

Cessação de tabagismo em pacientes de um hospital universitário em Curitiba*

Smoking cessation among patients at a university hospital in Curitiba, Brazil

Rodney Luiz Frare e Silva, Eliane Ribeiro Carmes, Alain Felipe Schwartz, Denise de Souza Blaszowski, Raphael Henrique Déa Cirino, Renata Dal-Prá Ducci

Resumo

Objetivo: Determinar a prevalência de tabagismo e do aconselhamento para a cessação do tabagismo em um grupo de pacientes de um hospital universitário, assim como comparar a carga tabágica entre fumantes e ex-fumantes. **Métodos:** Estudo transversal com 629 pacientes do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, localizado em Curitiba. **Resultados:** Dos 629 pacientes, 206 (32,7%) eram do sexo masculino, 76 (12,1%) eram fumantes, 179 (28,5%) eram ex-fumantes, e 374 (59,5%) eram não fumantes. A média de idade dos pacientes foi de $49,9 \pm 15,0$ anos (variação: 18-84 anos). Dos 76 fumantes e 179 ex-fumantes, 72 (94,7%) e 166 (92,7%), respectivamente, foram indagados sobre o hábito de fumar. A carga tabágica e o grau de dependência de nicotina foram maiores entre os ex-fumantes ($p = 0,0292$ e $p = 0,0125$, respectivamente). Gênero, idade ao início do tabagismo, questionamento médico sobre hábito de fumar e orientação para cessação do fumo foram semelhantes entre os dois grupos. O índice de cessação de tabagismo foi de 0,70. A prevalência de fumo pesado variou entre os gêneros e as faixas etárias – maior entre os homens e na faixa etária de 41-70 anos. **Conclusões:** A prevalência de tabagismo neste grupo de pacientes foi menor do que a observada em pacientes de outro hospital universitário e na população adulta de Curitiba e do Brasil. O índice de cessação do tabagismo foi maior do que o da população de Curitiba. Fumantes e ex-fumantes diferiram em relação à idade, à carga tabágica e ao grau de dependência. Fumo pesado e dependência média ou elevada não impediram cessação do tabagismo.

Descritores: Tabagismo/prevenção & controle; Abandono do hábito de fumar; Hospitalização/estatística & dados numéricos.

Abstract

Objective: To determine the prevalence of smoking and the frequency of smoking cessation counseling among patients at a university hospital, as well as to compare smokers and former smokers in terms of smoking history. **Methods:** A cross-sectional study involving 629 patients at the Federal University of Paraná *Hospital de Clínicas*, located in the city of Curitiba, Brazil. **Results:** Of the 629 patients, 206 (32.7%) were male, 76 (12.1%) were smokers, 179 (28.5%) were former smokers, and 374 (59.5%) were nonsmokers. The mean age of the patients was 49.9 ± 15.0 years (range, 18-84 years). Of the 76 smokers and 179 former smokers, 72 (94.7%) and 166 (92.7%), respectively, were questioned about tobacco use. Smoking history and degree of nicotine dependence were higher among the former smokers ($p = 0.0292$ and $p = 0.0125$, respectively). Gender, age at smoking initiation, physician inquiry about tobacco use, and smoking cessation counseling were comparable between the two groups. The smoking cessation rate was 0.70. The prevalence of heavy smoking varied by gender and by age bracket, being higher in males and in the 41-70 year age bracket. **Conclusions:** The smoking prevalence in this group of patients was lower than that reported for patients at another university hospital, for adults in Curitiba, and for adults in Brazil. The smoking cessation rate was higher in these patients than in the general population of Curitiba. Smokers and former smokers differed regarding age, smoking history, and degree of nicotine dependence. Heavy smoking and a moderate or high degree of nicotine dependence were not obstacles to smoking cessation.

Keywords: Smoking/prevention & control; Smoking cessation; Hospitalization/statistics & numerical data.

* Trabalho realizado no Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR) Brasil.

Endereço para correspondência: Eliane Ribeiro Carmes. Rua General Carneiro, 181, Alto da Glória, CEP 80060-900, Curitiba, PR, Brasil.

Tel. 55 41 3262-8241. E-mail: ecarmes@ufpr.br

Apoio financeiro: Nenhum.

Recebido para publicação em 9/10/2010. Aprovado, após revisão, em 9/5/2011.

