

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Programa de Pós Graduação em Ciências Pneumológicas**

**PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DO TABAGISMO EM FUNCIONÁRIOS DO**  
**COMPLEXO HOSPITALAR DA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE E**  
**IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DO SEU CONTROLE**

**Elton Xavier Rosso**

**Porto Alegre**

**2012**

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Programa de Pós Graduação em Ciências Pneumológicas**

**PREVALÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DO TABAGISMO EM FUNCIONÁRIOS DO  
COMPLEXO HOSPITALAR DA SANTA CASA DE PORTO ALEGRE E  
IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DO SEU CONTROLE**

Elton Xavier Rosso

Orientador: José da Silva Moreira

Dissertação de Mestrado apresentada no  
Programa de Pós-Graduação em Ciências  
Pneumológicas da Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul para obtenção do título de  
Mestre.

**Porto Alegre**

**2012**

## CIP – Catalogação na Publicação

Xavier Rosso, Elton  
Prevalência e Características do Tabagismo em  
Funcionários do Complexo Hospitalar da Santa Casa de  
Porto Alegre e Implementação do Programa do seu  
Controle / Elton Xavier Rosso. -- 2012.

50 f.

Orientadora: Jose da Silva Moreira.  
Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa  
de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas, Porto  
Alegre, BR-RS, 2012.

1. Tabagismo. 2. Santa Casa. 3. Controle. 4.  
Fagerström. I. da Silva Moreira, Jose , orient. II.  
Título.

**DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho aos dependentes químicos e a todos aqueles que, de alguma forma, lutam por um mundo melhor.*

*“O conhecimento torna a alma jovem e diminui a amargura da velhice. Colhe, pois a sabedoria. Armazena suavidade para o amanhã.”*

*(Leonardo da Vinci)*

## Agradecimentos

Inicialmente, agradeço ao Pavilhão Pereira Filho e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo apoio e infra-estrutura para o desenvolvimento e conclusão desse projeto.

Ao Dr. José Moreira que com competência esteve à frente do Programa de Pós Graduação em Ciências Pneumológicas da UFRGS por tanto tempo. Agradeço pelo carinho, por ajudar a me tornar mais homem e por estender a mão quando necessário. Serei eternamente grato.

Ao Dr. Luiz Carlos Corrêa da Silva, idealizador do Programa de Controle do Tabagismo da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Pessoa que detém minha admiração e respeito, um exemplo de dedicação às atividades acadêmicas. Obrigado por estar comigo nos momentos difíceis e por abrir as portas do Pavilhão Pereira Filho.

Ao Dr. Nelson Porto, pela sabedoria, simplicidade, respeito e compreensão. Seu exemplo influencia a todos na busca de novos desafios. Figura humana indispensável. A única palavra que encontro para defini-lo é pai.

Aos meus avós, pais e minha irmã, pelo amor e solidez familiar. Pela humildade, desprendimento, liberdade de pensamento e por mostrarem o quanto a vida é bela.

À Caroline, ser humano que conjuga simplicidade e inteligência como ninguém. Estarei sempre ao seu lado.

Aos amigos, pelo aprendizado e convivência fraterna de tantos anos.

**SUMÁRIO**

<b>FICHA CATALOGRÁFICA</b> .....	iii
<b>DEDICATÓRIA</b> .....	iv
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	v
<b>SUMÁRIO</b> .....	vi
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	vii
<b>LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS</b> .....	viii
<b>RESUMO</b> .....	ix
<b>ABSTRACT</b> .....	x
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	01
<b>OBJETIVO</b> .....	05
<b>METODOLOGIA</b> .....	06
<b>RESULTADOS (FASES 1 e 2)</b> .....	09
<b>DISCUSSÃO</b> .....	18
<b>CONCLUSÕES</b> .....	24
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	26
<b>ANEXOS</b> .....	29
Anexo I - Cadastro de Prevalência de uso de Tabaco.....	29
Anexo II - Cadastro de Dependência de uso de Tabaco .....	30
Anexo III - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido .....	33
Anexo IV - Programa de Tratamento do Tabagismo .....	35
Anexo V - Programa de Tratamento do Tabagismo .....	36
Anexo VI - Teste de Depressão de Beck.....	39

**LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b>	Sexo.....	10
<b>Figura 2</b>	Cor.....	10
<b>Figura 3</b>	Estado civil.....	11
<b>Figura 4</b>	Escolaridade / Fagerström.....	11
<b>Figura 5</b>	Início do Tabagismo.....	12
<b>Figuras 6, 7, 8, 9, 10, 11</b>	Teste de Fagerström.....	13
<b>Figura 12</b>	Fagerström / Número de fumantes.....	14
<b>Figura 13</b>	Diagnóstico de ansiedade e depressão.....	15
<b>Figura 14</b>	Utilização de medicações antidepressivas e ansiolíticas.....	15
<b>Figura 15</b>	Substância que provoca dependência.....	16
<b>Figura 16</b>	Tabagismo como doença .....	16
<b>Figura 17</b>	Tabagismo passivo.....	17

**LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
col	colaboradores
OMS	Organização Mundial da Saúde
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério da Saúde
ISCMPA	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
RS	Rio Grande do Sul
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
SPSS	Statistical Package for Social Science
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
CID	Classificação Internacional de Doenças
DMS IV	Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais; Quarta Edição
RR	Risco Relativo
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
TF	Teste de Fagerström
kg	kilograma
Sr(a)	senhor(a)

## RESUMO

**OBJETIVOS:** Estudar prevalência do tabagismo nos funcionários da ISCMPA, avaliar fatores de risco para tabagismo e direcionar estratégias de controle a essa população.

**MÉTODOS:** Estudo transversal, em 2007 e 2008, Porto Alegre, RS. Em 2007, identificou-se por questionário, a prevalência do tabagismo na ISCMPA de um total de 5410 indivíduos. Em 2008, novo questionário foi aplicado somente nos fumantes (563 indivíduos), avaliando dependência, perfil, iniciação e fumo na família. Para análise, utilizou-se o pacote estatístico SPSS 11.0, com nível de significância de 5%.

**RESULTADOS:** Dos respondentes (4355) 12% declararam-se fumantes e o hospital com menor prevalência foi o Pavilhão Pereira Filho (9,3%). A idade média foi 36,9 anos, predominando sexo masculino (65,8%) e cor branca (74%). Desses, 60,4% relataram pai e 39,8% mãe tabagista na ocasião da adolescência. Ainda, 55,8% começaram a fumar entre 16 e 20 anos e 18,9% antes dos 15 anos. A maioria (97,8%) usava cigarros industrializados. A média do Fagerström foi 2,55. Viu-se que 65,5% usava álcool, em diferentes proporções. Diagnóstico de depressão (27,4%) e ansiedade (27,9%) apresentaram correlação positiva com o Fagerström ( $p < 0,0001$ ). Também o uso de antidepressivos e ansiolíticos ( $p < 0,008$ ) e o diagnóstico de depressão ou ansiedade ( $p < 0,001$ ) correlacionaram-se com o número de cigarros/dia. Somente 55,8% reconheceram o tabagismo como doença de dependência à nicotina. A maioria acreditava ser capaz de cessar o tabagismo (92,5%) e 90,8% pretendia parar. Quanto a apoio oferecido pela ISCMPA, 73,4% sinalizaram positivamente e ambulatório para tratamento foi estruturado. Após três anos de programa, a prevalência atual de tabagismo na ISCMPA caiu para 7%.

**CONCLUSÕES:** (1) A prevalência do tabagismo entre os profissionais da Santa Casa de Porto Alegre mostrou-se inferior à encontrada na região metropolitana da mesma cidade (12% versus 25%). (2) O início do hábito tabágico ocorreu antes dos 20 anos de idade em 75% dos indivíduos. (3) O grau de dependência foi relativamente baixo (média TF: 2,55). (4) Indivíduos com diagnóstico de ansiedade e depressão apresentam Fagerström mais elevado. (5) Apenas metade reconhecia o tabagismo como dependência. (6) A maioria (92%) disse querer parar de fumar.

## ABSTRACT

**OBJECTIVES:** to study the smoking prevalence among ISCMPA employees, evaluate smoking risk factors and tobacco control strategies targeting this population.

**METHODS:** a cross-sectional study, 2007 and 2008, Porto Alegre, RS. In 2007, we identified by questionnaire tobacco prevalence in ISCMPA a total of 5.410 individuals. In 2008 another questionnaire applied only in smokers (563 individuals), assessing dependency, profile and smoking initiation in the family. For analysis we used SPSS 11.0, we significancy level of 5%.

**RESULTS:** Respondents (4,355) 12% reported being smokers, and the hospital with lowest prevalence was Pereira Filho (9.3%).the mean age was 36.9 years old, predominantly male (65.8) and white (74%) of these, 60,4% reported father smoker and 36.9% mother smoker at the time of adolescence. Still 55.8% started smoking between 16 and 20 years old and 18.9 before the age of 15. Most of them (97.8%) used commercial cigarettes. Fagerström mean score was 2.55. We have seen that 65.5% used alcohol in different proportions. Diagnosis of depression (27.4%) and anxiety (27.9%) showed positive correlation with the Fagerström ( $p < 0.0001$ ). Also the use of antidepressants and anxiolytics ( $p < 0.008$ ) and diagnosis of depression or anxiety ( $p < 0.001$ ) correlated with the number of cigarettes / day. Only 55.8% recognized smoking as a disease of nicotine dependence. Most believed to be able to stop smoking (92.5%) and 90.8% intended to stop. When the support offered by ISCMPA, 73.4% was positive signaled and an outpatient treatment was structured. After three years of the program, the prevalence of smoking in ISCMPA fell to 7%

**CONCLUSIONS:** (1) The prevalence of smoking among professionals in Santa Casa de Porto Alegre is lower than that found in the region (12% versus 25%). (2) The initiation of smoking occurred before the age of 20 in 75%. (3) The degree of dependence is relatively low (mean TF: 2.55). (4) Individuals diagnosed with anxiety and depression have a higher Fagerström. (5) Only half recognizes that smoking is addictive. (6) The majority (92%) want to stop smoking.

