

**RAFAELLA DABOIT CASTAGNA**

**TABAGISMO ENTRE FUNCIONÁRIOS DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL: FATORES  
PSICOSSOCIAIS**

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

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2011**

**RAFAELLA DABOIT CASTAGNA**

**TABAGISMO ENTRE FUNCIONÁRIOS DE UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL: FATORES  
PSICOSSOCIAIS**

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

**Coordenador do Curso: Prof. Me. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro**

**Professora Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Mariângela Pimentel Pincelli**

**Professora Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leila John Marques Steidle**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2011**

***“Smile in your liver.”***

Ketut Liyer, xamã balinês

Aos profissionais da área da saúde, na esperança de fazê-los refletir sobre este escandaloso problema de saúde pública e sobre seu papel na educação dos seus pacientes e alunos.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço...

... À **Deus**, por estar ao meu lado em todos os momentos.

... À minha mãe, **Rita**, que me deu apoio e me distraiu durante nossas conversas intermináveis ao telefone, quando precisei espairar. Agradeço também por sempre demonstrar o orgulho que sente de mim e por me mostrar que sempre devemos tentar ser uma pessoa melhor!

... Ao **Paulinho**, por me dar força, dizer palavras de incentivo para seguir em frente nos momentos mais difíceis e ter me escutado sempre que precisei. Obrigada por aguentar calmamente meus momentos de desespero e, também, por me “puxar a orelha” sempre que julgou necessário, pois muito aprendi com isso!

... À minha segunda família, **tia Ju, tio Paulo e Luiza**, por sempre se mostrarem preocupados comigo e me darem força para que eu me mantenha firme nos meus objetivos.

... À minha terceira família, **Bruna e Marina**, por nunca se negarem a escutar meus anseios, angústias e tristezas; por aguentarem as louças deixadas na pia, a demora em limpar o banheiro, o lixo não levado para a lixeira, as ausências e isolamentos no quarto, tudo sem reclamações! Obrigada pelos bolos e mousses de limão também!

... Aos meus **familiares**, tios, tias, madrinhas, padrinhos, primos e primas, avôs, avós, pai, irmãos, que de alguma forma participaram desta jornada; em especial à **vó Cleusa**, que sempre me consolou com a célebre frase “Faz parte!”.

... Ao meu sexteto querido, **Alessandra, Antônio, Caio, Nicole e Rebeca**, por aguentarem meus dias de mau humor – e por me fazerem rir mesmo nesses dias! –, pelos momentos de distração que me proporcionaram, me fazendo esquecer por instantes dos afazeres que me aguardavam.

... A todas as **Txucas**, que também fizeram parte deste momento, escutando, apoiando, opinando ou apenas dando um sorriso de “eu entendo o que você está sentindo”, não menos importante. Agradeço também por me fazerem rir ao dizer: “Lá vai a Rafa com o questionário”.

... À **Ana Raquel, Renata e Silvana**, com as quais também dividi as minhas angústias, mesmo de longe! Sinto tanta falta!

... Às colegas de pesquisa **Nicole** (novamente!) e **Manuela**, que estiveram presentes desde a elaboração da pesquisa e muito colaboraram para que a mesma se concretizasse e desse origem aos nossos trabalhos.

... Aos colegas de curso que dispuseram do seu tempo para ajudar na aplicação dos questionários, em especial ao **Pedro**, que esteve presente desde o início do projeto, e ao **Raí**, que deu uma ajuda muito significativa na reta final da pesquisa.

... À enfermeira **Rita**, por todo o seu apoio a esta pesquisa e pelo envolvimento com o tema tabagismo, tentando sempre me trazer novas informações.

... À Dra **Eleonora d’Orsi**, que nos ensinou as noções iniciais básicas sobre epidemiologia e colaborou para a elaboração do projeto.

... À **Dorotéia**, excelente estatística que nos ajudou num dos momentos mais difíceis, que é a análise dos dados.

... Às professoras **Leila** e **Mariângela**, pela dedicação sem limites à pesquisa e ao desenvolvimento do meu trabalho e de minhas colegas, permitindo-nos roubar seu tempo precioso, que poderia ter sido dedicado à família e ao descanso.

... Aos **funcionários** que se dispuseram a participar da pesquisa sem objeções, mostrando-se até empolgados com a mesma, pela colaboração e incentivo.

... Aos **funcionários** que participaram indiretamente da pesquisa, ajudando na localização dos selecionados.

... Aos **funcionários** que se negaram ou não se mostraram acessíveis à pesquisa, por me fazerem perceber que muitos ainda esquecem o significado da sigla *HU* – e que precisariam ser lembrados!

A todos esses, o meu MUITO OBRIGADA!

## RESUMO

**Introdução:** Profissionais da saúde possuem importante papel na educação e promoção da saúde. Poucos estudos exploram a associação entre aspectos psicossociais e o tabagismo, nesta população.

**Objetivos:** Avaliar fatores psicossociais, qualidade de vida e outros possíveis determinantes do tabagismo em funcionários do HU – UFSC.

**Métodos:** Trata-se de estudo descritivo transversal, envolvendo 44 funcionários tabagistas e 30 controles nunca tabagistas. A abordagem foi realizada através de questionários estruturados, com dados demográficos, socioeconômicos, de hábitos de vida, características relacionadas ao trabalho e ao hábito tabágico e prevalência de transtornos psiquiátricos. A dependência nicotínica foi aferida pelo Teste de Fagerström. Ansiedade/depressão foram acessadas através da *Hospital anxiety and depression scale* (HADS). Avaliou-se a qualidade de vida através do WHOQoL-BREF.

**Resultados:** Entre tabagistas, foi verificado menor nível de instrução, renda mensal menor e maior jornada diária de trabalho, quando comparados aos nunca tabagistas. A maioria dos tabagistas tinha moderada carga tabágica (mediana de 12,7 anos-maço), já havia tentado parar de fumar e encontrava-se em contemplação. Além disso, apresentavam dependência nicotínica baixa ou muito baixa. Os grupos pesquisados possuíam razoável qualidade de vida, semelhante entre eles. Não se encontrou diferença quanto à prevalência de transtornos psiquiátricos referidos; porém, houve maior prevalência de ansiedade (pela HADS) entre os tabagistas.

**Conclusões:** Menor renda e escolaridade, ansiedade e maior número de horas de trabalho estão relacionados ao tabagismo, nessa população de razoável qualidade de vida. Estudos mais amplos são necessários com o objetivo de melhor compreender as peculiaridades desta população, cujo comportamento se distingue dos tabagistas em geral.



## ABSTRACT

**Background:** Health professionals have an important role in health education and promotion. Few studies explore the association between psychosocial factors and smoking in this population.

**Objectives:** To evaluate psychosocial factors, quality of life and other possible determinants of smoking in HU – UFSC employees.

**Methods:** This is a cross-sectional study, involving 44 smokers and 30 control nonsmokers. The approach was done through structured questionnaires with demographic and socioeconomic data, lifestyle habits, work characteristics and smoking habits and the prevalence of psychiatric disorders. The nicotine dependence was measured by the Fagerström Test. Anxiety/depression were assessed by Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The quality of life was evaluated by WHOQoL-BREF.

**Results:** Among smokers, we observed lower level of instruction, lower monthly income and greater daily working hours when compared to nonsmokers. Most of smokers had moderate level of smoking exposition (median of 12.7 pack-years), had tried to quit smoking and were in contemplation stage. In addition, they presented low or very low nicotine dependence. Both investigated groups had reasonable quality of life, similar between them. No difference was found regarding the prevalence of psychiatric disorders reported; however, higher anxiety prevalence (by HADS) was presented among smokers.

**Conclusions:** Lower income and lower education attainment, anxiety and a greater number of working hours were related to smoking in this reasonable quality of life's population. Larger studies are needed in order to better understand the peculiarities of this population, whose behavior is different from general smokers.

## LISTA DE SLIGAS E ABREVIATURAS

AVE	Acidente Vascular Encefálico
DM	<i>Diabetes Mellitus</i>
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
GNT	Grupo de nunca tabagistas
GT	Grupo de tabagistas
HADS	Hospital anxiety and depression scale
HADS-A	Hospital anxiety and depression scale – Anxiety
HADS-D	Hospital anxiety and depression scale – Depression
HU – UFSC	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IQR	Intervalo Interquartilico 25-75%
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SF-36	Short Form with 36 questions
SMSI	Síndrome da Morte Súbita Infantil
TCC	Terapia cognitiva comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFDN	Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina
VIGITEL	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas
WHOQoL-100	World Health Organization Quality of Life Instrument-100
WHOQoL-BREF	World Health Organization Quality of Life Instrument, abbreviated version

## SUMÁRIO

<b>FALSA FOLHA DE ROSTO .....</b>	<b>i</b>
<b>FOLHA DE ROSTO .....</b>	<b>ii</b>
<b>EPÍGRAFE.....</b>	<b>iii</b>
<b>DEDICATÓRIA .....</b>	<b>iv</b>
<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>v</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>ix</b>
<b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....</b>	<b>x</b>
<b>SUMÁRIO .....</b>	<b>xi</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 História e evolução do tabagismo .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Tabagismo e dados demográficos.....</b>	<b>1</b>
<b>1.3 O tabagismo e seus efeitos – ou defeitos .....</b>	<b>2</b>
<b>1.4 Uma doença multiprofissional .....</b>	<b>5</b>
<b>1.5 Tabagismo e saúde mental.....</b>	<b>6</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>9</b>
<b>3.1 Caracterização do estudo.....</b>	<b>9</b>
<b>3.2 Campo de pesquisa e população estudada .....</b>	<b>9</b>
<b>3.3 Critérios de inclusão .....</b>	<b>9</b>
<b>3.4 Critérios de exclusão .....</b>	<b>10</b>
<b>3.5 Instrumentação e coleta de dados .....</b>	<b>10</b>
<b>3.6 Análise dos dados .....</b>	<b>12</b>
<b>3.7 Aspectos éticos da pesquisa .....</b>	<b>12</b>
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>14</b>
<b>4.1 Aspectos demográficos, características socioeconômicas e de hábitos de vida .....</b>	<b>14</b>
<b>4.2 Características relacionadas ao trabalho .....</b>	<b>17</b>
<b>4.3 Características relacionadas ao hábito de fumar .....</b>	<b>17</b>

<b>4.4</b>	<b>Qualidade de vida .....</b>	<b>19</b>
<b>4.5</b>	<b>Ansiedade e depressão, uso de bebida alcoólica e transtornos psiquiátricos .....</b>	<b>21</b>
<b>4.6</b>	<b>Mudança do hábito tabágico .....</b>	<b>22</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>28</b>
 <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>		<b>29</b>
<b>NORMAS ADOTADAS .....</b>		<b>32</b>
<b>APÊNDICES .....</b>		<b>33</b>

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 História e evolução do tabagismo

A utilização do tabaco é conhecida pelo homem há milhares de anos. A *Nicotiana tabacum* e a *Nicotiana rustica*, das quais se pode extrair nicotina, são plantas nativas das Américas, com dados de cultivo desde 5.000–3.000aC e que possuem variadas aplicações, como uso medicinal (analgésico e antiséptico), oferenda aos deuses em cerimônias religiosas, inseticida, entre outros.<sup>1</sup>

Até o século XVIII, o tabaco era consumido principalmente mastigado, inalado como rapé ou fumado com cachimbo. Com a modernização tecnológica das sociedades, foi possível desenvolver meios de facilitar a produção do tabaco e seu consumo, popularizando o seu uso na forma de cigarros. Em 1880, a invenção da máquina de fazer cigarros permitiu importante diminuição nos custos da produção dos mesmos e a disseminação do hábito.<sup>2</sup>

Inicialmente, não se conheciam os efeitos nocivos do tabaco e o cigarro era considerado um hábito inocente. Apenas a partir da década de 1930, começaram a surgir estudos tentando correlacionar o consumo do tabaco com maior risco de câncer de pulmão, diminuição da longevidade e com outros efeitos adversos à saúde. Muitos anos se passaram até que os resultados obtidos fossem traduzidos em alguma ação. Na década de 1990, a globalização econômica, política e social teve grande impacto sobre a prevalência do tabagismo, colaborando para o aumento da mesma, principalmente em países ricos. Após as publicações que revelaram os danos do tabaco, a indústria do tabaco passou a investir intensamente na promoção do consumo do mesmo, na tentativa de manter – e aumentar – seus lucros, apelando principalmente para a promoção do hábito em países em desenvolvimento. Nestes, observou-se, na última década, um aumento do consumo do tabaco como resultado da expansão da urbanização, da elevação do nível educacional e da renda *per capita*.<sup>2</sup>

## 1.2 Tabagismo e dados demográficos

Estima-se que exista quase um bilhão de homens (35% dos homens em países desenvolvidos e 50% deles nos países em desenvolvimento) que fumam em todo o mundo e

250 milhões de mulheres (22% das mulheres em países desenvolvidos e 9% destas nos países em desenvolvimento).<sup>3</sup> Assim, o tabagismo representa um grande problema de saúde pública no mundo, que causa transtornos à saúde individual e coletiva, ao meio ambiente e à economia do país.

