

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS - PPGCM
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**PREVALÊNCIA DE TABAGISMO E MOTIVAÇÕES PARA
FUMAR: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL, EM FLORIANÓPOLIS**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Margaret Menezes Pizzichini

Mestranda: Simone Aparecida Pereira Vieira

Florianópolis, 2014

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é consequência de muito trabalho, empenho, dedicação e perseverança.

Agradecer é umas das satisfações que tenho em agora fazê-lo:

A Deus por acalmar meu coração em todos os momentos bons e ruins e dar-me forças para prosseguir.

Aos meus amados pais Satirio e Marli Vieira, que com amor e fé não deixaram eu esmorecer e sempre me apoiaram e acreditaram em mim.

Ao meu amor, Robson José Rocha, que além de companheiro, amigo e consultor, soube ter paciência e compreender minha ausência, cansaço e loucuras no decorrer destes dois anos.

À minha cunhada, Cristiane Cinara Rocha, pelo incentivo e confiança.

Aos meus grandes amigos Ana Letícia Vargas Barcelos e Eduardo Nolla pelo incentivo e apoio.

À Coordenação, professores e servidores do Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas da Universidade de Santa Catarina pela oportunidade de aumentar meus conhecimentos.

Aos profissionais do Núcleo de Pesquisa em Asma e Inflamação em vias Aéreas – NUPAIVA pelo suporte à pesquisa.

À equipe da Respirar Centro de Medicina Respiratória de Florianópolis, que cedeu espaço para a instalação da “base” de coleta.

A todos os moradores e moradoras de Florianópolis que participaram da pesquisa, pela gentileza de abrirem suas portas e aceitarem participar da pesquisa.

À minha guerreira orientadora Dra. Márcia Margaret Menezes Pizzichini, por me deixar participar de um trabalho tão grandioso que apesar de árduo, deixa muitos ensinamentos de vida. Obrigada por acreditar em mim.

Ao Dr. Emílio Pizzichini por nos incentivar sempre na pesquisa.

À professora Tânia Silvia Fröde pela co-orientação em momento tão crucial.

À minha amiga, colega, conselheira e parceira para todas as horas Dra. Andréa

Hoepers, agradeço de coração, obrigada por fazer parte de minha vida! Sem você tudo teria ficado ainda mais difícil! Que Deus a ilumine sempre.

Aos pesquisadores da equipe *RESPIRA FLORIPA*: Aos coordenadores Prof. Dr. Emílio Pizzichini e Prof.^a Dra. Márcia Margaret Menezes Pizzichini, Andréa Thives Hoepers, Darlan Laurício Matte, Francine Cavalli, Guilherme Caminha, Máira Junkes, Manuela Karloh e Mirella Dias. Tudo é possível quando caminhamos juntos, foi muito bom trabalhar com vocês.

Aos entrevistadores que foram a campo e coletaram os dados, enfrentando sol, chuva, calor escaldante, frio, dentre outros. Foi um trabalho difícil, alguns desistiram pelo caminho e outros nos acompanharam até o fim. A vocês: Aline, Marineiva, Tere, Claudia, Juliana, Gracyere, Deisi, Marilei, Aline, Micheline, Vera, Patricia, Ana Paula, Aurenice, Márcia, Felipe, Lariane e outros, Muito Obrigada!

Ao amigo Dr. Alexandre Paim Diaz pelo pronto apoio e conhecimento transmitido.

Ao professor Antônio Guarda, técnico do IBGE Florianópolis, pela orientação precisa em nosso trabalho.

Aos secretários do PPGCM Ivo Dedicácio, Simone, Claudio, e ao bolsista Felipe, por sempre auxiliarem nas dúvidas burocráticas.

A minha família: Robson, Herick, Satirio, Marli, Camila, Denise, Julinha, Valda, Theodorico, Cristiane e demais familiares que torceram e rezaram por mim: a certeza do amor e confiança de vocês me deixou firme no propósito e agora não me canso de agradecer. Obrigada!

Enfim, a todos que de uma maneira ou de outra, contribuíram para a realização deste estudo, MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Introdução: O hábito de fumar promove importantes malefícios para a saúde como a dependência. Os usuários de cigarros entendem estes danos a saúde, no entanto este discernimento é esquecido diante do prazer e relaxamento proporcionado pelo tabaco. Entretanto estes fatores motivam o hábito de fumar e ultrapassam o zelo pela vida.

Objetivos: Estimar a prevalência de tabagistas e as motivações para fumar nos moradores da cidade de Florianópolis, SC, Brasil. **Métodos:** Estudo transversal de base populacional, representativo da população de Florianópolis, com idade igual ou superior a 40 anos. Neste estudo foram selecionados 1059 participantes, e realizadas avaliações domiciliares. Neste estudo foram identificados 183 tabagistas, os quais responderam ao questionário Escala Razões para Fumar da Universidade de São Paulo (ERF-USP). **Resultados:** A prevalência de tabagistas na população em estudo foi de 17,7%. Os principais fatores que levam o indivíduo a motivação para fumar foram prazer de fumar com escore médio de $3,9 \pm 1,1$, redução da tensão (escore de $3,6 \pm 1,2$) e dependência física (escore de $3,5 \pm 1,3$). A carga tabágica foi um determinante significativo dos domínios prazer de fumar, redução da tensão e dependência física. Sintomas de depressão foram significativamente associados com os domínios dependência física, estímulo, tabagismo social e associação estreita. O gênero feminino e a baixa escolaridade foram os determinantes significativos para os domínios: prazer de fumar e redução da tensão.

Conclusão: O presente estudo identificou uma prevalência de 17,7% de tabagistas e os principais fatores motivacionais foram dependência física, prazer de fumar e redução da tensão. A prevalência de tabagistas foi maior em mulheres do que em homens, mas os homens apresentaram maior carga tabágica. Estes resultados podem contribuir para direcionar as estratégias personalizada de cessação do tabagismo.

Palavras-chave: Tabagismo e motivações para fumar.

ABSTRACT

Background: The smoking habit promotes an important damage to health such as dependence. The cigarette smokers understand that this action is damaged to their health. However, they forget this damage in relation to the pleasure, and relaxation that these individuals have after smoke. Further, these factors motivate individuals to smoke and they do not take care of themselves. **Objectives:** To estimate the prevalence of smokers in the Florianopolis, SC, Brasil and the smoking motivations for these individuals. **Methods:** Cross-sectional population-based study, representative from Florianopolis's population, aged equal or above of 40 years old. In this study 1059 individuals were selected to participate in study and the evaluations were done at their home. In this study it was obtained 183 smokers who answered the questionnaire named Reasons for Smoking Scale, University of São Paulo (USP-ERF). **Results:** The prevalence of smoking habit in the present study population was 17.7 %. The prior factors for the individual's motivation to smoke were: smoking pleasure with a mean score of 3.9 ± 1.1 , tension reduction (score of 3.6 ± 1.2), and physical dependence (score of $3.5 \pm 1, 3$). The amount of smoked pack years was a significant determinant to smoking pleasure, stress reduction and physical dependence domains. Depressive symptoms were significantly associated with the physical dependence, stimulation, social smoking and close association domains. Female and low education were significant determinants to smoking pleasure and tension reduction domains.

Conclusion: The present study found a prevalence of 17.7 % of smokers and the main motivational factors to smoke were: physical dependence, smoking pleasure and tension reduction. The prevalence of smokers habit was higher in women than in men, but the amount of cigarettes smoked by men was higher than women. These findings may contribute to direct personalized smoking cessation strategies.

Keywords: Smoking and motivations to smoke.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1.A Fluxograma da seleção dos domicílios.....	26
Figura 1.B Mapa setor e quadra.....	26
Figura 2. Fluxograma do estudo.....	36
Figura 3. Distribuição da carga tabágica de acordo com o sexo dos participantes.....	38
Figura 4. Médias e desvios padrões dos escores dos domínios no estudo utilizando a ERF-USP.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos setores censitários estratificados por classe social e respectivo número de domicílios na cidade de Florianópolis.	25
Tabela 2. Distribuição dos 68 setores censitários estratificados por classe social e respectivo número de domicílios sorteados para o estudo na cidade de Florianópolis.	25
Tabela 3. Características sócio-demográficas e clínicas dos participantes do estudo.....	38
Tabela 4. Influência do gênero do participante sobre os escores dos domínios no estudo utilizando a ERF-USP	40
Tabela 5. Influência da escolaridade do participante sobre os escores dos domínios utilizando a ERF-USP	41
Tabela 6. Influência da quantidade de cigarros fumados (expressa em maços/ano) pelos participantes sobre os escores dos domínios utilizando a ERF-USP.....	42
Tabela 7. Influência da presença de diagnóstico funcional de DPOC sobre os escores dos domínios no estudo utilizando a ERF-USP.....	42
Tabela 8. Influência da presença de sintomas depressivos sobre os escores dos domínios no estudo utilizando a ERF-USP.....	43
Tabela 9. Regressão logística dos determinantes dos diferentes domínios no estudo utilizando a ERF-USP.....	45

LISTA DE ABREVIACÕES, SIGLAS E SÍMBOLOS

ANOVA	Análise de Variância
BD	Broncodilatador
CAT	<i>COPD Assessment Test</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control</i>
CEPON	Centro de Pesquisas Oncológicas
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabagismo
CVF	Capacidade Vital Forçada
DANT	Doenças e Agravos Não transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DP	Desvio Padrão
ERF-USP	Escala Razões para Fumar da Universidade de São Paulo
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HADS - A	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale, anxiety scores</i>
HADS - B	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale, depression scores</i>
HU	Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPAQ	<i>Internacional Physical Activity Questionnaire</i>
MS	Ministério da Saúde
MRSS	<i>Modified Reasons for Smoking Scale</i>
MPOWER	Plano de ação contra o Tabaco, usando siglas dos termos em inglês
NHANES III	<i>Third National Health and Nutrition Examination Survey</i>
NUPAIVA	Núcleo de Pesquisa de Asma e Inflamação das Vias Aéreas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PETAB	Pesquisa Especial de Tabagismo
PLATINO	Projeto Latino-Americano de Investigação em Obstrução Pulmonar
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PPGCM	Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas
PTMF	Prevalência do Tabagismo Motivações para Fumar
RSS	<i>Reasons for Smoking Scale</i>
SF-12	<i>Short Form -12</i>

SNOTT 22 *SinoNasal Outcome Test*

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC Universidade Federal de Santa Catarina

VIGITEL Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

VEF₁ Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo

WISDM -68 *Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives -68*

WHO *World Health Organization*

SUMÁRIO

	ABREVIACÕES, SIGLAS E SÍMBOLOS	
	LISTA DE TABELAS	
	LISTA DE FIGURAS	
	RESUMO	
	ABSTRACT	
1.	INTRODUÇÃO	12
1.1	Consequências do tabagismo.....	13
1.2	Controle e ações contra o tabaco.....	15
1.3	Motivações para fumar.....	16
2.	OBJETIVOS	20
2.1	Objetivo geral.....	20
2.2	Objetivos específicos.....	20
3.	METODOLOGIA	21
3.1	Delineamento do estudo.....	21
3.2	Aspectos éticos.....	21
3.3	Local do estudo.....	22
3.4	População do estudo.....	22
3.5	Tamanho da amostra.....	23
3.6	Processo de amostragem de domicílios.....	23
3.7	Crítérios de inclusão e exclusão.....	27
3.8	Definições do estudo.....	28
3.8.1	Indivíduos saudáveis.....	28
3.8.2	Tabagismo.....	28
3.8.3	DPOC.....	28
3.8.4	Sintomas de depressão.....	29
3.9	Metodologia dos procedimentos do estudo.....	29
3.9.1	Espirometria.....	29
3.9.2	Questionários do estudo.....	30
3.10	Estrutura organizacional.....	32
3.11	Controle de qualidade.....	33
3.12	Estudo piloto	34

3.13	Trabalho de campo.....	34
3.14	Suporte financeiro.....	34
3.15	Processamento dos dados.....	35
3.16	Análise estatística.....	35
4.	RESULTADOS	36
4.1	Escore dos domínios para fumar.....	39
4.2	Influência do gênero e da escolaridade dos participantes sobre os escores dos domínios no estudo utilizando a ERF-USP.....	39
4.3	Influência da presença de sintomas de depressão e de diagnóstico funcional de DPOC sobre os escores dos domínios utilizando a ERF-USP.....	42
4.4.	Regressão logística dos determinantes dos diferentes domínios no estudo utilizando a ERF-USP.....	43
5.	DISSCUSSÃO	45
6.	CONCLUSÕES	52
7.	REFERÊNCIAS	53

ANEXOS

ANEXO A. Questionário Platino/Respira Floripa

ANEXO B. Questionário de Exclusão para a Espirometria

ANEXO C. Questionário Hospitalar de Ansiedade de Depressão-HADS

ANEXO D. Escala Razões para Fumar da Universidade de São Paulo-ERF-USP

ANEXO E. Certificado Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

APÊNDICES

APÊNDICE A. Termo Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE

1. INTRODUÇÃO

A expressão tabagismo, da tradução literal do francês “tabagisme” significa abusar do consumo de produtos derivados do tabaco. O “tabaco” refere-se a uma planta herbácea alta, da família das solanáceas, cujas folhas são colhidas, curadas e enroladas para fazer charutos, cortadas para usar em cigarros e cachimbo ou tratadas para serem mastigadas ou inaladas em forma de rapé.¹

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), atual epidemia de tabagismo é a maior ameaça mundial enfrentada, matando cerca de seis milhões de indivíduos por ano. A OMS caracteriza o tabagismo como uma desordem mental e de comportamento em razão da síndrome de dependência à nicotina, principal substância psicoativa do tabaco, que induz a sensação de prazer e ao abuso.²

Ainda de acordo com estimativas da OMS existem no mundo cerca de um bilhão de fumantes consumindo anualmente cerca de seis trilhões de cigarros. Caso se mantenham as atuais tendências da sua expansão, por volta do ano de 2030, ocorrerão cerca de 10 milhões de mortes devido ao tabaco, das quais 50% serão em indivíduos em idade produtiva.²

No Brasil, o tabagismo ainda representa um grave problema de saúde pública. Um estudo realizado em 2011 pelo Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde (DANT) da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde estudou a prevalência do tabagismo em 26 capitais brasileiras e Distrito Federal. A prevalência de tabagismo no Brasil variou de 6,3% (Salvador) a 18,2% (Porto Alegre) e em Florianópolis, (SC) correspondeu a 13,6% .³

1.1 Consequências do Tabagismo

O tabagismo é a causa mundial mais importante de doenças não transmissíveis tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento.⁴ A associação entre fumar e a probabilidade de desenvolvimento de doenças físicas, é do tipo efeito dose-resposta, ou seja, o risco está diretamente relacionado com a intensidade da exposição ao fumo do cigarro.⁵

