS) and "State Trait Anxiety Inventory" (STAI) outside the pandemic scenario were invited to answer the same questionnaires during the COVID-19 pandemic. In addition, data related to the individual's smoking profile were collected. The results of the questionnaires were compared to answer how smoking was influenced by the COVID-19 pandemic. The analysis of the questionnaires showed that there were no differences considered statistically significant between the questionnaires answered before and during the COVID-19 pandemic. Considering the limitations of the study, the overall quality of life of smokers undergoing treatment for smoking cessation remained the same during the COVID-19 pandemic. The applied instruments show the existence of a negative relationship between smoking and quality of life, and the magnitude of this association is sometimes related to the time of use, sometimes to the number of cigarettes smoked per day, sometimes to nicotine dependence and sometimes to the tobacco load of the patient. Also, the study suggests that the lower the social support, the greater the symptoms of depression.

Keywords: tobacco use disorder; tobacco use cessation; quality of life; COVID-19.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Resumo Resultados Antes MOS e SRQ-20	35
Figura 2 - Fluxograma do Estudo	39
Figura 3 - Resumo SF-36 Antes e Durante	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição das variáveis e perfil tabágico dos participantes do estudo....	31
Tabela 2 - Correlação entre perfil tabágico e os instrumentos aplicados ANTES da Pandemia	34
Tabela 3 - Comparação sexo para Escores ANTES da Pandemia	36
Tabela 4 - Descrição das variáveis e perfil tabágico dos participantes DURANTE a pandemia.....	40
Tabela 5 - Correlação entre perfil tabágico e os instrumentos aplicados DURANTE a Pandemia	44
Tabela 6 - Comparação sexo para Escores DURANTE da Pandemia	45
Tabela 7 - Comparação Antes X Durante.....	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Escores Interpretativos	28
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
GETT	Grupo de Estudos e Tratamento ao Tabagismo
MOS	Medical Outcome Study
OMS	Organização Mundial da Saúde
PETab	Pesquisa Especial sobre Tabagismo
PMS	Pesquisa Mundial de Saúde
PNCT	Política Nacional de Controle do Tabaco
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
SF-36	Short-Form Survey 36
SRQ-20	Self Reporting Questionnaire
IDATE t/e	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3 PROPOSIÇÃO	21
4 MATERIAIS E MÉTODOS	22
4.1 Aspectos éticos	22
4.2 População do estudo	22
4.2.1 Critérios de Inclusão	23
4.2.2 Critérios de Não Inclusão	23
4.2.3 Critérios de Exclusão.....	23
4.3 Procedimentos.....	23
4.4 Instrumentos	25
4.5 Coleta de dados	29
4.6 Análise estatística	29
5 RESULTADOS.....	30
5.1 Resultados dos questionários respondidos previamente à pandemia de COVID-19	30
5.1.1 Participantes e Perfil Tabágico	30
5.1.2 Resultados dos Questionários Pré-Pandemia	32
5.2 Resultados dos questionários respondidos durante à pandemia de COVID-19	38
5.2.1 Participantes e Perfil Tabágico	39
5.2.2 Resultados dos Questionários Durante a Pandemia.....	41
5.3 Comparação entre os Questionários Antes X Durante	48
6 DISCUSSÃO	49
7 CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS.....	56
ANEXOS	63

1 INTRODUÇÃO

É estimado que 1,3 bilhão de pessoas no mundo usam produtos derivados do tabaco. O tabagismo pode ser associado à condição social de pobreza por desviar a atenção das necessidades básicas da família, como alimentação e abrigo. O potencial do tabaco em gerar dependência química estimula o ciclo de pobreza e redução da capacidade de sustento familiar, considerando ainda a redução da produtividade laboral de adultos em idade produtiva, o aumento dos gastos para tratamento de doenças decorrentes do tabagismo e a possibilidade de redução repentina da renda familiar em decorrência da morte prematura (Neufeld, 2022).

Doenças relacionadas ao uso do tabaco são as principais causas de mortes evitáveis e prematuras no mundo. Aproximadamente 1 pessoa morre a cada 6 segundos por consequências relacionadas ao uso do tabaco, totalizando 1 em cada 5 mortes (Goldenberg et al., 2014).

Além disso, dados levantados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que fumantes têm em média 10 anos de vida a menos do que não-fumantes (World Health Organization, 2020).

Evidentemente, trata-se de uma responsabilidade política de saúde pública em que se as tendências atuais continuarem, mais da metade dos fumantes de longa-data irão falecer devido às doenças relacionadas ao tabaco, levando a 8 milhões de mortes anualmente até 2030 (World Health Organization, 2020).

Os processos farmacológicos e comportamentais que levam à dependência a nicotina do tabaco são semelhantes aos da dependência de drogas como a cocaína e heroína (U.S. Department of Health and Human Services, 2010).

É provável que receptores de acetilcolina-nicotina (nAChRs) são os sítios iniciais de ação da nicotina obtida através do tabaco. A nicotina normalmente se une à acetilcolina (ACh) e acarreta uma mudança da conformação celular, onde um canal seletivo de cátion se abre por alguns milissegundos (Dani, Heinemann, 1996).

Porém, os tabagistas também apresentam diversos motivos não farmacológicos, mas psicossociais, que mantêm seu comportamento de dependência (Boudrez, de Bacquer, 2012). Sabemos que o consumo de cigarro na população geral tem mostrado declínio nos últimos 20 anos, todavia, o consumo entre pessoas com

doenças mentais continua relativamente sem mudanças (Fluharty et al., 2017).

Relatado pela primeira vez em novembro de 2019, o novo coronavírus (COVID-19) resultou em uma condição emergencial de saúde global. Visto que sua transmissão se dá por meio do contato com pessoas ou objetos contaminados, são necessárias também medidas não farmacológicas para conter sua disseminação. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o isolamento social é a ação mais efetiva de conter a propagação do vírus e o surgimento de novas variantes (Barrera-Núñez et al., 2022).

A população chinesa, primeira a adotar o isolamento social e protocolo de quarentena como medidas preventivas ao avanço da propagação do novo vírus, revelou as possíveis consequências psicológicas do confinamento em massa. Resultados de estudos apresentaram aumento no índice de depressão, ansiedade, etilismo e redução do bem-estar mental quando comparados aos índices populacionais usuais (Ahmed et al., 2020).

Em relação ao consumo de tabaco, devido a deterioração da saúde mental e física decorrente a pandemia e o *lockdown* instituído na maioria dos países, o consumo de tabaco tem aumentado em alguns desses países como Itália (Carreras et al., 2021), Nova Zelândia (Gendall et al., 2021), China (Sun et al., 2020) e Inglaterra (Chen, 2020).

Uma medida comum para acessar o status clínico de fumantes é realizar a avaliação da qualidade de vida pela administração de instrumentos ou questionários que caracterizam a percepção individual e pessoal do indivíduo em termos de saúde global, deficiências e atividades diárias. Qualidade de vida também engloba aspectos não médicos como satisfação social, educacional e função ocupacional (Ciconelli et al., 1999). Em fumantes, a qualidade de vida já foi avaliada por instrumentos tanto genéricos quanto por escalas específicas (Goldenberg et al., 2014).

Um estudo recente realizado pela Universidade Federal do Pernambuco, no Recife, Brasil, utilizando o questionário denominado Estilo de Vida Fantástico, concluiu que a pandemia de COVID-19 pode acelerar a escolha da cessação tabágica por aqueles pacientes que apresentam comorbidades, mas que muita atenção deve ser dada aos pacientes que são fumantes pesados (aqueles que fumam mais de 20 cigarros por dia) e que podem aumentar seu consumo devido à ansiedade gerada

pelo *lockdown* e distanciamento social (da Silva Leonel et al., 2021).

2 REVISÃO DE LITERATURA

Nicotiana tabacum ou tabaco, é uma planta cujas folhas são utilizadas na produção de diversos produtos que contém como princípio ativo a nicotina, substância aditiva (Brasil, 2016). São vários os produtos derivados do tabaco: cigarros, charutos, cachimbos, cigarros de palha, cigarrilhas, bidi (um tipo de cigarro prensado muito comum no Sudeste Asiático), narguilé, rapé, tabaco, aparelhos eletrônicos para fumar, entre outros. Deve-se notar que a propagação da nicotina ocorre em todos os tecidos do corpo, como pulmões, cérebro e outros. Também é encontrado na saliva, suco gástrico, leite materno, músculo esquelético e líquido amniótico (Martins, 2022).

O tabagismo está incluído no grupo de "transtornos mentais, comportamentais ou do neurodesenvolvimento" decorrente do uso de substâncias psicoativas segundo a Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde [CID-11] (Instituto Nacional do Câncer, 2022b).

Países de baixa e média renda concentram aproximadamente 80% de um total superior a um bilhão de fumantes no mundo. Nesses lugares, as consequências do uso do tabaco têm um peso ainda maior para os indivíduos que o consomem e seus familiares (World Health Organization, 2020).

Considerado como doença, o tabagismo contribui como fator de risco de diversos tipos de cânceres, como por exemplo: leucemia mielóide aguda; câncer de faringe; câncer de bexiga; câncer de fígado; câncer de esôfago; câncer de laringe; câncer de pâncreas; câncer na cavidade bucal; câncer de estômago; câncer do colo do útero; câncer de cólon e reto; câncer de rim e ureter; câncer de traqueia, brônquios e pulmão (Instituto Nacional do Câncer, 2022b).

Além de estar associado às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), o tabagismo também contribui para o desenvolvimento de outras doenças, como infecções respiratórias, tuberculose, catarata, úlcera gastrointestinal, osteoporose, impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, entre outras (World Health Organization, 2020).

O tabaco fumado em qualquer forma é responsável não só por 90% dos cânceres de pulmão, mas aumenta significativamente o risco de acidentes cerebrovasculares e ataques cardíacos mortais, além de prejudicar o meio ambiente

através da poluição do ar contribuindo para o efeito estufa. Já os produtos de tabaco sem fumaça também são associados ou considerados como fator de risco para o desenvolvimento de câncer de cabeça, pescoço, pâncreas e esôfago, bem como tantas outras patologias bucais (Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

A dependência em cigarro, antes visto como um comportamento social aceitável e charmoso, atualmente, é caracterizado como uma pandemia. Este, causa dependência física e psicológica, provocando grande consequência na qualidade de vida dos usuários. Neste contexto, compreende-se a importância de se combater a dependência (Rosemberg, 2002).

Ocorreu um real aumento no incentivo ao consumo do tabaco nas décadas de 1960 e 1980 através de propagandas. Na década de 1960, auge deste fenômeno, surgiram os resultados dos primeiros relatórios científicos, associando o cigarro ao adoecimento do usuário. Nesta época, o governo americano publicou um relatório abordando os riscos para saúde decorrentes do tabagismo e, em 1972, aprofundou a investigação, publicando dados sobre a relação existente entre o tabaco e várias doenças graves. Houve um impacto imediato no faturamento das indústrias, além de alertar a comunidade científica para o prejuízo da qualidade de vida dos fumantes (Rosemberg, 2002).

A Legislação Brasileira Antitabaco é diversa e vista como referência em diversas partes do mundo devido aos seus resultados (Romero, Silva, 2011).

A partir de 1970, novos movimentos de controle do tabagismo surgiram liderados por sociedades médicas e profissionais de saúde. A ação do governo no âmbito federal tornou-se institucionalizada em 1985 pelo Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo no Brasil e, no ano seguinte, com a criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo. A partir do final da década de 1980, visando a promoção da saúde, a gestão e a governança do controle do tabagismo no Brasil, o Ministério da Saúde passou a articular um conjunto de ações nacionais por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), compondo a Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) (Cavalcante, 2005; Romero, Silva, 2011).

No Brasil, a proporção de fumantes adultos diminuiu significativamente nas últimas décadas como resultado das tantas ações desenvolvidas pelo PNCT. Segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989, 34,8% da população maior de 18 anos era fumante. Uma redução significativa nesses números

ocorreu em 2003, quando o percentual observado na Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) foi de 22,4%. Em 2008, segundo a Pesquisa Especial sobre Tabagismo (PETab) este número era de 18,5%. Os últimos dados de 2019, da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostram que em adultos o percentual de fumantes é de 12,6% (Instituto Nacional do Câncer, 2022). Porém, contabiliza-se 443 óbitos diários em decorrência da dependência em tabaco, apesar de tal queda. Os danos produzidos pelo cigarro geram custos alarmantes no sistema de saúde e na economia, chegando a R\$125.148 bilhões de reais e 161.853 mortes anuais que poderiam ser evitadas. Quanto aos óbitos anuais relacionados ao tabagismo: 10.041 correspondem a acidente vascular cerebral (AVC), 12.201 à pneumonia, 18.620 ao tabagismo passivo e outras causas, 24.443 ao câncer de pulmão, 25.683 a outros cânceres, 33.179 a doenças cardíacas e 37.686 à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) (Palacios et al., 2020).

A organização Tobacco Atlas argumenta que aumentar a taxação de impostos sobre os produtos derivados do tabaco, bem como as leis que proíbem a publicidade nos maços de cigarros e a inclusão de imagens de advertência nos rótulos dos maços de cigarros contribuíram para a saúde do Brasil (The Tobacco Atlas, 2022).

A comparação do Brasil com o resto do mundo mostra que ele é líder no uso de imagens nas embalagens de produtos derivados do tabaco com advertências sanitárias. Nas Américas, o Brasil é considerado o primeiro país no combate ao tabagismo. Além disso, desenvolve políticas para promover ambientes livres de fumo nos níveis nacional, regional e local (Silva et al., 2014).

O sistema público de saúde brasileiro aborda o tabagismo e desenvolve estratégias para que a sua população alcance um estilo de vida saudável. Para isso, o Sistema Único de Saúde (SUS) é fundamental para apoiar a ideologia, as expectativas, o planejamento, as políticas de saúde e ações voltadas à saúde, bem-estar físico, social e mental dos cidadãos (Instituto Nacional do Câncer, 2012, 2011).