## INTRODUÇÃO

### O TABAGISMO

No início da expansão do tabagismo, em países desenvolvidos, maiores prevalências eram observadas entre pessoas de classes sociais mais abastadas. Posteriormente, pelo menos em homens, sobre os quais há mais informações, essa situação foi progressivamente se invertendo. Ou seja, pessoas de melhor situação econômica foram progressivamente abandonando o tabagismo e, atualmente, nesses países, a população de mais baixas renda e escolaridade encontra-se mais exposta. Na Noruega, por exemplo, enquanto a prevalência de tabagismo entre homens de alta renda diminuiu de 75% em 1955 para 28% em 1990, o declínio, nesse mesmo período, foi bem menor entre pessoas de baixa renda: de 60% para 48%. Nos Estados Unidos, em 2002, a proporção de fumantes regulares era de 22% entre mulheres brancas e, entre mulheres indígenas, de 41%. Na China, entre pessoas sem nenhuma escolaridade, a prevalência de tabagismo é 6,9 vezes maior do que entre pessoas com nível médio de escolaridade (1).

Segundo dados do *Centers for Disease Control*, em 1995, 24,7% da população adulta norte-americana ( $\geq 15$  anos) era fumante regular e mais de dois terços (74%) destes fumantes gostariam de parar de fumar(2). No Rio Grande do Sul, em 1995, 27,4% da população adulta era fumante regular e, destes, 69,2% desejavam parar de fumar(3). No Brasil, atualmente cerca de 20% da população adulta fuma, verificando-se uma queda importante nesta proporção nas últimas três décadas. Em Porto Alegre, a capital brasileira onde mais se fuma, entre os adultos observa-se uma queda dos 40% de três décadas atrás para os atuais 25% (fonte: Ministério da Saúde, 2002). No nosso país, registram-se 200 mil mortes anuais devidas a doenças associadas ao tabaco.

O tabagismo representa um comportamento adquirido muito difundido e profundamente arraigado. Com exceção das necessidades primárias, é provável que o denominador comum mais próximo entre as pessoas seja o fumo. O papel crítico

da dependência nicotínica e sua importância na persistência do fumo e na dificuldade para sua suspensão são bem conhecidos. Esta dependência é um processo complexo que envolve a inter-relação entre farmacologia (dependência física), componentes comportamentais (condicionamento) e/ou psicológico (dependência psicológica) (4)

Se não houver uma mudança do curso da epidemia do tabagismo mundialmente, a OMS estima que o número de fumantes passará, entre os anos 2000 e 2030, de 1,2 bilhão para 1,6 bilhão e que o número de mortes anuais atribuíveis ao tabagismo aumentará de 4,9 para 10 milhões, sendo que 70% ocorrerão nos países menos desenvolvidos (5). Uma das principais causas de mortes prematuras e incapacidades, o tabagismo representa um problema de saúde pública, não somente nos países desenvolvidos como também em países em desenvolvimento, como o Brasil. O uso do tabaco, em todas as suas formas, aumenta o risco de mortes prematuras e limitações físicas por doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, bronquite, enfisema e câncer (6,7). Entre os tipos de câncer relacionados ao uso do tabaco incluem-se os de pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, estômago, fígado, pâncreas, bexiga, rim e colo de útero(8).

Helyer e col (1998) afirmam que o ato de fumar e a poluição ambiental por ele causada podem provocar uma série de danos à saúde dos trabalhadores e à produtividade da empresa, sendo importante a implantação de uma política de abolição ao tabagismo em seu ambiente (9).

Em todo mundo, é crescente o número de unidades de saúde e empresas que, conscientes de suas responsabilidades quanto à qualidade de vida de seus trabalhadores, vêm implementando programas de controle do tabagismo. Estudos prévios mostram que a implantação de uma política por um ambiente livre de tabaco reduziram as taxas de fumantes em até 40%(10). Esta medida deve ser adotada e defendida por grupos multidisciplinares com o objetivo de prevenir a iniciação tabágica e reduzir a prevalência do consumo.

Outro fator fundamental para se estabelecer um programa de controle do tabagismo em ambientes de trabalho é o fato de dados científicos indicarem a poluição tabágica ambiental prejudicial não só à saúde dos fumantes ativos, mas também à dos fumantes passivos(11). Outros benefícios dos ambientes livres de tabaco são a redução que ali se observa das taxas de iniciação ao tabagismo, e a ajuda que prestam aos fumantes no sentido de abandonarem o hábito(12).

Não há níveis seguros para a exposição passiva à fumaça do cigarro, sendo que a implementação de ambientes 100% livres de fumo é a única maneira eficaz de proteger a população dos efeitos prejudiciais da exposição passiva à fumaça do cigarro. Portanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incentiva os países membros a sancionar, implementar e fiscalizar leis que exijam que todos os lugares de trabalho e ambientes públicos fechados sejam 100% livres de fumo, promovendo assim proteção universal.

A OMS instituiu a Convenção Quadro, Primeiro Tratado Internacional para Controle do Tabagismo em que os Governos comprometem-se a desenvolver políticas efetivas, que vão desde o plantio do fumo até a comercialização e consumo de cigarros. Também, a implementação de um processo educativo e um programa adequado para tratamento dos fumantes. Esta é a maior e mais competente iniciativa mundial para o Controle do Tabagismo. (OMS, 2003)

No Brasil, o INCA (Instituto Nacional do Câncer), setor do Ministério da Saúde (MS), tem um Programa de Controle do Tabagismo que, mesmo tendo inúmeras dificuldades operacionais relacionadas ao tamanho do problema e inerentes a um país como o nosso, serve como um modelo a ser seguido. (MS, 1998)

Existem muitos estudos sobre a prevalência do tabagismo no Brasil. Em nível hospitalar, entretanto, os dados são escassos. Dessa forma, torna-se claro que a implementação de programas de controle do tabagismo na área de saúde mostra-se de suma importância, porém, em nosso país, são poucos os hospitais que desenvolvem esse tipo de atividade de forma contínua e sistematizada e, quando

implantados, a maioria deles não é avaliada. Essa situação é muito comum e segundo AKERMAN et al (13) (2002), na América Latina são raros os programas que aprofundam seus esforços de avaliação no sentido de mostrar efeitos e impactos. O problema do tabagismo atinge a todos. Por este motivo, optamos por fazer a avaliação do tabagismo na Santa Casa de Porto Alegre, particularmente pelo envolvimento atual da Instituição com este problema.

## OBJETIVOS

### a. GERAL

- Estudar a prevalência dos fumantes do Complexo Hospitalar da Santa Casa de Porto Alegre.

### b. ESPECÍFICOS

- Avaliar características dos fumantes, em especial a intensidade da dependência nicotínica na ISCMPA.
- Avaliar fatores de risco para o tabagismo.
- Determinar quais características são associadas com maior dependência à nicotina.
- Direcionar estratégias de controle a essa população.

## METODOLOGIA

O projeto foi realizado em 2 etapas, com início em 2007 e término em 2010. O delineamento utilizado foi transversal executado durante os anos de 2007 e 2008 na cidade de Porto Alegre, RS. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e todos os fumantes assinam consentimento pós-informado em participar do projeto (Anexo III). Os princípios éticos foram respeitados, tendo sido tomados todos os cuidados para proteger os direitos dos participantes da pesquisa, em atenção às determinações dos órgãos que legislam sobre a pesquisa em seres humanos no país, estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

No ano de 2007 foram identificados, através de questionário (Anexo I), os funcionários tabagistas do Complexo Hospitalar da Santa Casa, composto por 7 hospitais, e a prevalência do tabagismo nos mesmos. Em paralelo foram implementados os seguintes itens: sinalização em locais estratégicos (educação e advertência), palestras mensais (temas de acordo com datas alusivas e sazonalidade), divulgação de informações educativas para comunidade interna e realização de feiras de saúde. Em 2008 novo questionário (Anexo II) foi aplicado somente nos fumantes, visando avaliar o grau de dependência (Fagerström), o perfil do fumante, a iniciação ao tabagismo, os conhecimentos e as atitudes quanto à exposição tabagística e analisar variáveis demográficas, relacionadas ao fumo na família e escolaridade. Os questionários foram aplicados durante todos os turnos de trabalho da ISCMPA.

O fato de terem sido utilizados questionários individuais e confidenciais procurou minimizar a possibilidade de resultados falsos; entretanto não se pode descartar totalmente o que algum indivíduo possa ter escondido o fato de ser fumante.

Fumante foi definido, segundo publicações da OMS, o indivíduo que fumar no mínimo 100 cigarros na vida e atualmente fuma diariamente ou ocasionalmente (alguns dias).

Este projeto foi realizado, então, em duas fases:

1) *Primeira fase*: questionário aplicado na instituição no ano de 2007 para avaliar a prevalência do tabagismo nos funcionários da ISCMPA – anexo I.

2) *Segunda fase*: a partir de dados da primeira fase, identificamos os funcionários fumantes da instituição. Estes foram entrevistados pelos autores durante o primeiro e segundo semestres de 2008 através de questionário contido no anexo II.