Entre 2002 e 2003, foi realizado no Brasil o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, entre pessoas de 15 anos ou mais, residentes em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal, cujo achado foi uma prevalência de tabagistas que variou entre 12,9 e 25,2%; foram encontradas menores prevalências em cidades menos populosas e menos industrializadas. Em todas as cidades, o percentual de homens tabagistas superou o de mulheres.<sup>4</sup>

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2008, o percentual de usuários de tabaco (fumado e não fumado), com 15 anos ou mais de idade, foi de 17,5% naquele ano, o que correspondia ao contingente de 25 milhões de pessoas, variando a prevalência de 16,9 a 19,0% entre as Grandes Regiões. A região Sul foi a responsável pelo maior percentual, com prevalência de 22,5% entre os homens e 15,9% entre as mulheres.<sup>5</sup>

Observa-se que, entre o ano de 2003 e 2008, houve uma diferença na prevalência, que se mostrou menor no estudo mais recente. De acordo com estes dados, pode-se considerar que há uma tendência de diminuição do uso do tabaco entre adolescentes acima de 15 anos e adultos brasileiros, residentes em áreas urbanas. Isso demonstra que as medidas e orientações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo são efetivas. No entanto, o Brasil ainda carece de centros de tratamento, de suporte farmacológico e de profissionais de saúde engajados com a cessação tabágica, o que impede que esta prevalência diminua de forma mais consistente.<sup>6</sup>

### **1.3 O tabagismo e seus efeitos – ou defeitos**

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo defende a necessidade de reduzir o consumo do tabaco, através do desenvolvimento de ações educativas, legislativas e econômicas, na busca da promoção de estilos de vida saudáveis, reduzindo assim a prevalência de mortes por câncer e outros tipos de doença, como as doenças cardiovasculares, todas com grande relação com o hábito de fumar.<sup>7</sup> Não se pode esquecer que os efeitos do tabagismo podem não ser imediatos, assim como a cessação não permite que o risco individual de mortalidade se torne, rapidamente, idêntico ao de pessoas

não expostas. Desta forma, ações nesta área aguardam resultados estatísticos que se expressarão a longo prazo. O quadro atual de mortes relacionadas ao hábito de fumar é o resultado da progressiva expansão do comportamento de fumar iniciada há cerca de 50 anos, predominantemente no sexo masculino.<sup>2,7</sup> Já entre as mulheres, o hábito tabágico aumentou mais tardiamente, podendo-se assim delinear o efeito tardio da expansão do consumo neste grupo.<sup>7</sup> Vale ressaltar que a interrupção do tabagismo melhora a qualidade de vida e leva à redução do risco de morte por DPOC em ex-tabagistas, assim como uma redução significativa na mortalidade por doença coronariana, quando comparados aos indivíduos que continuam fumando.<sup>8</sup>

A combustão do tabaco produz 4.720 substâncias, sendo algumas delas as responsáveis pelo aumento do risco para 56 doenças,<sup>9</sup> dentre elas acidente vascular encefálico (AVE), catarata, gengivite, bronquite crônica, pneumonia, enfisema pulmonar e doença pulmonar obstrutiva crônica, vários tipos de câncer (boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, pulmão, bexiga etc.), infarto agudo do miocárdio (IAM), aneurisma de aorta, úlcera digestiva, infertilidade, menopausa precoce, doença vascular periférica, osteoporose, leucemia, *diabetes mellitus* (DM) tipo II, entre outras.<sup>10,11</sup> O cigarro é responsável por 90% de todos os casos de câncer de pulmão, 75% dos casos de bronquite crônica e enfisema e 25% das doenças cardíacas isquêmicas.<sup>3</sup>

Um estudo, realizado no Paraná, no Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo da Universidade Estadual de Londrina, comparou tabagistas, inscritos em um programa de cessação do tabagismo, e nunca tabagistas, doadores de sangue, encontrou diferenças de prevalência para várias doenças, entre elas: DM – 10,2% entre tabagistas contra 1,5% em nunca tabagistas; doenças cardíacas – 17,4% entre tabagistas contra 3,3% em nunca tabagistas; doenças respiratórias – 31,1% entre tabagistas contra 7,0% em nunca tabagistas; úlcera péptica – 56,9% entre tabagistas contra 28,3% em nunca tabagistas.<sup>12</sup>

Em relação aos danos causados ao meio ambiente, o cultivo do tabaco gera poluição por necessitar da aplicação de pesticidas e fertilizantes, bem como provoca o desmatamento necessário para o fornecimento de combustível (lenha) para a cura da folha de tabaco.<sup>4</sup> Neste sentido, o prejuízo não é apenas individual, mas sim de toda a sociedade, inclusive dos não-tabagistas. Outro ponto importante a ser comentado, ainda seguindo esta ideia, são os efeitos do tabagismo passivo. Em 1986, a Agência Internacional de Pesquisas em Câncer e a Academia Nacional Americana de Ciências concluíram que o tabagismo passivo causa câncer também em nunca tabagistas.<sup>2</sup> A exposição passiva à fumaça do tabaco também leva a doenças, incapacidades, diminuição da qualidade de vida e mortes. Em crianças expostas, há

um risco aumentado para nascimento prematuro, baixo peso ao nascimento, Síndrome da Morte Súbita Infantil (SMSI), aumento da frequência de doenças respiratórias e otites, entre outras. Em adultos não-tabagistas expostos também se encontra um risco aumentado de câncer de pulmão (entre 20 e 30%) e um aumento do risco de doenças cardiovasculares, em torno de 23%, em relação a não expostos.<sup>2,3,11</sup>

O hábito de fumar tem importante impacto também na qualidade de vida, definida pela OMS como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.<sup>13</sup> Para avaliar o impacto de doenças na qualidade de vida em brasileiros, dispõe-se de alguns questionários traduzidos e validados para o português, tais como o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers<sup>14</sup>, Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey/SF-36<sup>15</sup> e o World Health Organization Quality of Life Instrument, abbreviated version (WHOQoL-BREF).<sup>16</sup> O Grupo de Qualidade de Vida da OMS demonstrou que é possível desenvolver uma medida de qualidade de vida aplicável e válida para uso em diversas culturas e elaborou World Health Organization Quality of Life-100 (WHOQoL-100). O WHOQoL-BREF é uma versão abreviada composta por 26 questões, que representam as diferentes facetas abordadas pelo WHOQoL-100. A primeira questão do WHOQoL-BREF refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda à satisfação com a própria saúde. As outras 24 questões estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente. O referido instrumento pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas.<sup>13,17</sup> A versão em português foi realizada segundo a metodologia preconizada pelo Centro WHOQoL para o Brasil e apresentou características psicométricas satisfatórias.<sup>16</sup>

O mesmo estudo realizado no Paraná e citado em parágrafos anteriores comparou a qualidade de vida entre os grupos de tabagistas e não tabagistas por meio da utilização do WHOQoL-BREF. Foram encontrados escores médios de qualidade de vida significativamente menores entre os tabagistas em relação aos escores dos nunca tabagistas.<sup>12</sup> Outro estudo utilizou o questionário SF-36 para avaliar a qualidade de vida em tabagistas, ex-tabagistas e não tabagistas, encontrando-se entre o grupo de tabagistas uma menor pontuação em todos os domínios, configurando pior qualidade de vida em relação aos outros grupos, enquanto que se encontrou maiores pontuações, em todos os domínios, entre os não tabagistas. Entre os indivíduos do grupo tabagista, os que possuíam grau de dependência nicotínica elevada (escore 6 ou 7 no Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina – TFDN)<sup>18</sup> e muito elevada (8 a 10) apresentaram menores pontuações em todos os domínios do SF-36.<sup>8</sup>



A nicotina está entre as substâncias contidas no tabaco e causa diversos efeitos no organismo. Devido a sua ação vasoconstritora, diminui o aporte de oxigênio para os tecidos e provoca aumento da pressão arterial, predispondo a AVE, IAM e morte súbita. Também leva ao aumento na frequência respiratória e na atividade motora. No sistema nervoso central, a nicotina é responsável por alterar o humor (estimulação) e diminuir o apetite. O uso desta substância, por um período prolongado, pode levar ao desenvolvimento de tolerância e, conseqüentemente, ao aumento do consumo. A nicotina é uma droga fortemente indutora de dependência e a suspensão repentina de seu uso pode levar à irritabilidade, agitação, prisão de ventre, dificuldade de concentração, sudorese, tontura, insônia e dor de cabeça, sintomas que caracterizam a síndrome de abstinência.<sup>8,10</sup> Por isso, avaliar a dependência à nicotina é indispensável em estudos epidemiológicos e em investigações dos seus efeitos, assim como em estudos relacionados ao tratamento do tabagismo e das doenças a ele associadas. Segundo uma meta-análise que avaliou as propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina (TFDN), definiu-se este teste como confiável para a avaliação de tabagistas, em diferentes populações.<sup>18</sup> No entanto, ainda se encontra dificuldade em avaliar claramente a dependência à nicotina, pois não existem medidas que incluam parâmetros neuropatológicos subjacentes e sua gravidade, que poderiam estar modulando a dependência.<sup>19</sup>

#### **1.4 Uma doença multiprofissional**

O tabagismo é um comportamento complexo e multifatorial, que inclui contribuições genéticas e ambientais. Estima-se que a contribuição genética seja de 56% para a iniciação e de 67% para a manutenção do hábito tabágico, explicando a dificuldade que algumas pessoas têm em parar de fumar. Cerca de um terço das pessoas que tentam parar conseguem fazê-lo por apenas um dia e apenas 10% ficam em abstinência por pelo menos 12 meses. Este percentual pouco varia entre os diferentes extratos sociais ou entre pessoas que têm mais acesso a informação quanto aos efeitos nocivos do tabaco.<sup>20</sup> Em pesquisa realizada entre a categoria médica do Distrito Federal, encontrou-se uma prevalência de 70,1% de não tabagistas, 22,7% ex-tabagistas e 7,2% foram classificados como tabagistas, sendo 5,9% tabagistas regulares e 1,3% tabagistas ocasionais. Dentre os tabagistas, apenas 34,9% havia tentado parar de fumar no último ano e 76,2% declararam serem capazes de cessar o hábito tabágico, sem ajuda.<sup>21</sup> Os médicos não costumam procurar apoio profissional por medo de se expor, desconhecimento da dependência da nicotina e dificuldade em aceitá-la como um real

obstáculo para a cessação, medo de fracassar, prepotência, descuido com a própria saúde etc.<sup>19</sup>

Os profissionais da saúde possuem importante papel na educação e na promoção da saúde de seus pacientes, servindo como exemplo para eles. Por isto, é necessário tratar esses profissionais, de forma a buscar a melhora no apoio e incentivo à cessação dos seus pacientes.<sup>22</sup>

Um estudo de revisão sistemática da literatura encontrou dados que revelaram evidências de que um ambiente de trabalho estressante poderia ser uma barreira para a cessação e uma potencial barreira para a manutenção de cessação em tentativa prévia, entre enfermeiras. Fumar seria uma fuga de um ambiente estressante de um hospital movimentado.<sup>22</sup> No entanto, outro estudo que analisou a relação entre os fatores de estresse ocupacional e a dependência da nicotina mostrou que uma carga de trabalho pesada está associada com menor dependência de nicotina e discutiu possíveis explicações para este achado: o aumento de locais de trabalho que proíbem o tabagismo, menos tempo livre para fumar ou dificuldade em usar o TFDN para avaliar a dependência de nicotina durante as horas de trabalho.<sup>23</sup> Desta maneira, podemos observar que existem muitas controvérsias neste tema, com necessidade de maiores investigações, em estudos futuros.