O ato de fumar é compreendido como o consumo de qualquer derivado do tabaco, produtor ou não de fumaça (cigarro, cigarro de palha, cigarrilha, charuto, cachimbo, rapé, tabaco mascado, narguillê).⁶ A definição apropriada de tabagismo e do tabagista implica em quantificar o consumo e conseqüentemente mensurar a exposição a toxinas, a dependência e agravos como doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas e neoplasias.⁷ A mortalidade atribuível ao tabaco aumenta lentamente após o início do tabagismo. Pessoas que começaram a fumar no início da idade adulta, mas que pararam antes dos 40 anos de idade evitam mais do que 90% os riscos decorrentes do tabagismo. O óbito entre fumantes é três vezes maior do que em pessoas que nunca fumaram, levando a uma redução da vida média em cerca de 10 anos. No entanto, indivíduos que fumaram no início da vida adulta, mas que pararam aos 30, 40 ou 50 anos de idade ganham cerca de dez, nove e seis anos de expectativa de vida, respectivamente, quando comparado com os que continuaram a fumar.⁴

O tabagismo aumenta em duas a quatro vezes o risco de doenças cardiovasculares e acidente vascular encefálico (AVE).⁸ Além disto, o tabagismo compromete a saúde reprodutiva e materno fetal, levando ao aborto, parto prematuro e nascimento de recém-nascidos com baixo peso.⁹

Do ponto de vista de potencial oncogênico, o tabaco está relacionado com a ocorrência de 30% das neoplasias como da cavidade oral, esôfago, faringe, estômago,

pâncreas, aparelho geniturinário, colo do útero e leucemia mielóide aguda. O Relatório do (*Centers for Disease Control and Prevention*) (CDC), de 2014 incluiu o câncer de fígado e de cólon a lista de doenças relacionadas ao tabagismo atual e passivo.⁸ Com relação ao câncer de pulmão, o mais frequentemente associado ao tabagismo, o fumo do tabaco aumenta o seu risco em 23 vezes nos homens, e em 13 vezes nas mulheres.⁸

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima 576 mil novos casos de câncer no Brasil para 2014, 27 mil casos incidentes de câncer de pulmão, precedido por câncer de pele não melanoma (182 mil casos), cânceres de próstata (68,8 mil), mama (57,1 mil), e intestino (33 mil).¹⁰

A Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, com base nos dados do Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), registrou em 2005, dentre as neoplasias relacionadas ao tabaco: 1.242 casos de câncer de brônquios e pulmões, 253 casos de câncer de laringe, e 134 casos de câncer de nasofaringe.¹¹

Uma das consequências diretas e mais importante da manutenção do tabagismo é o desenvolvimento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), definida pela Iniciativa Global para DPOC (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – COPD*) 2001¹² como uma doença comum, prevenível e tratável, caracterizada por limitação crônica ao fluxo de ar em resposta a inflamação das vias aéreas e do parênquima pulmonar devido à inalação de partículas ou fumaças tóxicas, das quais a mais importante é a fumaça do cigarro.¹³⁻¹⁴ Estima-se que 90% das mortes pela DPOC são causadas pelo tabagismo.¹⁵

Informações sobre a prevalência da DPOC na América Latina incluindo questões sobre tabagismo foram obtidas com o estudo Platino. No Brasil, o Estudo Platino foi conduzido em 2005 na área metropolitana da cidade de São Paulo, a prevalência encontrada de DPOC foi de 15.5% e de tabagismo de 24%.¹⁶ Pesquisa semelhante de base populacional utilizando a metodologia do estudo Platino foi realizada em Florianópolis, entre 2012 e 2013,

recebeu a denominação de Projeto Respira Floripa.

1.2 Controle e ações contra o tabaco

A Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) é o tratado internacional de saúde pública pelo qual houve o maior número de adesões entre todos os tratados da história da OMS foi assinada por 177 países dos seus 192 membros e estabeleceu acordos e estratégias de saúde pública para o controle à globalização da epidemia do tabagismo.^{17,18}

A CQCT/OMS estabeleceu metas e planos de ação contra o tabaco, e dentre eles, destaca-se o MPOWER, sigla dos termos em inglês: **M**onitoring (monitorar a epidemia), **P**rotecting (proteger a população contra inalação da fumaça), **O**ffering (oferecer ajuda para cessar o tabagismo), **W**arning (advertir sobre os perigos), **E**nforcing (fazer cumprir a proibição da publicidade promoção e patrocínio dos produtos relacionados ao tabaco), **R**aising (aumentar impostos sobre os mesmos).¹⁹

O Brasil é um dos países integrantes do CQCT e obteve resultados positivos, conforme dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.³ Dados da VIGITEL mostram que nos últimos seis anos avaliados houve um decréscimo de 20 % na parcela de tabagistas da população brasileira acima de 18 anos.

A portaria nº 571, publicada em 05 de abril de 2013, atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas do SUS é uma das estratégias antitabágicas do Ministério da Saúde (MS). Sua implantação contempla a necessidade de expansão do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), e atende as recomendações referentes ao artigo 14 da CQCT de 2003: implantação de medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco.²⁰

Contudo, deve-se observar que as estratégias da OMS implantadas atualmente devem ser integradas a outras formas de abordagens preventivas que enfatizem os aspectos psíquicos individuais de dependência e de vínculo gerados pelo tabaco que contribuirão para um impacto positivo na aceitação de fatores motivacionais extrínsecos (leis, impostos, publicidade antitabágica).⁴

1.3 Motivações para fumar

Apesar dos bem conhecidos malefícios do tabagismo, milhões de indivíduos continuam fumando. Dependência à nicotina é frequentemente considerada como a principal razão determinante para a continuidade do tabagismo. Contudo, os tabagistas também apresentam diversos motivos não farmacológicos, mas psicossociais, que mantêm seu comportamento de dependência.²¹

A nicotina é uma das principais substâncias tóxicas liberadas durante o fumo e esta promove a liberação de neurotransmissores no sistema nervoso central (SNC), como por exemplo: acetilcolina, dopamina (DA), glutamato, serotonina e ácido gama-aminobutírico (GABA)²² levando ao aumento do estado de alerta e a redução de apetite.²³

As medidas de dependência ao tabaco mais comumente usadas incluem o questionário de Fagerström de tolerância ao tabaco de (FTQ)²⁴ e o teste de Fagerström para a dependência de nicotina (*Test for Nicotine Dependence (FTND)*).²⁵ Contudo, o teste de Fagerström quantifica a dependência da nicotina sem considerar os aspectos motivacionais e psicológicos da dependência ao tabagismo.²⁶ Talvez a popularidade deste teste resida na rapidez de aplicação e na possibilidade desta escala prever recaída após retirada do tabaco, podendo ser reservado à prática clínica.²⁷

Com relação à multidimensionalidade da dependência ao tabagismo, estudos mostram

que a percepção dos tabagistas quando comparada à dos não tabagistas, subestima os riscos do tabagismo para a própria saúde. Os tabagistas distorcem a realidade ao acreditar que têm menor chance de desenvolver câncer de pulmão e que exercícios físicos podem anular os efeitos de fumar.²⁸ Além disto, a associação entre depressão e/ou ansiedade e tabagismo é bem documentada.²⁹

Fatores psicológicos ou comportamentais do tabagista como o desejo de potencializar afetos positivos ou minimizar os afetos negativos já foram descritos há quase meio século por Tomkins.³⁰ Com base nesses fatores e acrescentando o hábito e a dependência, Horn & Waingrow em 1966, desenvolveram a *Reasons for Smoking Scale* (RSS-Escala Razões para Fumar), um dos instrumentos inicialmente mais utilizados na aferição da motivação para fumar na América do Norte.³¹

Em 1969, a RSS foi aplicada em 2.094 tabagistas. Neste estudo, usando análise fatorial, Ikard e cols.³² identificaram seis elementos motivacionais: (1) estimulação, (2) relaxamento prazeroso, (3) hábito de fumar, (4) dependência do fumo, (5) redução de afetos negativos e, (6) manipulação sensório-motora.³²

Berlin e cols., em 2003, propuseram uma mudança na RSS adicionando três novas questões relacionadas a um fator motivacional designado “tabagismo social”. O novo instrumento, com 21 itens, foi designado como *Modified Reasons for Smoking Scale* (MRSS, RSS Modificada).³³ As propriedades psicométricas foram avaliadas em um grupo de 330 fumantes adultos e sete fatores foram identificados: (1) dependência do fumo, (2) prazer de fumar, (3) redução da tensão/relaxamento, (4) tabagismo social, (5) estimulação, (6) hábito e, (7) manuseio/automatismo. O que permitiu avaliar de forma consistente as modificações da imagem corporal e da identidade pessoal do tabagista.³³

Em 2004, Piper e cols.²⁶ desenvolveram um novo instrumento para distinguir as

razões motivacionais para fumar, o WISDM-68 (*Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives* – 68 itens, Inventário Wisconsin dos Motivos de dependência ao Fumo). O WISDM-68, apesar de extenso, é um instrumento que propicia uma avaliação compreensiva das motivações para fumar. Os 68 itens avaliam 13 domínios motivacionais do tabagismo: (1) associação estreita, (2) automaticidade, (3) perda de controle, (4) escolha comportamental/melhora, (5) aumento cognitivo, (6) “desejo intenso”, (7) exposição a gatilhos/processo associativos, (8) reforço negativo, (9) reforço positivo, (10) estímulos socioambientais (11) sabor/processo sensorial (12) tolerância e, (13) controle de peso. A validação inicial foi realizada em uma amostra de 775 fumantes, sendo que os resultados demonstraram que o WISDM-68 era um instrumento multidimensional e que as 13 sub-escalas possuíam boa consistência interna.²⁶

Em 2010, pesquisadores da Universidade de São Paulo³⁴ elaboraram uma nova Escala denominada Escala Razões para Fumar da Universidade de São Paulo (ERF-USP) a qual é composta por sete fatores tradicionais da MRSS e 14 itens do WISDM-68. (Ambas traduzidas, validadas e adaptadas transculturalmente para o português falado no Brasil).³⁵ Segundo os autores, esta escala é uma ferramenta de aferição adequada na avaliação das motivações para fumar e de fácil execução na prática clínica.³⁴

As propriedades psicométricas e a estrutura fatorial dos 21 itens distribuídos em nove domínios da ERF-USP foram validadas. Estes domínios demonstram o condicionamento ligado aos motivos para fumar: dependência física, prazer de fumar, redução de tensão, estimulação, automatismo, manuseio, tabagismo social, controle de peso, associação estreita (forte conexão emocional com o fumo e o cigarro). De acordo os autores, esta é uma ferramenta de aferição adequada na avaliação das motivações para fumar.³⁴

O presente estudo é parte do Projeto RESPIRA FLORIPA, que avaliou a saúde respiratória em indivíduos com idade igual ou superior a 40 anos, com foco em DPOC, visou

investigar a prevalência de tabagismo em Florianópolis e identificar as motivações que contribuem para a manutenção deste hábito.

Informações sobre o tabagismo em pessoas com faixa etária acima de 40 anos são escassas e incompletas não apenas no município de Florianópolis como também no Brasil. Esta faixa etária é particularmente importante por concentrar maior taxa de morbimortalidade associada ao tabagismo.

A identificação dos fatores motivacionais do tabagismo pode contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção e controle e principalmente para estabelecer estratégias personalizadas e direcionadas para a sua cessação.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

- Investigar a prevalência de tabagismo e as razões para fumar em adultos com idade igual ou maior a 40 anos residentes na cidade de Florianópolis.

2.2 Objetivos específicos

- Investigar qual o perfil socioeconômico e demográfico da população de tabagistas.
- Detectar as motivações do tabagismo nesta população.
- Estimar os determinantes dos diferentes domínios utilizando a ERF-USP.

3. METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

Este é um estudo transversal de base populacional, fundamentado na metodologia do estudo Projeto Latino-Americano de investigação em obstrução pulmonar (PLATINO).³⁶ O estudo consistiu de uma ou mais visitas aos domicílios na(s) qual (is) foram incluídos todos os adultos com idade superior a 40 anos e que concordaram em participar do estudo.

Os participantes responderam ao questionário Platino/Respira Floripa (Anexo A), acrescido dos seguintes questionários: de exclusão para espirometria (Anexo B), Questionário Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS),^{37,38} (Anexo C) e, Questionário Razões para Fumar da Universidade de São Paulo (ERF-USP)³⁴ (Anexo D).

Os desfechos do estudo incluíram, gênero, carga tabágica, escolaridade, classe social, diagnóstico funcional de DPOC, presença de sintomas de depressão e domínios da ERF-USP.³⁴

3.2 Aspectos éticos

O projeto Respira Floripa foi submetido e aprovado pelo Comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (Certificado n^os 766, processo: 1136 e FR: 385174), emitido em 31/12/2010 (ANEXO E). Para participar do estudo, todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido após

explicação detalhada do mesmo (APÊNDICE A). Neste projeto foi garantida a confidencialidade das informações, a participação voluntária e a possibilidade de deixar o estudo a qualquer instante, sem necessidade de nenhuma justificativa.

3.3 Local do estudo

O estudo foi realizado na zona urbana do município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. O município possui uma área territorial de 675,409 km, dividida em parte insular com 97,2% da área e uma parte continental. A coleta de dados do estudo Respira Floripa foi realizada no domicílio do(s) participante(s). A sede do trabalho de pesquisa foi o núcleo de pesquisa em asma e inflamação das vias aéreas (NUPAIVA) localizado no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Para facilitar a logística da pesquisa, uma base de dados foi instalada em uma clínica parceira onde foram armazenados todos os instrumentos e materiais (espirômetros, estadiômetros, balanças, aparelhos de pressão, tubetes-spirettes, espaçadores, medicamento Aerolin® para a realização da espirometria, jalecos, crachás dos entrevistadores, os questionários e todos os dados coletados que chegavam a cada dia, além de todo material de escritório e documentos dos entrevistadores e do próprio projeto) utilizados durante a realização do estudo.

3.4 População do estudo

A população de referência do estudo foi constituída por todos os adultos com idade igual ou superior a 40 anos, completos em 2012, de ambos os sexos e residentes na zona urbana de Florianópolis, Santa Catarina que concordaram em participar do estudo. De acordo com os resultados do Censo de 2010 (IBGE, 2010)³⁹ esta faixa etária correspondia a 37,4 % da população total do município naquele ano ou 157.450 habitantes (70.981 homens e 86.467

mulheres).