A realização deste trabalho serviu de base para estruturação de um ambulatório para tratamento que serve a todos os funcionários que o procuram espontaneamente para abandono do tabagismo. Este é composto por Médico, Enfermeira, Assistente Social, Nutricionista e Psicóloga, onde são coletados dados gerais de anamnese e exame físico, com especial ênfase na avaliação do hábito tabágico, postura frente ao vício, tentativas prévias de abandono, sintomas respiratórios, comorbidades e eventuais medicamentos em uso e a fase de abandono em que se encontrava o paciente (Anexo IV).

A formação da Comissão foi aprovada pela Direção Executiva ISCMPA e é composta por membros da saúde com vínculo institucional, profissionais administrativos, funcionários fumantes e não fumantes, capacitados segundo modelo preconizado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e Instituto Nacional do Câncer. A mesma realiza reuniões periódicas (semanais), sempre com a presença de um médico, desde o início da implementação do programa. No final do ano de 2010, após o três anos de funcionamento do ambulatório, novo questionário, idêntico ao da primeira fase do projeto, foi aplicado. A prevalência do tabagismo na ISCMPA caiu para 7%, fato que pode estar relacionado a estruturação deste projeto.

A seguir as etapas do programa para o tratamento do tabagismo:

- A seleção dos integrantes se deu por sua disposição em parar de fumar manifesta a recepcionista do Ambulatório de Pneumologia que marcará a consulta.
- Entrevista inicial e explanação do programa e do termo de adesão
- Consulta médica individualizada

- Seleção e composição do grupo inicialmente com 10 a 15 pacientes (ver critérios de inclusão/ exclusão) com oferecimento de terapia cognitivo comportamental.
- Realização dos (04) quatro encontros semanais no 1º mês
- Consulta individualizada com a nutricionista e psicóloga (para os casos avaliados e indicados pela equipe interdisciplinar)
- Realização de (04) quatro encontros quinzenais no 2º e 3º mês
- Realização de (09) nove encontros mensais até o 12º mês

#### **Critérios de inclusão no Programa**

- Desejo de parar de fumar;
- Aceitação do Programa e assinatura do termo de adesão;
- Se tivesse doença crônica deveria estar compensado e estável;
- Disposição em participar ativamente (dependência de cuidados e /ou dificuldade cognitiva grave pode inviabilizar a participação);
- Ser alfabetizado e conseguir realizar com facilidade leitura do manual do participante;

#### **Critérios de exclusão do Programa**

- Transtorno Psicótico Agudo;
- Transtorno de Humor Grave/Agudo;
- Doença Clínica Grave e aguda.
- Indisponibilidade de horário e recursos para deslocamento e participação nos encontros.

Foram descritas as variáveis quantitativas com distribuição simétrica pela média e o desvio padrão e as variáveis quantitativas com distribuição assimétrica pela mediana e intervalo interquartil. Foram comparadas as variáveis quantitativas pelo teste de Mann Whitney ou teste de Kruskal-Wallis, descritas as variáveis categóricas pela frequência absoluta e frequência relativa percentual e associadas com variáveis categóricas pelo teste de Qui quadrado. Foi considerado o nível de significância de 5%. A análise foi processada utilizando o software Statistical Package for Social Science versão 11.0 (SPSS 11.0).

## RESULTADOS

Na primeira fase do projeto, no ano de 2007, dos 5410 funcionários, 4355 responderam o questionário (Anexo I) devidamente preenchido (correspondendo a 80% da população alvo). As perdas ocorreram principalmente devido a licenças, férias, afastamentos e não localização dos indivíduos. Dentre os respondentes, 88% declararam-se não fumantes e 12% (n: 528) foram classificados como fumantes. Na segunda fase do projeto, no ano de 2008, foram entrevistados somente os funcionários fumantes (inicialmente 528 indivíduos), com o objetivo de conhecer as características, avaliar fatores de risco para o tabagismo, grau de dependência e também auxiliar o direcionamento de estratégias antitabágicas a essa população em especial, já que ambulatórios para tratamento foram estruturados durante o ano, a medida que o trabalho se desenvolvia.

Visando diminuir as perdas, sempre perguntava-se aos fumantes e às chefias dos setores se havia outros tabagistas em atividade, que não haviam respondido o questionário aplicado em 2007 (Primeira Fase). Com isso, foram identificados 35 novos casos, o que aumentou para 563 o número de tabagistas na Instituição. Desses 563 indivíduos, informações foram coletadas de 412 (73,1%), numa segunda fase. Nessa segunda etapa, as perdas ocorreram devido a: afastamento (42 pessoas), licença ou férias (28 pessoas), ex – fumantes (34 pessoas), nunca haviam fumado (8 pessoas), aposentadoria (9 pessoas), não localizadas (27 pessoas), recusas (2 pessoas) e falecimento (1 pessoa). Fato semelhante ocorreu na primeira etapa do projeto, porém em diferentes proporções. Não foi possível localizar 27 pessoas, que foram transferidas de setores entre as duas fases do projeto. Ainda, 8 pessoas haviam sido registradas, por engano, como sendo fumantes.

Dentre os Hospitais do Complexo Hospitalar estudado, aquele que apresentou a menor prevalência de tabagismo foi o Serviço especializado em doenças pulmonares, com 9,3% de fumantes. Não detectamos diferença na porcentagem de fumantes em relação ao turno de trabalho.

A média de idade dos fumantes foi de 36,9 anos, o mais jovem com 16 anos e o mais velho com 67 anos. Observou-se predomínio do sexo masculino (65,8%) em relação ao feminino (34,2%), e de brancos (74%) em relação a pardos (11,4%) e negros (14,6%) (Figuras 1 e 2).

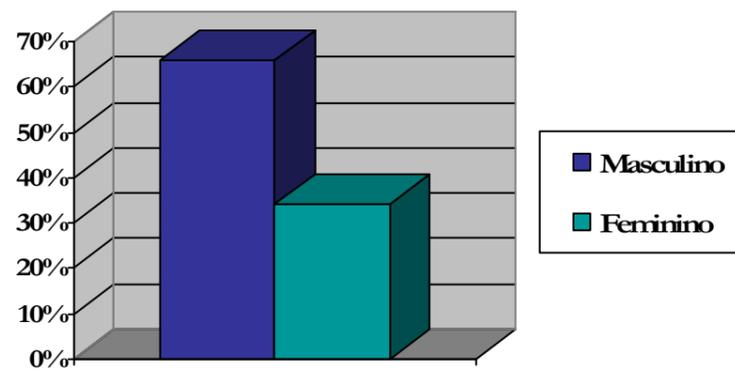


FIGURA 1- SEXO

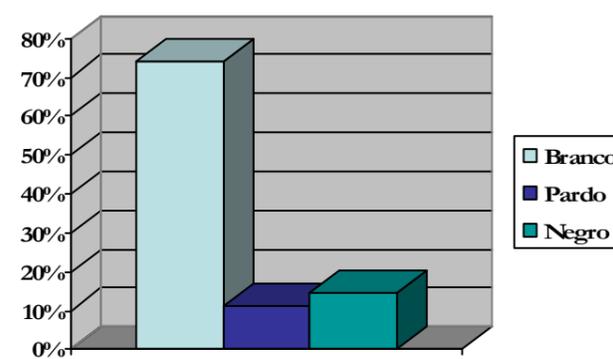


FIGURA 2 - COR

Dos tabagistas da Instituição, 50,2% eram solteiros, 35,7% eram casados, 11,4% divorciados e 2,7% viúvos (Figura 3).

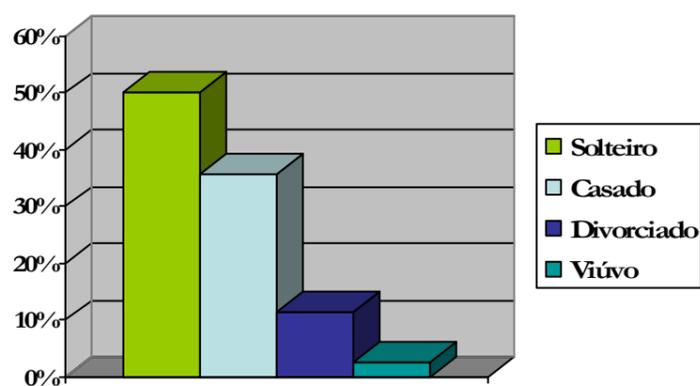
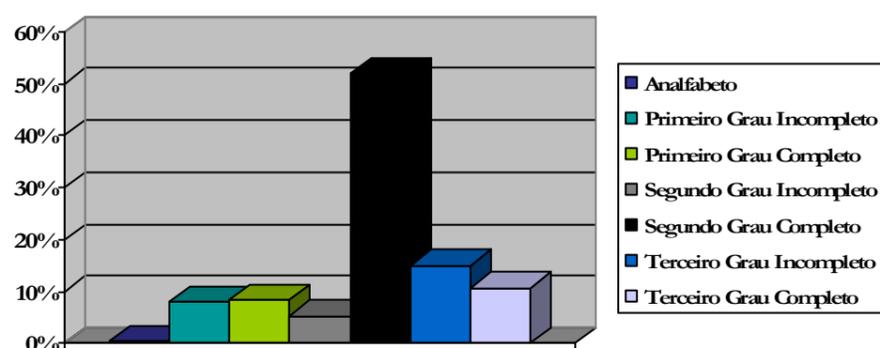


FIGURA 3 – ESTADO CIVIL

Em relação à escolaridade da população em estudo, 11% tinham terceiro grau completo, 15% incompleto, 52% tinham segundo grau completo, 6,5% incompleto, 8% primeiro grau completo, 7% incompleto e 0,5% eram analfabetos. Quando correlacionados o nível educacional e o rendimento estudantil nos funcionários fumantes da ISCMPA com os resultados do teste de Fagerström não houve significância estatística, apesar das pessoas de menor escolaridade possuírem índices mais elevados (Figura 4).