### **1.5 Tabagismo e saúde mental**

Pacientes portadores de transtornos psiquiátricos e dependência de outras substâncias também apresentam alta prevalência de tabagismo e dependência à nicotina; por exemplo, a prevalência de depressão é maior entre os tabagistas que têm maior dependência. Neste sentido, julga-se como muito importante o conhecimento destas comorbidades para adequado tratamento do tabagismo.<sup>19</sup> Tanto o uso quanto a abstinência da nicotina interferem nos principais sistemas de neurotransmissão envolvidos nos transtornos psiquiátricos.<sup>24</sup>

O tratamento do tabagismo deve ser multidisciplinar e voltado para as diversas facetas da dependência. As diretrizes para a cessação do tabagismo da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia recomendam avaliar o perfil do tabagista, seu grau de dependência à nicotina e sua motivação para deixar de fumar e também recomendam identificar alterações funcionais pulmonares, a existência de doenças relacionadas ao tabagismo, as possíveis contra-indicações e interações medicamentosas durante o tratamento farmacológico da dependência, objetivando a reconquista da saúde e da qualidade de vida.<sup>19</sup> Vale ressaltar que, na abordagem inicial, o paciente necessita ser avaliado quanto ao seu perfil de personalidade e

à presença de transtornos psiquiátricos associados. Alguns pacientes podem desenvolver uma síndrome de abstinência com sintomatologia mais importante do que outros e ainda podem ter doenças psiquiátricas desencadeadas ou agravadas pela falta da nicotina.<sup>25</sup>

Intervenções motivacionais são fundamentais na abordagem do paciente tabagista que deseja parar de fumar, mesmo quando o uso de abordagem medicamentosa é necessário. A terapia cognitiva comportamental (TCC) pode ser oferecida tanto no atendimento individual quanto em grupos de cessação.<sup>19</sup> O INCA produziu um material de apoio que inclui manuais com assuntos abordados pelo profissional de saúde nas reuniões com o paciente ou com o grupo, instruindo os pacientes sobre os efeitos do tabaco em relação à saúde, como agir nos primeiros dias sem fumar, como vencer obstáculos para permanecer sem fumar e os benefícios obtidos com a cessação.<sup>26</sup>

Discutir a dependência do tabaco e suas comorbidades (incluindo as psiquiátricas) são tópicos de suma importância no contexto atual de tratamento do paciente tabagista<sup>24</sup> e, para tal, é necessário conhecer e entender o paciente como um todo, para decidir qual será a melhor abordagem, quem irá se beneficiar da TCC ou de um acompanhamento mais intenso e quem irá necessitar de ajuste nas doses das medicações já usadas (como antidepressivos), entre outros aspectos.

Existem poucos estudos que exploram a associação entre fatores estressores, organização do trabalho, qualidade de vida e tabagismo em profissionais da área da saúde, o que demonstra a necessidade do melhor entendimento da relação entre esses fatores e a dependência tabágica. Nesse sentido, justifica-se o presente estudo, que busca compreender o profissional trabalhador do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago HU – UFSC, de forma a fornecer apoio futuro ao processo de cessação do tabagismo, nesta população.

## 2 OBJETIVOS

O estudo objetiva avaliar fatores psicossociais e outros possíveis determinantes do tabagismo em funcionários do Hospital Polydoro Ernani de São Thiago e compará-los com os funcionários nunca tabagistas, através dos seguintes objetivos específicos:

1. Determinar os aspectos demográficos, socioeconômicos e de hábitos de vida.
2. Estudar as características do trabalho.
3. Investigar características relacionadas ao hábito de fumar no grupo de tabagistas.
4. Avaliar a qualidade de vida geral e de acordo com os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.
5. Investigar se há diferença quanto à prevalência de ansiedade e depressão e comorbidades psicológicas/psiquiátricas referidas.
6. Investigar se há diferença quanto à prevalência de consumo de bebidas alcoólicas.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Caracterização do Estudo:**

Foi realizado um estudo descritivo com delineamento transversal por amostragem, através de coleta de dados em duas etapas, com um intervalo mínimo de uma semana entre elas. A população estudada foi composta por funcionários do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago HU – UFSC.

### **3.2 Campo de Pesquisa e População Estudada:**

De acordo com as informações do departamento de Recursos Humanos da instituição, cerca de 1500 funcionários estavam vinculados oficialmente ao HU – UFSC, em 2009. O Hospital é servido por funcionários concursados e terceirizados que atuam em diversas áreas de atenção à saúde e em setores administrativos. Uma amostra inicial de 282 funcionários foi calculada como satisfatória para detectar a prevalência de tabagismo estimada em 17,5%<sup>27</sup>, nesta população, considerando-se uma margem de erro de quatro pontos percentuais e intervalo de confiança de 95%. Neste contexto, para a seleção da amostra, foi realizado um sorteio de 561 funcionários divididos proporcionalmente nos diversos setores (1:3), a partir de uma lista fornecida pelo setor de Recursos Humanos. Desta maneira, uma amostra aleatória estabelecida acima do valor estimado foi selecionada de forma sistemática.

Dentro da amostra descrita, foram selecionados, para este estudo, todos os funcionários tabagistas atuais e um grupo controle composto de funcionários nunca tabagistas. Considerou-se tabagista o consumidor de, pelo menos, um cigarro diário por período não inferior a um mês ou aquele que cessou o hábito de fumar havia menos de um mês<sup>28</sup> e nunca tabagista aquele que nunca fumou de forma regular.

### **3.3 Critérios de Inclusão:**

Para a inclusão dos funcionários na primeira etapa da pesquisa, os critérios adotados foram os seguintes: estar regularmente trabalhando no HU – UFSC, estar disposto a participar

da pesquisa, responder adequadamente aos questionários distribuídos e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice 1). Destes, foram avaliados todos os funcionários classificados como tabagistas e um grupo controle, formado por funcionários classificados como nunca tabagistas.

Em uma segunda etapa, avaliou-se a qualidade de vida, a estrutura familiar e afetiva, além da organização do trabalho hospitalar e suas particularidades. Vale destacar que um novo sorteio para a seleção da referida amostra, incluindo apenas 30 nunca tabagistas, como grupo controle, foi realizado, devido à maior facilidade de reabordagem, tendo em vista a grande extensão do segundo questionário e o fato do mesmo ser aplicado durante a jornada de trabalho.

Para esta segunda etapa, admitiram-se os mesmos critérios da primeira etapa.

### **3.4 Critérios de Exclusão:**

Foi excluído da pesquisa o funcionário que apresentou um dos seguintes critérios: não estar disposto a participar da pesquisa, não estar trabalhando regularmente no HU – UFSC na primeira etapa, não ter sido encontrado após três tentativas de localizá-lo.

### **3.5 Instrumentação e Coleta de Dados:**

A coleta e tabulação dos dados foram realizadas por pesquisadores devidamente treinados. Os pesquisadores visitaram as diversas áreas de trabalho do HU – UFSC e convidaram os funcionários selecionados para participar da pesquisa. A entrevista foi realizada após a explicação detalhada do estudo e após a assinatura do TCLE. O funcionário foi entrevistado em momento julgado como adequado pelo mesmo e sem prejuízo do trabalho, em local reservado, com a garantia de manutenção do sigilo acerca de todas as informações.

Os instrumentos de pesquisa foram questionários com perguntas fechadas ou de múltipla escolha. Os indivíduos tabagistas responderam a todas as questões e os nunca tabagistas apenas deixaram de responder àquelas relacionadas ao hábito de fumar.

O questionário da primeira etapa (Apêndice 2) foi composto pelos seguintes componentes:

1- Aspectos demográficos, características socioeconômicas e de hábitos de vida, como idade, sexo, estado civil, índice de massa corporal (IMC), ocupação, grau de escolaridade, a renda mensal familiar, prática de atividades físicas (considerada quando realizada por pelo menos

10 minutos ao dia, em no mínimo três dias na semana) e ingestão de bebidas alcoólicas (medida em unidades de álcool por semana, considerando-se que uma unidade corresponde a 10 gramas de álcool).

2- Características relacionadas ao trabalho foram investigadas através de perguntas relacionadas à satisfação com o trabalho, à sobrecarga com a jornada de trabalho e à qualidade do sono.

3- Características relacionadas ao tabagismo foram avaliadas de acordo com a classificação em relação ao tabagismo, idade de início do tabagismo e carga tabágica (número de cigarros fumados ao dia  $\div$  20  $\times$  anos de fumo), tentativas prévias de cessação, número de cigarros consumidos no horário de trabalho, vontade de cessar e grau de motivação, de acordo com a escala de Prochaska e DiClemente (que considera que o tabagista esteja em pré-contemplação quando não tem intenção de parar de fumar; em contemplação quando considera fortemente a ideia de parar de fumar; em preparação quando pretende parar de fumar em curto período de tempo, em ação quando o indivíduo parou de fumar ou já tomou alguma atitude frente à cessação tabágica e em manutenção o indivíduo que já conseguiu parar de fumar e mantém-se vigilante para evitar a recaída)<sup>29</sup>. Também se estudou a dependência à nicotina pelo Teste de Fagerström<sup>18</sup>, cujos escores obtidos permitem a classificação do grau de dependência em cinco níveis: muito baixo (0 a 2 pontos), baixo (3 a 4 pontos), moderado (5 pontos), alto (6 a 7 pontos) e muito alto (8 a 10 pontos).

4- A presença de ansiedade e depressão foi avaliada pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital anxiety and depression scale* – HADS, inicialmente desenvolvida para pacientes de hospitais clínicos não-psiquiátricos e, posteriormente, estendida para a avaliação de pacientes não internados e indivíduos sadios)<sup>30</sup>, composta por 14 itens, dos quais sete são voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D). As opções de respostas foram graduadas de zero a três para cada assertiva, com uma pontuação máxima possível de 21 pontos para cada um dos domínios: ansiedade ou depressão. Admitiu-se uma pontuação acima de oito, em cada subescala, como positiva para o transtorno.

O segundo questionário (Apêndice 3) foi composto pelos seguintes itens:

1- Estrutura laboral/organização do tempo, considerando o tempo de serviço na ocupação, a carga horária de trabalho diária e o período do trabalho, a escala com plantões em fins de semana ou horas extras, o trabalho em mais de um serviço e a presença de pausas para descanso, durante o horário de trabalho. Questionou-se também se o funcionário estava fazendo algum curso ou faculdade de forma paralela ao trabalho.

- 2- A qualidade do sono foi avaliada considerando-se as horas de sono por noite e em outros períodos.
- 3- A qualidade de vida foi estudada através do instrumento: World Health Organization Quality of Life Instrument, abbreviated version (WHOQoL-BREF)<sup>17</sup>, composto por 26 perguntas distribuídas entre os domínios físico, psicológico, social e ambiental, além de duas perguntas gerais sobre saúde e qualidade de vida. Cada pergunta possui respostas graduadas de um a cinco. Também se fez o cálculo do escore total, através da soma dos escores das 26 perguntas.
- 4- A saúde mental foi investigada através do questionamento sobre a presença de transtornos psiquiátricos referidos, pregressos ou no presente momento e sobre o uso de medicações para os mesmos. A presença de ideação suicida também foi investigada.
- 6- Uma possível mudança no hábito tabágico, durante o intervalo de tempo que transcorreu entre as etapas, foi questionada durante a segunda abordagem.