3.5 Tamanho da amostra

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado utilizando-se parâmetros semelhantes aos do em Projeto Latino-Americano de investigação em obstrução pulmonar (PLATINO), baseado na prevalência de DPOC encontrada neste estudo na cidade de São Paulo que variou entre de 7,8 a 19,7%³⁶ uma margem de erro de até 4 pontos percentuais e um percentual de não resposta de 20%. Neste protocolo utilizando esses parâmetros, foi estimado que uma amostra de 1000 sujeitos, seria adequada. Para obter uma amostra representativa, que respeitasse critérios probabilísticos e que contivesse adultos com idade igual ou superior a 40 anos, moradores da zona urbana de Florianópolis, foi realizado o cálculo da amostra para o estudo Respira Floripa que indicou a necessidade de 346 respondedores. Contudo, antevendo que a prevalência de DPOC em nosso meio poderia ser menor do que o estimado e para permitir múltiplas comparações determinou-se um tamanho amostral de 851 domicílios, e considerando a previsão de existirem 1,4 moradores na faixa etária acima de 40 anos por residência em Florianópolis, isso resultaria na inclusão de aproximadamente 1192 indivíduos. Destes todos os que declarassem ser fumantes foram convidados a responder o (ERF-USP)³⁴.

3.6 Processo de amostragem de domicílios

É importante ressaltar que o processo de amostragem dos domicílios foi o mesmo tanto para o projeto Respira Floripa quanto para os subprojetos, tendo em vista que os participantes do projeto Respira Floripa responderam a todos os questionários e, apenas os tabagistas responderam o (ERF-USP).³⁴

Dados obtidos com auxílio de um técnico do próprio IBGE,2010, estimaram que a população para Florianópolis com idade igual ou superior que 40 anos eram de 157.450.³⁹

Considerando que o número de moradores desta faixa etária por domicílio era de 1,4 foram sorteados 68 dos 419 setores censitários, totalizando 851 domicílios para ambos os projetos. O processo de amostragem foi realizado por conglomerados especificando os setores censitários e a seguir os respectivos domicílios. Neste protocolo foram considerados dois estratos para o sorteio amostral: (1) nível econômico e, (2) localização do setor dentro da área metropolitana.

A zona urbana de Florianópolis possui 12 distritos e 89 bairros subdivididos em 460 setores censitários. Destes, foram retirados os setores de situação denominados com código 4, 5, 6, 7 e 8, uma vez que estes setores ($n = 29$) não foram considerados legalmente urbanos.⁴² Neste protocolo também foram excluídos seis setores com código 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8, considerados como setores especiais (quartéis, alojamentos, embarcações, aldeias indígenas, penitenciárias, assentamentos rurais, asilos e orfanatos) e os setores zerados, ou seja, aqueles que não possuíam nenhuma unidade domiciliar ($n = 6$). Dessa forma, o universo de setores diminuiu para 419 (com um total de 100.491 domicílios) os quais foram divididos por classes sociais de acordo com a seguinte definição:

(1) **Classe A** – pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes com rendimento nominal mensal maior que 20 salários mínimos;

(2) **Classe B** - pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes com rendimento nominal mensal maior que 10 e igual ou maior a 20 salários mínimos;

(3) **Classe C** - pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes com rendimento nominal mensal maior que 3 e igual ou maior a 10 salários mínimos;

(4) **Classe D** - pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes com rendimento nominal mensal 1 e igual ou maior a 3 salários mínimos e,

(5) **Classe E** - pessoas responsáveis por domicílios particulares permanentes com

rendimento nominal mensal de até um salário mínimo ou sem rendimento (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Distribuição dos setores censitários estratificados por classe social e respectivo número de domicílios na cidade de Florianópolis.

Classe social	Número de Setores (n = 419)	Número de Domicílios (n = 100.491)
Classe A	53 (12,6%)	10966 (10,9%)
Classe B	15 (3,6%)	3646 (3,6%)
Classe C	306 (73,0%)	73663 (73,3%)
Classe D	42 (10,1%)	11746 (11,7%)
Classe E	3 (0,7%)	470 (0,4%)

n= número de setores e domicílios

Tabela 2. Distribuição dos 68 setores censitários estratificados por classe social e respectivo número de domicílios sorteados para o estudo, na cidade de Florianópolis.

Classe social	Número de Setores (n = 68)	Número de Domicílios (n = 846)
Classe A	8 (12,0%)	85 (10,0%)
Classe B	3 (4,4%)	34 (4,0%)
Classe C	49 (72,0%)	617 (72,9%)
Classe D	7 (10,2%)	102 (12,1%)
Classe E	1 (1,4%)	8 (1,0%)

n= número de setores e domicílios

Para cada setor censitário selecionado, foi desenhado um mapa com quadras (blocos) ou unidades similares numerados. Dentro de cada setor foi selecionado, aleatoriamente uma quadra (Figura 1A) Da mesma forma, dentro de cada bloco, uma esquina foi selecionada aleatoriamente a partir do qual, movendo-se à volta do bloco no sentido horário, cada segundo domicílio foi visitado até atingir número estimado. Em caso de ausência dos

3.7 Critérios de inclusão e exclusão

Todos os moradores com idade igual ou superior a 40 anos do domicílio e que concordassem participar do estudo deveriam ser entrevistados. Por sua vez, foram considerados como não elegíveis aqueles que não aceitaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Os critérios de exclusão para a realização de espirometria estão listados abaixo:

1. Indivíduos institucionalizados (presídios, hospitais, pensionatos, etc);
2. Indivíduos com doenças mentais;
3. Cirurgia torácica, abdominal ou oftalmológica (descolamento de retina) nos últimos três meses;
4. Angina e ou infarto agudo do miocárdio nos últimos três meses;
5. Indivíduos com tuberculose atual (foi perguntado sobre tuberculose atual ou anteriormente tratada).
6. Frequência cardíaca superior a 120 batimentos por minuto ou inferior a 60 batimentos por minuto;
7. Pressão arterial sistêmica superior a 180/90 mmHg;
8. Gestantes (situação referida pela própria entrevistada após ser interrogada);
9. Infecção respiratória nas últimas três semanas anteriores à avaliação (presença de tosse com expectoração nas últimas três semanas). Caso o entrevistado tivesse referido esta condição, a equipe retornava em data posterior para nova avaliação. Se o indivíduo não quisesse marcar para outra ocasião, questionava-se o último episódio de infecção respiratória, e a espirometria era, então, realizada no mesmo dia.

3.8 Definições do estudo

3.8.1 Indivíduos saudáveis

Os indivíduos que foram considerados saudáveis e que respondessem NÃO às perguntas 7 a 29 do Questionário Platino (ANEXO 1) e que à espirometria demonstrasse um volume expiratório forçado no primeiro segundo (VEF_1) $\geq 80\%$, capacidade vital forçada (CVF) $\geq 80\%$ e razão $VEF_1/CVF \geq 0,70$.

3.8.2 Tabagismo

A fim de manter a consistência durante a coleta de dados dos vários termos utilizados pelos entrevistados no auto-relato sobre o comportamento de fumar foi utilizado às definições do Centers for Disease Control and Prevention,⁴⁰ descritas abaixo:

Não - Tabagista: Adultos que nunca fumaram um cigarro ou que fumaram menos de 100 cigarros na vida;

Tabagista atual: Adultos que fumaram ao menos 100 cigarros durante a sua vida e relataram que estavam fumando na época da entrevista.

Ex-tabagista: Adultos que fumaram ao menos 100 cigarros em sua vida, passaram pelo período de desintoxicação e recaídas (em torno de um ano) e que atualmente não fumam mais.

3.8.3 DPOC

DPOC foi definida pela presença de limitação ao fluxo de ar das vias aéreas identificada por uma relação volume expirado forçado no primeiro segundo (VEF_1) sobre a capacidade vital forçada (CVF) pós broncodilatador $< 0,7$.¹⁴

3.8.4 Sintomas de depressão

Sintomas de depressão foram considerados presentes se o escore da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão-Depressão (HADS-D) fosse ≥ 8 .^{41,42}

3.9 Metodologia dos procedimentos do estudo

3.9.1 Espirometria

Antes da espirometria os participantes responderam a um questionário de elegibilidade para o exame (ANEXO B), além de terem seu pulso e pressão arterial aferidos com o entrevistado sentado e o braço apoiado, usando um aparelho digital (G-Tech BP3AF1[®], Premium, Suíça) após ter sido certificado de que o aparelho situava-se na linha do coração, conforme as instruções de uso. A espirometria não foi realizada se o entrevistado respondesse SIM a qualquer uma das questões ou se o pulso radial fosse superior a 120 ou inferior a 60 batimentos por minuto e/ou a pressão arterial fosse superior a 180/90 mmHg. Em caso de impossibilidade de realizar a espirometria no dia da entrevista, o exame era agendado para outro dia.

A espirometria pré-BD e pós-BD foi realizada de acordo com as especificações da *American Thoracic Society*⁴³ com um espirômetro portátil, a bateria e sistema de ultrassom (Easy-One[®], NDD, Medical Technologies, Suíça), sendo que a cada dia do estudo, os volumes e fluxos de todos os espirômetros foram testados com uma seringa de 3 litros, (3-Liter Calibration Syringe, NDD Medical Technologies, Suíça), antes dos entrevistadores irem a campo. Durante a espirometria foram utilizados cliques nasais e tubetes descartáveis *Spirette*[®], (NDD Medical Technologies, Suíça). Foi registrado como VEF₁ basal o melhor entre três valores reprodutíveis (amplitude inferior a 5%) com curvas fluxo volume aceitáveis. A administração de salbutamol 200 mcg liberados por um aerossol dosimetrado,

15 minutos antes da realização da espirometria pós BD, para que o medicamento fizesse efeito. A aplicação do salbutamol 200mcg foi realizada com o auxílio de espaçadores volumétricos individuais (*LuftChamber*® Adulto com bocal, Luft Controle de Alergia Ltda, Brasil). As três melhores avaliações manobras (em até oito tentativas) eram registradas e o restante dos testes, rejeitados. Após cada teste, o espirômetro automaticamente fornecia a avaliação da qualidade dos testes. O objetivo era obter grau “A” de acordo com os critérios de aceitabilidade das manobras, nas quais as diferenças entre os dois maiores valores de CVF e VEF₁ devem ser de no máximo 150 ml. Os valores de referência para cálculo do percentual dos resultados da espirometria foram determinados pelo software NHANES III,⁴⁴ do espirômetro Easy-One.

Todas as espirometrias foram transferidas e armazenadas em um computador do estudo, impressas e visualmente analisadas por um Pneumologista (MMMP), que conferiu a qualidade das mesmas. Curvas fluxo-volume inadequadas foram repetidas sempre que possível ou os dados do indivíduo eram rejeitados.

3.9.2 Questionários do Estudo

Questionário do Estudo Platino

O questionário do estudo Platino é um questionário validado⁴⁵ (ANEXO A), que contém questões que permitem a coleta de variáveis demográficas, socioeconômicas, relato de sintomas e de doenças respiratórias, medicação utilizada para doenças do pulmão, diagnóstico médico de enfermidades respiratórias e determinadas comorbidades, história de tabagismo, realização de espirometria e de vacina anti-influenza, aconselhamento para cessação do tabagismo, questões sobre qualidade de vida, absenteísmo no trabalho e lazer, infecções respiratórias em algum momento da vida, poluição intra-domiciliar e exposição a

poeiras.

Questionário Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

A HADS (ANEXO 3) foi desenvolvida na Inglaterra em 1982³⁷ e validada para o português do Brasil em 1995, por Botega e cols.³⁸ O instrumento é preferentemente respondido pelo próprio paciente e contém 14 questões, das quais 7 avaliam ansiedade (HADS-A) e 7 avaliam depressão (HADS-D) A escala enfatiza os sinais psicológicos ou consequências da ansiedade e da depressão, excluindo sintomas clínicos (tonturas, cefaleias). As questões se alternam, sendo que metade das questões são redigidas positivamente e a outra metade negativamente. Cada pergunta recebe um escore de zero a três, onde três representa o estado associado com mais depressão e/ou ansiedade.

Questionário Escala Razões para Fumar da Universidade de São Paulo (ERF- USP)

O questionário ERF-USP³⁴ (ANEXO D) foi respondido pelo próprio indivíduo (autorrelatado). As 21 questões são subdivididas em nove fatores: itens 5 e 19 relacionados à dependência; itens 3 e 11 relacionados ao prazer de fumar; itens 4, 12 e 18 relacionados à redução de tensão; itens 1, 9 e 16 relacionados à estimulação; itens 7, 14 e 20 relacionados ao automatismo; itens 2 e 10 relacionados ao manuseio, itens 8 e 15 relacionados ao tabagismo social; itens 13 e 21 relacionados ao controle de peso; itens 6 e 17 relacionados à associação estreita. A escala segue padrão tipo Likert,⁴⁶ cada resposta recebe um escore de 1 a 5, de menor para maior intensidade da motivação, onde 1 representa “nunca” e 5 representa “sempre”.³⁴

Estes fatores, que foram aqui denominados domínios, representam as motivações para fumar.³⁴

Domínio 1- dependência física (de nicotina),

Domínio 2- prazer de fumar (busca de sensação prazerosa),

Domínio 3- redução de tensão (uso do cigarro para relaxar),

Domínio 4- estimulação (procura o aumento da concentração ou para se animar),

Domínio 5- automatismo (fumar sem ter a intenção ou não ciente de fazê-lo, age sem pensar),

Domínio 6- manuseio (prazer em manipular e acender o cigarro),

Domínio 7- tabagismo social (facilitação em relacionar-se com as pessoas),

Domínio 8- controle de peso (utilizado para emagrecer ou para não engordar),

Domínio 9- associação estreita (forte conexão emocional para todas as situações vivenciadas, o objeto cigarro é transformado em amigo).

Os escores representam a intensidade motivacional e os domínios relacionados se referem ao por que da motivação.

3.10 Estrutura organizacional

Uma equipe composta por sete doutorandos e um mestrando do Programa de Pós Graduação em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGCM-UFSC) supervisionaram o estudo sob a coordenação de dois docentes orientadores (MP e EP). Dez duplas de entrevistadores da área da saúde, após treinamento específico, realizaram o trabalho de campo sob a supervisão de um dos coordenadores. O trabalho de campo foi realizado em duplas, sempre no mesmo horário (das 8h30 min às 19h30 min de segunda a sexta-feira a aos sábados, a coleta era realizada em mutirão).

Todas as duplas de entrevistadores foram treinadas extensivamente para a realização das entrevistas, das medidas antropométricas e da espirometria por profissionais de ampla experiência nos procedimentos e protocolos de mensurações.