Introdução

O tabagismo é uma doença epidêmica resultante da dependência de nicotina e foi incluído, pela Organização Mundial de Saúde, no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças.⁽¹⁾ Os processos farmacológicos e comportamentais que determinam a dependência do tabaco são similares aos que determinam a dependência a drogas, como heroína e cocaína.⁽²⁾ O fumo é a principal causa de morte evitável no mundo, responsável por 15% do total de mortes nos países desenvolvidos.^(3,4)

No Brasil, em 2004, doenças e agravos não transmissíveis associados ao tabaco foram responsáveis por aproximadamente 63% das mortes com causa identificada.⁽⁵⁾ Estima-se que o número de óbitos relacionados ao fumo seja de 200.000 ao ano.⁽²⁾

Não existe um nível ou uma forma segura de exposição à nicotina. Não fumantes que moram ou trabalham com fumantes têm um risco 30% maior de câncer de pulmão e 25% maior de infarto do miocárdio.⁽⁴⁾ A cessação do tabagismo é condição sine qua non para a redução da morbidade e da mortalidade associada ao fumo.

Em 1996, o Instituto Nacional de Câncer criou o Programa Nacional de Controle do Tabagismo⁽²⁾ e, desde 2002, o dispositivo Tratamento e Apoio ao Fumante⁽⁴⁾ e as diretrizes da Associação Médica Brasileira sobre abuso e dependência da nicotina⁽⁶⁾ recomendam o aconselhamento e o tratamento medicamentoso para ajudar os fumantes a abandonar o fumo. A abordagem cognitivo-comportamental e o tratamento medicamentoso do fumante devem ser fornecidos gratuitamente nas unidades de saúde do sistema público. Profissionais da área da saúde, inclusive dentistas e técnicos de higiene bucal, devem indagar seus pacientes sobre o hábito de fumar, aconselhá-los e motivá-los para o abandono do fumo e tratá-los ou encaminhá-los para o tratamento medicamentoso.^(2,5)

Este estudo foi delineado com o objetivo de determinar a prevalência de tabagismo, da abordagem médica sobre a exposição ao tabaco e do aconselhamento para a cessação do tabagismo em um grupo de pacientes de um

hospital universitário, assim como comparar a carga tabágica entre fumantes e ex-fumantes.

Métodos

Estudo transversal realizado exclusivamente com 629 pacientes em tratamento no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), dos quais 90 (14,3%) eram tratados na clínica cirúrgica; 55 (8,7%), na clínica geral; 410 (65,2%), na clínica-especialidade; e 74(11,8%), na ginecologia-obstetrícia. Os pacientes foram convidados a participar do estudo ao se apresentarem para a coleta de material biológico no Serviço de Análises Clínicas do HC-UFPR. Todos responderam a um questionário específico aplicado por acadêmicos do curso de medicina da UFPR, entre 6:30 e 7:30 h, entre os dias 10 e 20 e em 26 e 27 de fevereiro de 2009, assim como entre os dias 3 e 16 de março do mesmo ano.

Considerou-se fumante todo o indivíduo que, por ocasião da entrevista, fumasse diariamente qualquer tipo ou quantidade de tabaco, por pelo menos seis meses; considerou-se ex-fumante aquele que, tendo sido fumante, não tenha fumado qualquer tipo ou quantidade de tabaco nos últimos seis meses; e considerou-se não fumante aquele que nunca tenha fumado ou que tenha fumado tão pouco ou de forma esporádica, em qualquer período da vida, que não possa ser considerado fumante ou ex-fumante. Considerou-se fumante passivo o indivíduo não fumante exposto rotineiramente ao fumo em ambiente fechado e sem ventilação, seja no trabalho, seja no domicílio.

A carga tabágica foi medida em maço-ano, que representa o produto do número de maços utilizados em um dia pelo número de anos que o paciente fumou. Para avaliar o grau de dependência, foi utilizada a adaptação ao português do *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND) de Carmo e Pueyo.⁽⁷⁾ Considerou-se fumante pesado quem declarou fumar mais de 20 cigarros por dia.

O índice de cessação do tabagismo, que corresponde ao percentual de ex-fumantes entre aqueles que já fumaram alguma vez na vida, é a razão entre o número de ex-fumantes e a soma do número de fumantes atuais e de ex-fumantes.⁽⁸⁾