### **3.6 Análise dos Dados:**

Os dados foram digitados, revisados e analisados com o programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 17. Os dados referentes aos resultados de variáveis categóricas estão apresentados como: número absoluto (n) e percentual (%). Os dados referentes às variáveis contínuas foram submetidos ao teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliação da normalidade de sua distribuição. As variáveis contínuas normais estão expressas através de média e desvio-padrão, enquanto as variáveis contínuas não-normais estão apresentadas sob a forma de mediana e intervalo interquartilico 25-75% (IQR 25-75). As diferenças entre as variáveis categóricas foram analisadas através do teste do chi-quadrado e, entre as variáveis contínuas, através do Teste t de Student para as normais e do Teste de Mann-Whitney para as não normais. Foi considerado o valor de  $p < 0,05$  para significância estatística.

### **3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa:**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina no dia 30/11/2009, sob o parecer de número 488/09 (Apêndice 4) e em 29/11/2010, sob o parecer número 488/11, após nova solicitação de aprovação devido à complementação metodológica, referente à instrumentação e coleta de dados.



Todos os pacientes foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o TCLE. A pesquisa foi realizada respeitando as normas de pesquisa em seres humanos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

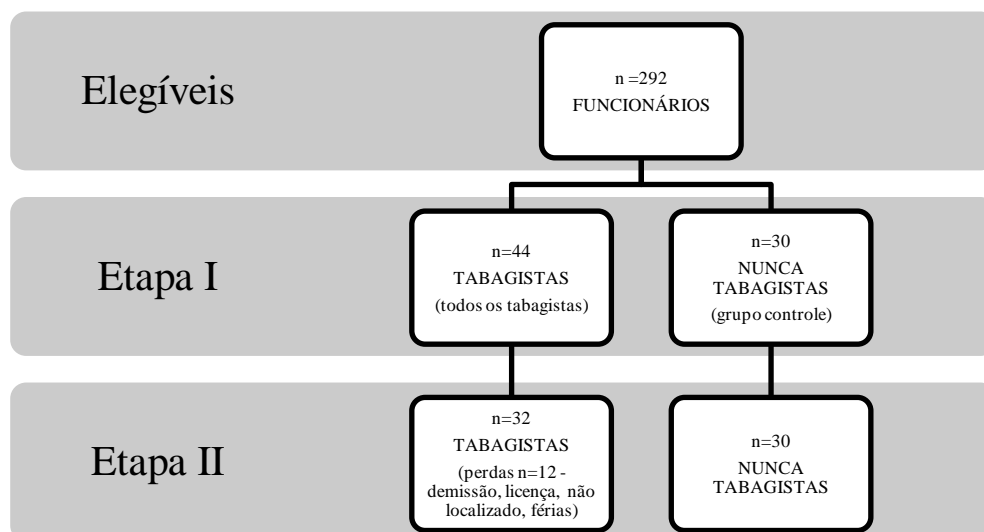
Ressalte-se que para a coleta de dados, realizada pelos pesquisadores nas unidades do HU – UFSC, o Diretor da Instituição, bem como os responsáveis pelos funcionários terceirizados estavam cientes do desenvolvimento da pesquisa (GRUPO FACILITY - cozinha e copa; GRUPO ADSERVI - radiologia, limpeza, telefonistas, manutenção; LIDERANÇA SERVIÇOS – recepcionistas; TECNOKLIMA AR CONDICIONADO – refrigeração e EMBRASP – vigilância).

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Aspectos demográficos, características socioeconômicas e de hábitos de vida:

A primeira etapa para coleta de dados foi realizada durante o ano de 2010, nos meses de fevereiro a dezembro. Entre os funcionários que responderam ao questionário, nesta etapa, foram admitidos para o estudo todos os classificados como tabagistas, totalizando 44 funcionários, e 30 funcionários nunca tabagistas que constituíram o grupo controle (Figura 1).

A segunda etapa de coleta de dados ocorreu durante os meses de fevereiro a abril do ano de 2011. Ao questionário desta etapa, responderam 62 funcionários. Destes, 30 constituíram o grupo de nunca tabagistas (GNT) e 32 o grupo de tabagistas (GT). Entre as perdas neste grupo, considerou-se cinco funcionários demitidos no intervalo entre as etapas, três funcionários que estavam em férias e três em licença durante o período da segunda coleta de dados. Um funcionário não foi localizado (Figura 1).



**Figura 1:** Organograma demonstrando as etapas do estudo.

Comparando-se as duas populações, observou-se haver diferença estatisticamente significativa quanto ao estado civil, à ocupação, à escolaridade e à renda mensal familiar (Tabela 1).

Quando questionados quanto ao estado civil, no GT, 34% declararam-se como solteiros e 38,6% como casados/co-habitando. No GNT, mais da metade (70%) declarou-se como casado/co-habitando (Tabela 1).

Com relação à ocupação, 86,4% dos tabagistas foram classificados como atuantes em ocupações de nível técnico (técnico de enfermagem, técnico de radiologia, técnico de laboratório, instrumentador cirúrgico), no setor administrativo, em serviços gerais e afins (vigilante, recepcionista, auxiliar de nutrição e cozinheiro/copeiro), enquanto apenas 13,6% foram classificados como empregados em ocupações de nível superior (médico, farmacêutico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta e psicólogo). Contrastando com esta população, entre os nunca tabagistas, 60% foram classificados como profissionais em ocupações de nível superior e 40% nas demais ocupações citadas (Tabela 1).

Os grupos foram analisados também em relação à escolaridade. Enquanto apenas 34,1% dos funcionários do GT tinham ensino superior, mestrado ou doutorado, mais da metade (73,3%) do GNT tinham este mesmo grau de instrução (Tabela 1).

**Tabela 1** – Aspectos demográficos, características socioeconômicas e de hábitos de vida da população de tabagistas e de nunca tabagistas

	Tabagistas (n = 44)	Nunca tabagistas (n = 30)	Valor p
<b>Idade (anos)</b>			0,201
Média ± desvio-padrão*	43,1 ± 9,04	40,3 ± 9,46	
<b>Sexo<sup>†</sup></b>			0,192
Feminino	34 (77,3)	19 (63,3)	
Masculino	10 (22,7)	11 (36,7)	
<b>Estado Civil<sup>†</sup></b>			0,026
Solteiro	15 (34,1)	6 (20,0)	
Casado/Co-habita/Outros	17 (38,6)	21 (70,0)	
Separado/Divorciado/Viúvo	12 (27,3)	3 (10,0)	
<b>IMC<sup>†, ‡</sup></b>			0,844
Baixo peso/Normal	25 (56,8)	16 (53,3)	
Sobrepeso	12 (27,3)	10 (33,3)	
Obesidade	7 (15,9)	4 (13,3)	
<b>Ocupação<sup>†</sup></b>			<0,001
Nível superior	6 (13,6)	18 (60,0)	
Nível técnico e administração	19 (43,2)	9 (30,0)	
Serviços gerais e afins	19 (43,2)	3 (10,0)	
<b>Escolaridade<sup>†</sup></b>			0,003
Analfabeto/Ensino Fundamental	9 (20,5)	1 (3,3)	
Ensino Médio Completo	20 (45,4)	7 (23,3)	
Ensino superior/Mestrado/Doutorado	15 (34,1)	22 (73,3)	
<b>Renda mensal familiar<sup>§</sup></b>			0,002
Mediana (IQR 25-75) <sup>  </sup>	6,5 (5 – 10)	10 (8 – 24)	
<b>Atividade física<sup>†</sup></b>			0,474
Sim	32 (72,7)	24 (80,0)	
Não	12 (27,3)	6 (20,0)	

Resultados, quando não especificados, expressos em “número absoluto (percentual)”.

\* Teste t de Student.

<sup>†</sup> Teste do Chi-quadrado.

<sup>‡</sup> Índice de massa corporal, com baixo peso: inferior a 18kg/m<sup>2</sup>; normal: 18,0 a 24,9kg/m<sup>2</sup>; sobrepeso: 25,0 a 29,9kg/m<sup>2</sup>; obesidade: ≥30kg/m<sup>2</sup>.

<sup>§</sup> Em salários mínimos/mês.

<sup>||</sup> Teste U de Mann-Whitney.

A mediana da renda mensal familiar no GT foi de 6,5 salários mínimos e de 10,0 salários mínimos para o GNT, diferença que foi estatisticamente significativa (Tabela 1).

**Tabela 2 – Características relacionadas ao trabalho**

	Tabagistas (n = 44)	Nunca tabagistas (n = 30)	Valor p
<b>Satisfação*</b>			0,542
Muito insatisfeito/Insatisfeito/Pouco satisfeito	10 (22,7)	4 (13,3)	
Satisfeito	19 (43,2)	16 (53,3)	
Muito satisfeito	15 (34,1)	10 (33,3)	
<b>Sobrecarga*</b>			0,624
Não	26 (59,1)	16 (53,3)	
Sim	18 (40,9)	14 (46,7)	
<b>Sono*</b>			0,320
Tranquilo	29 (65,9)	23 (76,7)	
Agitado/Insônia	15 (34,1)	7 (23,3)	
	Tabagistas (n = 32)	Nunca tabagistas (n = 30)	Valor p
<b>Tempo de serviço prestado ao HU – UFSC (meses)</b>			0,616
Mediana (IQR 25-75) <sup>†</sup>	102 (32 – 234)	126 (91 – 192)	
<b>Jornada diária no HU – UFSC (horas)</b>			0,011
Média ± desvio-padrão <sup>‡</sup>	8,9 ± 2,93	7,1 ± 2,49	
<b>Somente no HU – UFSC*</b>			0,312
Não	7 (21,9)	10 (33,3)	
Sim	25 (78,1)	20 (66,7)	
<b>Jornada diária – outro (horas)<sup>§</sup></b>			0,173
Média ± desvio-padrão <sup>‡</sup>	6,8 ± 3,80	4,9 ± 1,79	
<b>Período de trabalho*</b>			0,036
Diurno	19 (59,4)	19 (63,3)	
Noturno	5 (15,6)	3 (10,0)	
Alternado	5 (15,6)	0	
Diurno+plantão noturno	1 (3,1)	7 (23,3)	
Noturno+plantão diurno	2 (6,3)	1 (3,3)	
<b>Plantão no fim de semana*</b>			0,533
Não	12 (37,5)	9 (30,0)	
Sim	20 (62,5)	21 (70,0)	
<b>Hora extra*</b>			0,987
Não	17 (53,1)	16 (53,3)	
Sim	15 (46,9)	14 (46,7)	
<b>Pausas durante trabalho*</b>			0,002
Não	6 (18,7)	17 (56,7)	
Sim	26 (81,3)	13 (43,3)	
<b>Cursos*<sup>  </sup></b>			<0,001
Não	32 (100)	20 (66,7)	
Sim	0	10 (33,3)	
<b>Horas de sono – noite</b>			0,394
Média ± desvio-padrão <sup>‡</sup>	7,0 ± 1,67	6,6 ± 1,51	
<b>Horas de sono – outros períodos</b>			0,840
Média ± desvio-padrão <sup>‡</sup>	0,8 ± 0,98	0,7 ± 1,38	
<b>Horas de sono – total</b>			0,351
Média ± desvio-padrão <sup>‡</sup>	7,8 ± 2,01	7,4 ± 1,33	

Resultados, quando não especificados, expressos em “número absoluto (percentual)”.

\* Teste do Chi-quadrado.

<sup>†</sup> Teste U de Mann-Whitney.

<sup>‡</sup> Teste t de Student.

<sup>§</sup> Apenas responderam à pergunta os que referiram não trabalhar somente no HU – UFSC.

<sup>||</sup> Funcionário cursando regularmente atividades de instrução complementares.

#### **4.2 Características relacionadas ao trabalho:**

Os grupos foram analisados em relação às características do trabalho, incluindo também as características do sono.

Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à jornada diária no HU – UFSC, período de trabalho e a pausas durante o período de trabalho. Também diferiram quanto ao fato de estarem cursando ou não atividades de instrução complementar, paralelamente ao trabalho (Tabela 2).

A média da jornada diária no HU – UFSC no GT foi de 8,9 horas/dia, valor maior do que encontrado no GNT, que obteve média de 7,1 horas/dia. Em relação ao período de trabalho, nos dois grupos a maioria trabalhava exclusivamente no período diurno (59,4% do GT e 63,3% do GNT). Dos funcionários que trabalhavam em dias alternados, nenhum era do GNT e na distribuição no GT correspondiam a 15,6%. O segundo maior percentual entre o GNT foi de funcionários que trabalhavam no período diurno associado a plantões noturnos (23,3%). Vinte e seis (81,3%) funcionários do GT referiram fazer pausas durante o trabalho (excetuando-se as pausas para almoço ou jantar). Vale ressaltar que apenas 32 funcionários do grupo tabagista responderam a esta pergunta. Entre o GNT, a maioria referiu não fazer pausas durante a jornada (56,7%).

Nenhum dos funcionários tabagistas estava fazendo algum curso/faculdade/mestrado/doutorado; enquanto que um terço da população de nunca tabagistas estava envolvida em alguma atividade de instrução complementar.

Para as variáveis relacionadas à satisfação do funcionário com o seu trabalho, sentimento de sobrecarga e características do sono, não se observaram diferenças estatisticamente significativa entre as populações.

#### **4.3 Características relacionadas ao hábito de fumar:**

Na primeira etapa, os 44 funcionários tabagistas responderam a perguntas relacionadas ao hábito de fumar (Tabela 3).

Quanto à idade de início do hábito, a maioria (54,5%) iniciou entre 15 e 18 anos, obtendo-se uma mediana de 17 anos. Para a carga tabágica, medida em anos-maço, encontrou-se uma mediana de 12,67 anos-maço, sendo a maior parte (61,4%) com carga tabágica menor do que 16 anos-maço. Onze tabagistas (25%) apresentaram carga tabágica acima de 20 anos-maço.

**Tabela 3** – Características gerais relacionadas ao hábito de fumar

	Tabagistas (n = 44)
<b>Idade de início (anos)</b>	
<15	7 (15,9)
15-18	24 (54,5)
19-25	10 (22,7)
>25	3 (6,8)
Mediana (IQR 25-75)	17 (15,5 – 19,0)
<b>Carga tabágica (anos-maço)</b>	
≤5	12 (27,3)
6-15	15 (34,1)
16-20	6 (13,6)
>20	11 (25,0)
Mediana (IQR 25-75)	12,67 (5,0 – 22,75)
<b>Cigarros no trabalho</b>	
Média ± desvio-padrão	4,2 ± 3,60
<b>Já tentou parar</b>	
Não	9 (20,5)
Sim	35 (79,5)
<b>Quantas vezes tentou parar</b>	
Média ± desvio-padrão	2,6 ± 2,04
<b>Quer parar de fumar</b>	
Não	10 (22,7)
Sim	34 (77,3)
<b>Grau de motivação*</b>	
Pré-contemplação	10 (22,7)
Contemplação	30 (68,2)
Preparação	1 (2,3)
Ação	3 (6,8)
<b>Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?†</b>	
Após 60min	19 (43,2)
Entre 31 e 60min	8 (18,2)
Entre 6 e 30min	12 (27,3)
Dentro de 5min	5 (11,3)
<b>Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?†</b>	
Não	39 (88,6)
Sim	5 (11,4)
<b>Qual cigarro do dia que traz mais satisfação?†</b>	
O primeiro da manhã	22 (50,0)
Outros	22 (50,0)
<b>Quantos cigarros você fuma por dia?†</b>	
Menos de 10	20 (45,4)
Entre 11 e 20	20 (45,4)
Entre 21 e 30	4 (9,1)
Mais de 30	0
<b>Você fuma mais frequentemente pela manhã?†</b>	
Não	32 (72,7)
Sim	12 (27,3)
<b>Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?†</b>	
Não	28 (63,6)
Sim	16 (36,4)
<b>Dependência‡</b>	
Muito baixa	21 (47,7)
Baixa	8 (18,2)
Média	10 (22,7)
Elevada	5 (11,4)

Resultados expressos em “número absoluto (percentual)”.

\* De acordo com classificação de Prochaska e DiClemente.

† Perguntas do teste de Fagerström.

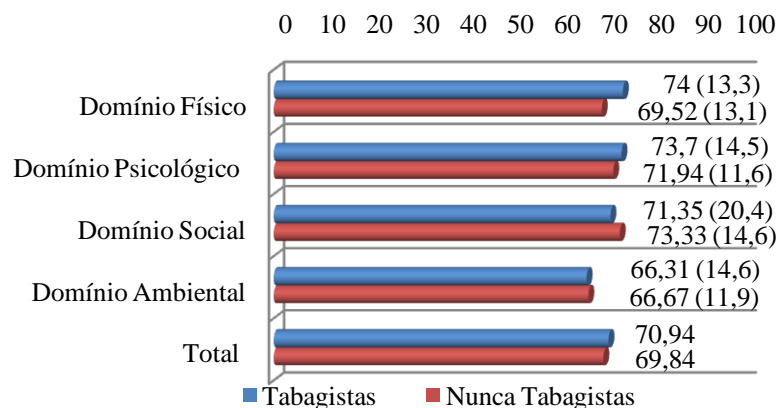
‡ De acordo com o escore obtido no teste de Fagerström.

A maioria expressiva dos tabagistas (79,5%) já tentou parar de fumar no passado, com uma média de 2,6 tentativas, e queria parar de fumar no momento de entrevista (77,3%). No momento da entrevista, a maioria dos funcionários – 30 (68,2%) – encontrava-se no estágio de contemplação, enquanto um pequeno percentual (9,1%) estava em estágio de preparação ou ação (Tabela 3).

A avaliação da dependência à nicotina, através da utilização do teste de Fagerström, evidenciou que mais da metade do GT (65,9%) foram classificados nos grupos de dependência baixa ou muito baixa, enquanto que apenas 11,4% dos indivíduos possuíam elevada dependência.

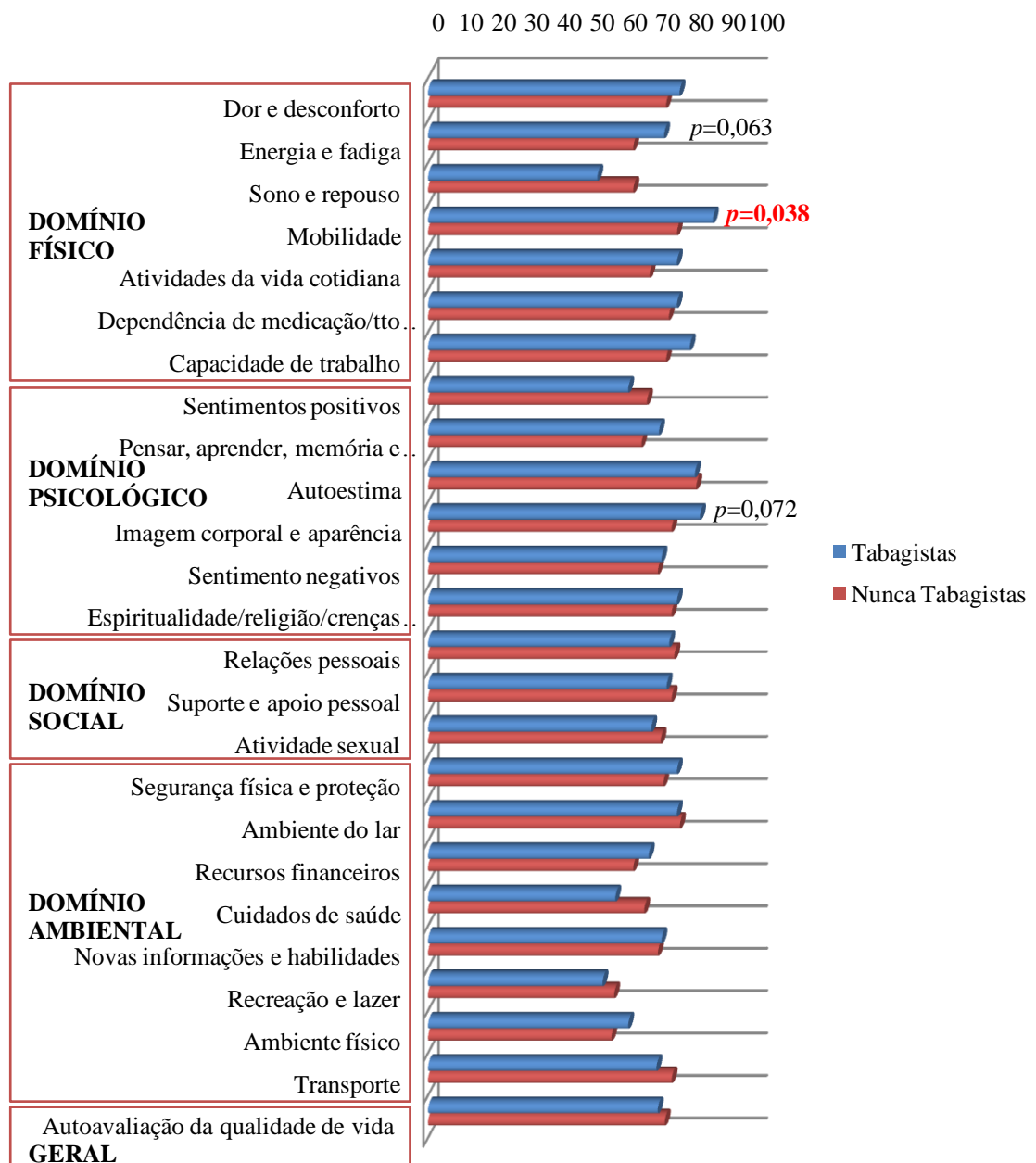
#### 4.4 Qualidade de vida:

Na segunda etapa da pesquisa, 62 funcionários responderam ao questionário de qualidade de vida (WHOQoL-BREF). As perguntas foram analisadas separadamente, através do agrupamento das mesmas em domínios (Figura 2) e através da média aritmética simples dos escores individuais das 26 perguntas (Figura 3), sendo que as duas perguntas direcionadas à avaliação da saúde e qualidade de vida geral foram analisadas em conjunto. Para a análise, foi necessário recodificar a escala de respostas, considerando a pontuação de forma invertida, das seguintes perguntas: “Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?”, “O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?”, “Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?”. Os escores foram convertidos para uma escala de zero a 100, buscando facilitar a compreensão dos mesmos.



**Figura 2:** WHOQoL–BREF, escore médio por domínios e total [média (±dp)].

A média do escore total para a qualidade de vida no GT foi de 70,94 e não diferiu significativamente da observada no GNT, que foi de 69,84 (Figura 2). Ao se analisar as perguntas separadamente (Figura 3), encontrou-se diferença estatisticamente significativa apenas para a pergunta “Quão bem você é capaz de se locomover?”, cujo escore médio foi mais elevado (86,72) no GT do que no GNT (75,83). Outras duas perguntas demonstraram uma proximidade da significância estatística, todas com escores maiores no GT: “Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?” e “Você é capaz de aceitar sua aparência física?”.



**Figura 3:** WHOQoL – BREF, escore médio por perguntas individuais.



#### 4.5 Ansiedade e depressão, uso de bebida alcoólica e transtornos psiquiátricos:

Para aferir, de forma breve, a presença de ansiedade e depressão nas populações estudadas, utilizou-se a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).

Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Tabela 4):13 (29,5%) funcionários tabagistas pontuaram acima de oito na HADS-A, enquanto que apenas três (10,0%) funcionários nunca tabagistas obtiveram a mesma classificação. A média do escore na HADS-A (referente à ansiedade, com pontuação possível de 0 a 21) entre os tabagistas foi de 6,2 e entre os nunca tabagistas foi de 5,6. Quanto à depressão, não se observou diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Também se questionou os participantes do estudo sobre a utilização rotineira de bebidas alcoólicas. Considerou-se como resposta afirmativa o costume de ingerir algum tipo de bebida alcoólica, independente da quantidade. Embora o GT tenha ingerido mais bebidas alcoólicas (56,8%) do que o GNT (46,7%), não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

**Tabela 4 – Ansiedade e depressão, uso de bebida alcoólica e transtornos psiquiátricos**

	Tabagistas (n = 44)	Nunca tabagistas (n = 30)	Valor p
<b>Ansiedade*</b>			0,045
Não	31 (70,5)	27 (90,0)	
Sim	13 (29,5)	3 (10,0)	
Média ± desvio-padrão <sup>†</sup>	6,2 ± 4,12	5,6 ± 2,76	0,422
<b>Depressão*</b>			0,465
Não	37 (84,1)	27 (90,0)	
Sim	7 (15,9)	3 (10,0)	
Média ± desvio-padrão <sup>†</sup>	4,3 ± 3,67	3,9 ± 2,83	0,561
<b>Bebida alcoólica*</b>			0,390
Não	19 (43,2)	16 (53,3)	
Sim	25 (56,8)	14 (46,7)	
<b>Unidades de álcool por semana<sup>‡</sup></b>			0,241
Mediana (IQR 25-75) <sup>§</sup>	1 (0 – 6)	0 (0 – 2)	
	Tabagistas (n = 32)	Nunca tabagistas (n = 30)	Valor p
<b>Transtorno psiquiátrico*</b>			0,604
Não	25 (78,1)	25 (83,3)	
Sim	7 (21,9)	5 (16,7)	
<b>Uso de droga psicotrópica*</b>			0,067
Não	0	2 (40,0)	
Sim	7 (100,0)	3 (60,0)	
<b>Ideação suicida*</b>			0,139
Não	29 (90,6)	29 (96,7)	
Sim, no momento	0	1 (3,3)	
Sim, mas não no momento	3 (9,4)	0	

Resultados expressos em “número absoluto (percentual)”.

\* Teste do Chi-quadrado.

<sup>†</sup> Teste t de Student.

<sup>‡</sup> Uma unidade corresponde a 10 gramas de álcool.

<sup>§</sup> Teste U de Mann-Whitney.

Os funcionários foram ainda indagados sobre a presença de transtornos psiquiátricos, ideação suicida e uso de drogas psicotrópicas, encontrando-se apenas para este último item uma tendência estatística à diferença. Todos os funcionários tabagistas que declararam sofrer de algum transtorno psiquiátrico faziam uso de medicação psicotrópica.

#### 4.6 Mudança do hábito tabágico:

Embora a maioria (68,7%) dos tabagistas não tenha alterado o hábito tabágico, no intervalo de tempo entre as etapas (que foi de pelo menos uma semana) observou-se que alguns deles mudaram: três tabagistas referiram ter parado de fumar e três diminuíram o número de cigarros consumidos. Todos estes encontravam-se em contemplação na escala de grau de motivação, no momento da primeira etapa. No entanto, quatro tabagistas referiram ter aumentado o número de cigarros (Tabela 5).

**Tabela 5** – Mudança do hábito tabágico no intervalo entre as etapas

Tabagistas (n = 32)	
<b>Mudança</b>	
Diminuiu	3 (9,4)
Aumentou	4 (12,5)
Não mudou	22 (68,7)
Parou	3 (9,4)

Resultados expressos em “número absoluto (percentual)”.

## 5 DISCUSSÃO

O estudo em questão investigou as possíveis relações entre as características psicossociais e a determinação do tabagismo em funcionários do HU – UFSC. Além disso, buscou compreender fatores relacionados ao hábito de fumar, à organização do trabalho e à qualidade de vida da população estudada. Adicionalmente, pesquisou-se a presença de comorbidades psicológicas e/ou psiquiátricas nos funcionários tabagistas do HU – UFSC. Dentre os resultados mais relevantes no grupo de tabagistas (GT), ressalta-se um menor nível de instrução, demonstrado pela escolaridade de no máximo até o nível médio e pelas ocupações técnico-administrativas ou em serviços gerais na maioria deles, assim como renda mensal familiar menor em relação ao grupo de nunca tabagistas (GNT). A média da jornada diária de trabalho no HU – UFSC foi maior entre os tabagistas. Grande parte (81%) dos tabagistas fazia pausas durante o trabalho. Nenhum indivíduo do GT estava cursando regularmente atividades de instrução complementar, ao passo que um terço do GNT estava envolvido em tais atividades. Os resultados mostraram ainda que a maioria dos tabagistas iniciou o hábito antes dos 19 anos e tinha uma moderada carga tabágica (mediana de 12,7 anos-maço). Em relação ao hábito de fumar, quase 80% já haviam tentado parar de fumar e a maioria encontrava-se em contemplação e apresentava baixa ou muito baixa dependência nicotínica. A qualidade de vida foi considerada razoável e se apresentou semelhante nos dois grupos. O pequeno número de funcionários tabagistas com algum transtorno psiquiátrico fazia uso de medicações psicotrópicas.

Trata-se de um estudo inovador ao explorar simultaneamente o tabagismo, as características relacionadas ao trabalho, a qualidade de vida e as comorbidades psiquiátricas em profissionais da saúde de um hospital terciário. Funcionários de diversos setores do hospital, incluindo os funcionários de empresas terceirizadas, que também prestam serviço ao HU – UFSC, foram envolvidos no estudo. Isto levou à abordagem de diversas classes de profissionais, permitindo que os dados representem todo o universo de funcionários. O questionário foi aplicado de forma presencial pelos pesquisadores; desta maneira, garantiu-se o retorno do questionário respondido e evitou-se, ainda, que os tabagistas se esquivassem de respondê-lo, o que confere maior credibilidade à pesquisa. A abordagem em duas etapas permitiu avaliar os funcionários quanto à mudança do hábito tabágico no intervalo de tempo

entre as etapas e avaliar o papel da pesquisa como abordagem breve do tabagismo. Por si só, a entrevista pode funcionar como um indutor de reflexão acerca do hábito e como um catalisador da cessação. As abordagens breves são altamente recomendáveis no âmbito do tabagismo por possuírem alto custo-benefício.<sup>31</sup>

No entanto, o fato de a pesquisa ter ocorrido em duas etapas, permitiu um número maior de perdas entre os indivíduos previamente selecionados para o estudo. A aplicação dos questionários por diferentes pesquisadores poderia gerar um viés, uma vez que cada um tem suas particularidades na forma de abordar o participante. Para diminuir esta distorção, os pesquisadores foram devidamente treinados pelos coordenadores da pesquisa. A abordagem dos funcionários, na maior parte das vezes, foi realizada durante o horário de trabalho e, em alguns momentos, o servidor estava incumbido de várias tarefas, fato que pode ter interferido nas respostas, ao tentarem respondê-las rapidamente.

O questionário que avaliou a qualidade de vida exigiu um maior grau de entendimento para a compreensão das perguntas, as quais pareciam complexas para alguns, e pela presença de perguntas com respostas cuja interpretação incluía uma escala de escores invertida, permitindo erros na interpretação ou na marcação das respostas. Contudo, os valores dos desvios-padrão das respostas sugerem que as mesmas não apresentaram discrepâncias importantes. Além disso, as perguntas relacionadas à qualidade de vida e as escalas de ansiedade e depressão são suscetíveis a variações de respostas em função do estado afetivo do indivíduo, no dia em que respondeu à pesquisa, ainda que se tenha alertado o participante sobre essa possibilidade, instruindo-o a pensar no que sentia levando-se em consideração as últimas semanas. As escalas de ansiedade e depressão e de qualidade de vida são compostas por questões que podem desencadear reações emocionais, as quais também podem interferir nos resultados. Permitir que o indivíduo respondesse sozinho a estes instrumentos foi uma maneira de tentar diminuir este viés.

No estudo em discussão, a escolaridade dos tabagistas concentrou-se nos níveis inferiores ao ensino superior (66% dos tabagistas), enquanto que no GNT 73% possuíam ensino superior completo ou maior grau de escolaridade. Estes dados concordam com pesquisas nacionais,<sup>4,5</sup> que mostraram uma relação inversa entre a prevalência de tabagismo e a escolaridade. *Pesut et al*<sup>32</sup> investigaram o perfil de trabalhadores da área da saúde de um hospital de ensino em Belgrado, na Sérvia, e encontrou dados semelhantes, mostrando que apenas 15% dos tabagistas tinham nível superior. Observou-se também uma relação inversa entre prevalência do tabagismo e renda familiar, semelhante ao que foi encontrado nos estudos nacionais citados,<sup>4,5</sup> que relatam renda significativamente menor entre tabagistas.

Esses fatos mostram uma certa perversidade da organização social em nosso meio, onde há uma privação de oportunidade de ensino e de maior renda, permitindo que grande parte da população fique mais vulnerável a substâncias causadoras de dependência como o álcool e o tabaco. Ademais, no atual estudo, também foi evidenciado um menor percentual de tabagistas casados ou em situação civil semelhante. Neste sentido, pode-se inferir que algumas variáveis demográficas e socioeconômicas, como não ser casado e possuir baixo nível de escolaridade e menor renda, estejam implicados na determinação do hábito do tabagismo e na dependência nicotínica, como sugerido por *Schmidt et al.*<sup>23</sup>

A jornada de trabalho diária maior no GT do que no GNT poderia sugerir a presença de um grau maior de estresse nos primeiros; contudo, a maioria dos tabagistas (59%) referiu não se sentir sobrecarregado com o trabalho. Segundo *Kouvonen et al.*<sup>33</sup>, a adição ao tabaco é maior entre trabalhadores com maior grau de estresse do que a observada em seus colegas com menor grau de estresse. Conforme estudo de revisão sistemática, já citado, diferentes variáveis foram descritas como “estresse no trabalho”, nos diversos estudos que exploraram este tema, o que poderia explicar a dificuldade em estabelecer a relação entre o estresse causado pelo trabalho e o hábito tabágico.<sup>22</sup> Desta forma, estudos mais detalhados que esclareçam os fatores responsáveis pelo estresse no trabalho e a avaliação de sua relação com o hábito tabágico ainda são necessários.

No GT, a mediana da carga tabágica foi de 12,67 anos-maço e a maioria foi classificada como dependentes nicotínicos de baixa ou muito baixa intensidade. O estudo de *Schmidt et al.*<sup>23</sup> apontaram para a associação entre uma carga de trabalho pesada e um menor nível de dependência à nicotina. Este estudo cita, como uma possível explicação para esta constatação, que uma carga de trabalho pesada permitiria menos tempo livre para o indivíduo fumar, dado que condiz com o presente estudo, se levado em conta o fato de que a jornada diária no HU – UFSC entre os tabagistas chega a quase nove horas. Porém, um dado curioso encontrado foi que os tabagistas faziam mais pausas durante a jornada de trabalho do que os nunca tabagistas, o que se faz inferir que exista um tempo disponível para fumar, durante o horário de trabalho.

A média de cigarros fumados durante o horário de trabalho foi de 4,2 cigarros por dia. Tendo em vista que se trata de trabalhadores de um hospital, o ideal é que não se fumasse nenhum cigarro no ambiente de trabalho. A Lei Federal 9.294/1996 proíbe o uso de produtos fumíferos em repartições públicas, nos hospitais, nos postos de saúde, em salas de aula, bibliotecas, recintos de trabalho coletivo e nas salas de teatro e cinema. Apesar disso – e da presença de placas que lembram a proibição –, a lei nem sempre é respeitada. Isto demonstra

a necessidade de que políticas de ambiente livre de fumo sejam adotadas e cobradas na prática, ainda de forma mais intensa nos ambientes hospitalares, nos quais o fumo passivo pode agravar o estado de saúde dos pacientes.

Um percentual expressivo de 79% dos tabagistas declarou ter realizado tentativas prévias de cessação e 77% afirmaram querer para de fumar, valores estes semelhantes – e até um pouco maiores – aos publicados por *Pesult et al.*<sup>32</sup> No momento da entrevista, grande parte dos funcionários (68%) encontrava-se no estágio de contemplação, sendo esta uma possível janela de oportunidade para a abordagem e o incentivo do tabagista no sentido da cessação.