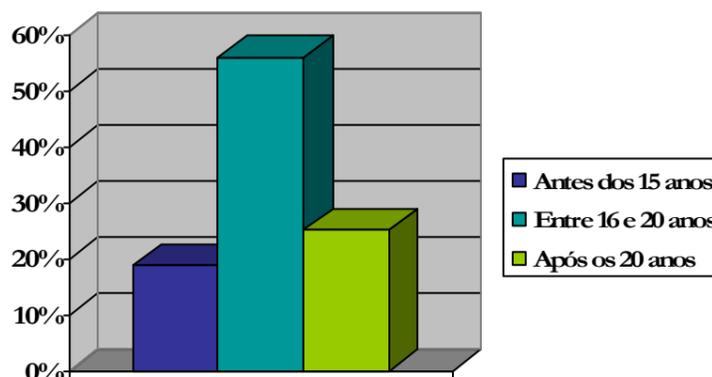


6 3,1 3,9 3,9 2,4 1,5 2,2

FIGURA 4 – ESCOLARIDADE / FAGERSTRÖN

Dos tabagistas da Instituição, 60,4% relataram que o pai fumava na ocasião da sua adolescência, 39,8% referiram que a mãe era fumante, e 27,1% referiram que ambos os pais fumavam. Quando questionados a respeito do estado conjugal dos pais na ocasião da adolescência, 71,4% referiam que os mesmos permaneciam casados. Dos entrevistados, 72,1% relataram tabagismo entre familiares que não os pais.

Em relação ao início do tabagismo, 55,8% o relataram entre 16 e 20 anos; antes dos 15 anos, 18,9% e, após os 20 anos, 25,2% (Figura 5), distribuição que se manteve igual entre homens e mulheres.

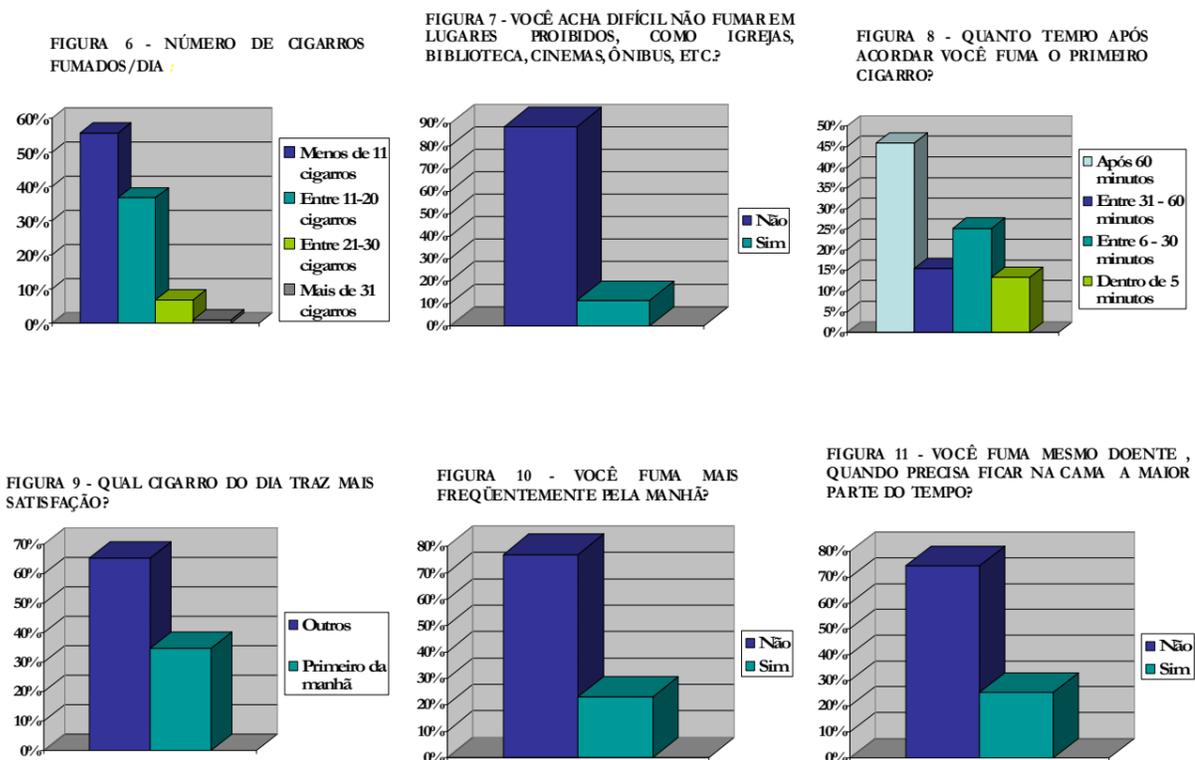


**FIGURA 5 - INÍCIO DO TABAGISMO**

Ao questionar o tipo de tabaco mais utilizado, observou-se que 97,8% usavam cigarros industrializados e 2,1% charutos ou cigarros não industrializados. À respeito da atitude da família em relação ao hábito, 72,3% mostravam-se desfavoráveis. Fato interessante, uma vez que parcela considerável dos familiares também era fumante.

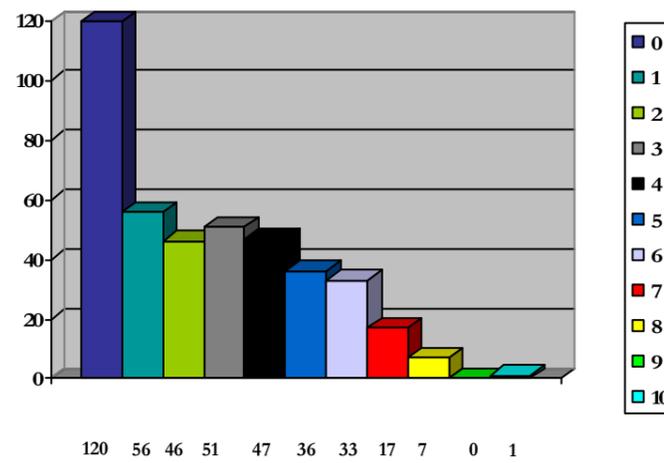
A seguir, as tabelas referentes às 6 perguntas do teste de Fagerström (Figuras 6, 7, 8, 9, 10 e 11). Dentre os funcionários fumantes 7,8% fumava mais do que uma carteira de cigarros por dia e a maioria (55,6%) fumava menos de 11 cigarros por dia

(Figura 6). Dos respondentes, 13,3% referiram fumar dentro de 5 minutos após acordar e 25,2% até 30 minutos (Figura 8).



**FIGURAS 6, 7, 8, 9, 10 e 11 – TESTE DE FAGERSTRÖM**

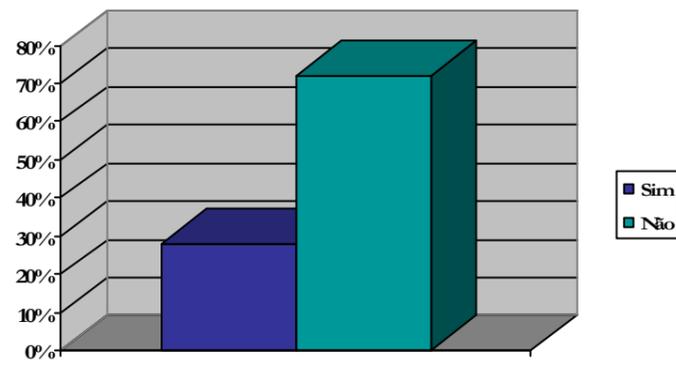
A média do Teste de Fagerström dos funcionários foi de 2,55 (variação de 0 a 10). Isso denota um grau baixo de dependência na ISCMPA. Ao todo, 58 indivíduos apresentaram Teste de Fagerström superior a 6 (fumante pesado) (Figura 12).



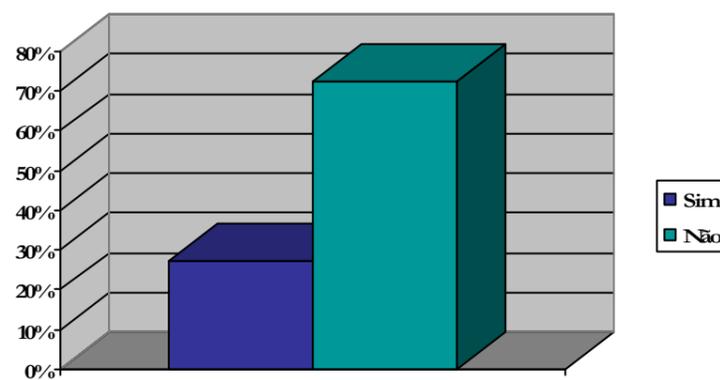
**FIGURA 12 – FAGERSTRÖM / NÚMERO DE PESSOAS**

Detectou-se ainda que 65,5% fazia uso de álcool, ao menos uma vez na semana, e que 34,5% não utilizavam. Daqueles, 9,2% consumiam bebidas alcólicas mais do que duas vezes na semana. Entretanto, não houve correlação significativa com os valores do Teste de Fagerström.

Entre os tabagista, 27,9% tinham diagnóstico prévio ou atual de ansiedade ou depressão e 27,4% já estiveram ou estavam utilizando tratamento (Figuras 13 e 14). Encontrou-se correlação significativa com os valores do Teste de Fagerström ( $p < 0,0001$ ). Ou seja, indivíduos com diagnóstico de ansiedade e depressão apresentavam Fagerström mais elevado.