A COVID-19 foi declarada como uma pandemia pela OMS no dia 11 de março de 2020 e causou grande preocupação ao redor do mundo. Esta, se espalhou rapidamente, afetando mais de 223 países e regiões (Priyadarshini et al., 2020). Com isso, muitos países se viram obrigados a fecharem suas fronteiras, instituírem o *lockdown* e o distanciamento social, como uma tentativa de conter o vírus. Devido a este fato, a população se viu obrigada a mudar totalmente suas rotinas. O isolamento

social imposto pela COVID-19, já foi intitulado como o “maior experimento psicológico do mundo” (Lima, 2020). Um estudo chinês apresentou dados sobre a percepção da população a esse respeito e cerca de metade dos entrevistados classificou de maneira moderada a grave o impacto psicológico da pandemia, e aproximadamente 30% dos participantes relatou níveis moderados a graves de ansiedade (Wang et al., 2020). Dados coletados no Japão, onde o impacto econômico foi substancial, apresentaram resultados semelhantes (Shigemura et al., 2020).

Além disso, esses resultados psicológicos adversos induzidos pela pandemia podem aumentar o risco de abuso de substâncias e envolvimento em comportamentos viciantes, enfraquecendo ainda mais o sistema imunológico e aumentando a vulnerabilidade à infecção por COVID-19. Isso é particularmente relevante para a dependência a nicotina, pois os fumantes podem confiar no tabaco e na nicotina como seu principal método para controlar o estresse e a ansiedade (Chen, 2020).

Uma medida comum para acessar o status clínico de fumantes é através da avaliação da qualidade de vida, que é feita pela administração de instrumentos ou questionários que caracterizam a percepção individual e pessoal do indivíduo em termos de saúde global, deficiências e atividades diárias (Ciconelli et al., 1999). A qualidade de vida é definida pela OMS como “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Envolve o bem-estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos e, também, saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida (The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization, 1995).

Um estudo publicado em 2020, com o intuito de avaliar a qualidade de vida, ansiedade e depressão de pacientes fumantes em tratamento para cessação tabágica utilizou dois questionários genéricos, o Short-Form Survey 36 e o Estilo de vida Fantástico, e dois questionários específicos, o Self Reporting Questionnaire ou SRQ-20, para depressão e Inventário de Ansiedade Traço-Estado, para ansiedade, e foi possível observar que o tratamento para cessação tabágica está relacionado com a redução dos níveis de ansiedade e depressão e com uma melhora geral na qualidade de vida do indivíduo, mostrando como o tratamento para cessação tabágica deve ser visto como uma oportunidade de o paciente fumante parar de fumar com a ajuda de

uma equipe de profissionais de saúde (Junqueira de Faria et al., 2020).

No presente estudo, abordaremos instrumentos genéricos e específicos de qualidade de vida, depressão e ansiedade. São eles, os questionários genéricos: Short-Form Survey ou SF-36 e o Estilo de Vida Fantástico. E os questionários específicos: Self Reporting Questionnaire, ou SRQ-20, para depressão, o Inventário de Ansiedade Traço-Estado, ou IDATE t/e, para ansiedade e ainda, o questionário de Escala de Apoio Social Medical Outcome Study, ou MOS, a fim de avaliar o nível de apoio social dos participantes. Entretanto, para aplicação adequada e confiável dessas medidas, é fundamental realizar a equivalência transcultural, baseada nos processos de adaptação cultural, tradução e validação da ferramenta proposta. Todos estes são instrumentos validados e confiáveis de boa construção que podem ser aplicados por profissionais da área da saúde e que passaram por processo de equivalência transcultural adequado (Sardinha et al., 2010).

A partir de 2020, com a deterioração da saúde mental e física devido a pandemia de COVID-19 e o *lockdown* instituído na maioria dos países, o consumo de tabaco tem aumentado em alguns desses países como Itália (Carreras et al., 2021), Nova Zelândia (Gendall et al., 2021), China (Sun et al., 2020) e Inglaterra (Chen, 2020).

Em função da relevância deste tema, o objetivo deste estudo foi comparar os dados obtidos quando da avaliação da qualidade de vida, considerando ansiedade e depressão, de pacientes fumantes em processo de cessação tabágica do GETT do Instituto de Ciência e Tecnologia de São José dos Campos - ICT-UNESP antes e durante a pandemia de COVID-19 afim de responder como a pandemia influenciou o consumo de tabaco e qualidade de vida dos participantes no período de restrição social.

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo da presente proposta é comparar os dados obtidos quando da avaliação da qualidade de vida, considerando depressão e ansiedade, de pacientes fumantes em processo de cessação tabágica do GETT antes e durante a pandemia de COVID-19 afim de responder como a pandemia influenciou o consumo de tabaco e qualidade de vida no período de restrição social.

É esperado que exista uma relação positiva entre os índices dos questionários SF-36, Questionário Estilo de Vida Fantástico, SRQ-20, IDATE t/e e MOS com o uso de tabaco no cenário de pandemia, mostrando uma deterioração da saúde mental e física durante esse período e consequente aumento no consumo/uso do tabaco.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo dos questionários de qualidade de vida geral e específicos aplicados no ano de 2015 ao Grupo de Estudos e Tratamento ao Tabagismo - GETT e posteriormente um estudo observacional transversal com nova aplicação dos mesmos instrumentos ao mesmo grupo de participantes.

4.1 Aspectos éticos

A pesquisa faz parte de projeto aprovado pelo Comitê de Ética envolvendo Seres Humanos (CEPH) do Instituto de Ciências e Tecnologia (ICT-UNESP), CAAE número 42387315.0.0000.0077. Aqueles que aceitaram participar da pesquisa após serem esclarecidos sobre a proposição e condições deste trabalho, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

4.2 População do estudo

Setenta e um participantes (n=71) do Grupo de Estudos e Tratamento ao Tabagismo - GETT que estavam em tratamento para cessação tabágica no ano de 2015.

4.2.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos somente pacientes que participaram do Grupo de Estudos e Tratamento ao Tabagismo (GETT) em 2015, que haviam respondido a todos os questionários propostos previamente (SF-36, Estilo de Vida Fantástico, SRQ-20, IDATE t/e e MOS) e que assinaram o TCLE.

4.2.2 Critérios de Não Inclusão

- Participantes menores de 18 anos.
- Participantes que responderam parcialmente a um ou mais dos questionários propostos em 2015 (SF-36, Estilo de Vida Fantástico, SRQ-20, IDATE t/e e MOS).

4.2.3 Critérios de Exclusão

- Participantes que por algum motivo não foi possível estabelecer contato.

4.3 Procedimentos

A primeira coleta de dados foi realizada em 2015 com a aplicação de questionários gerais e específicos de qualidade de vida a 71 pacientes do GETT. Foi avaliado o perfil tabágico desses participantes com perguntas sobre o consumo de tabaco: idade de início do tabagismo, tipo de tabaco consumido, quantidade e tempo de uso, foi realizado o cálculo de carga tabágica e o Teste de Fargeström. Foram consideradas perguntas relativas ao número de tentativas anteriores de cessação

tabágica, uso prévio de medicamentos para cessação, número e os motivos de recaídas anteriores, idade atual, sexo e os hábitos de consumo de bebida alcóolica. A avaliação do estágio motivacional para parar de fumar foi baseada no modelo Transteórico de Prochaska e Di Clemente que é composto por cinco fases: Pré-contemplação, contemplação, preparado para ação, ação e manutenção (Miller, Rollnick, 2012).

- Pré-contemplação: Esta etapa é o ponto de entrada do processo de mudança. Nesta fase, o indivíduo ainda não considerou a mudança de comportamento.
- Contemplação: Aqui, a pessoa toma consciência do problema e entra num período caracterizado pela ambivalência: o indivíduo considera e, ao mesmo tempo, rejeita a mudança.
- Preparado para ação: Neste momento, a pessoa apresenta a intenção de mudar seu comportamento num futuro próximo. No geral, pequenas mudanças são realizadas e partir de tentativas anteriores que foram frustradas, porém, superadas. Nesse momento adota-se um plano de ação.
- Ação: Aqui a pessoa se envolve em ações que a levarão a uma mudança.
- Manutenção: Fase de manter a mudança conquistada na etapa anterior e prevenir a recaída. (Miller, Rollnick, 2012).

O cálculo da quantidade de carga tabágica foi realizado baseado na contagem de maços-ano (pack-years), de acordo com a fórmula: número de cigarros fumados por dia, dividido por vinte e multiplicado pelo número de anos que o indivíduo fumou (dos Santos Gouveia et al., 2020). Todos esses dados foram tabulados e correlacionados com os questionários aplicados.

Em 2020, os mesmos 71 participantes do GETT que responderam aos questionários previamente, foram convidados a responder os mesmos questionários no período de ocorrência da pandemia de COVID-19. O contato foi feito via celular ou WhatsApp por meio do número de telefone registrado na ficha clínica. Novamente informações sobre o perfil tabágico dos participantes foram coletados e a aplicação dos instrumentos foi realizada por um aplicador calibrado, de modo a não induzir respostas, em formato de entrevista por ligação telefônica.

4.4 Instrumentos

Foram utilizados dois questionários genéricos de qualidade de vida conhecidos como: Short-Form Survey (SF-36) e o questionário Estilo de Vida Fantástico.

- Short-Form Health Survey (SF-36):

O Short-Form Health Survey (SF-36) é um dos mais usados medidores de saúde geral, é um questionário que tem boa construção, consistência e confiabilidade. Consiste em uma medida de perfil de amplo espectro que inclui 36 itens ou 8 subescalas de componentes em saúde mental e física, são eles: aspectos físicos, capacidade funcional, dor, vitalidade, estado geral da saúde, aspectos emocionais, aspectos sociais e saúde mental. Inicialmente foca em funcionamento e habilidade de realizar tarefas diárias e posteriormente, mede como a pessoa se sente física e emocionalmente e o que elas pensam a respeito da sua saúde. Todas as subescalas vão de 0 a 100, sendo que escores mais altos indicam saúde melhor (Laaksonen et al., 2006).

- Estilo de Vida Fantástico:

O questionário Estilo de Vida Fantástico foi desenvolvido por Wilson e Sirika em 1984 no Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canadá. Destina-se a ajudar médicos que trabalham com prevenção a entender e qualificar melhor o estilo de vida de seus pacientes. É uma ferramenta autoadministrada que avalia o comportamento do indivíduo no último mês e permite associar o estado de saúde com o estilo de vida. O questionário é composto por 25 questões organizadas em nove domínios: 1) família e amigos; 2) atividade física; 3) alimentação; 4) tabaco e drogas; 5) álcool; 6) sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; 7) tipo de comportamento; 8) introspecção; 9) trabalho.

As questões foram organizadas em escala Likert, sendo 23 perguntas com cinco opções de resposta e duas dicotômicas (sim/não). As alternativas são organizadas em colunas para que a codificação seja feita considerando que a alternativa à

esquerda seja sempre a de menor valor. Tal codificação é realizada por pontos: zero para a primeira coluna, 1 para a segunda coluna, 2 para a terceira coluna, 3 para a quarta coluna e 4 para a quinta coluna. As questões com apenas duas alternativas pontuam da seguinte forma: zero para a primeira coluna e 4 pontos para a última.

A somatória dos pontos permite classificar os indivíduos a partir do escore total considerando cinco categorias: "Necessita melhorar" (0 a 34 pontos), "Regular" (35 a 54 pontos), "Bom" (55 a 69 pontos), "Muito bom" (70 a 84 pontos) e "Excelente" (85 a 100 pontos). É desejável que a classificação "Bom" seja sempre alcançada pelos indivíduos, pois haverá maior necessidade de mudança frente aos escores mais baixos.

Em geral, a interpretação dos resultados pode ser realizada da seguinte forma: "Necessita melhorar" indica muitos fatores de risco no estilo de vida, "Regular" também apresenta riscos, porém, há algum benefício no estilo de vida para a saúde do indivíduo; "Bom" associa muitos benefícios à saúde decorrentes do estilo de vida; "Muito bom" um estilo de vida adequado para influenciar positivamente na saúde; e "Excelente" aponta ótima influência do estilo de vida na saúde (Rodriguez Añez et al., 2008).

Além dos questionários genéricos em qualidade de vida, também foram utilizados questionários específicos para depressão, ansiedade e apoio social, conhecidos como: SQR-20 ou Self Reporting Questionnaire, IDATE t/e ou Inventário de Ansiedade Traço-Estado e o MOS ou questionário de Escala de Apoio Social Medical Outcome Study.

- Self Reporting Questionnaire (SRQ-20):

Em um esforço para a avaliação dos transtornos mentais nos países em desenvolvimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) patrocinou o desenvolvimento do instrumento de pesquisa Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), um questionário autoaplicável, em escala dicotômica (sim/não) compostas por 20 afirmativas, onde o índice maior ou igual a 8 indica estado depressivo. Os aspectos positivos da utilização do SRQ-20 incluem o fato dele ser rápido para aplicar e apresentar linguagem acessível que facilita a compreensão, além de ser uma

ferramenta padronizada internacionalmente, com níveis de desempenho reconhecidamente aceitáveis em termos de especificidade, sensibilidade e valores preditivos (Mari et al., 1986).

- Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE t/e):

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE t/e) é uma das ferramentas mais amplamente utilizadas para avaliar de maneira quantitativa os componentes subjetivos da ansiedade. Elaborado em 1970 por Spielberger, Gorsuch e Lushene e traduzido e adaptado para o Brasil em 1979 por Biaggio e Natalício, o IDATE traz uma escala que classifica a ansiedade enquanto estado (IDATE-e) e outra que avalia a ansiedade como traço (IDATE-t).

A ansiedade-estado se refere a uma reação temporária diretamente relacionada a um momento de adversidade específico, já a ansiedade-traço relaciona-se a uma característica inerente do indivíduo, sendo ele capaz de lidar com as situações com maior ou menor ansiedade ao longo da vida.

A partir deste inventário, a escala IDATE-e requer que o participante descreva seu estado emocional "agora, neste momento" em relação a 20 itens dispostos em uma escala Likert de 4 pontos: 1- absolutamente não; 2- um pouco; 3- bastante; 4- muitíssimo. Da mesma forma, a escala traço também é composta de 20 itens, porém o participante é orientado a responder como "geralmente se sente", de acordo com uma nova escala Likert de 4 pontos: 1- quase nunca; 2- às vezes; 3- frequentemente; 4- quase sempre. Para que seja feita tanto a quantificação quanto a interpretação das respostas, uma pontuação foi atribuída à resposta dada para cada pergunta. Os escores para as perguntas de caráter positivo são invertidos, ou seja, se o indivíduo responder 4, atribui-se valor 1 na codificação; se responder 3, atribui-se valor 2; se responder 2, atribui-se valor 3; e se responder 1, atribui-se valor 4. Para o IDATE-estado, as perguntas negativas são: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18; e as positivas: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. E para o IDATE-traço, as perguntas negativas são: 2, 3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20; e as positivas: 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19. Os escores indicam: baixo (20-30), médio (31-49) ou alto (≥ 50) nível de ansiedade (Cattell, 1963).