Para a análise descritiva, foram utilizadas médias e desvios-padrão para sumarizar

as variáveis quantitativas com distribuição simétrica ao teste de Shapiro-Wilk e medianas e limites para aquelas com distribuição assimétrica. Frequências e porcentagens com IC95% sumarizaram as variáveis categóricas. Para as comparações entre os grupos (fumantes e ex-fumantes), foram utilizados o teste t para amostras independentes ou ANOVA no caso de variáveis quantitativas com distribuição normal e o teste de Mann-Whitney para aquelas com distribuição assimétrica. Para as variáveis categóricas, foi utilizado o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fischer, quando recomendado. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.⁽⁹⁾ Utilizou-se o programa estatístico STATISTICA, versão 7.0 (StatSoft Inc., Tulsa, OK, EUA).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC-UFPR. Todos os pacientes que participaram do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Dos 648 pacientes que responderam ao questionário, 629 foram incluídos no estudo. Desses, 206 (32,7%) eram do sexo masculino. A média de idade foi de $49,9 \pm 15,0$ anos (variação: 18-84 anos). Foram excluídos do estudo 19 pacientes por terem menos de 18 anos de idade.

Dos 629 pacientes no estudo, 76 (12,1%) eram fumantes, 179 (28,5%) eram ex-fumantes e 374 (59,5%) eram não fumantes. Dos 76 fumantes, 32 (42,1%) eram homens e 44 (57,9%) eram mulheres (Tabela 1). Entre os fumantes, 89,5% relataram vontade de parar de fumar, e 84,2% já tinham tentado parar pelo menos uma vez. Entre os ex-fumantes, os motivos para a cessação do tabagismo mais referidos foram os relacionados à manutenção ou recuperação da saúde e à gestação (56,4%), sendo que 95,5% relataram ter parado de fumar por força de vontade. O índice de cessação do tabagismo foi de 0,70 (IC95%: 0,64-0,76). A média de idade entre os fumantes foi de $47,1 \pm 12,5$ anos (variação: 18-76 anos) e, entre os ex-fumantes, essa foi de $52,3 \pm 14,6$ (variação: 18-84 anos; $p = 0,0070$). A média de idade no início do tabagismo entre os fumantes e os ex-fumantes foi de, respectivamente, $16,3 \pm 5,9$ anos (variação: 6-46 anos) e $16,1 \pm 4,8$ anos (variação: 5-35 anos; $p = 0,8379$). A carga tabágica entre os fumantes e entre os ex-fumantes apresentou mediana de, respectivamente, 11,2 maços-ano (limites: 0,05-245,0) e 20,0 maços-ano (limites: 0,05-320,0; $p = 0,0292$). O grau de dependência, aferido pelo FTND, demonstrou, entre os fumantes, dependência leve em 57 entrevistados (75,0%), dependência média em 13 (17,1%) e dependência elevada em 6 (7,9%); entre os ex-fumantes, o grau de dependência leve, média e elevada

Tabela 1 – Características da população total e separada por gênero dos participantes do estudo. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, 2009.

Características	Gênero				Total		p
	Homens		Mulheres		n = 629		
	n = 206		n = 423		n (%)	IC95%	
	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	n (%)	IC95%	
Status tabágico							0,0001*
Fumante	32 (15,5)	10,9-21,2	44 (10,4)	7,7-13,7	76 (12,0)	9,6-14,9	
Ex-fumante	76 (36,9)	30,3-43,9	103 (24,4)	20,3-28,7	179 (28,5)	25,0-32,2	
Não fumante	98 (47,6)	40,6-54,6	276 (65,2)	60,5-69,9	374 (59,5)	55,5-63,3	
Faixa etária, anos							0,0313*
18-25	11 (5,3)	2,7-9,4	30 (7,1)	4,8-10,0	41 (6,5)	4,7-8,7	
26-40	40 (19,4)	14,2-25,5	101 (23,9)	19,9-28,2	141 (22,4)	19,2-25,9	
41-55	65 (31,6)	25,3-38,4	149 (35,2)	30,7-40,0	214 (34,0)	30,3-37,9	
56-70	64 (31,1)	24,8-37,9	118 (27,9)	23,7-32,4	182 (28,9)	25,4-32,7	
> 70	26 (12,6)	8,4-17,9	25 (5,9)	3,9-8,6	51 (8,1)	6,1-10,5	
Idade ^a		$52,2 \pm 15,5$		$48,7 \pm 14,6$		$49,3 \pm 15,6$	0,0061**
Prevalência de tabagismo ^b		32,8 (29,1-36,6)		67,2 (63,4-70,9)		59,5 (55,5-63,3)	

^aDados expressos em média \pm dp. ^bDados expressos em % (IC95%). *Teste do qui-quadrado. **Teste t para amostras independentes.