**FIGURA 13 – DIAGNÓSTICO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO**



**FIGURA 14 – UTILIZAÇÃO DE MEDICAÇÃO ANTIDEPRESSIVA E ANSIOLÍTICA**

Também encontramos correlação significativa quando correlacionados os dados referentes ao uso de antidepressivos e ansiolíticos ( $p < 0,008$ ), diagnóstico prévio de depressão ou ansiedade ( $p < 0,001$ ) e número de cigarros fumados ao dia.

Avaliaram-se ainda os conhecimentos e as atitudes dos fumantes quanto à exposição tabagística e verificou-se que 94,4% reconheciam a nicotina como o

agente causador da dependência (Figura 15), porém, somente 55,8% o tabagismo como uma “doença de dependência à nicotina”(Figura 16).

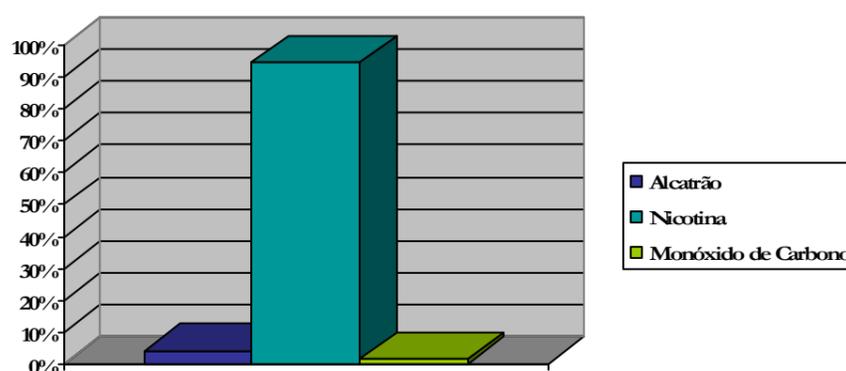


FIGURA 15 – SUBSTÂNCIA QUE PROVOCA DEPENDÊNCIA

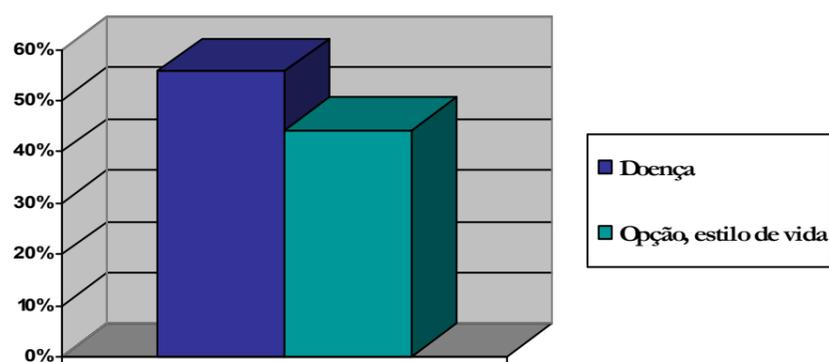
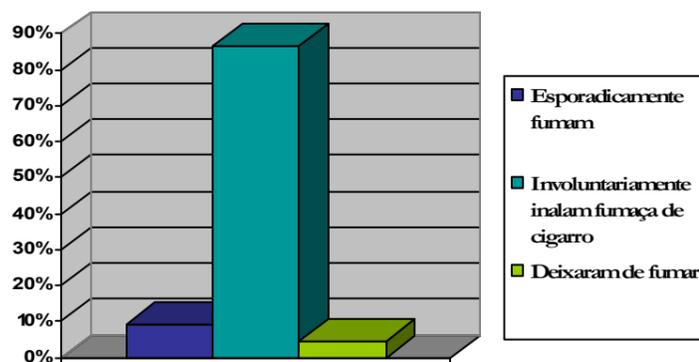


FIGURA 16 - TABAGISMO COMO DOENÇA

Dos tabagistas do Complexo Hospitalar 86,4% responderam corretamente a pergunta referente ao tabagismo passivo (Figura 17), ou seja, reconheciam o tabagismo passivo como algo prejudicial à saúde de pessoas que involuntariamente inalam fumaça de cigarro. Curiosamente 91,5% dos tabagistas, apesar de acreditarem que o tabagismo ativo lhes faz mal, mesmo assim continuam fumando.



**FIGURA 17 – TABAGISMO PASSIVO**

Não foi estratificada o número de tentativas prévias para deixar de fumar, mas verificou-se que a grande maioria deles já havia tentado a cessação ao menos uma vez (74,3%). Em relação aos hábitos e às atitudes tabágicas, a grande parte dos fumantes acreditava ser capaz de cessar o hábito (92,5%) e 90,8% pretendia parar.

Finalmente, quando questionados a respeito da possibilidade de tratamento e apoio oferecidos pela Santa Casa (Figura 18), como 73,4% sinalizaram positivamente, foi criado ambulatório específico para tratamento do tabagismo nestes funcionários. Atualmente, o mesmo encontra-se em atividade e aberto a todos àqueles funcionários que queiram abandonar o hábito. No mesmo período, foram estruturados outros dois ambulatórios para atendimento da população em geral submetido aos mesmos critérios de avaliação a que o dos funcionários. No final do ano de 2010, após o três anos de funcionamento do ambulatório, a prevalência do tabagismo na ISCMPA caiu para 7%, fato que pode estar relacionado a estruturação deste projeto.

## DISCUSSÃO

Acreditamos que a prevalência tabágica entre trabalhadores de um hospital seja inferior à população em geral, porém ainda é inaceitável, visto que esta categoria tem papel determinante na prevenção e na luta antitabágica, justificando uma campanha contra o fumo entre eles.

No mundo todo, embora em tendência crescente, ainda há muito menos mulheres fumando do que homens (1:6). Entre as mulheres, as evidências apontam para uma importante redução da média de idade de início do fumo conforme aumento na década de nascimento e o tabagismo entre elas ainda não atingiu uma clara estabilização. O aumento da prevalência do tabagismo nas mulheres adquiriu importância epidemiológica nos últimos 30 anos quando várias doenças tabaco-relacionadas apresentaram crescimento significativo. O melhor exemplo é o câncer de pulmão, que nos últimos anos aumentou significativamente, mais no sexo feminino que no masculino(14,15). Cabe ressaltar que não houve diferença significativa quanto ao sexo e início do tabagismo neste trabalho, ou seja, adolescentes do sexo feminino iniciaram o hábito nas mesmas proporções do sexo masculino.

O hábito de fumar na vida adulta está ligado diretamente à idade do seu início na adolescência ou na juventude. A adolescência é momento de busca a provas e desafios no âmbito físico e emocional, levando freqüentemente à experimentação de atitudes que identificam a vida adulta e dentre elas também está a iniciação ao tabagismo. A pesquisa nacional sobre saúde e nutrição de 1989 (PNSN) mostrou prevalências de fumo, entre adolescentes de 10 a 19 anos, de 8,9%. Mostrou ainda que 55% dos adolescentes começaram a fumar entre 13 e 15 anos e 2,5% desses iniciaram a fumar na faixa etária dos sete aos 12 anos. Estudos transversais realizados em Pelotas, Rio Grande do Sul, de 1997 a 2005, mostram prevalência global de fumo nos adolescentes, em 1997, de 11,1% (mais elevada que os 8,9% observados em 1989) com redução para 8,2%, no ano de 2005, e significância

estatística de 0,006. Dos tabagistas da ISCMPA a maioria (55,8%) relatou início entre 16 e 20 anos.

Em relação à escolaridade, observa-se que, no Brasil, a prevalência do tabagismo geralmente se apresenta mais elevada em grupos populacionais com menor escolaridade, o que é uma tendência comum na maioria dos países em todo mundo(16). O fato dos funcionários, na sua maioria, possuírem segundo grau ou mais (77,6%), ou seja, um nível educacional superior ao da população em geral e considerarem seus desempenhos estudantis bom ou ótimo (80,8%) talvez sejam os principais responsáveis por esta falta de correlação.

Fumantes que vivem em ambientes com outros fumantes têm atitudes que reforçam positivamente a continuidade do vício. Transtornos de conduta e pais tabagistas são preditores de risco(17). Pais fumantes não só geram modelo de comportamento, mas com freqüência deixam o cigarro disponível no lar. Entretanto, nem todos os estudos têm encontrado essa associação. Em relação aos fumantes da ISCMPA também não houve relevância estatística nessa variável, apesar de parcela considerável referir tabagismo entre os pais. O estudo Malcon(18) mostrou que os principais fatores de risco para tabagismo na adolescência, em uma análise multivariada, foram: maior idade, irmão mais velhos fumantes, maior número de amigos fumantes e baixa escolaridade. Sabe-se que existem ainda situações de vulnerabilidade para o tabagismo como divórcio, desemprego, viuvez e principalmente o fato de ser adolescente. Em relação a este último aspecto fica clara a correlação entre adolescência e tabagismo neste trabalho.

A proporção de usuários casuais de tabaco que evoluem para padrões de dependência é maior que a de usuários de cocaína, morfina e álcool(19, 20). Estima-se que cerca de 75% dos adolescentes experimentam o tabagismo, mas em torno de 60% dos experimentadores evoluem para o uso diário e dos quais 20-30% tornam-se dependentes. Este último grupo de fumantes não consegue abandonar o fumo, ainda que o queiram. Entre eles, um número considerável de pessoas bem informadas, inclusive de profissionais ligados à área da saúde (21, 22).