- Escala de Apoio Social Medical Outcome Study (MOS):

Desenvolvida por Sherbourne e Stewart em 1991, a Escala de Apoio Social, MOS, foi idealizada para a utilização em pacientes crônicos, porém, devido a sua facilidade de aplicação, seu uso foi estendido em populações distintas com diferentes contextos com boa qualidade psicométrica a partir de diversos estudos. Esta tem o objetivo de avaliar o apoio de outras pessoas para que o indivíduo enfrente as mais diversas situações da vida. O questionário é composto por 19 questões que o participante deve responder após ser inicialmente orientado: "Se você precisar, com que frequência conta com alguém?", respondendo com uma das cinco respostas possíveis de acordo com uma escala Likert de cinco pontos: 0 ("nunca"); 1 ("raramente"); 2 ("às vezes"); 3 ("quase sempre") e 4 ("sempre"). A estrutura interna é caracterizada por quatro fatores, denominados como apoio social do tipo informacional, emocional, material afetivo e de interação social positiva. Os escores interpretativos se encontram no quadro 1 (Gómez-Campelo et al., 2014).

Quadro 1 - Escores Interpretativos

Apoio Material	Apoio afetivo	Apoio emocional/informacional	Interação social positiva
≤ 6 – Baixa percepção	≤ 4 – Baixa percepção	≤ 12 – Baixa percepção	≤ 6 – Baixa percepção
7 a 13 – Média percepção	05 a 10 – Média percepção	13 a 28 – Média percepção	7 a 13 – Média percepção
≥ 14 – Alta percepção	≤ 11 – Alta percepção	≥ 29 – Alta percepção	≥ 14 – Alta percepção

Fonte: Gómez-Campelo et al., 2014.

4.5 Coleta de dados

A primeira coleta de dados foi realizada no ano de 2015, presencialmente no ambulatório de atendimento dos pacientes do GETT. Os instrumentos foram aplicados por participante treinado a realizar a abordagem em formato de entrevista com a orientação de apenas dirimir as dúvidas dos participantes, sem induzir qualquer resposta. Em caso de dúvida, o pesquisador apenas repete a pergunta para o participante.

Durante a pandemia, em decorrência da restrição de atendimento clínico e a impossibilidade de aplicar os instrumentos pessoalmente, os dados foram obtidos por meio de ligação telefônica. A aplicação dos questionários foi realizada pela pesquisadora, previamente calibrada, de modo a não induzir respostas, em formato de entrevista.

As entrevistas levaram em média uma hora e meia há duas horas para cada participante e seguiu a seguinte ordem: SF-36, Estilo de Vida Fantástico, SRQ-20, IDATE t/e e MOS.

4.6 Análise Estatística

Para os todos os questionários, os dados paramétricos receberam tratamento estatístico utilizando o teste t de Student e Anova + Tukey. Os dados não paramétricos, foram analisados pelos testes de Mann-Whitney/Wilcoxon. Em todos os testes foi adotado um nível de significância de 5%. E o grau de relação entre duas variáveis foi observado a partir da análise de correlação de Spearman.

5 RESULTADOS

5.1 Resultados dos questionários respondidos previamente à pandemia de COVID-19:

5.1.1 Participantes e Perfil Tabágico

Dos 71 participantes do estudo, 66,2% deles eram mulheres (n=47) e 33,8% eram homens (n=24). Com relação a idade, a média foi de 54,5 anos de idade com idade máxima de 81 anos e mínima de 33 anos. Para os homens, a idade média foi de 55,9 anos, com idade máxima de 81 anos e mínima de 35 anos, e para as mulheres, a idade média foi de 53,7 anos, com idade máxima de 69 anos e mínima de 33 anos.

A idade de início do uso de tabaco, para homens e mulheres do estudo, teve média de 16,9 anos, com homens apresentando um início mais precoce, aos 15,8 anos de idade em média e aos 17,6 anos de idade para mulheres.

Referente ao tempo de uso, homens também apresentaram uma média maior, com 39,2 anos de uso e mulheres com 35,4 anos de uso.

Com relação a número de cigarros fumados por dia, homens apresentaram média de 22,9 cigarros por dia e mulheres apresentaram média de 21,9 cigarros por dia, todos sendo considerados então como fumantes pesados, aqueles que fumam mais de 20 cigarros por dia.

A carga tabágica para homens apresentou média de 48,3 maços-ano e para mulheres, média de 37,9 maços-ano.

A respeito do Teste de Fagerström, que avalia o nível de dependência a nicotina da pessoa fumante, homens apresentaram média de 5,5 pontos e mulheres apresentaram média de 5,8 pontos. A conclusão sobre o grau de dependência é feita da seguinte forma:

0 - 2 pontos = muito baixo

3 - 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 -7 pontos = elevado

8 -10 pontos = muito elevado

Logo, os participantes do estudo apresentaram de médio a elevado grau de dependência a nicotina.

Acerca da fase motivacional para parar de fumar em que o participante se encontrava, 70,42% deles estavam preparados para ação (n=50), 28,17% estavam em contemplação (n=20) e 1,41% estava em ação (n=1).

Tabela 1 - Descrição das variáveis e perfil tabágico dos participantes do estudo

(continua)

Variáveis	Participantes
N	71
- Homens	24
- Mulheres	47
Idade (anos)	54,5±9,4(33-81)
- Homens	55,9±10,1(35-81)
- Mulheres	53,7±8,9(33-69)
Início uso do tabaco (anos)	16,9±6,9
- Homens	15,8±5,4
- Mulheres	17,6±7,7
Tempo de uso (anos)	36,9±11,3
- Homens	39,2±11,0
- Mulheres	35,4±11,4
Quantidade de cigarros fumados/dia	22,3±11,7
- Homens	22,9±10,7
- Mulheres	21,9±12,4
Carga tabágica (maços/ano)	41,8±28,5
- Homens	48,3±29,6
- Mulheres	37,9±27,5

Tabela 1 - Descrição das variáveis e perfil tabágico dos participantes do estudo

(conclusão)

Variáveis	Participantes
Teste de Fagerström (pontos)	5,7 ± 2,4
- Homens	5,5±2,3
- Mulheres	5,8±2,4
Fase motivacional (participantes)	
Pré-contemplação	0
Contemplação	20
Preparado para ação	50
Ação	1

Fonte: Elaborado pelo autor.

5.1.2 Resultados dos Questionários Pré-Pandemia

- SF-36:

Quando comparados em relação ao Tempo de Uso (TU), verificamos uma correlação estatisticamente significativa e negativa no domínio de Capacidade Física (CF) com $r=-0,233$ ($p\text{-valor}=0,045$), evidenciando que quanto maior o tempo de uso em anos pelo paciente, menor sua Capacidade Física (Tabela 2).

Quando comparados grupos de participantes fumantes de menor e maior número de cigarros por dia (CIG), verificou-se uma correlação estatisticamente significativa e negativa nos domínios de Vitalidade (VIT) com $r=-0,354$ ($p\text{-valor}=0,002$) e de Saúde Mental (SM) com $r=-0,398$ ($p\text{-valor}=<0,001$), nos mostrando que quanto maior a quantidade de cigarros fumados por dia, menor Vitalidade e Saúde Mental o paciente apresenta. Apesar das diferenças observadas em outros domínios do SF-36, estas não foram estatisticamente significantes. Em tais casos, o desvio padrão elevado, observado em alguns grupos, indica que outros fatores podem ter afetado a qualidade de vida do indivíduo (Tabela 2).

Já a comparação do SF-36 em relação ao Teste de Fagerström (TF), pudemos observar uma correlação estatisticamente significantes e negativa nos domínios de Vitalidade (VIT) com $r=-0,284$ ($p\text{-valor}=0,014$), Aspecto Social (AS) com $r=-0,296$ ($p\text{-valor}=0,011$) e Saúde Mental (SM) com $r=-0,343$ ($p\text{-valor}=0,003$), o que significa que quanto maior a pontuação no Teste de Fagerström, ou seja, quanto maior a dependência a nicotina, menor Vitalidade, Aspecto Social e Saúde Mental o paciente apresenta (Tabela 2).

Quando comparados em relação a Carga Tabágica (CT), verificamos uma correlação estatisticamente significantes e negativa nos domínios: Capacidade Física (CF) com $r=-0,236$ ($p\text{-valor}=0,043$) e Saúde Mental (SM) com $r=-0,252$ ($p\text{-valor}=0,030$), evidenciando que quanto maior a carga tabágica, menor a Capacidade Física e Saúde Mental do paciente (Tabela 2).

- Estilo de Vida Fantástico:

Concluimos que existe correlação estatisticamente significativa, ocorrida entre o número de cigarros fumados por dia (CIG) e Fantástico com $r=-0,446$ ($p\text{-valor}<0,001$). Esse valor por ser negativo nos mostra que quanto maior o CIG, menor será o escore Fantástico e vice-versa. Logo, quanto maior o CIG, pior o estilo de vida que o paciente apresenta. Podemos classificar essa correlação com sendo moderada (Tabela 2).

- SRQ-20:

Concluimos que existe correlação estatisticamente significativa, ocorrida entre a pontuação do Teste de Fagerström (TF) e SRQ-20 com $r=0,260$ ($p\text{-valor}=0,025$). Este valor por ser positivo nos mostra que quanto maior a pontuação do Teste de Fagerström, mais deprimidos os participantes se apresentam (Tabela 2).

- IDATE t/e:

Não foi possível observar correlação estatisticamente significativa entre idade de início, tempo de uso, número de cigarros fumados por dia, teste de Fagerström ou

carga tabágica com os resultados do questionário Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Tabela 2).

- Escala de Apoio Social Medical Outcomes Study MOS:

Observou-se correlação estatisticamente significativa, entre a pontuação do Teste de Fagerström (TF) e MOS com $r=-0,243$ ($p\text{-valor}=0,037$). Este, nos mostra que quanto maior a pontuação no Teste de Fagerström, ou seja, quanto maior a dependência a nicotina do participante, menor apoio social este apresenta (Tabela 2).

Tabela 2 - Correlação entre perfil tabágico e os instrumentos aplicados ANTES da Pandemia

(continua)

		Idade	Idade Início	TU	CIG	TF	CT
CF	Corr (r)	-0,166	0,188	-0,233	-0,112	-0,132	-0,236
	P-valor	0,157	0,108	0,045	0,342	0,262	0,043
DOR	Corr (r)	0,111	0,132	0,054	-0,205	-0,186	-0,028
	P-valor	0,346	0,263	0,648	0,08	0,112	0,81
EGS	Corr (r)	0,01	0,098	-0,016	-0,111	-0,106	-0,049
	P-valor	0,931	0,407	0,89	0,348	0,369	0,681
VIT	Corr (r)	-0,058	0,116	-0,133	-0,354	-0,284	-0,216
	P-valor	0,622	0,324	0,259	0,002	0,014	0,064
AS	Corr (r)	0,055	0,002	0,059	-0,227	-0,296	-0,031
	P-valor	0,642	0,983	0,62	0,052	0,011	0,793
AE	Corr (r)	0,01	0,005	0,015	-0,089	-0,188	0,004
	P-valor	0,931	0,969	0,902	0,451	0,108	0,972
AF	Corr (r)	0,107	0,101	-0,057	-0,223	-0,06	-0,073
	P-valor	0,398	0,426	0,655	0,077	0,639	0,565
SM	Corr (r)	0,009	0,083	-0,053	-0,398	-0,343	-0,252
	P-valor	0,939	0,484	0,654	<0,001	0,003	0,030
Fantástico	Corr (r)	0,076	0,126	-0,036	-0,446	-0,327	-0,323
	P-valor	0,518	0,285	0,763	<0,001	0,005	0,005
ESTADO	Corr (r)	-0,11	-0,169	0,019	-0,028	-0,026	-0,02
	P-valor	0,352	0,15	0,873	0,811	0,826	0,867
TRAÇO	Corr (r)	0,054	-0,053	0,046	0,126	-0,08	0,08
	P-valor	0,645	0,655	0,695	0,284	0,497	0,496

Tabela 2 - Correlação entre perfil tabágico e os instrumentos aplicados ANTES da Pandemia

(conclusão)

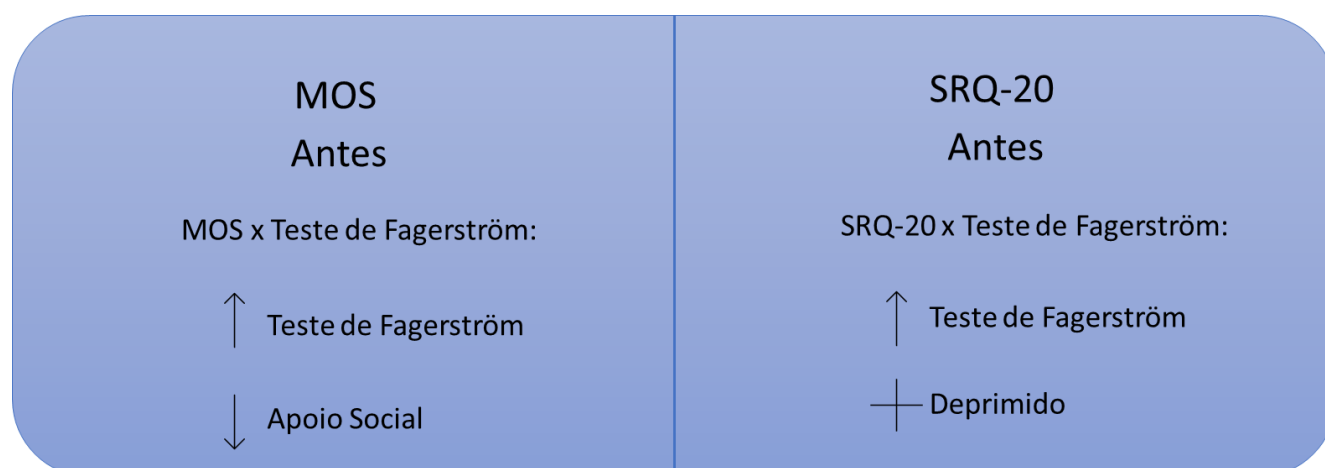
		Idade	Idade Início	TU	CIG	TF	CT
SRQ 20	Corr (r)	-0,053	-0,061	-0,026	0,216	0,26	0,073
	P-valor	0,656	0,606	0,826	0,064	0,025	0,535
MOS	Corr (r)	0,026	0,084	-0,016	-0,162	-0,243	-0,077
	P-valor	0,825	0,478	0,896	0,167	0,037	0,516

CF: capacidade funcional; Dor: ESG: estado de saúde geral; VIT: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais; AF: aspectos físicos; SM: saúde mental

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os Resultados de MOS para apoio social e SRQ-20 para depressão quando comparados em relação ao Teste de Fagerström estão ilustrados na Figura 1. Estes, sugerem que menor apoio social reflete em maior depressão.