Os supervisores foram instruídos pelos orientadores e treinados na realização de espirometria no NUPAIVA-UFSC. O treinamento dos entrevistadores teve duração de uma

semana tendo sido ministrado pelos coordenadores. A ênfase do treinamento foi focada na metodologia do estudo e na realização das espirometrias. Questionários e procedimentos foram lidos e revisados além da realização de dramatizações supervisionadas e discussões diárias dos problemas e dúvidas que pudessem surgir.

Com o objetivo de garantir a logística do estudo, um dos supervisores foi designado responsável pela organização e apoio, permanecendo na sede do estudo durante todo o trabalho de campo. As atribuições desse supervisor incluíram a calibração diária dos instrumentos, conferência dos questionários e a orientação dos entrevistadores, além da organização. Reuniões semanais durante toda a execução do estudo com toda equipe de supervisores e coordenadores foram realizadas para esclarecer dúvidas e analisar a progressão do estudo.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de abril de 2012 a fevereiro de 2013. Cada entrevista em média era realizada em 90 minutos. A digitação do banco de dados foi concluída em julho de 2013 e o relatório com os resultados preliminares foi apresentado em agosto de 2013.

3.11 Controle de qualidade

Os seguintes procedimentos foram utilizados para garantir o controle de qualidade da pesquisa, a saber: (1) instrumentos previamente validados e instruções detalhadas para os entrevistadores; (2) seleção e capacitação e avaliação cuidadosa dos entrevistadores; (3) capacitação em curso de técnicas de entrevista; (4) treinamento envolvendo coordenadores, técnicos e entrevistadores para as medidas antropométricas e espirométricas; (5) treinamento local de medidas antropométricas e espirométricas, seguida pelas sessões de dramatização e padronização; (6) encontros semanais de padronização durante todo o estudo; (7) procedimentos para diminuir o índice de recusas, ou seja, várias tentativas (não menos que

três) para entrevistar todas as pessoas; (8) repetição de 5% de todas as entrevistas e medidas pelo supervisor, com uma versão curta do questionário; (9) revisão instantânea dos questionários no momento da entrega; (10) escolha de um coordenador de equipe disponível na base para orientar eventuais emergências, conferir questionários, identificar discrepâncias e garantir a calibração dos equipamentos; e finalmente, (11) a entrada dos dados no banco de dados foi realizada em dupla para garantia da qualidade.

3.12 Estudo piloto

O estudo piloto foi realizado em um setor censitário extra e previamente selecionado (Setor Censitário: 420540705000075). Neste setor foram entrevistados moradores de 15 residências, os quais não foram incluídos na pesquisa. Toda a equipe de investigação, inclusive os coordenadores e os supervisores, fizeram o estudo piloto juntamente com os entrevistadores. Em seguida, os dados foram digitados como forma de teste logístico. A seguir, os resultados foram avaliados pela equipe a fim de corrigir imperfeições e auxiliar no planejamento do trabalho de campo. Após este estudo piloto, a metodologia foi finalizada e a pesquisa foi iniciada.

3.13 Trabalho de campo

As entrevistas foram realizadas entre os meses de abril de 2012 e fevereiro de 2013. A digitação do banco de dados foi concluída em julho de 2013 e o relatório com os resultados preliminares foi apresentado em agosto de 2013.

3.14 Suporte financeiro

O estudo teve apoio financeiro a partir de fundos próprios do NÚCLEO DE PESQUISA EM ASMA E INFLAMAÇÃO DAS VIAS AÉREAS - NUPAIVA/UFSC.

3.15 Processamento dos dados

O processamento dos dados incluiu a codificação de questões em aberto, revisão da entrada de dados e limpeza dos dados. Os questionários foram codificados pelos entrevistadores e revisados pelos supervisores. A entrada de dados e a seleção dos mesmos foram realizadas com dupla digitação, diretamente no programa SPSS – Statistical Package for the Social Sciences for Windows, versão 18.0 (SPSS Inc., Chicago, II, EUA).

3.16 Análise estatística

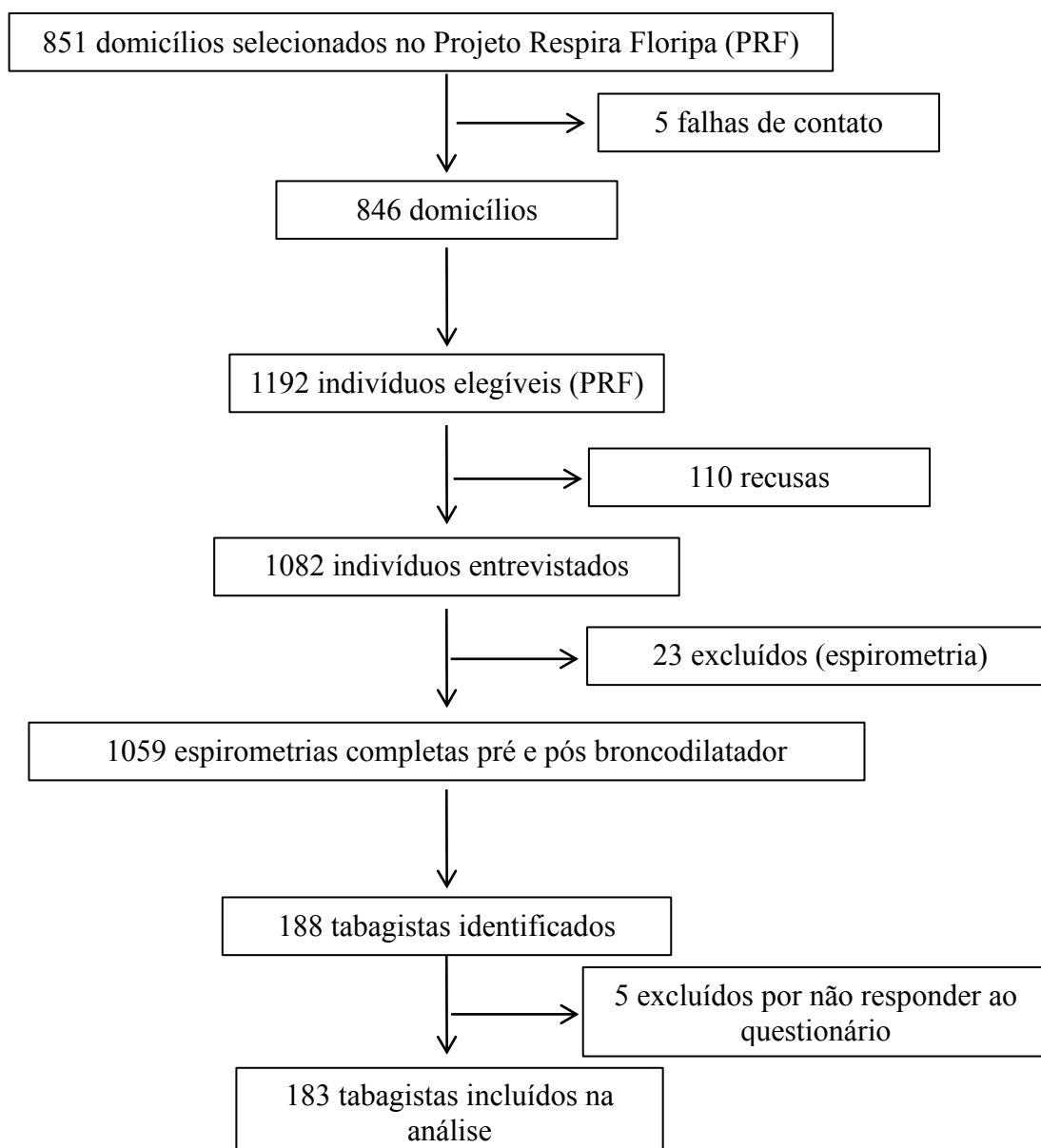
As variáveis foram submetidas à análise de Teste t, não pareado apresentando média e desvio padrão. Para a comparação das médias de três ou mais grupos, foram realizadas Análise de Variância (ANOVA). Baseados na análise descritiva dos diferentes desfechos e correlações, os diferentes domínios ou fatores motivacionais para fumar (variável dependente) foram analisadas em relação aos descritores de interesse (variáveis independentes) por meio de regressão logística. A análise combinada dos diferentes descritores foi utilizada usando regressão logística com entrada forçada. A razão de risco e respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% (Wald) foram calculados para cada variável independente no modelo.

Os dados foram analisados utilizando-se o programa estatístico SPSS – Statistical Package for the Social Sciences for Windows, versão 18.0 (SPSS Inc., Chicago, II, EUA).

4. Resultados

Cinco dos 851 domicílios selecionados não foram visitados por falha de contato. De um total de 1192 moradores elegíveis e convidados a participar do estudo, 110 recusaram. Os demais (n=1082) completaram todas as etapas previstas. A taxa de resposta foi de 90,8%. Posteriormente, 23 entrevistas foram excluídas da análise devido à incapacidade do participante em realizar curvas fluxo-volume reprodutíveis durante a espirometria mesmo após novo treinamento (Figura 2).

Figura 2. Fluxograma do estudo



Os participantes incluídos na análise representaram 88,8% da amostra total do estudo. Destes, foram identificados 188 tabagistas. A prevalência de tabagismo (188/1059) foi de 17,7%. As características sócio-demográficas dos 183 participantes tabagistas que responderam ao questionário Escala Razões para Fumar da USP estão discriminadas na Tabela 3. Como pode ser observado houve um predomínio leve de mulheres. A maioria dos participantes declarou ser da raça branca. Sintomas de depressão, rastreados pela escala HADS-D ocorreram em 29,5% dos participantes tabagistas e diagnóstico funcional de DPOC foi realizado em 19,7% dos participantes.

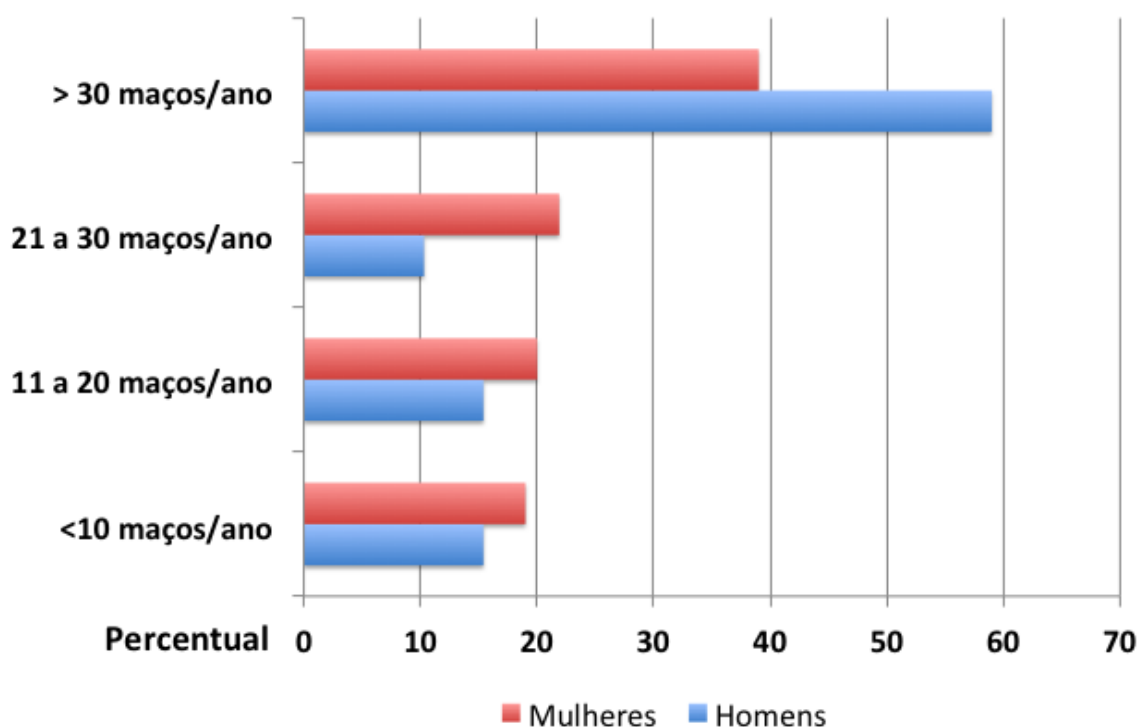
Tabela 3. Características sócio-demográficas e clínicas dos participantes

Idade em anos, média ± DP	54,5 ± 9,2
Gênero, n (%)	
Feminino	105 (57,4)
Masculino	78 (42,6)
Raça autorreferida, n (%)	
Branca	138 (75,4)
Não branca	45 (24,6)
Classe social, n (%)	
Classe A	15 (8,2)
Classe B	9 (4,9)
Classe C	125 (63,8)
Classes D/E	34 (18,6)
Escolaridade em anos, média ± DP	9,6 ± 6,1
Tabagismo em maços/ano, mediana	29
DPOC	36 (19,7)
Sintomas de depressão, n (%)	54 (29,5)

DP = desvio padrão

Considerando que na presente amostra houve um predomínio de mulheres tabagistas, também foi analisada a quantidade de cigarros por homens e mulheres. Esta análise demonstrou que apesar do número de fumantes do sexo feminino ser maior do que o número de fumantes do sexo masculino, o número de cigarros fumados pelas mulheres, expresso em maços /ano, foi significativamente menor do que a quantidade fumada pelos homens, como demonstrado por um percentual de 59% de homens com carga tabágica superior a 30 maços/ano ($p=0,01$) (Figura 3).

Figura 3. Distribuição da carga tabágica de acordo com o sexo do participante.



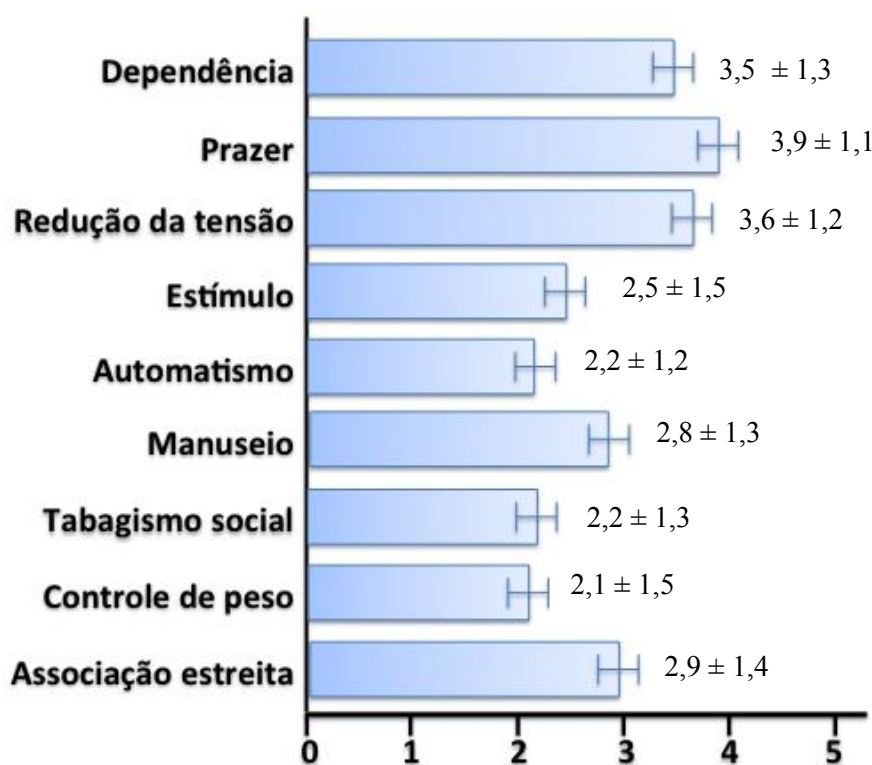
Além das diferenças na carga tabágica entre homens e mulheres também observou-se diferenças significativas na prevalência de sintomas depressivos (homens: 20,5% versus mulheres: 36,2%, respectivamente, $p = 0,02$) e na prevalência do diagnóstico funcional de

DPOC (30,8% versus 11,4%, respectivamente, $p=0,001$).