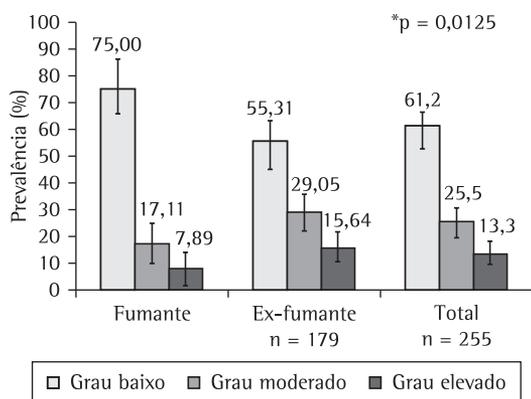


Figura 1 - Grau de dependência à nicotina dos fumantes e ex-fumantes do estudo. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, 2009. *Teste do qui-quadrado.

ocorreu em 99 (55,3%), em 52 (29,1%), e em 28 (15,6%), respectivamente ($p = 0,0125$; Figura 1). Foram indagados sobre o hábito de fumar 72 fumantes (94,7%) e 166 ex-fumantes (92,7%). Desses, 17 fumantes (22,4%) e 30 ex-fumantes (16,8%) haviam recebido orientação médica para o abandono do fumo, e 57 (22,4%) disseram conhecer o Programa de Controle de Tabagismo de Curitiba. As variáveis sexo, idade ao início do tabagismo, questionamento sobre o hábito

de fumar e orientação médica direcionada à cessação do tabagismo não apresentaram diferença significativa entre os grupos (Tabela 2).

O grau de dependência foi diferente entre as faixas etárias ($p = 0,0002$; Figura 2) e semelhante entre os gêneros ($p = 0,4066$; Figura 3). O grau de dependência leve foi prevalente entre aqueles com idades entre 26 e 70 anos e os graus de dependência média e elevada prevaleceram naqueles entre 41 e 70 anos. A prevalência de fumo pesado variou entre as diferentes faixas etárias ($p = 0,0021$; Figura 3) e entre os gêneros – essa prevalência foi de, respectivamente, 44,2% (IC95%: 36,0-52,6) e 61,1% (IC95%: 51,2-70,3) em mulheres e homens ($p = 0,0111$; Figura 3). Foram observadas as maiores taxas de fumo pesado naqueles com idades entre 41 e 70 anos. O índice de cessação do tabagismo, estimado em 0,70 (IC95%: 0,62-0,77), foi maior nos extremos de idade (Figura 2).

Discussão

A prevalência de tabagismo de 12,1% (IC95%: 9,5-14,9) entre os pacientes do HC-UFPR aferida neste estudo é significativamente menor do que a prevalência no Brasil (16,1%), em Curitiba (19,3%; IC95%: 16,9-21,8) e entre

Tabela 2 - Características clínicas e demográficas dos fumantes e ex-fumantes. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, 2009.

Características	Fumantes n = 76	Ex-fumantes n = 179	Total n = 255	p
Sexo masculino ^a	32 (42,1)	76 (42,5)	108 (42,4)	0,9312*
Idade ^b	47,1 ± 12,5	52,3 ± 14,6	50,8 ± 14,2	0,0070**
Faixa etária, anos ^a				0,0043***
18-25	2 (2,6)	9 (5,0)	11 (4,3)	
26-40	25 (32,9)	27 (15,1)	52 (20,4)	
41-55	30 (39,5)	64 (35,8)	94 (36,9)	
56-70	17 (22,4)	62 (34,6)	79 (31,0)	
> 70	2 (2,6)	17 (9,5)	19 (7,4)	
Idade início do tabagismo, anos ^b	16,3 ± 5,9	16,1 ± 4,8	16,2 ± 5,13	0,8379*
Carga tabágica, anos-maço ^c	11,2 (0,05-245,0)	20,0 (0,05-320,0)	20,0 (0,05-320,0)	0,0292****
Grau de dependência ^a				0,0125***
Leve	57 (75,0)	99 (55,3)	156 (61,2)	
Moderada	13 (17,1)	52 (29,1)	65 (25,5)	
Elevada	6 (7,9)	28 (15,6)	34 (13,3)	
Fumo pesado ^a	30 (39,5)	101 (56,4)	131 (51,4)	0,0193*
Indagação ^a	72 (94,7)	166 (92,7)	238 (93,3)	0,7558*
Orientação ^a	17 (22,4)	30 (16,8)	47 (18,4)	0,3789*

^aDados expressos em n (%). ^bDados expressos em média ± dp. ^cDados expressos em mediana (limites). *Teste do qui-quadrado com correção de Yates. **Teste t para grupos independentes. ***Teste do qui-quadrado. ****Teste de Mann-Whitney para grupos independentes.