Figura 1 - Resumo Resultados Antes MOS e SRQ-20



Fonte: Elaborado pelo autor.

Com relação ao sexo, no período antes da pandemia de COVID-19, pudemos

observar que houve uma diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres nos domínios de Capacidade Física, Aspecto Social e Aspecto Emocional do questionário SF-36. Uma diferença estatisticamente significativa também foi observada para os questionários MOS e SRQ-20 (Tabela 3).

Para Capacidade Física, tivemos que mulheres apresentaram uma média de 53,9 e homens apresentaram uma média de 73,6, logo, o sexo masculino se mostrou com melhor Capacidade Física do que o sexo feminino, tal padrão se repete para os outros domínios de Aspecto Social e Aspecto Emocional, mostrando que os homens apresentaram melhores escores de Aspecto Social e Emocional do que as mulheres. Para o questionário de Apoio Social MOS novamente este padrão se repete, com mulheres apresentando uma média de 53,7 e os homens, uma média de 73,2, o que significa dizer que os homens apresentaram maiores escores, logo, maior apoio social. Já para o questionário SRQ-20, a média para mulheres foi de 8,11 e para homens foi de 4,82, nos mostrando que as mulheres se apresentaram com mais sintomas depressivos do que os homens.

Tabela 3 - Comparação sexo para escores ANTES da Pandemia

(continua)

		Média	Mediana	Desvio Padrão	Min	Max	N	IC	P- valor
CF	Feminino	60,9	60	25,2	10	100	46	7,3	0,034
	Masculino	73,6	80	22,1	25	100	28	8,2	
DOR	Feminino	53,9	51	28,9	10	100	46	8,3	0,209
	Masculino	62,1	63	25,9	10	100	28	9,6	
EGS	Feminino	56,8	57	21,5	5	92	46	6,2	0,129
	Masculino	64,9	74,5	26,7	5	100	28	9,9	
VIT	Feminino	51,0	50	22,8	10	95	46	6,6	0,066
	Masculino	61,1	70	27,7	5	100	28	10,3	

Tabela 3 - Comparação sexo para escores ANTES da Pandemia

		(conclusão)							
		Média	Mediana	Desvio Padrão	Min	Max	N	IC	P- valor
AS	Feminino	65,8	75	29,6	12,5	100	46	8,5	0,021
	Masculino	80,4	93,75	27,1	0	100	28	10,0	
AE	Feminino	59,2	66,66	44,2	0	100	46	12,8	0,008
	Masculino	84,5	100	29,4	0	100	28	10,9	
SM	Feminino	57,5	56	22,6	12	100	46	6,5	0,051
	Masculino	68,0	76	27,2	8	100	28	10,1	
AF	Feminino	49,6	50	18,7	14	76	46	5,7	0,542
	Masculino	53,0	58	17,7	23	76	28	7,2	
Fantástico	Feminino	56,1	57,5	10,3	24	75	46	3,0	0,518
	Masculino	55,1	56,5	12,1	33	89	28	4,5	
MOS	Feminino	53,7	50	39,9	0	100	46	11,5	0,035
	Masculino	73,2	100	37,2	0	100	28	13,8	
ESTADO	Feminino	48,7	49	11,3	23	69	46	3,3	0,514
	Masculino	46,8	52	11,2	23	65	28	4,1	
TRAÇO	Feminino	48,5	47,5	9,1	28	69	46	2,6	0,713
	Masculino	50,9	51	15,5	28	92	28	5,8	
SRQ 20	Feminino	8,11	8,00	4,47	0	19	46	1,29	0,002
	Masculino	4,82	2,50	5,28	0	20	28	1,96	

CF: capacidade funcional; Dor: ESG: estado de saúde geral; VIT: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais; AF: aspectos físicos; SM: saúde mental
 Fonte: Elaborada pelo autor.

5.2 Resultados dos questionários respondidos durante pandemia de COVID-19:

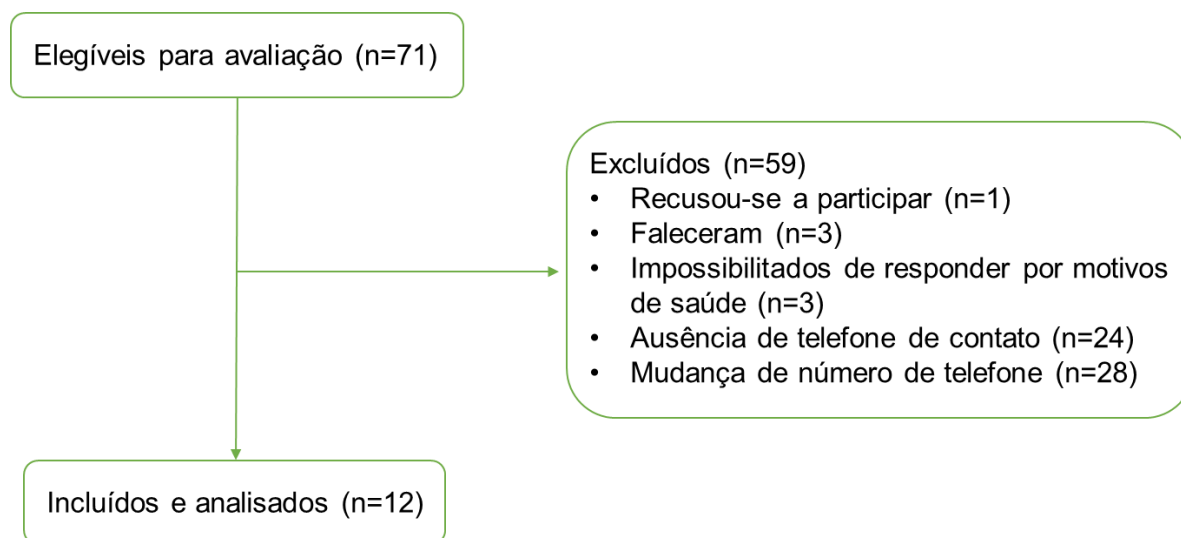
No segundo momento do presente estudo, durante a pandemia de COVID-19 em 2020, os participantes foram convidados a responder novamente aos mesmos questionários. Eles foram contatados via telefone e os questionários respondidos em forma de entrevista.

Dos 71 participantes elegíveis para a avaliação, foi possível fazer contato com 19 deles, e destes, 12 foram incluídos e analisados, pois 1 recusou-se a participar, 3 estavam impossibilitados de responder por motivos de saúde e 3 faleceram no período de 2015 a 2020.

A dificuldade para contato foi decorrente da ausência de telefone em algumas fichas (n=24) e a mudança de número de telefone de alguns participantes (n=28). Para esses participantes, foi realizada uma busca ativa no sistema do município utilizando dados como RG, CPF, CRA e endereço com o intuito de conseguir um novo telefone para contato, porém tal busca foi improdutiva. Devido ao isolamento, a pesquisadora estava impossibilitada de recorrer à entrevista na residência do indivíduo.

O fluxograma do estudo está ilustrado na Figura 2.

Figura 2 - Fluxograma do Estudo



Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2.1 Participantes e Perfil Tabágico

Dos 12 participantes que responderam aos questionários, 58,33% eram mulheres (n=7) e 41,6% eram homens (n=5). A idade média dos participantes foi de 57,67 anos, sendo 71 a idade máxima e 41 a idade mínima. Para as mulheres, a idade média foi de 57,71 anos, com idade máxima de 71 anos e mínima de 47 anos. Para os homens, a idade média foi de 57,60 anos, sendo a idade máxima 64 anos e a mínima 41 anos.

A idade de início do uso do tabaco, para homens e mulheres, apresentou média de 15,42 anos. As mulheres apresentaram um início mais precoce, com média de idade de 14,14 anos em comparação a 17,20 anos para os homens.

Referente ao tempo de uso, as mulheres também apresentaram uma média maior, com 36,29 anos de uso e homens com 27,80 anos de uso.

Com relação a número de cigarros fumados por dia, homens apresentaram média de 7 cigarros fumados por dia e mulheres apresentaram média de 10,29 cigarros fumados por dia.

A carga tabágica para as mulheres apresentou média de 22,65 anos-maço e para homens, 9,20 anos-maço.

A respeito do Teste de Fagerström, homens apresentaram média de 2,60 pontos e mulheres apresentaram média de 4,29 pontos. A conclusão sobre o grau de dependência é feita da seguinte forma:

0 - 2 pontos = muito baixo

3 - 4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6 -7 pontos = elevado

8 -10 pontos = muito elevado

Logo, homens e mulheres apresentaram grau de dependência baixo.

Quanto ao sucesso do tratamento de cessação tabágica, 50% (n=6) dos participantes que responderam à pesquisa conseguiram parar de fumar e 50% (n=6) não conseguiram.

Tabela 4 - Descrição das variáveis e perfil tabágico dos participantes DURANTE a pandemia

(continua)

Variáveis	Participantes
N	12
- Homens	5
- Mulheres	7
Idade (anos)	57,67±8,57(41-71)
- Homens	57,60±9,40(41-64)
- Mulheres	57,71±8,71(47-71)
Início uso do tabaco (anos)	15,42±3,32
- Homens	17,20±3,70
- Mulheres	14,14±2,54

Tabela 4 - Descrição das variáveis e perfil tabágico dos participantes DURANTE a pandemia

(conclusão)

Variáveis	Participantes
Tempo de uso (anos)	32,75±9,90
- Homens	27,80±7,50
- Mulheres	36,29±10,36
Quantidade de cigarros fumados/dia	10,83±15,20
- Homens	7,00±9,75
- Mulheres	10,29±14,57
Carga tabágica (maços/ano)	18,19±26,92
- Homens	9,20±12,62
- Mulheres	22,65±32,19
Teste de Fagerström (pontos)	3,58±4,10
- Homens	2,60±4,34
- Mulheres	4,29±4,11
Parou de fumar (participantes)	6
- Homens	3
- Mulheres	3

Fonte: Elaborado pelo autor.

5.2.2 Resultados dos Questionários Durante a Pandemia

- SF-36

Os participantes que responderam ao questionário SF-36, ficaram com a qualidade de vida entre 35 (regular) e 75 (bom), onde 0 representa pior qualidade de vida e 100 representa a melhor qualidade de vida.

Não foi possível observar correlação estatisticamente significante quando

comparados em relação ao Tempo de Uso (TU) e Carga Tabágica (CT) (Tabela 4).

Quando comparados grupos de participantes fumantes de menor e maior número de cigarros por dia (CIG), verificou-se uma correlação estatisticamente significativa e negativa no domínio de Estado Geral de Saúde (EGS) com $r=-0,619$ (p -valor= $0,032$), evidenciando que quanto maior a quantidade de cigarros fumados por dia, pior o Estado Geral de Saúde dos participantes (Tabela 5).

Já a comparação do SF-36 em relação ao Teste de Fagerström (TF), pudemos observar uma correlação estatisticamente significativa e negativa nos domínios de Dor com $r=-0,646$ (p -valor= $0,023$), Estado Geral de Saúde (EGS) com $r=-0,781$ (p -valor= $0,003$) e Aspecto Social (AS) com $r=-0,639$ (p -valor= $0,025$), o que significa que quanto maior a pontuação no Teste de Fagerström, ou seja, quanto maior a dependência a nicotina, pior a Dor, Estado Geral de Saúde e Aspecto Social (Tabela 5).

- Estilo de Vida Fantástico

No Questionário Estilo de Vida Fantástico, 75% dos respondentes apresentaram estilo de vida “bom” (entre 55 e 69 pontos) e 25% apresentaram estilo de vida “regular” (entre 35 a 54 pontos). Ninguém apresentou estilo de vida “excelente” (85 a 100 pontos), “Muito bom” (70 a 84 pontos) ou “Necessita melhorar” (0 a 34 pontos).

Não foi possível observar correlação estatisticamente significativa entre idade de início, tempo de uso, número de cigarros fumados por dia, teste de Fagerström ou carga tabágica com os resultados do questionário Estilo de Vida Fantástico (Tabela 5).

- SRQ-20

Em relação ao SRQ-20, 50% dos participantes se apresentaram deprimidos ($n=6$), ou seja, com pontuação maior ou igual a 8, e 50% não deprimidos ($n=6$).

Não foi possível observar correlação estatisticamente significativa entre idade de início, tempo de uso, número de cigarros fumados por dia, teste de Fagerström ou carga tabágica com os resultados do questionário SRQ-20 (Tabela 5).

- IDATE t/e

Para o IDATE – traço, 58,33% apresentaram alto nível de ansiedade e 41,66% apresentaram médio nível de ansiedade. E para o IDATE – estado, 16,66% apresentaram alto nível de ansiedade e 83,33% apresentaram médio nível de ansiedade.

Não foi possível observar correlação estatisticamente significativa entre idade de início, tempo de uso, número de cigarros fumados por dia, teste de Fagerström ou carga tabágica com os resultados do questionário Inventário de Ansiedade Traço-Estado (Tabela 5).