Avalia-se a dependência à nicotina através do Teste de Fagerström que seria o reflexo fiel do comportamento frente ao fumo, independentemente das

interpretações pessoais. Quando o fumante atinge 6 ou mais pontos no Teste de Fagerström ele é considerado um fumante pesado. Dentre as seis perguntas do Teste de Fagerström, certamente duas são mais sensíveis que as demais na identificação de um indivíduo mais dependente. A primeira, que se refere ao tempo para fumar o primeiro cigarro após acordar, avalia o quão precoce o fumante precisa de um cigarro pela manhã, revelando a intensidade da “fissura” (episódio transitório de desejo imperioso de fumar, compulsão). A pergunta sobre o consumo diário de cigarros, é a segunda pergunta mais importante e informa sobre a quantidade de nicotina da qual o indivíduo se tornou dependente. Fumantes de consumo intenso apresentam menor motivação, pois têm menor confiança na sua habilidade em superar os sintomas de abstinência. Os fumantes graves geralmente são do sexo masculino, maiores de 30 anos de idade, fumam o primeiro cigarro antes dos 30 minutos ao acordar, têm a percepção de dificuldade de abandonar o vício e pouca autoconfiança(23). Nesta casuística demonstrou-se baixa dependência entre os funcionários da ISCMPA. Entretanto, não menos preocupante, uma vez que indivíduos considerados como fumantes leves ou moderados têm pouca motivação para abandonar o tabaco, pois acham que podem parar quando quiserem

Tabaco e álcool são as duas drogas mais consumidas mundialmente. Por serem lícitas, são vendidas livremente, porém o tabaco, ao contrário do álcool, não gera um comportamento social inconveniente, o que reforça sua melhor aceitação. Há evidências de que beber precede o fumar, embora mulheres possam experimentar o cigarro antes da bebida e adolescentes experimentem drogas ilícitas antes do álcool e do cigarro. Já há algum tempo se sabe que a maioria dos alcoolistas é fumante pesada e que, entre os não-alcoolistas, aqueles que fumam consomem mais álcool que os não fumantes(24). Em 2003, Madden e Heath demonstraram que os mesmos genes estão envolvidos com o abuso de tabaco e/ou álcool. Em 2005, Weitzman e Chen(25), entrevistaram jovens adultos de universidades americanas, encontraram que 98% dos fumantes fazem uso de álcool e que mais de 50% dos bebedores freqüentes fumam. Em relação a este estudo, apesar de 65,5% dos respondentes fazerem uso de álcool, em diferentes proporções, não houve correlação significativa com os valores do Teste de Fagerström.

O tabagismo e a depressão estão entre as cinco principais causas de mortalidade e morbidade no mundo(26). A prevalência de tabagismo é muito maior em pessoas com depressão que na população em geral(27). Pacientes deprimidos tendem a aumentar o consumo de tabaco como uma automedicação para minimizar os sintomas depressivos, aumentando assim o risco de dependência. Segundo Breslau e cols(28) o risco para depressão em fumantes é duas vezes maior que em não- fumantes. Há evidências clínicas e experimentais de que a nicotina tem efeito antidepressivo pelo aumento da atividade dopaminérgica. Neste trabalho, essa informação foi corroborada verificando maior dependência, ou seja, um Fagerström mais alto ( $p < 0,0001$ ) entre aqueles indivíduos com diagnóstico prévio ou atual de depressão e ansiedade. Viu-se ainda, que indivíduos com estes diagnósticos ( $p < 0,001$ ) e que utilizaram ou utilizavam medicações para tais patologias ( $p < 0,008$ ), também fumavam um maior número de cigarros ao dia.

A prevalência de tabagismo em esquizofrênicos é três vezes maior que na população geral (29). Estes também fumam maior número de cigarros(30). Lembrando que a depressão é sintoma freqüente no curso da doença esquizofrênica, esses pacientes podem também estar automedicando-se através do efeito estimulante da nicotina.

É possível que haja um percentual maior de fumantes deprimidos do que o auto-relatado. Esse fato foi comprovado recentemente por Santos S.R. e col. quanto descreveram o perfil dos fumantes que procuraram o centro de cessação de tabagismo da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Isso respalda a informação de que muitos fumantes que precisam de apoio para parar de fumar desconhecem serem portadores de algum grau de depressão.

A nicotina é amplamente reconhecida como tendo grande capacidade de causar dependência. Cerca de 33% da nicotina absorvida chegam aos receptores cerebrais em 9 a 19 segundos através da circulação arterial. Este tempo de latência é menor do que se ela fosse injetada intravenosamente. Nos últimos anos, mudanças nos cigarros visando reduzir o conteúdo de nicotina não mostraram benefícios aparentes para a saúde pública segundo o relatório sobre fumo e saúde 28th Surgeon General Report, publicado em 27 de maio de 2004(31).

De fato a dependência do tabaco (nicotina) é classificada como doença mental e comportamental na Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O consumo da nicotina causa efeitos somáticos e psíquicos que podem ser caracterizados como dependência pelo uso de questionários padronizados – Associação Psiquiátrica Americana - Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-IV, 1994) e o da OMS (CID-10). Felizmente a quase totalidade dos indivíduos fumantes da ISCMPA reconhece a nicotina como a substância responsável pela dependência, porém apenas metade destes vê o tabagismo como doença. Uma vez que o nível educacional dos funcionários é superior ao da população em geral, números inferiores nestes devem ser encontrados.

Em relação a tabagismo passivo, Hirayama, em estudo prospectivo com duração de 14 anos, com 91.540 mulheres não-fumantes, concluiu que a probabilidade de morrer por câncer de pulmão era diretamente proporcional ao número de cigarros consumidos pelos maridos, RR: 1,6 quando fumavam mais de um maço/dia, e RR: 2,08 quando fumavam menos de um maço/dia. A intervenção no grupo de fumantes ativos é ainda a melhor estratégia pra redução, a médio prazo, da mortalidade relacionada ao tabaco(32). Nem todos os tabagistas desenvolvem Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), o que sugere que fatores genéticos podem modificar o risco individual. Assim, o fumante passivo pode desenvolver DPOC e o fumante pesado não(11). O reconhecimento dos malefícios do tabagismo passivo pela maioria dos respondentes revela mais uma vez o paradoxo e o potencial da dependência.

Finalmente, cerca de 70% dos fumantes querem parar de fumar, porém, aproximadamente um terço deles tentam. A maioria precisa de 5 a 7 tentativas antes que pare definitivamente, fato igualmente verificado entre os funcionários fumantes do Complexo Hospitalar da Santa Casa, já que 74,3% havia tentado ao menos uma vez deixar o hábito e cerca de 92,5% acreditava ser capaz de abandoná-lo. Isto sugere, admiravelmente, o desconhecimento da dependência da nicotina por parte da maioria dos funcionários em nível hospitalar. Pelo grau de escolaridade satisfatório do grupo, pode se inferir que possivelmente eles reconheciam os malefícios do tabagismo, mas ainda valorizavam excessivamente os prazeres

imediatos do vício ou não se encontravam emocionalmente capazes de aderir à tentativa de vencê-lo. Somente isso já seria o suficiente para justificar a importância de projetos dessa magnitude.

## CONCLUSÕES

Analisando os dados dessa dissertação, confrontados com os objetivos propostos, expressam-se as seguintes conclusões:

1. A prevalência do tabagismo na ISCMPA foi de 12% o que demonstra que esse grupo fuma menos que a população geral.
2. Na caracterização sócio-demográfica da população em estudo, notou-se uma média de idade de 36,9 anos; população masculina 65,8%; brancos 74%; solteiros 50,2%; segundo grau completo 52%.
3. Ainda em relação às características sócio-demográficas, o início do tabagismo ocorreu antes dos 20 anos de idade em 75% dos indivíduos.
4. O grau de dependência é relativamente baixo (TF: 2,55).
5. A grande maioria, 97,8% usam cigarros industrializados e 65,5% fazia uso de álcool ao menos uma vez por semana.
6. Dos tabagistas 27,9% tinham diagnóstico prévio ou atual de ansiedade ou depressão e 27,4% já estiveram ou estavam utilizando tratamento. Estes indivíduos apresentaram Fagerström mais elevado ( $p < 0,0001$ ).
7. Somente 55,8% reconhecia o tabagismo como dependência.
8. A maioria (92%) disse querer parar de fumar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez que os funcionários de um hospital, em todos os seus níveis, deveriam desempenhar um papel fundamental na prevenção, no controle e na cessação do tabagismo, é fundamental conhecer amplamente o comportamento dos mesmos em relação a esta dependência.

Embora os poucos estudos existentes mostrem uma menor prevalência de tabagismo nesta população, o tabagismo ainda incide amplamente nos mesmos. As conseqüências de tal atitude ainda são desconhecidas, uma vez que, quando um profissional da saúde ou um funcionário de um hospital acendem um cigarro toda credibilidade do sistema de saúde e a luta antitabágica são postos à prova.

O combate ao tabagismo é uma tarefa de relevância social. Portanto, cada um precisa dar a sua contribuição, seja técnica ou voluntária, no sentido da construção de uma sociedade na qual não haja espaço para a droga, seja lícita ou ilícita.