4.1. Escores dos domínios para fumar

Os valores médios e os respectivos desvios padrões dos escores dos fatores para fumar nos participantes do estudo estão dispostos na Tabela 4 e ilustrados na Figura 4. Como pode ser observado, os principais fatores foram dependência, prazer e redução da tensão, seguidos por manuseio e associação estreita.

Figura 4. Médias e desvios padrões dos escores dos domínios utilizando a ERF- USP.



4.2. Influência do gênero, escolaridade e carga tabágica dos participantes sobre os escores dos domínios utilizando a ERF-USP.

Mulheres tabagistas diferiram de homens tabagistas por apresentar escore significativamente maior dos seguintes fatores motivacionais: prazer, redução da tensão e controle do peso. Os escores dos demais domínios motivacionais tais como dependência e

tabagismo social foram similares entre homens e mulheres (Tabela 4).

Tabela 4. Influência do gênero do participante sobre os escores dos domínios utilizando a ERF - USP

Domínio	Gênero		p*
	Homens n = 78	Mulheres n = 105	
Dependência física	3,4 ± 1,3	3,5 ± 1,3	0,3
Prazer de fumar	3,7 ± 1,3	4,1 ± 1,2	0,01
Redução da tensão	3,4 ± 1,2	4,0 ± 1,2	0,005
Estímulo	2,3 ± 1,2	2,6 ± 1,4	0,3
Automatismo	2,1 ± 1,1	2,2 ± 1,1	0,9
Manuseio	3,4 ± 1,3	3,5 ± 1,3	0,5
Tabagismo social	2,1 ± 1,2	2,2 ± 1,4	0,5
Controle de peso	1,7 ± 1,2	2,4 ± 1,6	0,002
Associação estreita	2,9 ± 1,3	3,0 ± 1,4	0,7

Dados estão apresentados como média e desvio padrão. *Teste t não pareado.

Participantes com 0 a 4 anos escolaridade diferiram dos demais por apresentarem escores significativamente maiores dos domínios motivacionais prazer, redução da tensão, estímulo, manuseio, tabagismo social e associação estreita (Tabela 5).

Tabagistas que relataram fumar uma quantidade de cigarros expressa em maços/ano igual ou superior a 21, tiveram escores significativamente maiores nos domínios de dependência, prazer, automatismo e associação estreita (Tabela 6).

Tabela 5. Influência da escolaridade do participante sobre os escores dos domínios utilizando a ERF - USP.

Domínio	Anos de escolaridade			p*
	0 a 4 anos n = 47	5 a 8 anos n = 42	≥ 9 anos n = 94	
Dependência física	3,7 ± 1,3	3,5 ± 1,4	3,5 ± 1,3	0,3
Prazer de fumar	4,2 ± 1,0	3,6 ± 1,2	3,8 ± 1,1	0,04
Redução da tensão	4,0 ± 1,1	3,6 ± 1,2	3,5 ± 1,2	0,03
Estímulo	3,0 ± 1,3	2,6 ± 1,3	2,1 ± 1,1	0,001
Automatismo	2,0 ± 1,1	2,5 ± 1,4	2,1 ± 1,0	0,07
Manuseio	3,2 ± 1,3	3,0 ± 1,4	2,6 ± 1,2	0,009
Tabagismo social	2,5 ± 1,4	2,4 ± 1,4	1,9 ± 1,2	0,02
Controle de peso	2,4 ± 1,6	1,9 ± 1,3	2,0 ± 1,4	0,2
Associação estreita	3,6 ± 1,3	2,7 ± 1,5	2,8 ± 1,3	0,001

Dados estão apresentados como média e desvio padrão. *Anova.

Tabela 6. Influência da quantidade de cigarros fumado (expressa em maços/ano) pelo participante sobre os escores dos domínios utilizando a ERF - USP.

Domínio	Tabagismo, maços/ano					p*
	<10 n = 32	11-20 n = 33	21-30 n = 31	31-40 n = 23	>40 n = 64	
Dependência física	2,4 ± 1,1	3,1 ± 1,4	3,7 ± 1,5	3,5 ± 1,5	3,7 ± 1,3	<0,001
Prazer de fumar	3,2 ± 1,1	3,7 ± 1,0	4,1 ± 1,1	3,9 ± 1,3	4,1 ± 1,1	0,004
Redução da tensão	3,3 ± 1,1	3,7 ± 1,2	3,7 ± 1,3	3,7 ± 1,2	3,7 ± 1,2	0,5
Estímulo	0,9 ± 0,2	1,1 ± 0,2	1,5 ± 0,3	1,4 ± 0,3	1,2 ± 0,2	0,2
Automatismo	1,5 ± 0,7	1,8 ± 0,9	2,1 ± 1,0	2,4 ± 1,3	2,6 ± 1,1	<0,001
Manuseio	2,6 ± 1,2	2,5 ± 1,3	3,0 ± 1,4	3,0 ± 1,5	3,0 ± 1,3	0,3
Tabagismo social	1,6 ± 1,0	2,2 ± 1,2	2,3 ± 1,5	2,1 ± 1,5	2,4 ± 1,3	0,1
Controle de peso	2,1 ± 1,4	2,1 ± 1,3	2,4 ± 1,7	1,8 ± 1,5	2,0 ± 1,4	0,6
Associação estreita	2,3 ± 1,2	2,6 ± 1,4	3,1 ± 1,4	2,9 ± 1,4	3,4 ± 1,3	0,006

Dados estão apresentados como média e desvio padrão. *Anova.

4.3. Influência da presença de sintomas de depressão e de diagnóstico funcional de DPOC sobre os escores dos domínios utilizando a ERF-USP.

Participantes com sintomas com diagnóstico funcional de DPOC apresentaram escores significativamente maiores do que aqueles sem DPOC apenas para os fatores dependência e associação estreita (Tabela 7).

Por outro lado, participantes com sintomas depressivos determinados pela HADS-D tiveram escores significativamente maiores nos domínios dependência, redução da tensão, estímulo, tabagismo social, controle de peso e associação estreita em relação com aqueles sem sintomas depressivos (Tabela 8).

Tabela 7. Influência da presença de diagnóstico funcional de DPOC sobre os escores dos domínios utilizando a ERF-USP

Domínio	Diagnóstico funcional de DPOC		p*
	Sim n = 36	Não n = 147	
Dependência	3,9 ± 1,3	3,4 ± 1,2	0,03
Prazer	4,0 ± 1,1	3,8 ± 1,1	0,2
Redução da tensão	3,8 ± 1,1	3,6 ± 1,1	0,3
Estímulo	2,7 ± 1,3	2,4 ± 1,2	0,1
Automatismo	2,2 ± 1,1	2,1 ± 1,0	0,5
Manuseio	3,1 ± 1,2	2,8 ± 1,4	0,2
Tabagismo social	2,3 ± 1,3	2,2 ± 1,3	0,5
Controle de peso	2,4 ± 1,7	2,0 ± 1,4	0,2
Associação estreita	3,4 ± 1,5	2,8 ± 1,3	0,03

Dados estão apresentados como média e desvio padrão. *Teste t não pareado.

Tabela 8. Influência da presença de sintomas depressivos sobre os escores dos domínios utilizando a ERF - USP.

Sintomas depressivos			
Domínio	Sim n = 54	Não n = 129	p*
Dependência física	3,9 ± 1,2	3,3 ± 1,3	0,007
Prazer de fumar	3,9 ± 1,2	3,9 ± 1,1	0,9
Redução da tensão	4,1 ± 1,1	3,5 ± 1,2	0,001
Estímulo	3,0 ± 1,3	2,2 ± 1,2	<0,001
Automatismo	2,4 ± 1,2	2,1 ± 1,0	0,04
Manuseio	3,1 ± 1,3	2,7 ± 1,3	0,09
Tabagismo social	2,8 ± 1,4	1,9 ± 1,2	<0,001
Controle de peso	2,5 ± 1,6	1,9 ± 1,4	0,01
Associação estreita	3,6 ± 1,2	2,7 ± 1,4	<0,001

Dados estão apresentados como média e desvio padrão. *Teste t não pareado.

4.4 Regressão logística dos determinantes dos diferentes domínios utilizando a ERF - USP.

Nove distintos modelos multivariados foram utilizados para testar o efeitos dos determinantes (gênero, carga tabágica, escolaridade, presença de sintomas depressivos e DPOC), nos nove domínios da ERF-USP (Tabela 9). Os resultados indicaram que para o domínio dependência os principais determinantes foram a intensidade da carga tabágica e a presença de sintomas de depressão. A carga tabágica ainda foi um determinante significativo dos domínios prazer, redução da tensão e associação estreita.

Em contraste, nenhum dos fatores avaliados foi preditor dos domínios automatismo e manuseio.

Tabela 9. Regressão logística dos determinantes dos diferentes domínios no estudo utilizando a ERF - USP

Domínio	Referência	Razão de Chance	IC 95%	p*
Dependência física				
Carga Tabágica	< 10 maços/ano	–		–
	11-20 maços/ano	6,2	(1,6 – 26,8)	0,009
	21-30 maços/ano	15,8	(3,9 – 63,2)	<0,001
	> 30 maços/ano	15,1	(4,3 – 52,7)	<0,001
Sintomas de Depressão		3,7	(1,7 – 8,1)	0,001
Prazer de fumar				
Carga Tabágica	< 10 maços/ano	–		–
	11-20 maços/ano	–		–
	21-30 maços/ano	3,9	(1,3 – 12,0)	0,01
	> 30 maços/ano	5,7	(2,2 – 52,7)	<0,001
Gênero	feminino	2,1	(1,0 – 4,3)	0,04
Escolaridade	0 a 4 anos	2,7	(1,0 – 7,0)	0,04
Redução da tensão				
Carga Tabágica	< 10 maços/ano	–		–
	11-20 maços/ano	4,3	(1,3 – 14,4)	0,01
	21-30 maços/ano	–		–
	> 30 maços/ano	4,6	(1,7 – 7,4)	0,006
Gênero	feminino	3,5	(1,0 – 4,3)	<0,001
Escolaridade	0 a 4 anos	6,6	(2,3 – 18,8)	<0,001
	5 a 8 anos	4,9	(1,7 – 14,4)	0,004
	9 a 12 anos	4,3	(1,5 – 12,0)	0,004
	≥ 13 anos	–		–
Estímulo				
Escolaridade	0 a 4 anos	5,9	(1,2 – 29,1)	0,03
Sintomas de Depressão		3,6	(1,4 – 8,8)	0,006
Automatismo	–	–	–	–
Manuseio	–	–	–	–
Tabagismo social				
Sintomas de Depressão		3,2	(1,3 – 7,7)	0,01
Controle de peso				
Gênero	feminino	3,4	(1,3 – 9,1)	0,01
Associação estreita				
DPOC	Sim	3,2	(1,4 – 7,8)	0,007
Sintomas de Depressão	Sim	2,7	(1,2 – 5,5)	0,009
Carga Tabágica	> 30 maços/ano	3,5	(1,1 – 11,2)	0,02

IC= intervalo de confiança

5. DISCUSSÃO

O tabagismo representa um grande desafio à saúde da população mundial não obstante o declínio da sua prevalência com a instituição de diversos programas nacionais e pactos internacionais, as perspectivas para as próximas décadas apontam para uma concentração de tabagistas nas populações de menor renda, escolaridade e de tabagistas regulares entre os adolescentes.⁴⁹

Este é o primeiro estudo brasileiro, de base populacional a investigar as motivações para o tabagismo. No presente estudo, nós utilizamos a ERF da USP^{34,35} porque a mesma representa o resultado de um trabalho cuidadoso que validou, uma escala modificada para seu emprego no Brasil com o auxílio da autora da escala original de Wiscosin²⁶, mas que pode ser utilizada em outros países, tendo em vista seu construto. Os resultados do presente estudo confirmam a robustez deste instrumento.

Os resultados do presente estudo demonstram que as motivações mais importantes para o tabagismo, na população do estudo, foram dependência física, prazer de fumar e, redução da tensão.

Para ambos os sexos a dependência ao tabagismo está relacionada também a baixa escolaridade e presença de sintomas depressivos. Contudo, a comparação de subgrupos mostrou que diferenças importantes puderam ser identificadas nos participantes do gênero feminino pelo qual demonstraram ser o sexo que mais fumam, em contrapartida com o sexo masculino pelo qual demonstraram fumar uma maior carga tabágica. Estes resultados são importantes porque demonstram que as motivações para o tabagismo diferem com as características individuais sugerindo a necessidade de pesquisas com abordagens personalizadas para a cessação do tabagismo, uma vez que as percepções individuais do benefício de fumar podem constituir barreiras importantes para a cessação do tabagismo.⁵¹

Embora tenha sido observado um leve predomínio de mulheres, estas fumaram, em termos de carga tabágica, significativamente menos do que os homens, dados estes que estão alinhados com os da Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab)⁴⁹ no Brasil em 2008 que relatou uma taxa de 54,2% dos tabagistas eram mulheres. Dados epidemiológicos do Ministério da saúde (2012)³ também mostram que o percentual de mulheres tabagistas foi maior na população de Porto Alegre (20,9%), São Paulo (16,8%) e Curitiba (16,5%).