- Escala de Apoio Social Medical Outcomes Study MOS

O Questionário Escala de Apoio Social Medical Outcomes Study, apresentou os seguintes resultados para Interação Social: 25% da amostra exibiu baixa interação social enquanto 75% apresentavam média interação social. No domínio de Apoio Afetivo foi possível observar que 8,3% possuíam baixo apoio afetivo, 66,67% médio apoio afetivo e 25,03% alto apoio afetivo. Em relação ao Apoio Emocional, 33,33% da amostra possuía baixo apoio emocional, 58,33% médio apoio emocional e 8,34% alto apoio emocional. Já para Apoio Material, 8,34% tinham baixo apoio material, 58,33% médio apoio material e 33,33% alto apoio material.

Não foi possível observar correlação estatisticamente significativa entre idade de início, tempo de uso, número de cigarros fumados por dia, teste de Fagerström ou carga tabágica com os resultados do questionário Escala de Apoio Social Medical Outcomes Study (Tabela 5).

Tabela 5 - Correlação entre perfil tabágico e os instrumentos aplicados DURANTE a Pandemia

		Idade	Idade Início	TU	CIG	TF	CT
CF	Corr (r)	0,115	0,531	-0,218	-0,098	-0,251	-0,043
	P-valor	0,722	0,076	0,497	0,761	0,432	0,894
DOR	Corr (r)	0,269	0,199	0,329	-0,485	-0,646	-0,36
	P-valor	0,399	0,535	0,297	0,11	0,023	0,251
EGS	Corr (r)	0,62	0,133	0,381	-0,619	-0,781	-0,526
	P-valor	0,031	0,681	0,221	0,032	0,003	0,079
VIT	Corr (r)	0,277	0,792	-0,347	-0,258	-0,335	-0,267
	P-valor	0,383	0,002	0,269	0,417	0,288	0,401
AS	Corr (r)	0,32	0,5	-0,241	-0,467	-0,639	-0,472
	P-valor	0,311	0,098	0,45	0,126	0,025	0,121
AE	Corr (r)	0,142	0,117	0,131	-0,389	-0,383	-0,375
	P-valor	0,659	0,716	0,684	0,211	0,22	0,23
AF	Corr (r)	0,091	0,206	0,073	-0,319	-0,313	-0,32
	P-valor	0,778	0,521	0,822	0,312	0,322	0,31
SM	Corr (r)	0,434	0,205	0,348	0,214	0,147	0,257
	P-valor	0,159	0,523	0,267	0,505	0,65	0,42
Fantástico	Corr (r)	0,211	0,025	0,154	0,309	0,366	0,277
	P-valor	0,511	0,939	0,632	0,328	0,241	0,384
ESTADO	Corr (r)	-0,2	-0,358	-0,221	0,163	0,262	0,139
	P-valor	0,532	0,254	0,489	0,612	0,41	0,668
TRAÇO	Corr (r)	-0,058	0,17	0,002	0,273	0,148	0,268
	P-valor	0,858	0,597	0,996	0,391	0,646	0,399
SRQ 20	Corr (r)	-0,233	-0,053	-0,392	0,339	0,47	0,263
	P-valor	0,467	0,869	0,208	0,281	0,123	0,409
MOS	Corr (r)	0,242	-0,106	0,424	-0,471	-0,489	-0,407
	P-valor	0,449	0,743	0,17	0,122	0,107	0,189

CF: capacidade funcional; Dor: EGS: estado de saúde geral; VIT: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais; AF: aspectos físicos; SM: saúde mental

Fonte: Elaborada pelo autor.

Já com relação ao sexo, no período durante a pandemia de COVID-19, pudemos observar que houve uma diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres no questionário IDATE-t, onde as mulheres apresentaram média de 51,7 e os homens de 46,2. Ambos apresentam um alto nível de traço ansioso, porém tal traço é maior entre as mulheres do que entre os homens (Tabela 6).

Tabela 6 - Comparação sexo para escores DURANTE da Pandemia

(continua)

		Média	Mediana	Desvio Padrão	Min	Max	N	IC	P-valor
CF	Feminino	69,9	75	23,5	20	90	7	17,4	0,254
	Masculino	83,0	80	9,7	70	95	5	8,5	
DOR	Feminino	68,7	61	15,9	51	100	7	11,8	0,924
	Masculino	58,4	64	28,4	10	84	5	24,9	
EGS	Feminino	62,1	52	16,7	45	87	7	12,4	0,850
	Masculino	65,6	72	16,2	37	77	5	14,2	
VIT	Feminino	53,6	60	17,3	20	70	7	12,8	0,058
	Masculino	77,0	80	13,5	55	90	5	11,8	
AS	Feminino	66,8	80	28,0	12,5	87,5	7	20,8	0,438
	Masculino	81,4	87,5	12,5	62,5	92	5	10,9	
AE	Feminino	57,1	66,67	37,1	0	100	7	27,5	0,073
	Masculino	95,0	100	7,1	85	100	5	6,2	
SM	Feminino	73,4	74	10,0	64	88	7	7,4	0,846
	Masculino	72,2	69	12,6	60	92	5	11,0	
AF	Feminino	60,7	50	31,8	25	100	7	23,6	0,073
	Masculino	97,0	100	4,5	90	100	5	3,9	
Fantástico	Feminino	56,9	60	10,7	40	67	7	8,0	0,850
	Masculino	57,8	57	6,1	50	66	5	5,3	
MOS	Feminino	43,3	43	19,0	18	65	7	14,1	0,257
	Masculino	50,4	42	21,2	29	76	5	18,6	

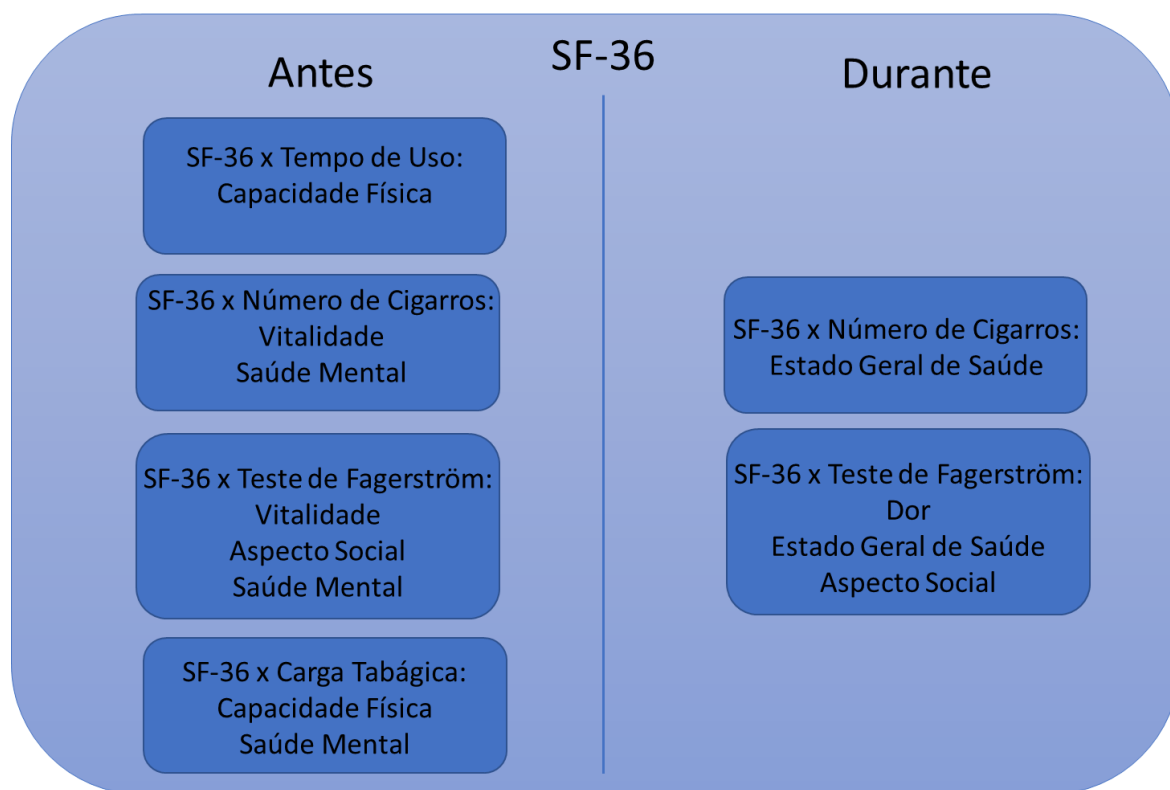
Tabela 6 - Comparação sexo para escores DURANTE da Pandemia

									(conclusão)
ESTADO	Feminino	41,1	40	6,2	33	52	7	4,6	0,255
	Masculino	40,8	37	8,9	34	55	5	7,8	
TRAÇO	Feminino	51,7	52	4,6	46	57	7	3,4	0,029
	Masculino	46,2	43	6,1	41	55	5	5,3	
SRQ 20	Feminino	6,43	7,00	3,99	1	11	7	2,96	0,568
	Masculino	6,00	8,00	4,69	0	10	5	4,11	

CF: capacidade funcional; Dor: ESG: estado de saúde geral; VIT: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais; AF: aspectos físicos; SM: saúde mental
 Fonte: Elaborada pelo autor.

A fim de facilitar a visualização dos resultados de SF-36 antes e durante a pandemia de COVID-19, um resumo é demonstrado na figura 3.

Figura 3 - Resumo SF-36 Antes e Durante



Fonte: Elaborado pelo autor.

5.3 Comparação entre os Questionários Antes X Durante

Embora exista diferença entre os momentos para todos os escores, as mesmas (diferenças) não são consideradas estatisticamente significantes, ou seja, os momentos são considerados estatisticamente iguais (Tabela 7).

Tabela 7 - Comparação Antes X Durante

			Média	Mediana	Desvio Padrão	Min	Max	N	IC	P- valor
SF36	CF	Antes	69,2	65	18,4	40	100	71	10,4	0,196
		Durante	75,3	80	19,5	20	95	12	11	
	DOR	Antes	65,7	73	28,1	10	100	71	15,9	0,76
		Durante	64,4	63	21,4	10	100	12	12,1	
	EGS	Antes	69,6	74,5	22,4	30	97	71	12,7	0,18
		Durante	63,6	68,5	15,9	37	87	12	9	
	VIT	Antes	60,4	65	24,3	25	100	71	13,7	0,581
		Durante	63,3	65	19,3	20	90	12	10,9	
	AS	Antes	72,9	81,25	28,6	12,5	100	71	16,2	0,814
		Durante	72,9	83,75	23,3	12,5	92	12	13,2	
	AE	Antes	77,8	100	38,5	0	100	71	21,8	0,528
		Durante	72,9	87,5	33,9	0	100	12	19,2	
	AF	Antes	64,2	75	35	0	100	12	19,8	0,411
		Durante	75,8	92,5	30,1	25	100	12	17,1	
	SM	Antes	68,7	82	28,3	20	100	71	16	0,722
		Durante	72,9	71,5	10,6	60	92	12	6	
Fantástico		Antes	56,6	53,5	11,7	45	89	71	6,6	0,61
		Durante	57,3	59	8,8	40	67	12	5	
IDATE T/E	ESTADO	Antes	48,3	50,5	13,5	23	69	71	7,6	0,071
		Durante	41	39	7,1	33	55	12	4	
	TRAÇO	Antes	48	50,5	11,3	28	64	71	6,4	0,724
		Durante	49,4	50	5,8	41	57	12	3,3	
SRQ 20		Antes	5,8	5,5	5,1	0	14	71	2,9	0,687
		Durante	6,3	7,5	4,1	0	11	12	2,3	
MOS		Antes	46,1	43	17,3	21	76	71	10,3	0,789
		Durante	43,5	42	17,8	18	70	12	10,5	

CF: capacidade funcional; Dor: ESG: estado de saúde geral; VIT: vitalidade; AS: aspectos sociais; AE: aspectos emocionais; AF: aspectos físicos; SM: saúde mental

Fonte: Elaborada pelo autor.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo avaliar como a pandemia impactou o consumo de tabaco e qualidade de vida no período de restrição social.

Considerando que a hipótese do estudo era de uma relação positiva entre os índices dos questionários SF-36, Questionário Estilo de Vida Fantástico, SRQ-20, IDATE t/e e MOS, com o uso de tabaco no cenário de pandemia, mostrando uma deterioração da saúde mental e física durante esse período e consequente aumento no consumo/uso do tabaco, observamos que apesar das diferenças observadas entre os resultados dos questionários respondidos antes X durante a pandemia de COVID-19, estas, não foram consideradas estatisticamente significantes. Logo, no presente estudo, a qualidade de vida dos participantes manteve-se durante o período de *lockdown*. Tais resultados diferem de alguns estudos que evidenciam impacto significativo da pandemia de COVID-19 no estresse, depressão e ansiedade (Fancourt et al., 2021; Husky et al., 2020). Uma pesquisa translacional em larga escala durante a pandemia de COVID-19 na população em geral revelou um efeito negativo do confinamento domiciliar no bem-estar mental e emocional, com mais pessoas desenvolvendo sintomas depressivos “durante” em comparação com “antes” do período de confinamento (Ammar et al., 2020). Considerando a população idosa, uma revisão de literatura evidenciou que o grau de solidão e qualidade de vida foram afetados negativamente (Sayin Kasar, Karaman, 2021). Já para crianças e adolescentes, uma revisão de literatura observou que, devido a grandes mudanças em suas vidas diárias, como fechamento de escolas, distanciamento social ou confinamento em casa, independentemente do sexo, a qualidade de vida foi afetada negativamente (Nobari et al., 2021). Na mesma linha, estudos anteriores mostraram que as meninas são mais vulneráveis ao sofrimento psicológico do que os meninos (de la Barrera et al., 2019). Além disso, um estudo brasileiro revelou que os brasileiros reduziram as atividades físicas, aumentaram o tempo dedicado às telas (TV, tablets e/ou computadores), reduziram o consumo de alimentos saudáveis e aumentaram a ingestão de alimentos ultra processados, bem como o consumo de cigarro e álcool (Malta et al., 2020). Outro estudo brasileiro, realizado virtualmente com uma amostra de 45.160 indivíduos, revelou que 34% dos participantes da pesquisa relataram

aumento no consumo de cigarros. Esse aumento foi maior entre as mulheres e os fatores foram associados à piora da qualidade do sono, ao sentimento de isolamento dos familiares, de tristeza ou de estar deprimido, ansioso, de ficar sem rendimentos e de pior avaliação do estado de saúde (Malta et al., 2021).