## REFERÊNCIAS

1. NATIONAL CANCER INSTITUTE. National Institutes of Health. Department of Health and Human Services. Women, tobacco and cancer: an agenda for the 21st Century. United States, 2004.
2. Centers for Disease Control: Cigarette smoking among adults. USA 1995. MMWR 1997;46:1217-20.
3. Oliveira Netto IC. Epidemiologia do tabagismo no Rio Grande do Sul [tese]. Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1998
4. Menezes AMG, Hallal PC, Silva F, Souza M, Paiva L, D' Avila A, Weber B, Vaz Viviane, Marques F, Hota BL. Tabagismo em estudantes de Medicina: tendências temporais e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Pneumologia* 2004;30 223-88.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Building blocks for tobacco control: a handbook. Geneva: WHO, 2004.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: WHO, 1998.
7. Villanova Carlos A.C. Tabagismo como fator de risco, In: Corrêa Da Silva LC. *Conduas em Pneumologia*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001, pp 210.
8. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER. IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans: tobacco smoking. Lyon: IARC, 1986. v.38.
9. Helyer AJ, Brehm WT, Gentry NO, Pittman TA. Effectiveness of a worksite smoking cessation program im the military: program evaluation. *AAOHN J* 1998; 46(5): 238-45.
10. Pinilla J, Gonzáles B, Barber P, Santana Y. Smoking in young adolescents: an approach with multilevel discrete choise models. *J Epidemiol Community Health* 2004; 27(2):170-81.

11. Siafakas NM, Tzortzaki EG. Few smokers develop COPD. Why? *Resp Med* 2002; 96: 615-24.
12. Elmor MRD. Tabagismo sob a ótica da promoção de saúde: meu filho como fumante passivo [dissertação]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2002.
13. Akerman M, Mendes R, Bogus CM, Westphal MF, Bichir A, Lyra Pedrosa M. Avaliação em promoção de saúde: foco no município saudável. *Revista de Saúde Pública* 2002 36 (5): 638 – 46.
14. Corrêa da Silva LC, Menezes AMB. *Epidemiologia das Doenças Respiratórias* 2001 Vol I p.145
15. Menezes AMB. Projeto Latino Americano de Investigação em Obstrução Pulmonar PLATINO 2006
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil 15 capitais e Distrito Federal, 2002 – 2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
17. Clark DB, Coenelius J. Childhood psychopathology and adolescent cigarette smoking. *Addict Behav* 2004 29(4): 837-41
18. Malcon M, Menezes AMB, Chatkin M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:1-7.
19. Rosemberg J. Tabagismo, sério problema de Saúde Pública 2ed SP:ALMED, p1-370, 1987
20. Rosemberg J. Nicotina – droga universal. 1º ed. Rio de Janeiro: INCA, P.1-239, 2005.
21. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psychiatric* 1996; 153: 1-31.
22. WHO. International statistical classification of diseases and related health problems (CID-10)., 10<sup>th</sup> ed. WHO, Geneve, 1992.

23. Wilson D, Wakefield M, Owen N, Roberts L. Characteristics of a heavy smokers. *Prev Med* 1992;21:311-9.
24. Dani JA, Harris. Nicotine addiction and comorbidity with alcohol abuse and mental illness. *Nat Neurosci* (2005) 8 (11): 1465-70.
25. Weitzman ER, Chen YY. The co-occurrence of smoking and drinking among young adults in college: national survey results from US. *Drug Alcohol Depend* (2005) 12;80(3): 377-86.
26. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability and the contribution of risk factors Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997 349(9063):1436-42.
27. Martini S, Wagner FA, Anthony JC. The association of tobacco smoking and depression in adolescence: evidence from US. *Subst Use Misuse* (2002)37(14):1853-67.
28. Breslau N, Johnson EO. Predicting smoking cessation and major depression in nicotine-dependent smokers. *Am J Public Health* (2000) 90 (7): 1122-7.
29. Zarin DA, Pincus HA, Hughes JR. Treating nicotine dependence in mental health settings. *J Prac Psych Behav Health* (1997):250-4.
30. Leonard S, Adler LE, Benhammou K et al. Smoking and mental illness. *Pharmacol Biochem Behav* (2001)70:561-70.
31. Benowitz NL, Hall SM, Stewart S, Wilson M, Dempsey D, Jacob P III. Nicotine and carcinogen exposure with smoking of progressively reduced nicotine content cigarette. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 2007;16(11):2479–85
32. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *British Medical Journal*, 1981, 282: 183-5.

**ANEXOS****Anexo I****Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre**  
**Cadastro de Prevalência de uso de Tabaco**

**Observação:** Deverá ser sinalizado com X a situação de cada funcionário, mesmo se não fumante.

1. Setor da Santa Casa: \_\_\_\_\_

2. Nome: \_\_\_\_\_

3. Fumante?

**Obs:** fumou no mínimo 100 cigarros na vida / 5 carteiras e atualmente fuma diariamente ou ocasionalmente

1.( ) Sim 2.( ) Não

4. Fuma ocasionalmente?

1.( ) Sim 2.( ) Não

5. Já fumei e parei há mais de um mês:

1.( ) Sim 2.( ) Não

6. Alguém fuma na sua casa?

1.( ) Sim 2.( ) Não

7. Deseja parar de fumar?

1.( ) Sim 2.( ) Não

Visto Gestor \_\_\_\_\_ Centro de Custo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Anexo II****Cadastro de Dependência de uso de Tabaco**

Setor da Santa Casa: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_

**2. Sexo:**

1. ( ) Masculino 2. ( ) Feminino

**3. Cor:**

1. ( ) Branco(a) 2. ( ) Pardo(a) 3. ( ) Preto(a)

**4. Estado Civil:**

1. ( ) Solteiro(a) 2. ( ) Casado(a) 3. ( ) Divorciado(a) 4. ( ) Viúvo(a)

**5. Escolaridade:**

1. ( ) Primeiro grau completo                      4. ( ) Primeiro grau incompleto                      7. ( ) Analfabeto  
2. ( ) Segundo grau completo                      5. ( ) Segundo grau incompleto  
3. ( ) Terceiro grau (universitário) completo    6. ( ) Terceiro grau (universitário) incompleto

**6. Como você considera seu desempenho estudantil?**

1. ( ) ótimo 2. ( ) bom 3. ( ) regular 4. ( ) ruim 5. ( ) péssimo

**7. Com quem você reside atualmente?**

1. ( ) Sozinho 2. ( ) Cônjuge 3. ( ) Pais 4. ( ) Amigos 5. ( ) Companheiro(a) 6. ( ) Outros familiares

**8. Estado conjugal dos pais na ocasião da sua adolescência?**

1. ( ) Casados 2. ( ) Separados / Divorciados 3. ( ) Não sabe

**9. Seu pai fumava na época da sua adolescência?**

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe

**10. Sua mãe fumava na ocasião da sua adolescência?**

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe

**11. Há tabagismo entre os familiares (fora os pais)?**

1.( ) Sim      2.( ) Não

**12. Início do tabagismo:**

1.( ) antes dos 15 anos    2.( ) entre 16 – 20 anos    3.( ) após os 20 anos

**13. O que você fuma?**

1.( ) Cigarros industrializados    2.( ) Cigarros feitos com fumo (palheiro)    3.( ) Charuto    4.( ) Cachimbo

**14. Você fuma em ambiente fechado (inclusive domicílio)?**

1.( ) Sim    2.( ) Não

**15. Qual a atitude de sua família em relação ao fato de você fumar?**

1.( ) Não sabem que fumo    2.( ) Desfavoráveis    3.( ) Indiferentes    4.( ) Favoráveis

**16. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinema, ônibus, etc.?**

1.( ) Sim    2.( ) Não

**17. Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?**

1.( ) dentro de 5 minutos    2.( ) entre 6 – 30 minutos    3.( ) entre 31 – 60 minutos    4.( ) após 60 minutos

**18. Qual cigarro do dia traz mais satisfação?**

1.( ) o primeiro da manhã    2.( ) outros

**19. Número de cigarros fumados/dia (em média):**

1.( ) menos de 11 cigarros    2.( ) entre 11–20 cigarros    3.( ) entre 21–30 cigarros    4.( ) mais de 31 cigarros

**20. Você fuma mais freqüentemente pela manhã?**

1.( ) Sim    2.( ) Não

**21. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo?**

1.( ) Sim    2.( ) Não

**22. Com qual freqüência você consome bebidas alcóolicas?**

1.( ) Não consome    2.( ) 1 vez por semana    3.( ) 2 vezes por semana ou mais

**23.Você utiliza ou já utilizou programa para emagrecer (dietas, medicamentos, etc.)**

1.( ) Sim      2.( ) Não

**24.Possui diagnóstico atual ou prévio de ansiedade e/ou depressão?**

1.( ) Sim      2.( ) Não

**25.Você está utilizando atualmente ou já utilizou alguma medicação antidepressiva e/ou ansiolítica?**

1.( ) Sim      2.( ) Não

**26.Tabaco provoca dependência. A substância (fração) que provoca dependência é:**

1.( ) o alcatrão    2.( ) a nicotina    3.( ) o monóxido de carbono (CO)

**27.Você acredita que o tabagismo é:**

1.( ) doença      2.( ) opção, estilo de vida, hábito

**28.Fumantes passivos são as pessoas que:**

1.( ) esporadicamente fumam    2.( ) involuntariamente inalam fumaça de cigarro  
3.( ) deixaram de fumar

**29.Você acha que o cigarro lhe faz mal?**

1.( ) Sim    2.( ) Não

**30.Você já recebeu algum tipo de informação sobre tratamento para parar de fumar?**

1.( ) Sim    2.( ) Não

**31.Você acredita que é capaz de parar de fumar?**

1.( ) Sim    2.( ) Não

**32.Você já tentou parar de fumar ?**

1.( ) Sim    2.( ) Não

**33.Pretende parar de fumar?**

1.( ) Sim    2.( ) Não

**34.Você gostaria de receber apoio ou tratamento oferecido pela Santa Casa?**

1.( ) Sim    2.( ) Não    3.( ) Estou em tratamento    4.( ) Não preciso de mais informações à respeito

### **Anexo III**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do Projeto:** Prevalência e Características do Tabagismo em Funcionários do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e Implementação do Programa do Controle do Tabagismo.