A tendência da maior prevalência em mulheres é preocupante porque de acordo como os Centros de Controle e de Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC/EUA) as doenças relacionadas ao tabagismo promovem a morte de 174 mil mulheres a cada ano nos Estados Unidos, e em média tem uma sobrevida de 14,5 anos menos em relação aos indivíduos não tabagistas.⁹ Além disso, mulheres são mais susceptíveis aos graves efeitos do tabaco em relação aos homens e evidências apresentam maior dificuldade das mulheres em parar de fumar, provavelmente devido a uma combinação de fatores psicológicos, sociais, e genéticos.⁵²

Esses achados comprovam que a preocupação das mulheres em relação a manutenção e/ou cessação do tabagismo está diretamente relacionada ao aumento de peso, o que interfere na eficácia do tratamento. A ansiedade e o estresse gerado pela falta de nicotina leva a um acréscimo da ingesta e a um reajuste metabólico potencializando o ganho de peso. Assim este, é um fator determinante para que as mulheres apresentem maiores percentuais de tabagismo em relação aos homens.⁵³

Hughes e cols. demonstraram que a maioria dos fumantes mulheres ao cessar o tabagismo podem ter um ganho de peso em 10% em até cinco anos após o início do tratamento para cessação de fumar⁵⁴

Em relação as razões pelos quais, o gênero masculino fuma em maior intensidade pode estar relacionado a própria dependência física e ao prazer de fumar, aliado a redução de

tensão, justificado pela estresse da vida moderna.⁵⁵

Essas diferenças de fatores motivacionais entre gêneros justificam o aumento do percentual de mulheres tabagistas contra a redução contínua do tabagismo entre homens.

O decréscimo no percentual de homens tabagistas também vem sendo observada em outros países. Por exemplo, um estudo realizado na França⁵¹, durante um período de 20 anos (1985-87 e 2005-07), mostrou uma redução aproximada de 40% do hábito de fumar entre homens, e um aumento de cerca de 1% entre mulheres. Por outro lado, acredita-se que a prevalência mundial do tabagismo feminino aumente em 20% até 2025, o que representará 532 milhões de mulheres tabagistas.⁵²

Indivíduos com maior grau de instrução ou até mesmo profissionais de saúde que tem discernimento sobre os diversos riscos e podem ser considerados como marcadores da extensão do problema. A questão financeira para a aquisição do produto ou para o custeio de tratamentos de doenças relacionadas ao tabaco é também é um argumento insuficiente de persuasão. Neste sentido, a compreensão teórica sobre os motivos que levam um indivíduo ao tabagismo e os processos envolvidos para sua manutenção são mais abrangente do que descrito e com certeza ultrapassam a dependência primária à nicotina.

A literatura demonstra que a dependência ao tabaco é uma doença crônica, progressiva e recorrente, mediada por ações de receptores em nível de sistema nervoso central e periférico.⁵⁵

As ações de reforço da nicotina ocorrem pela estimulação da via mesolímbica dopaminérgica, pelo qual recebe um estímulo colinérgico nicotínico quando do ato de fumar. Este estímulo medeia o prazer experimentado pelos fumantes, incluindo a elevação do humor, ampliação cognitiva e diminuição do apetite.⁵⁶

Vários estudos demonstram que a nicotina interfere as vias neuroquímicas de recompensa e abstinência pela ação das vias dopaminérgicas e noradrenérgicas.⁵⁷ Estas

constatações explicam os achados deste estudo, pelo qual os tabagistas afirmam obter efeitos positivos com o hábito, como: sentir prazer e relaxamento.

Estudos mais recentes tem chamado a atenção para o fato de que a dependência à nicotina é apenas um aspecto das motivações para o tabagismo e que pesquisas mais abrangentes devem ser buscadas para melhorar a compreensão desta relação complexa entre tabagismo e suas motivações.^{21,27}

Diferenças na motivação para fumar de acordo com o sexo, idade, grupo social, escolaridade e presença de depressão tem sido relatado em outros estudos.^{21,27} No presente estudo, participantes com escolaridade igual ou inferior a quatro anos, perceberam significativamente mais efeitos benéficos do tabagismo sendo motivados a fumar por prazer, redução da tensão, aumento do estímulo, manuseio, tabagismo social e associação estreita. Contudo, na análise multivariada, apenas prazer de fumar, redução da tensão e estímulo estiveram associados à baixa escolaridade. Estes dados diferem dos relatados no estudo Platino⁴⁷ pelo qual os autores não encontraram uma associação clara entre escolaridade e tabagismo. Estas diferenças podem estar associadas à fatores locais da própria população do estudo, tais como aspectos socioeconômicos e educacionais.

Os efeitos da quantidade e tempo de exposição ao tabaco estão comprovadamente correlacionados com a DPOC, e frequentemente com manifestações mais graves da doença do que nos não tabagistas. Neste estudo a doença de DPOC foi diagnosticada em 19,7% dos tabagistas entrevistados. Já na cidade do México Sansores e cols.⁵⁸ avaliaram 2781 tabagistas (média de 23,4 maços/ano) encontrando prevalência de DPOC em 13,3%.⁵⁸ Prevalência maior foi encontrada no trabalho de Pelkone, 2006, pelo qual demonstraram prevalência de 32% de DPOC em tabagistas comparado com 14% em ex-tabagistas e 12% em não tabagistas.⁵⁹

Outro importante fator importante analisado neste estudo foi a presença de sintomas depressivos que ocorreram em cerca de um terço dos participantes. A relação entre tabagismo e depressão tem sido extensamente estudada^{60, 61} mas os mecanismos envolvidos ainda não estão completamente esclarecidos. Nossos resultados são semelhantes aos de uma pesquisa realizada com 844 tabagistas na Califórnia (EUA) a qual encontrou uma prevalência de sintomas depressivos de 16,5% e de depressão maior de 24,2%.⁶²

No presente estudo, participantes com sintomas depressivos apresentaram escores significativamente maiores do que aqueles sem sintomas depressivos para os domínios de estímulo, tabagismo social e associação estreita, seguidos por redução de tensão, dependência física e automatismo. Contudo, a análise multivariada mostrou associação significativa de depressão apenas para os domínios dependência, física estímulo, tabagismo social e associação estreita.

A depressão tem um papel importante na iniciação e manutenção do tabagismo.^{60,61} Os tabagistas, principalmente deprimidos, podem fumar para aliviar seus sentimentos negativos (angústia, raiva, medo, vergonha e desprezo) e como consequência reforçar o hábito de fumar, situações para as quais os domínios de redução da tensão e estimulação tornam-se mais evidentes.^{63,64}

Estudos revelam que a dependência de nicotina é mais frequente identificado em indivíduos portadores de certos transtornos mentais, como por exemplo, a depressão.^{65,66,67} Assim, como demonstrado por Henningfield e col. a nicotina, é uma amina terciária volátil capaz de estimular, ou deprimir o sistema nervoso central.⁶⁸

Além disto, sabe-se que a dependência, bem como a tendência a iniciar o tabagismo e as chances de cessação é determinada por genes como o gene transportador da dopamina (SLC6A3) e o gene receptor da dopamina (DRD) que regulam o fluxo de dopamina no

sistema nervoso central.^{69,70} Polimorfismos do gene DRD2 e DRD4 são mais comuns entre os tabagistas do que em não tabagistas. Estes indivíduos apresentam déficit na regulação da dopamina e, portanto, necessitam de estímulos extras, como o uso de nicotina exógena, para a liberação de quantidades de neurotransmissores suficientes para produzir a sensação de prazer ou de bem estar.^{69,70}

Neste sentido, a análise dos fatores determinantes dos domínios motivacionais demonstrou que embora o relato de dependência física ao tabagismo tenha sido similar entre os diversos subgrupos estudados, esta esteve intimamente associada à magnitude da carga tabágica e à presença de sintomas de depressão. Em contraste, carga tabágica, gênero feminino e baixo nível de escolaridade foram os principais determinantes do domínio prazer de fumar e redução da tensão. Estes resultados são corroborados por Souza e cols.³²SOUZA³⁴ que avaliaram 311 tabagistas na cidade de Ribeirão Preto, (SP, Brasil) durante a validação da escala ERF-USP.

O tabagismo social, também denominado intermitente ou ocasional apresentou pouca representatividade neste estudo, estando predominantemente associado à depressão. Este achado pode se dever à faixa etária mais elevada da presente amostra. No entanto, este domínio não deve ser ignorado, porque poderá ser útil na prevenção do tabagismo e na orientação de um público mais jovem. Mbatchou-Ngahanem e cols.⁷¹, observaram que 43,9% dos estudantes universitários fumavam por prazer, seguidos de curiosidade 35,4% e imitação 33,3%.

Finalmente, neste estudo, o domínio motivacional, associação estreita com o cigarro, teve como principais determinantes a presença de sintomas de depressão, DPOC e carga tabágica superior a 30 maços ano. Estes achados devem ser interpretados com cautela, uma vez que se sabe da relação estreita entre depressão, DPOC e tabagismo. Uma possibilidade é

a de que esta associação seja apenas o reflexo da dependência iniciada ou potencializada pelos sintomas depressivos, mas isto é incerto.

Em suma, o presente estudo mostra que os principais fatores motivacionais associados ao tabagismo foram dependência física, prazer de fumar e redução da tensão. A identificação dos motivos individuais para fumar encontrados neste estudo poderá contribuir para direcionar as estratégias personalizadas de cessação do tabagismo.

6. CONCLUSÕES

A análise dos dados do presente estudo, permite concluir que:

1. A prevalência de tabagismo em adultos com idade igual ou maior à 40 anos completos residentes na cidade de Florianópolis foi de 17,7 %.
2. A prevalência tabagismo foi maior em mulheres que em homens, mas estes apresentaram uma maior carga tabágica de maços/ano. Houve predominância da classe C e a escolaridade média foi de 9,6 anos de estudo.
3. Independente do sexo, os tabagistas com menor escolaridade e o baixo nível socioeconômico (classe C) apresentaram maior motivação para fumar.
4. Os principais fatores motivacionais associados ao tabagismo, foram dependência física, prazer de fumar e redução da tensão.
5. Os determinantes do domínio motivacional **dependência física** foram a magnitude da **carga tabágica** e a **prevalência de depressão**.
6. Os determinantes dos domínios motivacionais **prazer de fumar e redução da tensão** foram a magnitude da carga tabágica, **o gênero feminino e escolaridade** igual ou inferior a quatro anos.

7. REFERÊNCIAS

1. AAE - Academic American Encyclopedia (1991). Academic American Encyclopedia. Danbury: Grolier Incorporated.
2. WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco.2011.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2008. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
4. Jha P, Peto R. Global effects of smoking, of quitting, and of taxing tobacco *N Engl J Med* 2014; 370(1):60-8.
5. Bhat VM, Cole JW, Sorkin JD, Wozniak MA, Malarcher AM, Giles WH, et al. Dose-response relationship between cigarette smoking and risk of ischemic stroke in young women. *Stroke* 2008;39:2439-43.
6. Meirelles RHS Tabagismo e DPOC – dependência – fato consumado. *Pulmão RJ-Atualizações Temáticas* 2009;1 (1):13-19.
7. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *Lancet*;380(9859): 2095-2128.
8. Centers for Disease Control and Prevention. The Health Consequences of Smoking —50 Years of Progress: a report of the Surgeon General. Atlanta (GA): US Department of Health and Human Services; 2014.
9. Flower A, Shawe J, Stephenson J, Doyle P. Pregnancy planning, smoking behaviour during pregnancy, and neonatal Outcome:UK millenium cohort study. *BMC Pregnancy childbirth*. 2013, 13:238.
10. Brasil. Ministério da Saúde.Instituto Nacional de Câncer, INCA. 2014. Available from: <http://www1.inca.gov.br/tabagismo> [acesso em 05 jan 2014]
11. Santa Catarina. Secretaria do Estado de Saúde. Centro de Pesquisas Oncológicas de Florianópolis, CEPON. Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, Brasil. 2005.<http://www.saude.sc.gov.br/noticias/novo/mat%C3%A9rias%202007/tabaco> [acesso em 10 jan 2014).
12. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PM, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic obstructive pulmonary disease; NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop Summary; *Am J Respir Crit Care Med* 2001;**163**:1256–76.

13. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2013. <http://www.goldcopd.org>. (accessed 16 November 2013).
14. Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, et al. Global strategy for the, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;187(4):347-65.
15. Mannino DM, Buist AS. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *Lancet*. 2007; 370(9589):765-73.
16. Nascimento OA, Camelier A, Rosa FW, Menezes AM, Perez-Padilla R, Jardim JR. Chronic obstructive pulmonary disease is underdiagnosed and undertreated in Sao Paulo (Brazil): results of the PLATINO study. *Braz J Med Biol Res* 2007; 40(7): 887-95.
17. Roemer R, Taylor, Lariviere J. Origins of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. *Am J Public Health* 2005; 95(6): 936–38.
18. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, INCA. Convenção-Quadro para o controle do tabaco. 58 p. Coordenação de Educação (CEDC) Serviço de Edição e Informação. Rio de Janeiro - RJ;2011.
19. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER : A policy package to reverse the tobacco epidemic (World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2008).
20. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 571, de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União 08 abr 2013.
21. Boudrez H, De Bacquer D. A Dutch version of the Modified Reasons for Smoking Scale: factorial structure, reliability and validity. *J Eval Clin Pract* 2012; 18: 799–806.
22. Rose JE, Behm FM, Westman EC, Mathew RJ, London ED, HawkTC et al. PET studies of the influences of nicotine on neuralsystems in cigarette smokers. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 232-33.
23. Furtado RD. Implicações anestésicas do tabagismo. *Rev Bras Anesthesiol* 2002; 52: 354-67.
24. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British J Addiction* 1991, 86:1119–1127.
25. Fagerström, K.O. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors* 1978, 3: 235–241.
26. Piper ME, Piasecki TM, Federman EB, Bolt DM, Smith SS, Fiore MC, et al .A multiple motives approach to tobacco dependence: the Wisconsin Inventory of Smoking

- Dependence Motives (WISDM-68). *J Consult Clin Psychol* 2004; 72(2):139-54.
27. Piper ME, McCarthy DE, Baker TB. Assessing tobacco dependence: A guide to measure evaluation and selection. *Nicotine Tob Res* 2006, 8 (3):339–351.
 28. Weinstein N D, Marcus S E, Mose R P Smokers' unrealistic optimism about their risk. *Tobacco Control* 2005; 14:55–59. .
 29. Leventhal AM, Ramsey SE, Brown RA, LaChance HR, Kahler CW. Dimensions of depressive symptoms and smoking cessation. *Nicotine Tob Res* 2008, 10 (3):507–17.
 30. Tomkins SS. Psychological model for smoking behavior. *Am J Public Health Nations Health*. 1966; 56(12):17-20.
 31. Currie SR. Confirmatory factor analysis of the Reasons for Smoking Scale in alcoholics. *Nicotine Tob Res*. 2004; 6(3):465-70.
 32. Ikard FF, Green DE, Horn D. A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect. *Int J Addict*. 1969; 4(4):649-59.
 33. Berlin I, Singleton EG, Pedarriosse AM, Lancrenon S, Rames A, Aubin HJ, et al. The Modified Reasons for Smoking Scale: factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addiction*. 2003; 98(11):1575-83.
 34. Souza EST, Crippa JAS, Pasian SR; Martinez JAB. Escala Razões para Fumar da Universidade de São Paulo: Um novo instrumento para avaliar a motivação para fumar* *J Bras Pneumol*. 2010; 36(6):768-778.
 35. Souza ES, Crippa JA, Pasian SR, Martinez JA. Modified Reasons for Smoking Scale: translation to Portuguese, cross-cultural adaptation for use in Brazil and evolution of test-retest reliability. *J Bras Pneumol* 2009; 35(7):683-9.
 36. Menezes AM, Victora CG, Perez-Padilla R, et al. The Platino Project: methodology of a multicenter prevalence survey of chronic obstructive pulmonary disease in major Latin American cities. *BMC Med Res Methodol* 2004; 4(15):1-7.
 37. Zigmond AS, Snaith RP: The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983, 67(6):361-370.
 38. Botega N, Bio M, Zomignani M, Garcia Jr C, Pereira W: Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação da escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica* 1995, 29(5):355-363
 39. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Resultados do Censo 2010.
 40. Husten, CG. How should we define light or intermittent smoking? Does it matter? *Nicotine Tob Res* 2009; 11(2): 111-21.