Todavia, é importante ressaltar que houve diferença estatisticamente significativa entre o hábito de fumar e pior qualidade de vida nos dois momentos para alguns dos instrumentos aplicados. Tal relação entre o hábito de fumar e pior qualidade de vida também foi observada em diversos estudos (Jia, Lubetkin, 2010; Laaksonen et al., 2006; Strine et al., 2005; Vogl et al., 2012; Wilson et al., 1999).

A avaliação do questionário SF-36 antes da pandemia de COVID-19 evidenciou que em relação ao Tempo de Uso de cigarro, houve uma correlação estatisticamente significativa e negativa no domínio de Capacidade Física, evidenciando que quanto maior o tempo de uso em anos pelo participante, menor sua Capacidade Física. Quando foram comparados os grupos de participantes fumantes de menor e maior número de cigarros por dia, houve uma correlação estatisticamente significativa e negativa nos domínios de Vitalidade e de Saúde Mental, evidenciando que quanto maior a quantidade de cigarros fumados por dia, menor Vitalidade e Saúde Mental o paciente apresenta. Já a comparação do SF-36 em relação ao Teste de Fagerström, pudemos observar uma correlação estatisticamente significativa e negativa nos domínios de Vitalidade, Aspecto Social e Saúde Mental, o que significa que quanto maior a pontuação no Teste de Fagerström, ou seja, quanto maior a dependência a nicotina, menor Vitalidade, Aspecto Social e Saúde Mental o paciente apresenta. Quando comparados em relação a carga tabágica, verificamos uma correlação estatisticamente significativa e negativa nos domínios: Capacidade Física e Saúde Mental, evidenciando que quanto maior a carga tabágica, menor a Capacidade Física e Saúde Mental do paciente.

Já a avaliação do questionário SF-36 durante a pandemia de COVID-19, os resultados do questionário SF-36, quando comparados grupos de participantes fumantes de menor e maior número de cigarros por dia, verificou-se uma correlação estatisticamente significativa e negativa no domínio de Estado Geral de Saúde, evidenciando que quanto maior a quantidade de cigarros fumados por dia, pior o Estado Geral de Saúde dos participantes. A comparação do SF-36 em relação ao Teste de Fagerström, pudemos observar uma correlação estatisticamente significativa

e negativa nos domínios de Dor, Estado Geral de Saúde e Aspecto Social, o que significa que quanto maior a pontuação no Teste de Fagerström, ou seja, quanto maior a dependência a nicotina, pior a Dor, Estado Geral de Saúde e Aspecto Social.

Estudos anteriores usando o SF-36 corroboram com esses achados e relatam problemas de saúde com o aumento da quantidade de cigarros fumados por dia (Mulder et al., 2001; Wilson et al., 1999). Além disso, estudos sobre mortalidade também mostraram uma relação dose-dependente com a quantidade de fumo (Doll et al., 2004). Um estudo mostrou que diferenças entre as categorias de tabagismo (baixo, médio e alto consumo) foram encontradas em algumas subescalas físicas e mentais do SF-36. As diferenças foram ligeiramente maiores entre os homens (Laaksonen et al., 2006). No presente estudo, com relação ao sexo, pudemos observar que os homens também apresentaram escores maiores nos domínios de Capacidade Física, Aspecto Social e Aspecto Emocional do questionário SF-36 respondidos antes da pandemia de COVID-19, o que significa dizer que demonstraram melhor Capacidade Física, Aspecto Social e Emocional que as mulheres.

Lyons et al. observaram que os participantes fumantes se classificaram como tendo pior estado de saúde em comparação com os que nunca fumaram em quatro dos oito domínios de saúde avaliados no SF-36. Os fumantes relataram serem menos ativos fisicamente, sentirem mais dores no corpo, terem menos vitalidade e, em geral, se considerarem menos saudáveis. Não houve diferenças nas limitações devido a problemas físicos, funções sociais, limitações devido a problemas emocionais ou de saúde mental (Lyons et al., 1994). Isso também foi confirmado por outros (Segovia et al., 1989; Tillmann, Silcock, 1997). O presente estudo também mostrou menos vitalidade e pior saúde mental ao comparar pessoas que fumam menos (1-19) e mais (40-60) cigarros por dia.

Como podemos observar, neste estudo, dos 8 domínios presentes no questionário SF-36 (capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental), 6 deles (capacidade funcional, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental) apresentaram uma diferença estatisticamente significativa quando correlacionados com a dependência em tabaco, evidenciando que o tabagismo afeta na qualidade de vida do usuário.

Para o questionário Estilo de Vida Fantástico, respondido antes da pandemia

de COVID-19, observamos que existe correlação estatisticamente significativa ocorrida entre o número de cigarros fumados por dia. Este nos mostra que quanto maior o número de cigarros fumados por dia, menor será o escore Fantástico, isto é, pior o estilo de vida do participante. Tais achados corroboram com os do estudo de Seon Mee Kim et al., onde foi constatado que os fumantes tinham pior estilo de vida em comparação com os que nunca fumaram, e, ao comparar grupo de fumantes de menor e maior número de consumo de cigarros por dia, aqueles que fumavam mais cigarros tinham pior estilo de vida (Seon Mee Kim et al., 1996).

Para os questionários IDATE t/e, respondidos antes do período de pandemia de COVID-19, não foi possível observar correlação estatisticamente significativa entre o hábito de fumar e os escores obtidos.

O questionário SRQ-20, respondido antes da pandemia de COVID-19, evidenciou que existe correlação estatisticamente significativa entre a pontuação do Teste de Fagerström e SRQ-20. Este nos mostra que quanto maior a pontuação do Teste de Fagerström, mais deprimidos os participantes se apresentaram. Diversos estudos demonstraram uma associação entre tabagismo e depressão (Grabovac et al., 2017; Killen et al., 2003; Mykletun et al., 2008; Xue et al., 2017). Uma revisão crítica com cinquenta e quatro estudos relevantes sobre tabagismo e qualidade de vida conclui que a baixa qualidade de vida e a depressão estão associadas a maiores chances de iniciar o tabagismo e menores chances de cessação tabágica bem-sucedida (Goldenberg et al., 2014).

Em relação ao questionário Escala de Apoio Social Medical Outcomes Study (MOS), respondido antes da pandemia de COVID-19, observamos uma correlação estatisticamente significativa, ocorrida entre a pontuação do Teste de Fagerström e MOS. Este, nos mostra que quanto maior a pontuação no Teste de Fagerström, ou seja, quanto maior a dependência a nicotina do paciente, menor apoio social este apresenta. Um estudo que analisou o suporte social, a heterogeneidade da rede de apoio e o comportamento tabagista em mulheres demonstrou que as mulheres que relataram baixa heterogeneidade de sua rede de apoio ou nenhum apoio de seus parceiros ou parentes tinham aproximadamente 1,2 vezes mais chances de serem fumantes em comparação com suas contrapartes com alta heterogeneidade ou alto suporte social (Väänänen et al., 2008). No presente estudo, os homens apresentaram apoio social mais alto do que as mulheres. Em um estudo realizado por Bodenmann

et al. (2015), os autores evidenciaram que apesar de se ter previsão de que as mulheres dão mais apoio social em relacionamentos do que os homens, as diferenças no apoio são moderadas pelo estresse e generalizações acerca do sexo dos indivíduos podem subestimar a qualidade do apoio que os homens podem oferecer quando há ausência de estresse (Bodenmann et al., 2015).

Frente aos resultados encontrados quando da aplicação dos questionários MOS e SRQ-20, sugerimos que o menor apoio social reflete em maior depressão. Tal achado corrobora com uma revisão de literatura feita por Gariépy et al. (2016), em que as evidências foram, em geral, altamente consistentes e apoiam a noção de que o apoio social é um importante fator de proteção em relação à depressão (Gariépy et al., 2016).

Para os questionários Estilo de Vida Fantástico, IDATE t/e, SRQ-20 e MOS, respondidos durante o período de pandemia de COVID-19, não foi possível observar correlação estatisticamente significativa entre o hábito de fumar e os escores obtidos em tais instrumentos.

Como podemos observar, existe uma relação negativa entre tabagismo e qualidade de vida e a magnitude dessa associação está ora relacionada ao tempo de uso, ora ao número de cigarros fumados por dia, ora à dependência a nicotina e ora à carga tabágica do paciente. O fumo passivo também parece estar negativamente associado à qualidade de vida e a cessação do tabagismo pode resultar em melhora significativa da qualidade de vida (Goldenberg et al., 2014).

Com relação ao sucesso do tratamento de cessação tabágica, 50% (n=6) dos participantes que responderam à pesquisa durante o período de pandemia de COVID-19, conseguiram parar de fumar e 50% (n=6) não conseguiram. Um estudo realizado na Itália demonstrou que a preocupação com a COVID-19 fez que 3,3% dos fumantes abandonassem o hábito (di Renzo et al., 2020). Já um estudo realizado na Espanha por López-Moreno et al. (2020), mostrou que no período inicial de *lockdown*, 38,8% das pessoas relataram ganho de peso e, na contrapartida, 31% perderam peso, 18,3% revelaram o aumento do consumo de bebida alcoólica e da porcentagem tabagista, 7,5% aumentaram o consumo de cigarros (López-Moreno et al., 2020).

Em resumo, o hábito de fumar afeta a qualidade de vida do usuário e a cessação do tabagismo é importante porque está associada a melhorias duradouras na qualidade de vida. Os efeitos positivos da cessação do tabagismo na qualidade de

vida, na ansiedade e na depressão são impressionantes e devem ser destacados para todos os fumantes e principalmente para aqueles que estão pensando em parar de fumar. Essa associação foi identificada em vários países, comorbidades e diversos grupos socioeconômicos e culturais (Goldenberg et al., 2014).

Dentre as limitações do estudo é preciso mencionar que o número de participantes que responderam aos questionários durante a pandemia é inferior ao que foi estimado no princípio e é reflexo da constante alteração de formas de contato sem atualização nos sistemas de saúde, da ausência de registro dos dados na base de dados do município e impossibilidade de contato pessoal com os participantes devido ao *lockdown*.

7 CONCLUSÃO

Considerando as limitações do estudo, decorrentes principalmente pelo *lockdown*, a qualidade de vida geral de pacientes fumantes em tratamento para cessação tabágica manteve-se a mesma durante a pandemia de COVID-19.

Apesar disso, os instrumentos aplicados evidenciam a existência de uma relação negativa entre tabagismo e qualidade de vida e, a magnitude dessa associação, está ora relacionada ao tempo de uso, ora ao número de cigarros fumados por dia, ora à dependência a nicotina e ora à carga tabágica do paciente.

Ainda, frente aos resultados da aplicação dos questionários MOS e SRQ-20, o estudo sugere que quanto menor o apoio social, maiores os sintomas de depressão.

REFERÊNCIAS

- Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian J Psychiatr*. 2020;51:102092. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102092.
- Ammar A, Mueller P, Trabelsi K, Chtourou H, Boukhris O, Masmoudi L, et al. Psychological consequences of COVID-19 home confinement: the ECLB-COVID19 multicenter study. *PLoS One*. 2020;15(11):e0240204. doi: 10.1371/journal.pone.0240204.
- Barrera-Núñez DA, Rengifo-Reina HA, López-Olmedo N, Barrientos-Gutiérrez T, Reynales-Shigematsu LM. Cambios en los patrones de consumo de alcohol y tabaco antes y durante la pandemia de Covid-19. *Ensanut 2018 y 2020. Salud Publica Mex*. 2022;137–47. doi: 10.21149/12846.
- Bodenmann G, Meuwly N, Germann J, Nussbeck FW, Heinrichs M, Bradbury TN. Effects of stress on the social support provided by men and women in intimate relationships. *Psychol Sci*. 2015;26(10):1584–94. doi: 10.1177/0956797615594616.
- Boudrez H, de Bacquer D. A Dutch version of the modified reasons for smoking scale: factorial structure, reliability and validity. *J Eval Clin Pract*. 2012;18(4):799–806. doi: 10.1111/j.1365-2753.2011.01676.x.
- Carreras G, Lugo A, Stival C, Amerio A, Odone A, Pacifici R, et al. Impact of COVID-19 lockdown on smoking consumption in a large representative sample of Italian adults. *Tob Control*. 2021;tobaccocontrol-2020-056440. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2020-056440.
- Cattell RB. The meaning and measurement of neuroticism and anxiety: supplement to a review. *Br J Soc a Clin Psychol*. 1963;2(3):224–6. doi: 10.1111/j.2044-8260.1963.tb00394.x.
- Cavalcante TM. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2005;32(5):283–300. doi: 10.1590/S0101-60832005000500006.
- Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Atlanta (GA). CDC [cited 2023 Jan 02]. Available from: <https://www.cdc.gov/>
- Chen D. The psychosocial impact of the COVID-19 pandemic on changes in smoking behavior: evidence from a nationwide survey in the UK. *Tob Prev Cessat*. 2020;6(October):1–5. doi: 10.18332/tpc/126976.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39:143–50.

Dani JA, Heinemann S. Molecular and cellular aspects of nicotine abuse. *Neuron*. 1996;16(5):905–8. doi: 10.1016/s0896-6273(00)80112-9.

Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004;328(7455):1519. doi: 10.1136/bmj.38142.554479.AE.

Fancourt D, Steptoe A, Bu F. Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(2):141–9. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30482-X.

Fluharty M, Taylor AE, Grabski M, Munafò MR. The association of cigarette smoking with depression and anxiety: a systematic review. *Nicotine Tob Res*. 2017;19(1):3–13. doi: 10.1093/ntr/ntw140.

Gariépy G, Honkaniemi H, Quesnel-Vallée A. Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *Br J Psychiatry*. 2016;209(4):284–93. doi: 10.1192/bjp.bp.115.169094.

Gendall P, Hoek J, Stanley J, Jenkins M, Every-Palmer S. Changes in tobacco use during the 2020 COVID-19 lockdown in New Zealand. *Nicotine Tob Res*. 2021; doi: 10.1093/ntr/ntaa257.

Goldenberg M, Danovitch I, IsHak WW. Quality of life and smoking. *Am J Addict*. 2014;23(6):540–62. doi: 10.1111/j.1521-0391.2014.12148.x.