O WHOQoL-BREF, questionário utilizado nesta pesquisa, já foi empregado em estudo realizado no Centro de Referência de Abordagem e Tratamento do Tabagismo da Universidade Estadual de Londrina e encontrou valores de escores médios de qualidade de vida, por domínios, significativamente menores entre os tabagistas, quando estes foram comparados aos nunca tabagistas. Semelhante ao atual estudo, a pesquisa realizada no Paraná não encontrou diferença estatisticamente significativa para o domínio físico, inclusive com escore maior entre os tabagistas. No entanto, diferentemente do presente estudo, encontrou diferenças significativas com menores escores para os outros domínios.<sup>12</sup> Em todos os domínios do WHOQoL-BREF, *Castro et al* encontraram escores mais baixos entre os tabagistas com alto grau de dependência nicotínica do que os obtidos entre os tabagistas com grau leve ou moderado. Os valores de escores por domínios encontrados por *Castro et al*, para tabagistas com grau leve de dependência, foram menores do que os valores encontrados no estudo em discussão.<sup>34</sup> Um estudo prospectivo envolvendo pacientes participantes de um programa de cessação tabágica, em um hospital terciário situado em Fortaleza, apontou uma melhora na qualidade de vida dos pacientes após o tratamento, avaliada através da aplicação do SF-36 no início e ao fim do programa.<sup>35</sup> Em geral, nossos funcionários, quer sejam tabagistas ou não, possuem em média uma boa escolaridade, razoável renda familiar e boa avaliação em todos os domínios da qualidade de vida, o que pode ter determinado a falta de diferenças de qualidade de vida entre as populações aqui relatada. Acredita-se que a qualidade de vida dos funcionários tabagistas do HU – UFSC seja melhor se comparada com a qualidade de vida da população de tabagistas em geral (utilizando como parâmetros os escores obtidos no WHOQoL-BREF no presente estudo e referências em discussão<sup>34</sup>).

Encontrou-se uma diferença expressiva entre os grupos quanto aos sintomas de ansiedade (aferidos pelo HADS-A), com uma prevalência de ansiedade no GT quase duas vezes maior do que no GNT. Para a depressão (aferida pelo HADS-D), não se encontrou

diferença significativa entre os grupos, diferentemente do observado em estudo de revisão da literatura, que afirma haver uma relação mais consistente entre depressão e tabagismo do que entre ansiedade e tabagismo, sendo este um tema ainda controverso.<sup>24</sup> No estudo realizado por *Castro et al*, constatou-se que os tabagistas com maior dependência apresentavam mais sintomas de ansiedade e de depressão.<sup>34</sup> Este fato pode determinar maior grau de dependência à nicotina e dificuldade adicional na cessação tabágica, pois os sintomas de abstinência nicotínica recrudescem e mimetizam estes transtornos psiquiátricos e são prontamente aliviados pelo ato de fumar.<sup>36</sup> Apesar de não se ter deparado com uma diferença de prevalência de transtornos psiquiátricos significativa, estudos apontam para a associação de transtornos mentais e tabagismo, além da associação com o abuso de substâncias, como o álcool.<sup>24,37</sup> O tratamento para a cessação em pacientes com comorbidades psiquiátricas pode se beneficiar de técnicas psicoterapêuticas, técnicas de relaxamento muscular e meditação.<sup>24</sup> Nesse sentido, faz-se necessário avaliar o paciente quanto a estes aspectos, para maior sucesso na tentativa de cessação (ou no tratamento do tabagismo).

Vários fatores se apresentaram como relacionados ao tabagismo como: menor renda e escolaridade, maior número de horas de trabalho, moderada carga tabágica, tentativas prévias de cessação e ansiedade. Os funcionários tabagistas, abordados no estudo em questão, exibiram moderada carga tabágica, com uma dependência nicotínica baixa ou muito baixa e estavam no estágio de contemplação no momento da entrevista. Isso perfaz um perfil de tabagista em momento oportuno para a abordagem quanto à cessação, de modo que o desenvolvimento de um ambulatório de atendimento e apoio ao tratamento, voltado para este público, torna-se muito interessante. É imprudente um serviço de saúde cuidar apenas dos seus usuários e deixar de lado a saúde dos seus funcionários, indivíduos com papel fundamental na estrutura hospitalar e influentes na educação dos pacientes.

Em síntese, este estudo destaca-se pela tentativa pioneira de ampliar a compreensão acerca dos funcionários hospitalares tabagistas, incluindo os aspectos demográficos, socioeconômicos, hábitos de vida, características relacionadas ao trabalho e ao hábito de fumar, qualidade de vida e transtornos psíquicos, permitindo uma visão mais global do indivíduo. Desta maneira, colaborou para o melhor conhecimento e compreensão do indivíduo tabagista funcionário de um local voltado para serviços em saúde, de forma a desenhar e planejar, futuramente, a melhor abordagem para estimular a cessação e também para tratar os indivíduos que desejem cessar o tabagismo. Faz-se necessário o desenvolvimento de estudos mais amplos entre os profissionais da saúde trabalhadores em hospitais, com o objetivo de entender melhor as peculiaridades desta população.

## 6 CONCLUSÕES

1. Os funcionários tabagistas do HU – UFSC são, em sua maioria, mulheres jovens, solteiras ou divorciadas, não obesas, que praticam atividades físicas, exercem profissões de nível técnico/administrativo/serviços gerais, não tem ensino superior e têm razoável renda mensal familiar. Comparando-se os grupos de tabagistas e de nunca tabagistas, encontramos entre os primeiros um menor nível de instrução e uma menor renda mensal familiar, porém maior do que a renda mensal dos tabagistas em geral.

2. Os funcionários tabagistas têm uma jornada diária, no HU – UFSC, maior do que os nunca tabagistas e fazem mais pausas durante o horário de trabalho.

3. A maioria dos funcionários do grupo de tabagistas iniciou o hábito antes dos 19 anos de idade, apresenta moderada carga tabágica, com tentativas prévias de cessação, estágio de contemplação e dependência nicotínica baixa ou muito baixa.

4. A qualidade de vida encontrada foi razoável nos grupos tabagistas e nunca tabagistas, com escores altos para todas as perguntas. As populações estudadas não diferiram significativamente quanto aos domínios de qualidade de vida analisados.

5. O grupo de tabagistas apresentou mais sintomas de ansiedade, enquanto os sintomas depressivos foram semelhantes entre os grupos e a diferença da prevalência de comorbidades psicológicas/psiquiátricas referidas entre os grupos não foi significativa.

6. Não se observou diferença quanto à prevalência do consumo de bebidas alcoólicas nos tabagistas e nos nunca tabagistas.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Musk AW, De Klerk NH. History of tobacco and health. *Respirology* 2003; 8:286–90.
2. Yach D, Wipfli H. A century of smoke. *Ann Trop Med Parasitol.* 2006; 100(5-6):465–479. Acesso em in: PubMed; PMID 16899149.
3. Mackay J, Eriksen M; World Health Organization. The tobacco atlas. Genebra (Suíça): World Health Organization; 2002 [acesso em 27 fev 2011]. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241562099.pdf>.
4. Ministério da Saúde (Brasil); Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2003. p. 53-67.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2008: Tabagismo. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
6. Godoy I. Prevalência de tabagismo no Brasil: medidas adicionais para o controle da doença devem ser priorizadas no Ano do Pulmão. *J. Bras. Pneumol.* 2010 Fev; 36(1):4-5.
7. Ministério da Saúde (Brasil); Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Programa nacional de controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer. 2ª ed. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2003.
8. Couto VF, Ruas G, Jamami M, Jamami LK. Avaliação da qualidade de vida e dependência nicotínica em indivíduos fumantes, ex-fumantes e não-fumantes. *EFDeportes.com* [periódico na Internet]. 2010 Dez [acesso em 2011 Mar 07];15(151):[aproximadamente 5 p.]. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd151/dependencia-nicotinica-em-individuos-fumantes.htm>.
9. Sborgia RC, Ruffino-Netto A. Tabagismo, saúde e educação. *J. Bras. Pneumol.* 2005 Ago; 31(4):371-372.
10. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Brasil). Livroto informativo sobre drogas psicotrópicas. 5ª ed. Brasília, DF: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; 2010.
11. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic 2009: implementing smoke-free environments. Genebra: World Health Organization; 2009.
12. Castro MRP, Matsuo T, Nunes SOV. Características clínicas e qualidade de vida de fumantes em um centro de referência de abordagem e tratamento do tabagismo. *J. Bras. Pneumol.* 2010 Fev; 36(1):67-74.

13. Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):33-38.
14. Kimura M, Silva JV. Índice de qualidade de vida de Ferrans e Powers. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009; 43(Esp):1098-1104.
15. 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(3):143-150.
16. Rocha NS, Fleck MPA. Validity of the Brazilian version of WHOQOL-BREF in depressed patients using Rasch modelling. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(1):147-153.
17. The WHOQoL Group. World Health Organization. WHOQoL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: World Health Organization; 1996.
18. Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JAS. As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. *J. Bras. Pneumol*. 2009 Jan; 35(1):73-82.
19. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, et al . Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. *J. Bras. Pneumol*. 2008 Out; 34(10):845-880.
20. Chatkin JM. A influência da genética na dependência tabágica e o papel da farmacogenética no tratamento do tabagismo. *J. Bras. Pneumol*. 2006 Dez; 32(6):573-579.
21. Viegas CAA, Andrade APA, Silvestre RS. Características do tabagismo na categoria médica do Distrito Federal. *J. Bras. Pneumol*. 2007 Fev; 33(1):76-80.
22. Perdikaris P, Kletsiou E, Gymnopoulou E, Matziou V. The Relationship between Workplace, Job Stress and Nurses' Tobacco Use: A Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health*. 2010 Mai [acesso em 4 mar 2011]; 7(5):2362-75. Acesso em in: PubMed; PMID 20623029.
23. Schmidt A , Neumann M, Wirtz M, Ernstmann N, Jox AS, Stoelben E, Wolf J, Pfaff H. The influence of occupational stress factors on the nicotine dependence: a cross sectional study. *Tobacco Induced Diseases*. 2010, 8:6.
24. Malbergier A, Oliveira Jr HP. Dependência de tabaco e comorbidade psiquiátrica. *Rev. Psiquiatr. Clín*. 2005 Out; 32(5):276-282.
25. Rondina RC, Gorayeb R, Botelho C. Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *J. Bras. Pneumol*. 2007 Out; 33(5):592-601.
26. Ministério da Saúde (Brasil). Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação de Prevenção e Vigilância. Deixando de fumar sem mistérios: manual do participante. Rio de



Janeiro: MS/INCA; 2004 [acesso em 30 jan 2011]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/tabagismo/manual/>.