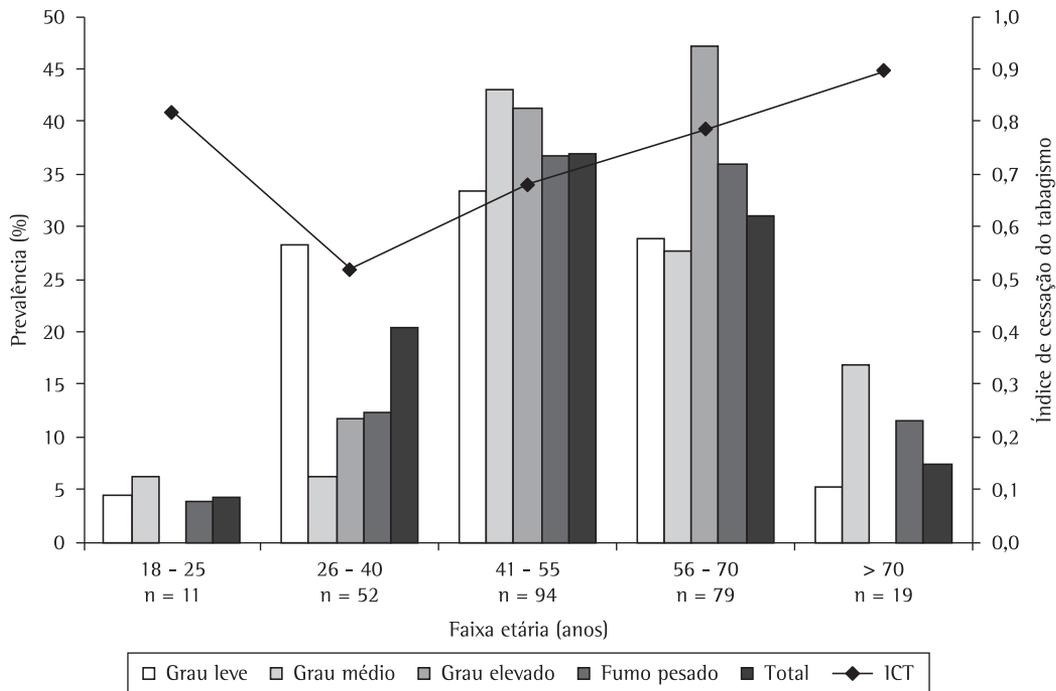


Figura 2 - Carga tabágica, grau de dependência à nicotina e índice de cessação do tabagismo dos fumantes e ex-fumantes do estudo segundo faixa etária. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, 2009. ICT: índice de cessação do tabagismo. Nota: Grau de dependência ($p = 0,0002$) e fumo pesado ($p = 0,0020$); teste do qui-quadrado para ambos.

pacientes internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, no estado de São Paulo (22,6%; IC95%: 16,8-29,3).^(10,11)

No Brasil, nos últimos 20 anos, a prevalência de tabagismo na população adulta foi reduzida em mais de 50%: de 34,8%, em 1989, para 22,4%, em 2003, estabilizando em torno de 16% desde 2006 (15,5% em 2009).^(5,10)

Atribui-se essa redução na prevalência de fumantes às ações de prevenção e de controle do tabagismo, que incluíram medidas educativas, preventivas e regulatórias, desde a implantação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo em 1996, assim como às restrições de divulgação, de comercialização e de consumo de cigarros a partir de 2000.⁽³⁾ Além disso, essa redução é atribuída às campanhas públicas de conscientização sobre os riscos do tabaco, à difusão do conceito de tabagismo como dependência química, à lei que garante ambientes livres de cigarro, à redução da aceitação social do tabagismo e à disponibilidade de tratamento gratuito.^(5,12)

Em 2009, a prevalência de tabagismo em adultos variou de 8,0% em Aracajú (SE) a 22,5% em Porto Alegre (RS). O hábito de fumar foi

mais prevalente entre os homens em todas as capitais.⁽¹⁰⁾

Em Curitiba, a prevalência geral de fumantes foi de 19,3% (IC95%: 16,9- 21,8); entre os homens, essa foi de 23,0% (IC95%: 19,0-26,9) e, entre as mulheres, de 16,1% (IC95%: 13,1-19,2), sendo essas duas últimas a terceira e quarta maiores prevalências de fumo, respectivamente, entre as capitais brasileiras.⁽¹⁰⁾

A prevalência de tabagismo observada neste estudo de população específica – pacientes de um hospital universitário – é significativamente menor do que a observada tanto em um estudo com população de características semelhantes (Hospital das Clínicas de Botucatu), quanto em estudos de base populacional, o que impede que se atribua exclusivamente às diferenças amostrais a diferença observada na prevalência.^(10,11)