Gómez-Campelo P, Pérez-Moreno EM, de Burgos-Lunar C, Bragado-Álvarez C, Jiménez-García R, Salinero-Fort MÁ. Psychometric properties of the eight-item modified Medical Outcomes Study Social Support Survey based on Spanish outpatients. *Qual Life Res*. 2014;23(7):2073–8. doi: 10.1007/s11136-014-0651-6.

Grabovac I, Brath H, Schalk H, Degen O, Dorner TE. Clinical setting-based smoking cessation programme and the quality of life in people living with HIV in Austria and Germany. *Qual Life Res*. 2017;26(9):2387–95. doi: 10.1007/s11136-017-1580-y.

Husky MM, Kovess-Masfety V, Swendsen JD. Stress and anxiety among university students in France during Covid-19 mandatory confinement. *Compr Psychiatry*. 2020;102:152191. doi: 10.1016/j.comppsy.2020.152191.

Instituto Nacional do Câncer - INCA. *Tabagismo*. Rio de Janeiro: Ministério Da Saúde; 2022a.

Instituto Nacional do Câncer - INCA. Prevalência do tabagismo. Rio de Janeiro: Ministério Da Saúde; 2022b.

Instituto Nacional do Câncer - INCA. O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2012.

Instituto Nacional do Câncer - INCA. Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab): Relatório Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2011.

Jia H, Lubetkin EI. Trends in quality-adjusted life-years lost contributed by smoking and obesity. *Am J Prev Med*. 2010;38(2):138–44. doi: 10.1016/j.amepre.2009.09.043.

Junqueira de Faria D, Almeida AÁ de, Boaventura da Silva I, Balducci I, Faig Lima Carta C, Nicodemo D, et al. Quality of life in a smoking cessation program: lifestyle, anxiety, and depression. *Braz Dent Sci*. 2020;23(4):10p. doi: 10.14295/bds.2020.v23i4.2086.

Killen JD, Fortmann SP, Schatzberg A, Hayward C, Varady A. Onset of major depression during treatment for nicotine dependence. *Addict Behav*. 2003;28(3):461–70. doi: 10.1016/S0306-4603(01)00266-0.

de la Barrera U, Schoeps K, Gil-Gómez J-A, Montoya-Castilla I. Predicting adolescent adjustment and well-being: the interplay between socio-emotional and personal factors. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(23):4650. doi: 10.3390/ijerph16234650.

Laaksonen M, Rahkonen O, Martikainen P, Karvonen S, Lahelma E. Smoking and SF-36 health functioning. *Prev Med (Baltim)*. 2006;42(3):206–9. doi: 10.1016/j.ypmed.2005.12.003.

Lima RC. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. *Physis: Rev Saúde Colet*. 2020;30(2). doi: 10.1590/s0103-73312020300214.

López-Moreno M, López MTI, Miguel M, Garcés-Rimón M. Physical and psychological effects related to food habits and lifestyle changes derived from COVID-19 home confinement in the Spanish population. *Nutrients*. 2020;12(11):3445. doi: 10.3390/nu12113445.

Lyons R, Lo S, Littlepage B. Perception of health amongst ever-smokers and never-smokers: a comparison using the SF-36 Health Survey Questionnaire. *Tob Control*. 1994;3:213–5.

Malta DC, Gomes CS, Souza Júnior PRB de, Szwarcwald CL, Barros MB de A, Machado ÍE, et al. Fatores associados ao aumento do consumo de cigarros durante

a pandemia da COVID-19 na população brasileira. *Cad Saude Publica*. 2021;37(3). doi: 10.1590/0102-311x00252220.

Malta DC, Szwarcwald CL, Barros MB de A, Gomes CS, Machado ÍE, Souza Júnior PRB de, et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiol Ser de Saúde*. 2020;29(4). doi: 10.1590/s1679-49742020000400026.

Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986 Jan;148:23-6. doi: 10.1192/bjp.148.1.23. PMID: 3955316.

Martins SR. Nicotina, o que sabemos? nota técnica sobre a nicotina. Rio de Janeiro: ACT Promoção da Saúde; 2022.

Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing: helping people change. Third. The Guilford Press; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria-Executiva; Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: fatores de proteção e de risco de câncer. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Mulder I, Tjshuis M, Smit HA, Kromhout D. Smoking cessation and quality of life: the effect of amount of smoking and time since quitting. *Prev Med (Baltim)*. 2001;33(6):653–60. doi: 10.1006/pmed.2001.0941.

Mykletun A, Overland S, Aarø LE, Liabø H-M, Stewart R. Smoking in relation to anxiety and depression: evidence from a large population survey: The HUNT study. *Eur Psychiatry*. 2008;23(2):77–84. doi: 10.1016/j.eurpsy.2007.10.005.

Neufeld SAS. The burden of young people's mental health conditions in Europe: no cause for complacency. *Lancet Reg Health Eur*. 2022 Mar 24;16:100364. doi: 10.1016/j.lanepe.2022.100364. PMID: 35345644; PMCID: PMC8956936

Nobari H, Fashi M, Eskandari A, Villafaina S, Murillo-Garcia Á, Pérez-Gómez J. Effect of COVID-19 on health-related quality of life in adolescents and children: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9):4563. doi: 10.3390/ijerph18094563.

Instituto de Efetividade Clínica e Sanitária [Internet]. Buenos Aires (Buenos Aires): IECS [cited 2023 Jan 24] Available from: www.iecs.org.ar/tabaco

Priyadarshini I, Mohanty P, Kumar R, Son LH, Chau HTM, Nhu V-H, et al. Analysis of outbreak and global impacts of the COVID-19. *Healthcare (Basel)*. 2020;8(2). doi: 10.3390/healthcare8020148.

di Renzo L, Gualtieri P, Pivari F, Soldati L, Attinà A, Cinelli G, et al. Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *J Transl Med*. 2020;18(1):229. doi: 10.1186/s12967-020-02399-5.

Rodriguez Añez CR, Reis RS, Petroski EL. Versão brasileira do questionário “estilo de vida fantástico”: tradução e validação para adultos jovens. *Arq Bras Cardiol*. 2008;91(2). doi: 10.1590/S0066-782X2008001400006.

Romero LC, Silva VL da C e. 23 anos de controle do tabaco no Brasil: a atualidade do Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988. *Rev Bras Cancerol*. 2011;57(3):305–14. doi: 10.32635/2176-9745.RBC.2011v57n3.659.

Rosemberg J. Pandemia do tabagismo: enfoques históricos e atuais. São Paulo: Secretaria da Saúde, Centro de Vigilância Epidemiológica; 2002.

dos Santos Gouveia T, Buriola Trevisan I, Pereira Santos C, Spolador de Alencar Silva B, Mara Cipulo Ramos E, Proença M, et al. Smoking history: relationships with inflammatory markers, metabolic markers, body composition, muscle strength, and cardiopulmonary capacity in current smokers. *J Bras Pneumol*. 2020;46(5):e20180353–e20180353. doi: 10.36416/1806-3756/e20180353.

Sardinha A, Levitan MN, Lopes FL, Perna G, Esquivel G, Griez EJ, et al. Tradução e adaptação transcultural do questionário de atividade física habitual. *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. 2010;37(1):16–22. doi: 10.1590/S0101-60832010000100004.

Sayin Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2021;42(5):1222–9. doi: 10.1016/j.gerinurse.2021.03.010.

Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. The association between self-assessed health status and individual health practices. *Can J Public Health*. 1989;80(1):32–7.

Seon Mee Kim, In Suk Jang, Jeong Yeol Oh, Yong Kyun Roh. The behavioral aspect for health promotion study by smoking status. *Korean J Fam Med*. 1996;400–7.

Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;74(4):281–2. doi: 10.1111/pcn.12988.

da Silva Leonel ACL, Ribeiro ILA, de Souza MLM, Kaminagakura E, Martelli-Junior H, Bonan PRF, et al. COVID-19 changes in smoking behaviour, and head and neck cancer: current data and future perspectives. *Oral Oncol*. 2021;118:105327. doi: 10.1016/j.oraloncology.2021.105327.

Silva ST da, Martins MC, Faria FR de, Cotta RMM. Combate ao tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. *Cien Saude Colet*. 2014;19(2):539–52. doi: 10.1590/1413-81232014192.19802012.

Strine TW, Okoro CA, Chapman DP, Balluz LS, Ford ES, Ajani UA, et al. Health-related quality of life and health risk behaviors among smokers. *Am J Prev Med*. 2005;28(2):182–7. doi: 10.1016/j.amepre.2004.10.002.

Sun Y, Li Y, Bao Y, Meng S, Sun Y, Schumann G, et al. Brief report: increased addictive internet and substance use behavior during the COVID-19 pandemic in China. *Am J Addict*. 2020;29(4):268–70. doi: 10.1111/ajad.13066.

The Tobacco Atlas [Internet]. Chicago (IL). University of Illinois Chicago. [cited 2023 Jan 24]. Available from: <https://tobaccoatlas.org/challenges/deaths/>

The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403–9. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K.

Tillmann M, Silcock J. A comparison of smokers' and ex-smokers' health-related quality of life. *J Public Health (Bangkok)*. 1997;19(3):268–73. doi: 10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024629.

Ashley DL, Baker TB, Belinsky SA, Benowitz NL, Betsuyaku T, Bode AM, et al. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease. Atlanta: CreateSpace Independent Publishing Platform; 2010. 792 p. ISBN: 9780160840784.

Väänänen A, Kouvonen A, Kivimäki M, Pentti J, Vahtera J. Social Support, network heterogeneity, and smoking behavior in women: the 10-town study. *Am J Health Promot*. 2008;22(4):246–55. doi: 10.4278/0701094R1.1.

Vogl M, Wenig CM, Leidl R, Pokhrel S. Smoking and health-related quality of life in English general population: implications for economic evaluations. *BMC Public Health*. 2012;12(1):203. doi: 10.1186/1471-2458-12-203.

Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1729. doi: 10.3390/ijerph17051729.

Wilson D, Parsons J, Wakefield M. The health-related quality-of-life of never smokers, ex-smokers, and light, moderate, and heavy smokers. *Prev Med (Baltim)*. 1999;29(3):139–44. doi: 10.1006/pmed.1999.0523.

World Health Organization [Internet]. Geneva (Genebra): WHO [cited 2023 Jan 24] Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.

Xue C, Bian L, Xie YS, Yin ZF, Xu ZJ, Chen QZ, et al. Impact of smoking on health-related quality of life after percutaneous coronary intervention treated with drug-eluting stents: a longitudinal observational study. *Health Qual Life Outcomes*. 2017;15(1):1. doi: 10.1186/s12955-016-0578-4.

ANEXO A – Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36
Questionário:

1) Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2) Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3) Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3

j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3
-----------------------------	---	---	---

- 4)** Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

- 5)** Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

- 6)** Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7) Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8) Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9) Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas:

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com energia?	1	2	3	4	5	6

f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado	1	2	3	4	5	6

10) Durante as últimas 4 semanas, quanto de tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11) O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO B – Questionário Estilo de Vida Fantástico

Coloque um X na alternativa que melhor descreve o seu comportamento ou situação no mês passado.

Família e Amigos	1	Tenho alguém para conversar as coisas que são importantes para mim	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	2	Dou e recebo afeto	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Atividade	3	Sou vigorosamente ativo pelo menos durante 30 minutos por dia (corrida, bicicleta)	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	4	Sou moderadamente ativo (jardinagem, caminhada, trabalho de casa)	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Nutrição	5	Como uma dieta balanceada	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	6	Frequentemente como em excesso (1) açúcar, (2) sal, (3) gordura animal, (4) bobagens e salgadinhos	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	7	Estou no intervalo de quilos do meu peso considerado saudável	Mais de 8kg	8kg	6kg	4kg	2kg
Cigarros	8	Fumo Cigarro	Mais de 10 por dia	De 1 a 10 por dia	Nenhum nos últimos 6 meses	Nenhum na ano passado	Nenhum nos últimos 5 anos

Drogas		Uso drogas	Mais de 10 por dia	De 1 a 10 por dia	Nenhuma nos últimos 6 meses	Nenhuma no ano passado	Nenhuma nos últimos 5 anos
	9	Uso drogas como maconha e cocaína	Algumas vezes	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Nunca
	10	Abuso de remédio ou exagero	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	11	Ingiro bebidas que contêm cafeína (café, chá, “colas”)	Mais de 10 vezes ao dia	De 7 a 10 vezes ao dia	De 3 a 6 vezes por dia	1 a 2 vezes por dia	Nunca
Álcool	12	Minha ingestão média por semana de álcool é: doses	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	13	Bebo mais de quatro doses em uma ocasião	Quase diariamente	Com relativa frequência	Ocasionalmente	Quase nunca	Nunca
	14	Dirijo após beber	Algumas vezes				Nunca
Sono	15	Durmo bem e me sinto descansado	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Cinto de segurança	16	Uso cinto de segurança	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Estresse	17	Sou capaz de lidar com o estresse no meu dia a dia	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre

	18	Relaxo e desfruto do meu tempo de lazer	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Sexo seguro	19	Pratico sexo seguro	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre

Tipo de comportamento	20	Aparento estar com pressa	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	21	Sinto-me com raiva e hostil	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Introspecção	22	Penso de forma positiva e otimista	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	23	Sinto-me tenso e desapontado	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
	24	Sinto-me triste e deprimido	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre
Trabalho	25	Estou satisfeito com meu trabalho ou função	Quase nunca	Raramente	Algumas vezes	Com relativa frequência	Quase sempre

ANEXO C – Questionário SRQ-20

Responda com SIM ou NÃO.

Tem dores de cabeça frequentes?	SIM	NÃO
Tem falta de apetite?	SIM	NÃO
Dorme mal?	SIM	NÃO
Assusta-se com facilidade?	SIM	NÃO
Tem tremores nas mãos?	SIM	NÃO
Sente-se nervosa (o), tensa (o) ou preocupada (o)?	SIM	NÃO
Tem má digestão?	SIM	NÃO
Tem dificuldade de pensar com clareza?	SIM	NÃO
Tem se sentido triste ultimamente?	SIM	NÃO
Tem chorado mais do que o costume?	SIM	NÃO
Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias?	SIM	NÃO
Você se sente uma pessoa inútil, sem valor?	SIM	NÃO
Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	SIM	NÃO
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	SIM	NÃO
Você tem perdido interesse pelas coisas?	SIM	NÃO
Você se sente uma pessoa inútil, sem valor?	SIM	NÃO
Tem tido ideia de acabar com a vida?	SIM	NÃO
Sente-se cansada (o) o tempo todo?	SIM	NÃO
Tem sensações desagradáveis no estômago?	SIM	NÃO
Você se cansa com facilidade?	SIM	NÃO

ANEXO D – Questionário de Apoio Social MOS

Se você precisar, com frequência conta com alguém...