41. McDowell I: *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*: Oxford University Press, Inc.; 2006.
42. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Hospital Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002;52(2):69-77.
43. Standardization of spirometry, 1994 update. American Thoracic Society. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152(3):1107-36.
44. Hankinson JL, Odencrantz JR, Fedan KB. Spirometric reference values from a sample of the general U.S. population. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159(1):179-87.
45. Menezes A M, Perez-Padilla R, Jardim J R, et al. Chronic obstructive pulmonary disease in five Latin American cities (the PLATINO study): a prevalence study. *Lancet* 2005; 366:1875–81.
46. Likert, R. *A Technique for the Measurement of Attitudes*. *Arch Psychol* 1932;140: 1-55.
47. Menezes AM, Lopez MV, Hallal PC, Adriana Muiño A, Perez-Padilla R, Jardim JR, Valdivia G, Pertuzé J, Oca MM, Tálamo C, Victora CG and the PLATINO Team. Prevalence of smoking and incidence of initiation in the Latin American adult population: the PLATINO study. *BMC Public Health* 2009, 9:151.
48. Alpert HR, Connolly GN, Biener L. A prospective cohort study challenging the effectiveness of population-based medical intervention for smoking cessation. *Tob Control* 2013; 22(1):32-7.
49. PETab - Pesquisa especial de tabagismo: relatório Brasil / Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. – Rio de Janeiro: INCA, 2011.
50. Barreto RB, Pincelli MP, Steinwandter R, Silva AP, Manes J, Steidle LJ. Tabagismo entre pacientes internados em um hospital universitário no sul do Brasil: prevalência, grau de dependência e estágio motivacional. *J Bras Pneumol* 2012;38(1):72-80.
51. Tilloy E, Cottel D, Ruidavets JB, Arveiler D, Ducimetière P, Bongard V, et al. Characteristics of current smokers, former smokers, and secondhand exposure and evolution between 1985 and 2007. *J Prev Med Hyg* 2009;50(3):191-5.
52. Mackay J, Amos A. Women and tobacco. *Respirology* 2003; 8: 123-30.
53. Marcus BH, Albrecht AE, King TK, Parisi AF, Pinto BM, Roberts M, et al. The efficacy of exercise as an aid for smoking cessation in women: a randomized controlled trial. *Arch Internal Med* 1999;159(11):1229-34.
54. Hughes JR, Gulliver SB, Fenwick JW, Valliere WA, Cruser K, Pepper S, et al. Smoking cessation among self-quitters. *Health Psychol* 1992;11:331-4.
55. Marques, Ana Cecilia P. R. et al. Consenso sobre o tratamento da dependência de

- nicotina. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.23, n.4, p. 200-214, 2001.
56. Stahl, S. *Psicofarmacologia Bases neurocientíficas e aplicações Prática*. 2.ed. Rio de Janeiro: MEDSi, 2002.
 57. Leshner AI. Understanding drug addiction: implications for treatment. *Hosp Pract* 1996;47-59.
 58. Sansores RH, Ramírez-Venegas A, Hernández-Zenteno R, Mayar-Maya M, E Pérez-Bautista, O. G. Velázquez Uncal, M. Prevalence and diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease among smokers at risk. A comparative study of case-finding. screening strategies. *Respir Med* 2013;107:580-6.
 59. Pelkonen M, Notkola IL, Nissinen A, Tukiainen H, Koskela H. Thirty-year cumulative incidence of chronic bronchitis and COPD in relation to 30-year pulmonary function and 40-year mortality: a follow-up in middle-aged rural men. *Chest* 2006 ;130(4):1129-37.
 60. Norwood RJ. A review of etiologies of depression in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2007;2(4):485-91.
 61. Leventhal AM, Piper ME, Anhedonia, Japuntich SJ, Baker TB, Cook JW. Depressed mood, and smoking cessation outcome. *J Cons Clin Psychol* 2014, 82 (1):122–129
 62. Hebert K K., Cummins S E, Hernández S, Tedeschi GJ, Zhu S H. Current major depression among smokers using a state quitline. *Am J Prev Med* 2011; 40(1):47-53.
 63. Covey LS, Glassman AH, Stetner F. Cigarette smoking and major depression. *J Addict Dists* 1998;17(1):35-46.
 64. Niaura R, Britt R D M, W. G. Shadel W G, et al. Symptoms of depression and survival experience among three samples of smokers trying to quit. *Psychol Addict Behav* 2001;(15):13–17.
 65. Glassman AH. Cigarette smoking: implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993;150(4):546-53.
 66. Colsher PL, Wallace RB, Loeffelholz PL, Sales M. Health status of older male prisoners: a comprehensive survey. *Am J Pub Health* 1992;82:881-4.
 67. Foulds J. The relationship between tobacco use and mental disorders. *Curr Opin Psychiatry* 1999;12:303-6.
 68. Henningfield JE, Keenan RM. Nicotine delivery kinetics and abuse liability. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:743-50.
 69. Lerman C, Shields PG, Wileyto EP, Audrain J, Hawk LH Jr, Pinto A, et al. Effects of dopamine transporter and receptor polymorphisms on smoking cessation in a bupropion clinical trial. *Health Psychol* 2003;22(5):541-8.
 70. McClernon FJ, Hutchison KE, Rose JE, Kozink, RV. DRD4 VNTR polymorphism is associated with transient fMRI-BOLD responses to smoking cues. *Psychopharmacology*

2007; 194:433–41.

71. Mbatchou Ngahane, B. H Correlates of cigarette smoking among university students in Cameroon. *Int J Tuberc Lung Dis* 2013; 17(2):270-74.

ANEXOS

ANEXO A

PROJETO RESPIRA FLORIPA

QUESTIONÁRIO PLATINO/RESPIRA FLORIPA

Número sequencial: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Data |_|_| |_|_| |_|

Dia Mês Ano

INÍCIO DA ENTREVISTA: ___ h ___ min.

NOME DO ENTREVISTADO
ENDEREÇO:
<p>TELEFONES PARA CONTATO: Residencial _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Celular _____</p> <p style="padding-left: 40px;">E-mail _____</p>
ALTURA (cm)
PESO (Kg)
CIRCUNFERÊNCIA DO PESCOÇO (cm)
CINTURA (cm)
QUADRIL (cm)
TABAGISMO NUNCA FUMOU FUMANTE EX-FUMANTE (conferir)
CARGA TABÁGICA (preencher no NUPAIVA)

1.	Sexo do entrevistado Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>
2.	QUAL SUA RAÇA ? (Leia as opções para o entrevistado responder) 1 <input type="checkbox"/> branca 2 <input type="checkbox"/> preta 3 <input type="checkbox"/> amarela 4 <input type="checkbox"/> parda 5 <input type="checkbox"/> indígena
3.	QUAL A SUA DATA DE NASCIMENTO ? ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ Qual a sua idade ___ anos <div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px; font-size: small;"> dd mm aaaa </div>
4.	QUANTOS ANOS COMPLETOS DE ESCOLA O(A) SR(A) ESTUDOU ? ___ ___

5.	<p>QUAL O CURSO MAIS ALTO QUE O SR(A) <u>COMPLETOU</u> NA ESCOLA ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> primário/admissão 2 <input type="checkbox"/> secundário/ginásio 3 <input type="checkbox"/> 2º grau/científico clássico/magistério ou normal/escola técnica 4 <input type="checkbox"/> universidade/pós-graduação 5 <input type="checkbox"/> nenhum 6 <input type="checkbox"/> não sabe</p>
6.	<p>QUAL O CURSO MAIS ALTO QUE O SEU PAI <u>COMPLETOU</u> NA ESCOLA ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> primário/admissão 2 <input type="checkbox"/> secundário/ginásio 3 <input type="checkbox"/> 2º grau/científico clássico/magistério ou normal/escola técnica 4 <input type="checkbox"/> universidade/pós-graduação 5 <input type="checkbox"/> nenhum 6 <input type="checkbox"/> não sabe</p>
Número de residentes no domicílio _____	
Outros residentes no domicílio	<p>Idade ____ Sexo ____ <input type="checkbox"/> fumante <input type="checkbox"/> não fumante</p> <p>Idade ____ Sexo ____ <input type="checkbox"/> fumante <input type="checkbox"/> não fumante</p> <p>Idade ____ Sexo ____ <input type="checkbox"/> fumante <input type="checkbox"/> não fumante</p> <p>Idade ____ Sexo ____ <input type="checkbox"/> fumante <input type="checkbox"/> não fumante</p> <p>Idade ____ Sexo ____ <input type="checkbox"/> fumante <input type="checkbox"/> não fumante</p> <p>Idade ____ Sexo ____ <input type="checkbox"/> fumante <input type="checkbox"/> não fumante</p> <p>Idade ____ Sexo ____ <input type="checkbox"/> fumante <input type="checkbox"/> não fumante</p> <p>Idade ____ Sexo ____ <input type="checkbox"/> fumante <input type="checkbox"/> não fumante</p>

I. SINTOMAS E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS AGORA SOBRE SUA RESPIRAÇÃO E SEUS PULMÕES.
RESPONDA SIM OU NÃO, SE POSSÍVEL. SE TIVER DÚVIDA, RESPONDA NÃO.

TOSSE

7.	O(A) SR(A) <u>COSTUMA</u> TER TOSSE, SEM ESTAR RESFRIADO(A) ?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
----	---	---

[Se "sim", pergunte Questão 7A; se "não", vá para a Questão 8]

7ª	EXISTEM MESES EM QUE O(A) SR(A) TOSSE NA MAIORIA DOS DIAS OU QUASE TODOS OS DIAS?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
----	---	---

[Se "sim", pergunte as Questões 7B e 7C; se "não", vá para a Questão 8]

7B.	O(A) SR(A) TOSSE NA MAIORIA DOS DIAS, NO MÍNIMO POR TRÊS MESES, A CADA ANO ?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
-----	--	---

7C.	<p>HÁ QUANTOS ANOS O(A) SR(A) VEM TENDO ESSA TOSSE?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> menos do que 2 anos 2 <input type="checkbox"/> de 2 a 5 anos 3 <input type="checkbox"/> mais do que 5 anos</p>
-----	--

ESCARRO (CATARRO)

8.	O(A) SR(A) <u>GERALMENTE</u> TEM CATARRO QUE VEM DO SEU PULMÃO, OU CATARRO DIFÍCIL DE PÔR PARA FORA, MESMO SEM ESTAR RESFRIADO(A)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
----	---	------------------------------	------------------------------

[Se “sim”, continue com a Questão 8A; se “não”, vá para a Questão 9]

8A.	EXISTEM MESES EM QUE O(A) SR(A) TEM ESSE CATARRO NA MAIORIA DOS DIAS OU QUASE TODOS OS DIAS ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	---	------------------------------	------------------------------

[Se “sim”, continue com as Questões 8B e 8C; se “não”, vá para a Questão 9]

8B.	O(A) SR(A) TEM ESSE CATARRO NA MAIORIA DOS DIAS, NO MÍNIMO POR TRÊS MESES, A CADA ANO ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8C.	HÁ QUANTOS ANOS O(A) SR(A) VEM TENDO ESSE CATARRO ? 1 <input type="checkbox"/> menos do que 2 anos 2 <input type="checkbox"/> de 2 a 5 anos 3 <input type="checkbox"/> mais do que 5 anos		

CHIADO NO PEITO OU CHIO/ PIANÇO/ PIO/MIADO DE GATO (SIBILOS)

9.	O(A) SR(A) TEVE CHIADO NO PEITO, ALGUMA VEZ, NOS ÚLTIMOS 12 MESES ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
----	---	------------------------------	------------------------------

[Se “sim”, pergunte as Questões 9A e 9B; se “não”, vá para a Questão 10]

9A.	O(A) SR(A) TEVE ESSE CHIADO NO PEITO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, <u>SOMENTE</u> QUANDO ESTEVE RESFRIADO ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
9B.	ALGUMA VEZ, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, O(A) SR(A) TEVE UM ATAQUE (CRISE) DE CHIADO NO PEITO COM FALTA DE AR ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

FALTA DE AR

10.	O(A) SR(A) TEM ALGUM PROBLEMA QUE NÃO O(A) DEIXA ANDAR, SEM SER PROBLEMA DE PULMÃO OU CORAÇÃO ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	---	------------------------------	------------------------------

Se “SIM”, por favor diga qual é esse problema e então vá para a Questão 12; se “NÃO”, vá para a Questão 11

QUAL(IS) PROBLEMA(S):

.....
.....