27. Malta DC, Moura EC, Silva SA, Oliveira PPV, Silva VLC. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. *J. Bras. Pneumol.* 2010 Fev; 36(1):75-83.
28. World Health Organization. Definitions of Smoking. Global link. Genebra: World Health Organization; 2003.
29. Prochaska JO, DiClemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychol. Psychoter. Theor. Res. Pract.* 1982; 19(3):276-288.
30. Marcolino JAM, Mathias LAST, Piccinini L, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LAC. Escala hospitalar de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev. Bras. Anesthesiol.* 2007; 57(1):52-62.
31. Friend K, Levy DT. Smoking treatment interventions and policies to promote their use: a critical review. *Nicotine Tob. Res.* 2011; 3:299-310.
32. Pesut D, Milovanovic B, Bulajic M, Bozic D. Health care workers smoke as well--who, how much and why? *Pneumologia.* 2010 Jan-Mar; 59(1):19-22.
33. Kouvonen A, Kivimäki M, Virtanen M, Pentti J, Vahtera J. Work stress, smoking status and smoking intensity: an observational study of 46.190 employees. *J. Epidemiol. Community Health.* 2005; 59:63-69.
34. Castro MG, Oliveira MS, Moraes JFD, et al. Qualidade de vida e gravidade da dependência de tabaco. *Rev. Psiqu. Clín.* 2007; 34(2):61-67.
35. Sales MPU, Oliveira MI, Mattos IM, et al. Impacto da cessação tabágica na qualidade de vida dos pacientes. *J Bras Pneumol.* 2009; 35(5):436-441.
36. Viegas CAA. Tabagismo: do diagnóstico à saúde pública. São Paulo: Atheneu; 2007.
37. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA.* 2000 Nov; 284(20):2606-10.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

## APÊNDICE 1 - TCLE

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DEPARTAMENTO DE CLÍNICA MÉDICA</p>	
---	---	---

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Manuela Alexandre, Nicole Coelho Della Bruna, Rafaella Daboit Castagna, Pedro Mendonça de Oliveira, acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “TABAGISMO ENTRE FUNCIONÁRIOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL”, sob orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Leila Steidle e da Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Mariangela Pimentel Pincelli. Esse estudo que é parte da linha de pesquisa da Liga Acadêmica do Aparelho Respiratório e será parte de Trabalho de Conclusão do referido curso de graduação tem por objetivo descobrir a quantidade e as características de fumantes e ex-fumantes entre funcionários do HU-UFSC.

Para tanto, solicitamos sua participação nesta pesquisa que será desenvolvida no Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Os dados serão coletados através de entrevista com questionário estruturado. Além disso, solicitamos também autorização para realização de radiografias do tórax e avaliação de função pulmonar através de espirometria caso seja fumante ou ex-fumante.

Àqueles que consentirem em participar desta pesquisa, é garantido, a qualquer momento, o esclarecimento sobre a pesquisa e a liberdade de desistir sem qualquer prejuízo, bem como o sigilo de seus dados pessoais.

Em caso de dúvida, entrar em contato com Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Leila Steidle pelo telefone (48) 99697962.

#### Consentimento Pós-Informação

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

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

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

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

Nome por extenso de quem aplicou o TCLE:

Data:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura:

\_\_\_\_\_

**APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO**  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Centro de Ciências da Saúde  
 Departamento de Clínica Médica  
 Liga Acadêmica do Aparelho Respiratório



ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO – TABAGISMO

(1) QUESTIONÁRIO – Nº \_\_\_\_\_

(2) Iniciais: \_\_\_\_\_ (3) Setor do HU: ( ) \_\_\_\_\_ (4) Ocupação: ( ) \_\_\_\_\_

**DADOS DEMOGRÁFICOS/HÁBITOS DE VIDA**

5) Idade (em anos completos).	5)
6) Sexo: 1-Feminino. 2-Masculino.	6)
7) Estado civil: 1-Solteiro. 2-Casado/co-habitando. 3-Viúvo. 4-Separado/divorciado. 5-Outros.	7)
8) Peso: _____ kg Altura: _____ m <b>Valor do IMC (em Kg/m<sup>2</sup>):</b> 1-Abaixo do peso (IMC<18,5). 2-Peso normal (18,5-24,9). 3-Pré-obesidade (25,0-29,9). 4-Obesidade grau I (30,0-34,9). 5-Obesidade grau II (35-39,9). 6-Obesidade grau III (=ou>40,0).	8)
9) Como é o seu sono? 1-Tranquilo. 2-Agitado. 3-Insônia.	9)
10) Quantas vezes por semana você pratica atividades físicas (por pelo menos 10min seguidos)?	10)
11) Você costuma ingerir bebidas alcoólicas? 1-Não. 2-Sim.	11)
12) Quantas unidades de álcool por semana? Obs.: 1 lata de cerveja (350ml)=1,5U. 1 dose de destilados (50ml)=2,5U. 1 copo de vinho=1U.	12)

**SOCIOECONÔMICO**

13) Qual seu grau de escolaridade? 1-Analfabeto/Ensino fundamental incompleto. 2-Ensino fundamental completo. 3-Ensino médio completo. 4-Ensino superior incompleto. 5-Ensino superior completo. 6-Mestrado/doutorado.	13)
14) Qual a renda mensal total da sua família (em número de salários mínimos)?	14)
15) Você está satisfeito com o seu trabalho? 1-Muito insatisfeito. 2-Insatisfeito. 3-Pouco satisfeito. 4-Satisfeito. 5-Muito satisfeito.	15)
16) Você se sente sobrecarregado com sua jornada de trabalho? (Incluindo trabalho doméstico) 1-Não. 2-Sim.	16)

**ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HADS**

17) TOTAL: _____ Ansiedade: 1-Não (0-8). 2-Sim (9-21).	17.A)
18) TOTAL: _____ Depressão: 1-Não (0-8). 2-Sim (9-21).	18.D)

**TABAGISMO**

19) Você fuma? 1-Não fumante. 2-Fumante. 3-Ex-fumante. Obs.: Fumante: consumidor de, pelo menos, um cigarro diário por período não inferior a um mês ou aquele que cessou o hábito de fumar há menos de um mês. Ex-fumante: abandonou o cigarro por um espaço de tempo superior a um mês.	19)
20) Com qual idade iniciou?	20)
21) Carga tabágica (calcular em anos-maço).	21)
22) Já tentou parar de fumar? 1-Não. 2-Sim.	22)
23) Quantas vezes tentou parar?	23)
24) Quantos cigarros você fuma no horário de trabalho?	24)
25) Você gostaria de parar de fumar? 1-Não. 2-Sim.	25)
26) 1-Pré-contemplação. 2-Contemplação. 3-Preparação. 4-Ação. 5-Manutenção.	26)

**TESTE DE FAGERSTRÖM**

27) Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro? 0-Após 60 minutos. 1-Entre 31 e 60 minutos. 2-Entre 6 e 30 minutos. 3- Dentro de 5 minutos.	27)
28) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como igrejas, bibliotecas e etc? 0-Não. 1-Sim.	28)

<b>29)</b> Qual cigarro do dia que traz mais satisfação? 1-O primeiro da manhã. 0-Outros.	<b>29)</b>
<b>30)</b> Quantos cigarros você fuma por dia? 0-Menos de 10. 1-De 11 a 20. 2-De 21 a 30. 3-Mais de 31.	<b>30)</b>
<b>31)</b> Você fuma mais freqüentemente pela manhã? 0-Não. 1-Sim.	<b>31)</b>
<b>32)</b> Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo? 0-Não. 1-Sim.	<b>32)</b>
<b>33) Grau de dependência:</b> 1- <b>0-2</b> = muito baixo. 2- <b>3-4</b> = baixo. 3- <b>5</b> = médio. 4- <b>6-7</b> = elevado. 5- <b>8-10</b> = muito elevado.	<b>33)</b>

Entrevistador:

Data:

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA



Centro de Ciências da Saúde  
Departamento de Clínica Médica  
Liga Acadêmica do Aparelho Respiratório



## ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – HADS – Questionário nº \_\_\_\_\_

Leia todas as frases. Marque com um X a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as repostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Escolha apenas uma resposta para cada pergunta.

**A.** Eu me sinto tenso ou contraído:

- A maior parte do tempo  
 Boa parte do tempo  
 De vez em quando  
 Nunca

**D.** Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- Sim, do mesmo jeito que antes  
 Não tanto quanto antes  
 Só um pouco  
 Já não consigo ter prazer em nada

**A.** Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer

- Sim, e de jeito muito forte  
 Sim, mas não tão forte  
 Um pouco, mas isso não me preocupa  
 Não sinto nada disso

**D.** Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- Do mesmo jeito que antes  
 Atualmente um pouco menos  
 Atualmente bem menos  
 Não consigo mais

**A.** Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo  
 Boa parte do tempo  
 De vez em quando  
 Raramente

**D.** Eu me sinto alegre:

- Nunca  
 Poucas vezes  
 Muitas vezes  
 A maior parte do tempo

**A.** Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- Sim, quase sempre  
 Muitas vezes  
 Poucas vezes  
 Nunca

**D.** Eu estou lento para pensar e fazer coisas:

- Quase sempre  
 Muitas vezes  
 De vez em quando  
 Nunca

**A.** Eu tenho a sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- Nunca  
 De vez em quando  
 Muitas vezes  
 Quase sempre

**D.** Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- Completamente  
 Não estou mais me cuidando como eu deveria  
 Talvez não tanto quanto antes  
 Me cuido do mesmo jeito que antes

**A.** Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- Sim, demais  
 Bastante  
 Um pouco  
 Não me sinto assim

**D.** Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- Do mesmo jeito que antes  
 Um pouco menos que antes  
 Bem menos que antes  
 Quase nunca

**A.** De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- A quase todo momento  
 Várias vezes  
 De vez em quando  
 Não senti isso

**D.** Consigo sentir prazer quando assisto um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- Quase sempre  
 Várias vezes  
 Poucas vezes  
 Quase nunca

**34) TOTAL A.:**

**35) TOTAL D.:**





## APÊNDICE 3 - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Clínica Médica

Liga Acadêmica do Aparelho Respiratório



### ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO – TABAGISMO

(1) QUESTIONÁRIO – Nº \_\_\_\_\_

(2) Iniciais: \_\_\_\_\_ (3) Setor do HU: ( ) \_\_\_\_\_ (4) Ocupação: ( ) \_\_\_\_\_

#### ESTRUTURA LABORAL/ORGANIZAÇÃO DO TEMPO

36) Há quanto tempo trabalha nesta ocupação neste hospital (em meses)?	36)
37) Qual é a sua jornada de trabalho diária neste hospital (em horas)?	37)
38) Você trabalha somente neste hospital? 1-Não. 2-Sim.	38)
39) Qual é a sua jornada de trabalho diária neste outro trabalho (em horas)?	39)
40) No momento, está fazendo algum curso ou faculdade? 1-Não. 2-Sim.	40)
41) Qual é o seu horário de trabalho? 1-Diurno. 2-Noturno. 3-Alternado. 4-Diurno/alternado (plantão noturno). 5-Noturno/alternado (plantão diurno).	41)
42) Faz plantões nos finais de semana? 1-Não. 2-Sim.	42)
43) Você costuma fazer horas extras? 1-Não. 2-Sim.	43)
44) Você costuma fazer pausas durante a jornada de trabalho (não incluir almoço e jantar)? 1-Não. 2-Sim.	44)

#### QUALIDADE DO SONO

45) Quantas horas você dorme por noite?	45)
46) Por quantas horas você costuma dormir em outros períodos?	46)

#### SAÚDE MENTAL

47) Você tem algum transtorno psiquiátrico diagnosticado? 1-Não. 2-Sim. Qual? Passado ou presente?	47)
48) Faz uso de alguma medicação para o mesmo? 1-Não. 2-Sim. Qual?	48)
49) Tem ou já teve ideação suicida? 1-Não. 2-Sim e é atual. 3-Sim, mas não presente no momento.	49)

#### TABAGISMO

50) Você diminuiu ou aumentou a quantidade de cigarros por dia nas últimas 2 semanas? 1-Diminuiu. 2-Aumentou. 3-Não mudou. 4-Parou após 1ª etapa. 5-Ex-tabagista. 6-Não tabag.	50)
51) Quantos cigarros a mais (+)/a menos (-)?	51)

Entrevistador:

Data:

**WHO QoL-BREF**

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5

13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre <b>quão bem ou satisfeito</b> você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? .....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? .....

**Você tem algum comentário sobre o questionário?**

**OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 488

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pro-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

**APROVADO**

**PROCESSO:** 488 **FR:** 304740

**TÍTULO:** TABAGISMO ENTRE FUNCIONÁRIOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL

**AUTOR:** Leila John Marques Steidle, Profa. Mariangela Pincelli, Profa. Eleonora D'Orsi, Manuela Alexandre, Nicole Coelho Della Bruna, Pedro Mendonça de Oliveira, Rafaela Daboit Castagna

**FLORIANÓPOLIS,** 30 de Novembro de 2009.

\_\_\_\_\_  
Coordenador do CEPSH/UFSC

## APÊNDICE 4