Com quem fazer coisas agradáveis?	Nunca	Raramente	Às Vezes	Quase Sempre	Sempre
Com quem distrair a cabeça?					
Com quem relaxar?					
Para se divertir junto?					
Que você ame e faça se sentir querido?					
Que lhe dê um abraço?					
Que demonstre amor e afeto por você?					
Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?					
Que compreenda seus problemas?					
Em quem confiar para falar de você ou sobre seus problemas?					
Para ouvi-lo quando precisa falar?					
Para dar bons conselhos em situações de crise?					
Para dar boas sugestões de como lidar com um problema pessoal?					
De quem realmente você quer conselhos?					
Para dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação?					
Que o ajude, se ficar de cama?					
Para levá-lo ao médico?					
Para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?					
Para ajudá-lo nas tarefas diárias, se ficar doente?					

ANEXO E –IDATE – Estado

Leia cada pergunta e assinale o número que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar uma resposta que mais se aproxime de como você se sente neste momento.

Sinto-me calmo(a):	Absolutamente	Um pouco	Bastante	Muitíssimo
Sinto-me seguro(a):				
Estou tenso(a):				
Estou arrependido(a):				
Sinto-me a vontade:				
Sinto-me perturbado(a):				
Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios:				
Sinto-me descansado(a):				
Sinto-me ansioso(a):				
Sinto-me "em casa":				
Sinto-me confiante:				
Sinto-me nervoso(a):				
Estou agitado(a):				
Sinto-me uma pilha de nervos:				
Estou descontraído(a):				
Sinto-me satisfeito:				
Estou preocupado(a):				
Sinto-me super excitado(a) e confuso(a):				
Sinto-me alegre:				
Sinto-me bem:				

ANEXO F –IDATE – Traço

Leia cada pergunta e assinale o número que melhor indicar como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproximar de como você se sente geralmente.

Sinto-me bem:	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
Canso-me facilmente:				
Tenho vontade de chorar:				
Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser:				
Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente:				
Sinto-me descansado(a):				
Sou calmo(a), ponderado(a), senhor(a) de mim mesmo(a):				
Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver:				
Preocupo-me demais com coisas sem importância:				
Sou feliz:				
Deixo-me afetar muito pelas coisas:				
Não tenho muita confiança em mim mesmo(a):				
Sinto-me seguro(a):				
Evito ter que enfrentar crises ou problemas:				
Sinto-me deprimido(a):				
Estou satisfeito(a):				
Às vezes, ideias sem importância entram na cabeça e ficam me preocupando:				
Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça:				
Sou uma pessoa estável:				

Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento:				
--	--	--	--	--

ANEXO G - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNESP - INSTITUTO DE
CIÊNCIA E TECNOLOGIA -
CAMPUS DE SÃO JOSÉ DOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ESTUDO GENÉTICO DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO NO PROGNÓSTICO DE PACIENTES COM CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DA CAVIDADE

Pesquisador: JANETE DIAS ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 42387315.0.0000.0077

Instituição Proponente: Instituto de Ciência e Tecnologia de São José dos Campos - UNESP

Patrocinador Principal: Instituto de Ciência e Tecnologia de São José dos Campos - UNESP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.292.635

Apresentação do Projeto:

Introdução: Acredita-se que o tabaco e álcool são os carcinógenos responsáveis pela maior parte dos casos de carcinoma de células escamosas (CCE) da cavidade bucal e contribuem para o desfecho desfavorável destes casos. Além disso, recentemente, fatores virais com EBV e HPV também têm sido considerados como fatores de risco nos cânceres da região de cabeça e pescoço. No entanto não se sabe ao certo como tais fatores poderiam afetar o prognóstico desta doença. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é tentar estabelecer uma correlação clinicopatológica entre alguns fatores como tabagismo e o prognóstico de casos de CCE da cavidade bucal através da avaliação da metilação dos genes supressores de tumor, expressão gênica dos genes relacionados ao metabolismo do tabaco, análise da ploidia do DNA, análise salivar e de células esfoliadas da mucosa bucal de pacientes com CCE da cavidade bucal. **Material e Método:** Serão constituídos dois grupos: Grupo 1 (CCE): Serão recrutados 45 pacientes consecutivos em fase de diagnóstico e tratamento cirúrgico no Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Pio XII, da cidade de São José dos Campos, com CCE da cavidade bucal, tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas; Grupo 2 (controle): 45 pacientes em atendimento no ambulatório da Disciplina de Propedêutica Estomatológica do Departamento de Biociências e Diagnóstico Bucal do Instituto de Ciência e Tecnologia de São José dos Campos (ICT-UNESP), também tabagistas, ex-tabagistas, ou não

Endereço: Av. Engº Francisco José Longo 777

Bairro: Jardim São Dimas

CEP: 12.245-000

UF: SP

Município: SAO JOSE DOS CAMPOS

Telefone: (12)3947-9078

Fax: (12)3947-9010

E-mail: ceph@fosjc.unesp.br

**UNESP - INSTITUTO DE
CIÊNCIA E TECNOLOGIA -
CAMPUS DE SÃO JOSÉ DOS**



Continuação do Parecer: 2.292.635

tabagistas que apresentem algum tipo de lesão benigna e que serão submetidos a cirurgias bucais nesta instituição. Poderão ainda ser coletadas amostras de pacientes de outras instituições como dos Serviços de Cirurgia de cabeça e Pescoço dos Hospital Pio XII e Hospital José de Carvalho Florence no mesmo município. Os pacientes serão avaliados para dependência nicotínica pelo teste de Fagerström. Será realizada coleta 1,0 mL de saliva para avaliação. Será realizada uma análise histopatológica das lesões de CCE removidas, segundo os critérios definidos pela OMS. Para análise molecular um fragmento de CCE será processado para avaliação por RT-qPCR para os genes CYP1A1, CYP1B1, CYP2E1 e CYP2A6. Também será realizado PCR Array para avaliação de metilação em 24 genes supressores de tumor. O Estudo da ploidia de DNA será feito utilizando citometria de imagem pelo equipamento ACIS III. A espectroscopia Fourier Transform Infrared (FT-IR) será utilizada para análise da saliva e a análise de micronúcleos será realizada para avaliação do efeito genotóxico do tabagismo. Todos os resultados serão correlacionados com os dados clinicopatológicos e com os dados de consumo de tabaco. Os dados paramétricos obtidos receberão tratamento estatístico utilizando o teste de análise de variância (ANOVA); e os dados não paramétricos, serão analisados pelos testes de Kruskal-Wallis e Mann-Whitney. Para associação entre as variáveis será utilizado teste qui-quadrado e para correlação com o consumo de tabaco correlação de Spearman.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

O objetivo deste trabalho é avaliar a metilação dos genes supressores de tumor, expressão gênica dos genes relacionados ao metabolismo do tabaco e álcool, análise da ploidia do DNA, análise da saliva e de células esfoliadas da mucosa bucal de pacientes com carcinoma de células escamosas (CCE) da cavidade bucal, e de mucosa bucal que apresentem algum tipo de lesão benigna com indicação cirúrgica, em busca de correlação clinicopatológica entre tabagismo, fatores genéticos e o prognóstico da doença.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os materiais a serem coletados em decorrência do procedimento cirúrgico seja ele diagnóstico ou o próprio tratamento não representarão maiores riscos ao sujeito da pesquisa uma vez que serão inerentes ao ato descrito acima. Os sujeitos serão normalmente anestesiados, quer seja com anestesia geral para procedimentos mais complexos, quer seja bloqueios loco-regionais para procedimentos de menor porte. Todos sairão dos procedimentos com prescrição analgésica e/ou anti-inflamatória, podendo eventualmente apresentarem algum tipo de dor leve. Em

Endereço: Av. Engº Francisco José Longo 777

Bairro: Jardim São Dimas

CEP: 12.245-000

UF: SP

Município: SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

Telefone: (12)3947-9078

Fax: (12)3947-9010

E-mail: ceph@fosjc.unesp.br

**UNESP - INSTITUTO DE
CIÊNCIA E TECNOLOGIA -
CAMPUS DE SÃO JOSÉ DOS**



Continuação do Parecer: 2.292.635

procedimentos de maior porte poderão ainda apresentarem algum tipo de sangramento ou infecção. Caso isso venha a ocorrer, tais situações serão acompanhadas e se necessário sofrerão algum tipo de intervenção uma vez que o sujeito de pesquisa estará internado. Tais situações são inerentes ao próprio ato operatório e em decorrência do procedimento diagnóstico ou terapêutico. O fato de participarem da pesquisa não representa um aumento do risco aos sujeitos de pesquisa.

Benefícios:

Análise do impacto do tabagismo no prognóstico da doença.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tabagismo é considerado pela organização mundial de saúde (OMS) uma doença crônica e recorrente causada pela dependência à nicotina e a principal causa de morte evitável em todo o mundo. O uso crônico do tabaco e de seus derivados é considerado um importante fator de risco isolado para mais de 50 doenças, entre elas, o câncer (1). O tabagismo foi responsável por 100 milhões de mortes no século XX e as estimativas falam em até um bilhão de mortes ao final deste século. Um terço da população adulta mundial está exposta ao fumo passivo que mata adicionalmente 600.000 pessoas a cada ano. No Brasil são 200 mil mortes ao ano devido ao tabagismo (2-5). O uso crônico do tabaco e de seus derivados é considerado um importante fator de risco isolado para mais de 50 doenças, entre elas, o câncer. O tabagismo é responsável por 90% de todos os casos de câncer de pulmão aumentando em 23 vezes o risco deste tipo de câncer entre os homens. Também aumenta em 2 a 4 vezes o risco e doenças coronarianas, em até quatro vezes as chances de acidente vascular cerebral, e de até 13 vezes o risco de doença pulmonar obstrutiva crônica (1). O tabaco pode ser consumido em diversas formas. O cigarro industrializado é a forma mais consumida mundialmente. A nicotina é a responsável pela dependência física do tabaco. A fumaça do tabaco é uma mistura heterogênea de mais de 4700 substâncias, que inclui ao menos 40 diferentes substâncias classificadas como carcinógenas para humanos e animais. Não existe nível seguro de exposição (1, 6). O câncer de Cabeça e Pescoço (CCP) é um dos 10 mais frequentes entre os homens no mundo (7). O carcinoma de células escamosas (CCE) responde por 90% (8, 9). O câncer de cavidade bucal e faringe ocupa a sexta posição mundial para homens e mulheres com grande variação ao redor do mundo (10). O tabaco, em suas diversas formas de consumo, aliado ao álcool são os maiores fatores de risco de CCP. Em relação à cavidade bucal e laringe o uso simultâneo aumenta em até 15 vezes o risco de câncer (11-18). Continuar fumando contribui para o desfecho desfavorável em relação ao tratamento, aparecimento de novas doenças, aumento do risco cirúrgico, maior chance de complicações no pós-operatório, incluindo deiscência

Endereço: Av. Engº Francisco José Longo 777

Bairro: Jardim São Dimas

CEP: 12.245-000

UF: SP

Município: SAO JOSE DOS CAMPOS

Telefone: (12)3947-9078

Fax: (12)3947-9010

E-mail: ceph@fosjc.unesp.br

**UNESP - INSTITUTO DE
CIÊNCIA E TECNOLOGIA -
CAMPUS DE SÃO JOSÉ DOS**



Continuação do Parecer: 2.292.635

de sutura e infecção, e menor resposta à quimioterapia e radioterapia (19-21). As respostas à radioterapia e à quimioterapia ficam reduzidas, existe um aumento do risco de metástases e segundo tumor primário (STP). Tanto a qualidade de vida quanto a sobrevida diminuem (22). Diante do exposto e considerando que as diversas modalidades de diagnóstico, tratamento, bem como do prognóstico pouco mudaram nas últimas cinco décadas, faz-se necessário novos estudos sobre o assunto. Com o advento do projeto genoma há mais de uma década, novos estudos precisam ser direcionados ao conhecimento genético individual na tentativa de novas classificações das diversas apresentações das neoplasias malignas de cabeça e pescoço. Assim, estudos de genotipagem, metilação e expressão gênica tem sido o direcionamento dos atuais estudos. Em conjunto, o conhecimento dos efeitos do tabaco e do perfil tabágico, juntamente com outros fatores como uso abusivo de álcool desses pacientes, podem nos direcionar a uma melhor compreensão do problema e direcionar-nos a tratamentos mais eficazes, menos invasivos e principalmente mais eficientes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador realizou as devidas adequações ao TCLE, que já estava com todas as informações necessárias, devendo somente atualizar quanto ao aumento da pesquisa.

Recomendações:

Recomendamos que as alterações solicitadas pelo pesquisador, com o objetivo de ampliar a pesquisa necessitam compor o corpo do projeto principal, que também deverá ser alterado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado acata o parecer do(a) Relator(a).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_984958 E1.pdf	24/08/2017 10:45:46		Aceito
Outros	tclemodificado.pdf	24/08/2017 10:35:05	JANETE DIAS ALMEIDA	Aceito
Outros	justificativa.pdf	24/08/2017 10:34:39	JANETE DIAS ALMEIDA	Aceito
Outros	ANEXO 2.pdf	06/04/2015		Aceito

Endereço: Av. Engº Francisco José Longo 777

Bairro: Jardim São Dimas

CEP: 12.245-000

UF: SP

Município: SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

Telefone: (12)3947-9078

Fax: (12)3947-9010

E-mail: cep@fosjc.unesp.br

UNESP - INSTITUTO DE
CIÊNCIA E TECNOLOGIA -
CAMPUS DE SÃO JOSÉ DOS



Continuação do Parecer: 2.292.635

Outros	ANEXO 2.pdf	12:17:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO 1.pdf	06/04/2015 12:16:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto para Plataforma Brasil FINAL.pdf	06/04/2015 12:11:34		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto.pdf	02/03/2015 15:06:44		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOSE DOS CAMPOS, 22 de Setembro de 2017

Assinado por:
Denise Nicodemo
(Coordenador)