**Pesquisador Responsável:**

José da Silva Moreira

**Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável:**

Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Telefone para contato: (55) (51) 9356 3666

**Nome do voluntário** \_\_\_\_\_

Responsável legal (quando for o caso): \_\_\_\_\_

R.G. Responsável legal: \_\_\_\_\_

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Prevalência e Características do Tabagismo em Funcionários do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e Implementação do Programa do Controle do Tabagismo”, de responsabilidade do pesquisador Luiz Carlos Corrêa da Silva.

**A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS:** O motivo que nos leva a estudar o tabagismo é que o mesmo é responsável por 5 milhões de mortes a cada ano. Conhecendo a prevalência e as características dos fumantes em nosso meio podemos auxiliar na diminuição destes índices.

**DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS:** O participante não apresenta risco ao colaborar com o projeto de pesquisa.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

**O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.** Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento será arquivada no Hospital Dom vicente Sherer e outra será fornecida a você. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

**DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE:**

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar do estudo, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador \_\_\_\_\_ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento.

Local e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e Assinatura do sujeito ou responsável

\_\_\_\_\_  
José da Silva Moreira  
Pesquisador responsável

**Anexo IV****Programa de Tratamento do Tabagismo**  
**Irmãdada Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre**

Data: \_\_/\_\_/\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Data Nasc: \_\_/\_\_/\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Horário de trabalho: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Telefone Comercial: \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**

( ) Solteiro ( ) Divorciado ( ) Separado ( ) Casado ( ) Viúvo ( ) Outros

**Escolaridade**

( ) Não Alfabetizado ( ) Educação Infantil

( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio

( ) Nível Superior Incompleto ( ) Nível Superior Completo

**Dados Familiares**

Nome do Cônjuge \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

**Número de filhos e idades**

( ) Filhos Idade: ( ) Anos ( ) Fem ( ) Masc

( ) Anos ( ) Fem ( ) Masc

( ) Anos ( ) Fem ( ) Masc

**Renda Familiar**

Qual a renda mensal, juntando todos os ganhos que as pessoas que vivem na sua casa recebem, seja através de trabalho ou informal?

( ) Até 2 SM (até R\$ 520,00)

( ) De 2 até 4 SM (R\$ 521,00 até 1.040,00)

( ) De 4 até 7 SM (R\$ 1.041,00 até 1.820,00)

( ) De 7 até 10 SM (R\$ 1.821,00 até 2.600,00)

( ) De 10 até 20 SM ( R\$ 2.601,00 até 5.200,00 )

( ) Mais de 20 SM (R\$ 5.201,00)

Pessoa para contato que não resida no mesmo domicílio \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

**DADOS DE ENCAMINHAMENTO**

( ) Procura voluntária ( ) Médico / Clínica particular

( ) Amigo/Colega de trabalho ( ) Palestra de sensibilização da Santa Casa

( ) Outros \_\_\_\_\_

## Anexo V

### Programa de Tratamento do Tabagismo Irmãdade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Fuma \_\_\_\_ cigarros/dia desde \_\_\_\_ ( \_\_\_\_ anos/maço)

#### **Fase motivacional**

- ( ) pré contemplação
- ( ) contemplação
- ( ) preparação
- ( ) ação
- ( ) manutenção
- ( ) recaída

Fumo Passivo ( ) trabalho ( ) família \_\_\_\_\_  
Receio ganhar peso ( ) sim ( ) não

#### **Tentativas prévias em deixar de fumar**

( ) De 1 à 3 vezes ( ) + de 3 vezes ( ) Tentou sem sucesso ( ) nunca tentou  
Quando foi? Ano / Sintoma de abstinência / Porque voltou a fumar  
Última vez: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Penúltima vez: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Antepenúltima: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### **Utilizou algum recurso para deixar de fumar previamente**

- ( ) Bupropiona (Zyban / BUP / Zeutron)
- ( ) Reposição de nicotina (goma / adesivo)
- ( ) Orientações em folhetos
- ( ) Apoio de Profis. Saúde
- ( ) Outros \_\_\_\_\_

#### **Contra-indicações tratamento medicamentoso**

- ( ) IAM recente
- ( ) epilepsia
- ( ) gestação e amamentação
- ( ) doença psiquiátrica
- ( ) HAS difícil controle
- ( ) medicações \_\_\_\_\_
- ( ) distúrbio mastigatório
- ( ) prótese dentária
- ( ) outros \_\_\_\_\_

**História Médica Pgressa**

Doenças	Medicações em uso

Sintomas respiratórios: \_\_\_\_\_  
 Peso \_\_\_\_\_ kg                      Alt \_\_\_\_\_ cm                      IMC \_\_\_\_\_  
 AC \_\_\_\_\_                              FC \_\_\_\_\_ bpm                      PA \_\_\_\_\_ mmHg  
 AP \_\_\_\_\_                              FR \_\_\_\_\_ ipm                      Sat \_\_\_\_\_ %  
 COexalado \_\_\_\_\_ ppm  
 Extremidades \_\_\_\_\_

**Plano Tratamento**

- ( ) Grupo  
 ( ) Reposição nicotina \_\_\_\_\_  
 ( ) Bupropiona  
 ( ) Ansiolítico

**Exames complementares solicitados**

- 1) Rx Tórax
- 2) ECG
- 3) Espirometria
  - Volumes expiratórios forçados
  - Curva fluxo-volume
  - Espirometria após broncodilatador
- 4) Exames de laboratório
  - Colesterol Total
  - Colesterol HDL
  - Creatinina
  - Gama Glutamil Transferase
  - Hemograma
  - Transaminase Oxalacética
  - Transaminase Piruvica
  - Triglicérides
  - TSH

**TESTE DE FAGERSTRON**

1) Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?

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

2) Você acha difícil não fumar em lugares proibidos como Igrejas, bibliotecas, etc...?

- 1 ( ) Sim
- 0 ( ) Não

3) Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?

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

4) Quantos cigarros você fuma por dia?

- 0 ( ) Menos de 10
- 1 ( ) De 11 à 20
- 2 ( ) De 21 à 30
- 3 ( ) Mais de 31

5) Você fuma mais freqüentemente pela manhã?

- 1 ( ) Sim
- 0 ( ) Não

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

- 1 ( ) Sim
- 0 ( ) Não

Pontuação: \_\_\_\_\_

## Anexo VI

### TESTE DE DEPRESSÃO DE BECK

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

#### Instruções

Neste questionário existem grupos de afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação selecionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

- |  |   |
|--|---|
| <p><b>1.</b></p> <p>0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Sinto-me triste.</p> <p>2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.</p> <p>3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.</p> <p><b>2.</b></p> <p>0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.</p> <p>1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.</p> <p>2 Sinto que não tenho nada a esperar.</p> <p>3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.</p> <p><b>3.</b></p> <p>0 Não me sinto fracassado(a).</p> <p>1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.</p> <p>2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.</p> <p>3 Sinto que sou um completo fracasso.</p> <p><b>4.</b></p> <p>0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes.</p> <p>1 Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter.</p> <p>2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa.</p> <p>3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.</p> <p><b>5.</b></p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado(a).</p> <p>1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.</p> <p>2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.</p> <p>3 Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.</p> <p><b>6.</b></p> <p>0 Não me sinto que esteja a ser punido(a).</p> <p>1 Sinto que posso ser punido(a).</p> <p>2 Sinto que mereço ser punido(a).</p> <p>3 Sinto que estou a ser punido(a).</p> <p><b>7.</b></p> <p>0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> | <p><b>8.</b></p> <p>0 Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.</p> <p>1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.</p> <p>2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.</p> <p>3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.</p> <p><b>9.</b></p> <p>0 Não tenho qualquer idéia de me matar.</p> <p>1 Tenho idéias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.</p> <p><b>10.</b></p> <p>0 Não costumo chorar mais do que o habitual.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava fazer.</p> <p>2 Atualmente, choro o tempo todo.</p> <p>3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.</p> <p><b>11.</b></p> <p>0 Não me irrita mais do que costumava.</p> <p>1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.</p> <p>2 Atualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).</p> <p>3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.</p> <p><b>12.</b></p> <p>0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.</p> <p>1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.</p> <p>2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.</p> <p>3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.</p> <p><b>13.</b></p> <p>0 Tomo decisões como antes.</p> <p>1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.</p> <p>2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.</p> <p>3 Já não consigo tomar qualquer decisão.</p> |
|--|---|

1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).

2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).

3 Eu odeio-me.

**14.**

0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.

1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.

2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente.

3 Considero-me feio(a).

**15.**

0 Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes.

1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.

2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.

3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

**16.**

0 Durmo tão bem como habitualmente.

1 Não durmo tão bem como costumava.

2 Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.

3 Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

**17.**

0 Não fico mais cansado(a) do que o habitual.

1 Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes.

2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.

3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.

**18.**

0 O meu apetite é o mesmo de sempre.

1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.

2 O meu apetite, agora, está muito pior.

3 Perdi completamente o apetite.

**19.**

0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 kg.

2 Perdi mais de 5 kg.

3 Perdi mais de 7,5 kg.

Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos.

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

**20.**

0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

**21.**

0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.

2 Sinto-me, atualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

TOTAL : \_\_\_\_\_

0-10: NORMAL

10-16: DEPRESSÃO MODERADA

17-29: DEPRESSÃO SEVERA A MODERADA

30-63: DEPRESSÃO SEVERA