A menor prevalência de tabagismo encontrada neste estudo refletiria não só os benefícios das medidas de combate ao fumo e a socialização do conhecimento sobre os riscos do tabagismo, como também poderia estar associada a uma abordagem médica diferenciada: 93,3% dos pacientes fumantes e ex-fumantes foram

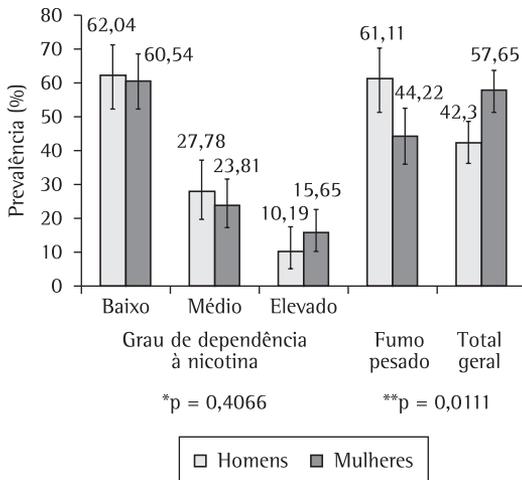


Figura 3 - Grau de dependência à nicotina e fumo pesado entre fumantes e ex-fumantes segundo gênero. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, 2009. *Teste do qui-quadrado. **Teste do qui-quadrado com correção de Yates.

indagados sobre o hábito de fumar, e 17,7% foram orientados a cessar o fumo. Entretanto, há estudos que sugerem a associação entre características clínico-demográficas e a cessação do tabagismo. Peixoto et al. observaram uma associação positiva do abandono do fumo com ter idade ≥ 40 anos, ter escolaridade ≥ 4 anos, ter duas ou mais doenças crônicas, e ter tido mais de uma consulta médica no último ano.⁽¹³⁾ A motivação para o abandono do fumo estaria não somente vinculada à abordagem médica, como já observado, mas também à doença prévia.⁽¹⁴⁾

O contexto de hospital universitário deste estudo sugere uma abordagem médica preventiva, possivelmente diferenciada em relação à disponibilizada no estudo de Peixoto et al.,⁽¹³⁾ de base populacional. Não obstante, o fato de a maioria dos pacientes ter atribuído a motivação para abandono do fumo à manutenção/recuperação da saúde ou à gestação, não reconhecendo o efeito direto da abordagem médica, faz com que se considere a contribuição da doença prévia e das orientações para seu controle e tratamento, em especial, o combate ao sedentarismo, ao tabagismo, ao excesso de peso e ao uso de álcool. Não se pode, no entanto, questionar a já comprovada efetividade da intervenção médica na cessação do tabagismo. Confirmam o abandono do tabagismo: a prevalência de ex-fumantes de

28,5% (IC95%: 25,0-32,2) neste estudo, maior que a estimada para a população de Curitiba em 2009, que era de 23,8% (IC95%: 20,9-26,7)⁽¹⁰⁾; e o índice de cessação de tabagismo de 0,70 (IC95%: 0,62-0,77) neste estudo, que foi significativamente maior que o de Curitiba, que era de 0,55 (IC95%: 0,52-0,59; $p < 0,0001$),⁽¹⁰⁾ e com tendência à significância quando comparado ao do estudo em Botucatu (0,60; IC95%: 0,51-0,70; $p = 0,0914$).⁽¹¹⁾

Os consensos de abordagem e tratamento do fumante de 2001⁽⁴⁾ e de 2008⁽¹⁵⁾ confirmaram a efetividade da abordagem cognitivo-comportamental no aumento da taxa de abstinência. Revisões sistemáticas demonstraram associações entre assistência e aconselhamento e entre a implementação de abordagens de tipo multiestratégico e pleno na cessação do tabagismo.⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ Mesmo uma abordagem simples, sem planejamento prévio e com ênfase na motivação para parar de fumar, apresenta bons resultados.^(20,21) No entanto, deve-se considerar que o abandono do fumo é multifatorial^(9,14,22-27) e, muitas vezes, é barrado por fatores que não dependem da ação do médico.⁽²⁸⁾

Além da abordagem, existem recursos farmacológicos que auxiliam o paciente na cessação do tabagismo. Cabe ao médico conhecer os métodos disponíveis, as medicações efetivas e as principais dificuldades encontradas pelos pacientes na cessação do fumo e orientá-los de maneira adequada, aumentando, dessa maneira, as taxas de sucesso no abandono do tabagismo.⁽²⁹⁾

Foram observados os maiores índices de abandono do tabagismo entre os mais jovens e os mais idosos, os quais têm sido associados à maior prevalência de abandono do fumo em outros estudos.^(13,14)

Graus mais elevados de dependência à nicotina e maior carga tabágica observados entre os ex-fumantes sugerem que esses fatores não são impeditivos para a cessação do tabagismo. Ao contrário, esses poderiam ser úteis, como um alerta para que profissionais da saúde não se sintam desmotivados com a resistência do fumante pesado quando confrontado com a necessidade de "largar o cigarro". Fumar vários cigarros por dia já foi identificado como preditor de abandono do fumo em idosos.⁽²²⁾

Este estudo tem pelo menos duas limitações. A população em estudo, composta exclusivamente

por pacientes de um hospital universitário, impede que as estimativas aqui relatadas sejam generalizadas para outras populações. As estimativas sobre a prevalência de cessação do tabagismo foram baseadas em relatos pessoais que, embora com validade comprovada,⁽³⁰⁾ não foram confirmadas por testes bioquímicos.

Conclui-se que, neste grupo de pacientes, a prevalência de tabagismo foi menor do que a observada em pacientes de outro hospital universitário e na população adulta de Curitiba e do Brasil e que o índice de cessação do tabagismo foi maior do que o estimado para a população de Curitiba. Além disso, conclui-se que fumantes e ex-fumantes diferiram em relação à idade, à carga tabágica e ao grau de dependência à nicotina e que o fumo pesado e o grau médio/elevado de dependência à nicotina não foram impeditivos para a cessação do tabagismo. Fumantes e ex-fumantes foram semelhantes quanto a gênero e idade ao início do tabagismo, assim como a quanto terem sido indagados sobre o hábito de fumar e orientados a abandonar o fumo. Atualmente, sabe-se que qualquer que seja o tempo despendido na abordagem à cessação do tabagismo, há um efeito benéfico no processo de interrupção do uso do tabaco. A identificação de outros grupos particularmente suscetíveis à cessação do uso de tabaco, além de os pacientes de maior idade e aqueles com doença crônica, poderia auxiliar na escolha de métodos de abordagem específicos.

Agradecimentos

Agradecemos a Dra. Mônica Evelise Silveira, gerente do Serviço de Análises Clínicas do HC-UFPR, que autorizou a coleta dos dados nas dependências do serviço.

Referências

- World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2010 Feb 5]. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - 10th Revision 2007. Available from: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
- Instituto Nacional de Câncer [homepage on the Internet]. Rio de Janeiro: INCA [cited 2010 May 31]. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer. [Adobe Acrobat document, 46p.] Available from: http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa_de_tabagismo.pdf
- World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2010 Jun 2]. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2009 - Implementing smoke-free environments. [Adobe Acrobat document, 568p.] Available from http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563918_eng_full.pdf
- Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo [homepage on the Internet]. São Paulo: Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo [cited 2009 Aug 03]. Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. [Adobe Acrobat document, 41p.] Available from: http://www.saude.sp.gov.br/recursos/profissional/destaques/tratamento_fumo-consenso.pdf
- Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2010 Apr 26]. Controle do Tabagismo no Brasil. Washington: Health, Nutrition, and Population Family. [Adobe Acrobat document, 136p.] Available from: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Controle%20do%20Tabagismo%20no%20Brasil.pdf>
- Marques ACPR, Ribeiro M. Abuso e Dependência da Nicotina. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina; 2002 [cited 2011 Jan 5]. [Adobe Acrobat document, 14p.] Available from: http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/007.pdf
- Carmo JT, Pueyo AA. A adaptação ao português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. *Rev Bras Med.* 2002;59(1/2):73-80.
- Baldisserotto GV. Prevalência de tabagismo, distribuição em estágios de prontidão para mudança, intervenções preventivas e impulsividade em pacientes de um hospital universitário em Porto Alegre [dissertation]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007 [cited 2010 May 26]. Available from: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12069/000621426.pdf?sequence=1>
- Lang TA, Secic M. How to Report Statistics in Medicine: Annotated Guidelines for Authors, Editors, and Reviewers. New York: American College of Physicians; 2006.
- Ministério da Saúde [homepage on the Internet]. Brasília: Ministério da Saúde [cited 2010 Jun 24]. VIGITEL Brasil 2009. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. [Adobe Acrobat document, 112p.] Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2009_220610.pdf
- Tanni SE, Iritsu NI, Tani M, Camargo PA, Sampaio MG, Godoy I. Evaluation of hospitalized patients in terms of their knowledge related to smoking. *J Bras Pneumol.* 2010;36(2):218-23.
- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Diretrizes para Cessação do Tabagismo. *J Bras Pneumol.* 2004;30(Suppl 2):S1-S76.
- Peixoto SV, Firmo JO, Lima-Costa MF. Factors associated with smoking cessation in two different adult populations (Bambuí and Belo Horizonte Projects) [Article in Portuguese]. *Cad Saude Publica.* 2007;23(6):1319-28.
- Abdullah AS, Yam HK. Intention to quit smoking, attempts to quit, and successful quitting among Hong Kong Chinese smokers: population prevalence and predictors. *Am J Health Promot.* 2005;19(5):346-54.

15. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; Sociedade Brasileira de Cardiologia; Associação Brasileira de Psiquiatria; Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; Sociedade Brasileira de Anestesiologia; Associação Brasileira de Medicina Intensiva, et al. Tabagismo: parte I. Rev Assoc Med Bras. 2010;56(2):134-7.
16. HealthyPeople [homepage on the Internet]. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. [cited 2010 Jun 24]. HealthyPeople 2010 - Understanding and Improving Health. [Adobe Acrobat document, 64p.] Available from: <http://www.healthypeople.gov/Document/pdf/Volume2/27Tobacco.pdf>
17. Freund M, Campbell E, Paul C, Sakrouge R, Lecathelinais C, Knight J, et al. Increasing hospital-wide delivery of smoking cessation care for nicotine-dependent in-patients: a multi-strategic intervention trial. Addiction. 2009;104(5):839-49.
18. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD001292.
19. Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3):CD00183.
20. Larabie LC. To what extent do smokers plan quit attempts? Tob Control. 2005;14(6):425-8.
21. Ferguson SG, Shiffman S, Gitchell JG, Sembower MA, West R. Unplanned quit attempts--results from a U.S. sample of smokers and ex-smokers. Nicotine Tob Res. 2009;11(7):827-32.
22. Abdullah AS, Ho LM, Kwan YH, Cheung WL, McGhee SM, Chan WH. Promoting smoking cessation among the elderly: what are the predictors of intention to quit and successful quitting? J Aging Health. 2006;18(4):552-64.
23. Freund M, Campbell E, Paul C, Sakrouge R, McElduff P, Walsh RA, et al. Increasing smoking cessation care provision in hospitals: a meta-analysis of intervention effect. Nicotine Tob Res. 2009;11(6):650-62.
24. Dijkstra A, Wolde GT. Ongoing interpretations of accomplishments in smoking cessation: positive and negative self-efficacy interpretations. Addict Behav. 2005;30(2):219-34.
25. Rondina Rde C, Gorayeb R, Botelho C. Psychological characteristics associated with tobacco smoking behavior. J Bras Pneumol. 2007;33(5):592-601.
26. McClave AK, Dube SR, Strine TW, Kroenke K, Caraballo RS, Mokdad AH. Associations between smoking cessation and anxiety and depression among U.S. adults. Addict Behav. 2009;34(6-7):491-7.
27. Pinho VD, Oliva AD. Habilidades sociais em fumantes, não fumantes e ex-fumantes. Rev Bras Ter Cogn. 2007;3(2):0-0.
28. Azevedo RC, Higa CM, Assumpção IS, Fernandes RF, Boscolo MM, Frazatto CR, et al. Approach on smoking cessation by training public health providers [Article in Portuguese]. Rev Saude Publica. 2008;42(2):353-5.
29. Black JH 3rd. Evidence base and strategies for successful smoking cessation. J Vasc Surg. 2010;51(6):1529-37.
30. Nelson DE, Holtzman D, Bolen J, Stanwyck CA, Mack KA. Reliability and validity of measures from the Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). Soz Praventivmed. 2001;46 Suppl 1:S3-42.

Sobre os autores

Rodney Luiz Frare e Silva

Professor Adjunto. Departamento de Clínica Médica, Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR) Brasil.

Eliane Ribeiro Carmes

Médica. Departamento de Clínica Médica, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR) Brasil.

Alain Felipe Schwartz

Acadêmico de Medicina. Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR) Brasil.

Denise de Souza Blaszkowski

Acadêmica de Medicina. Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR) Brasil.

Raphael Henrique Déa Cirino

Acadêmico de Medicina. Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR) Brasil.

Renata Dal-Prá Ducci

Acadêmica de Medicina. Universidade Federal do Paraná, Curitiba (PR) Brasil.