11.	O(A) SR(A) SENTE FALTA DE AR QUANDO ANDA (CAMINHA) MAIS RÁPIDO NO CHÃO RETO OU QUANDO ANDA NUMA PEQUENA SUBIDA ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	--	------------------------------	------------------------------

[Se “sim” para qualquer questão da 11 até 11D, vá para a Questão 12; se “não”, pergunte a próxima]

11A.	O(A) SR(A) TEM QUE ANDAR (CAMINHAR) MAIS DEVAGAR NO CHÃO RETO, DO QUE PESSOAS DA SUA IDADE, POR CAUSA DA FALTA DE AR ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
11B.	O(A) SR(A) JÁ TEVE QUE PARAR DE ANDAR (CAMINHAR), NO CHÃO RETO, PARA PUXAR O AR, NO SEU PASSO NORMAL ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
11C.	O(A) SR(A) JÁ TEVE QUE PARAR DE ANDAR (CAMINHAR) NO CHÃO RETO PARA PUXAR O AR, DEPOIS DE ANDAR UNS 100 METROS OU ALGUNS MINUTOS ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
11D.	A SUA FALTA DE AR É TÃO FORTE QUE NÃO DEIXA O(A) SR(A) SAIR DE CASA OU NÃO DEIXA VOCÊ TROCAR DE ROUPA ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

12.	O MÉDICO ALGUMA VEZ LHE DISSE QUE O(A) SR(A) TEM ENFISEMA NOS SEUS PULMÕES ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
13.	O MÉDICO ALGUMA VEZ LHE DISSE QUE O(A) SR(A) TEM ASMA, OU BRONQUITE ASMÁTICA OU BRONQUITE ALÉRGICA ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

[Se “sim”, pergunte a Questão 13A; se “não”, vá para a Questão 14]

13A.	O(A) SR(A) AINDA TEM ASMA OU BRONQUITE ASMÁTICA OU BRONQUITE ALÉRGICA?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
------	--	------------------------------	------------------------------

14.	O MÉDICO ALGUMA VEZ NA VIDA LHE DISSE QUE O(A) SR(A) TEM BRONQUITE CRÔNICA ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	--	------------------------------	------------------------------

[Se “sim”, pergunte a Questão 14A; se “não”, vá para a Questão 15]

14A.	O(A) SR(A) AINDA TEM BRONQUITE CRÔNICA?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
------	---	------------------------------	------------------------------

15.	O MÉDICO ALGUMA VEZ NA VIDA LHE DISSE QUE O(A) SR(A) TEM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	--	------------------------------	------------------------------

SINTOMAS NASAIS

16.	O(A) SR.(A) JÁ TEVE PROBLEMAS COM ESPIRROS OU NARIZ ESCORRENDO OU TRANCADO QUANDO NÃO ESTÁ COM GRIPE OU RESFRIADO?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	--	------------------------------	------------------------------

[Se “sim”, pergunte a Questão 16A; se “não”, vá para a Questão 17]

16A.	NOS ÚLTIMOS 12 MESES O(A) SR.(A) JÁ TEVE PROBLEMAS COMO ESPIRROS OU NARIZ ESCORRENDO OU TRANCADO QUANDO NÃO ESTÁ COM GRIPE OU RESFRIADO?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
------	--	------------------------------	------------------------------

[Se “sim”, pergunte as Questões 16B e 16C; se “não”, vá para a Questão 17]

16.B	NOS ÚLTIMOS 12 MESES ESSE PROBLEMA DE NARIZ DO(A) SR.(A) TEM SIDO ACOMPANHADO POR COCEIRA OU LACRIMEJAMENTO NOS OLHOS?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
------	--	------------------------------	------------------------------

16.C	EM QUAL (IS) DOS ÚLTIMOS 12 MESES ESTES PROBLEMAS DE NARIZ OCORRERAM? JANEIRO <input type="checkbox"/> FEVEREIRO <input type="checkbox"/> MARÇO <input type="checkbox"/> ABRIL <input type="checkbox"/> MAIO <input type="checkbox"/> JUNHO <input type="checkbox"/> JULHO <input type="checkbox"/> AGOSTO <input type="checkbox"/> SETEMBRO <input type="checkbox"/> OUTUBRO <input type="checkbox"/> NOVEMBRO <input type="checkbox"/> DEZEMBRO <input type="checkbox"/>
------	--

17.	O MÉDICO ALGUMA VEZ NA VIDA LHE DISSE QUE O(A) SR(A) TEM RINITE?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	--	------------------------------	------------------------------

Manejo

AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE REMÉDIOS QUE O(A) SR(A). POSSA ESTAR USANDO PARA AJUDAR NA SUA RESPIRAÇÃO OU COM SEUS PULMÕES. EU GOSTARIA DE SABER SOBRE OS REMÉDIOS QUE O(A) SR(A) USA DE MANEIRA REGULAR (CONSTANTE) E REMÉDIOS QUE O(A) SR(A) USA SOMENTE QUANDO ESTÁ SE SENTINDO PIOR. GOSTARIA QUE ME DISSSESSE CADA REMÉDIO QUE O(A) SR(A). TOMA, DE QUE FORMA TOMA E POR QUANTAS VEZES TOMA NO MÊS.

18.	<u>NOS ÚLTIMOS 12 MESES, O(A) SR(A) TOMOU QUALQUER REMÉDIO PARA SEUS PULMÕES OU PARA SUA RESPIRAÇÃO ?</u>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	---	------------------------------	------------------------------

[Se a resposta para a Questão 18 for “sim” preencha as informações sobre TODOS OS MEDICAMENTOS EM USO, se a resposta for “não”, vá para a Questão 19,]

18A	NOME DA MEDICAÇÃO
18B.	CÓDIGO DA MEDICAÇÃO (não preencher)
18C.	APRESENTAÇÃO :1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> bombinha/spray 3 <input type="checkbox"/> inalação/nebulização 4 <input type="checkbox"/> xarope 5 <input type="checkbox"/> supositório 6 <input type="checkbox"/> injeção 7 <input type="checkbox"/> outra
18D.	ESSE REMÉDIO O(A) SR(A). TOMA NA MAIORIA DOS DIAS, OU SOMENTE QUANDO ESTÁ SENTINDO ALGUMA COISA OU EM AMBAS OCASIÕES (SEMPRE) 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
18E.	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, POR Q.TOS. DIAS NA SEMANA O(A) SR(A). USA? 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
<i>[Se “na maioria dos dias” pergunte Questão 18F, se “sintomas”, perguntar ambas: Questão 18F e 18G]</i>	
18F	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? ____ dias
18G	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? 1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12

18A	NOME DA MEDICAÇÃO
18B.	CÓDIGO DA MEDICAÇÃO (não preencher)
18C.	APRESENTAÇÃO :1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> bombinha/spray 3 <input type="checkbox"/> inalação/nebulização 4 <input type="checkbox"/> xarope 5 <input type="checkbox"/> supositório 6 <input type="checkbox"/> injeção 7 <input type="checkbox"/> outra
18D.	ESSE REMÉDIO O(A) SR(A). TOMA NA MAIORIA DOS DIAS, OU SOMENTE QUANDO ESTÁ SENTINDO ALGUMA COISA OU EM AMBAS OCASIÕES (SEMPRE) 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
18E.	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, POR QTOS. DIAS NA SEMANA O(A) SR(A). USA? 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
<i>[Se “na maioria dos dias” pergunte Questão 16E, se “sintomas”, perguntar ambas: Questão 18F e 18G]</i>	
18F	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? ____ dias
18G	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? 1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12

18A	NOME DA MEDICAÇÃO
18B.	CÓDIGO DA MEDICAÇÃO (não preencher)
18C.	APRESENTAÇÃO :1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> bombinha/spray 3 <input type="checkbox"/> inalação/nebulização 4 <input type="checkbox"/> xarope 5 <input type="checkbox"/> supositório 6 <input type="checkbox"/> injeção 7 <input type="checkbox"/> outra
18D.	ESSE REMÉDIO O(A) SR(A). TOMA NA MAIORIA DOS DIAS, OU SOMENTE QUANDO ESTÁ SENTINDO ALGUMA COISA OU EM AMBAS OCASIÕES (SEMPRE) 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
18E.	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, POR QTOS. DIAS NA SEMANA O(A) SR(A). USA? 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
<i>[Se “na maioria dos dias” pergunte Questão 16E, se “sintomas”, perguntar ambas: Questão 18F e 18G]</i>	
18F	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? ____ dias
18G	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? 1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12

18A	NOME DA MEDICAÇÃO
18B.	CÓDIGO DA MEDICAÇÃO (não preencher)
18C.	APRESENTAÇÃO :1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> bombinha/spray 3 <input type="checkbox"/> inalação/nebulização 4 <input type="checkbox"/> xarope 5 <input type="checkbox"/> supositório 6 <input type="checkbox"/> injeção 7 <input type="checkbox"/> outra
18D.	ESSE REMÉDIO O(A) SR(A). TOMA NA MAIORIA DOS DIAS, OU SOMENTE QUANDO ESTÁ SENTINDO ALGUMA COISA OU EM AMBAS OCASIÕES (SEMPRE) 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
18E.	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, POR QTOS. DIAS NA SEMANA O(A) SR(A). USA? 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
<i>[Se “na maioria dos dias” pergunte Questão 16E, se “sintomas”, perguntar ambas: Questão 18F e 18G]</i>	
18F	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? ____ dias

18G	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? 1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12
-----	---

18A	NOME DA MEDICAÇÃO
18B.	CÓDIGO DA MEDICAÇÃO (não preencher)
18C.	APRESENTAÇÃO :1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> bombinha/spray 3 <input type="checkbox"/> inalação/nebulização 4 <input type="checkbox"/> xarope 5 <input type="checkbox"/> supositório 6 <input type="checkbox"/> injeção 7 <input type="checkbox"/> outra
18D.	ESSE REMÉDIO O(A) SR(A). TOMA NA MAIORIA DOS DIAS, OU SOMENTE QUANDO ESTÁ SENTINDO ALGUMA COISA OU EM AMBAS OCASIÕES (SEMPRE) 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
18E.	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, POR QTOS. DIAS NA SEMANA O(A) SR(A). USA? 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)

[Se “na maioria dos dias” pergunte Questão 16E, se “sintomas”, perguntar ambas: Questão 18F e 18G]

18F	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? ____ dias
18G	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? 1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12

18A	NOME DA MEDICAÇÃO
18B.	CÓDIGO DA MEDICAÇÃO (não preencher)
18C.	APRESENTAÇÃO :1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> bombinha/spray 3 <input type="checkbox"/> inalação/nebulização 4 <input type="checkbox"/> xarope 5 <input type="checkbox"/> supositório 6 <input type="checkbox"/> injeção 7 <input type="checkbox"/> outra
18D.	ESSE REMÉDIO O(A) SR(A). TOMA NA MAIORIA DOS DIAS, OU SOMENTE QUANDO ESTÁ SENTINDO ALGUMA COISA OU EM AMBAS OCASIÕES (SEMPRE) 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
18E.	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, POR QTOS. DIAS NA SEMANA O(A) SR(A). USA? 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)

[Se “na maioria dos dias” pergunte Questão 16E, se “sintomas”, perguntar ambas: Questão 18F e 18G]

18F	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? ____ dias
18G	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? 1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12

18A	NOME DA MEDICAÇÃO
18B.	CÓDIGO DA MEDICAÇÃO (não preencher)
18C.	APRESENTAÇÃO :1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> bombinha/spray 3 <input type="checkbox"/> inalação/nebulização 4 <input type="checkbox"/> xarope 5 <input type="checkbox"/> supositório 6 <input type="checkbox"/> injeção 7 <input type="checkbox"/> outra
18D.	ESSE REMÉDIO O(A) SR(A). TOMA NA MAIORIA DOS DIAS, OU SOMENTE QUANDO ESTÁ SENTINDO ALGUMA COISA OU EM AMBAS OCASIÕES (SEMPRE) 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
18E.	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, POR QTOS. DIAS NA SEMANA O(A) SR(A). USA? 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)

[Se “na maioria dos dias” pergunte Questão 16E, se “sintomas”, perguntar ambas: Questão 18F e 18G]

18F	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? ____ dias
18G	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? 1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12

18A	NOME DA MEDICAÇÃO
18B.	CÓDIGO DA MEDICAÇÃO (não preencher)
18C.	APRESENTAÇÃO :1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> bombinha/spray 3 <input type="checkbox"/> inalação/nebulização 4 <input type="checkbox"/> xarope 5 <input type="checkbox"/> supositório 6 <input type="checkbox"/> injeção 7 <input type="checkbox"/> outra
18D.	ESSE REMÉDIO O(A) SR(A). TOMA NA MAIORIA DOS DIAS, OU SOMENTE QUANDO ESTÁ SENTINDO ALGUMA COISA OU EM AMBAS OCASIÕES (SEMPRE) 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
18E.	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, POR QTOS. DIAS NA SEMANA O(A) SR(A). USA? 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
<i>[Se “na maioria dos dias” pergunte Questão 16E, se “sintomas”, perguntar ambas: Questão 18F e 18G]</i>	
18F	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? ____ dias
18G	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? 1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12

18A	NOME DA MEDICAÇÃO
18B.	CÓDIGO DA MEDICAÇÃO (não preencher)
18C.	APRESENTAÇÃO :1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> bombinha/spray 3 <input type="checkbox"/> inalação/nebulização 4 <input type="checkbox"/> xarope 5 <input type="checkbox"/> supositório 6 <input type="checkbox"/> injeção 7 <input type="checkbox"/> outra
18D.	ESSE REMÉDIO O(A) SR(A). TOMA NA MAIORIA DOS DIAS, OU SOMENTE QUANDO ESTÁ SENTINDO ALGUMA COISA OU EM AMBAS OCASIÕES (SEMPRE) 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
18E.	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, POR QTOS. DIAS NA SEMANA O(A) SR(A). USA? 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
<i>[Se “na maioria dos dias” pergunte Questão 16E, se “sintomas”, perguntar ambas: Questão 18F e 18G]</i>	
18F	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? ____ dias
18G	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? 1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12

18A	NOME DA MEDICAÇÃO
18B.	CÓDIGO DA MEDICAÇÃO (não preencher)
18C.	APRESENTAÇÃO :1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> bombinha/spray 3 <input type="checkbox"/> inalação/nebulização 4 <input type="checkbox"/> xarope 5 <input type="checkbox"/> supositório 6 <input type="checkbox"/> injeção 7 <input type="checkbox"/> outra
18D.	ESSE REMÉDIO O(A) SR(A). TOMA NA MAIORIA DOS DIAS, OU SOMENTE QUANDO ESTÁ SENTINDO ALGUMA COISA OU EM AMBAS OCASIÕES (SEMPRE) 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)

18E.	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, POR QTOS. DIAS NA SEMANA O(A) SR(A). USA? 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
<i>[Se “na maioria dos dias” pergunte Questão 16E, se “sintomas”, perguntar ambas: Questão 18F e 18G]</i>	
18F	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? ____ dias
18G	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? 1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12

18A	NOME DA MEDICAÇÃO
18B.	CÓDIGO DA MEDICAÇÃO (não preencher)
18C.	APRESENTAÇÃO :1 <input type="checkbox"/> comprimidos 2 <input type="checkbox"/> bombinha/spray 3 <input type="checkbox"/> inalação/nebulização 4 <input type="checkbox"/> xarope 5 <input type="checkbox"/> supositório 6 <input type="checkbox"/> injeção 7 <input type="checkbox"/> outra
18D.	ESSE REMÉDIO O(A) SR(A). TOMA NA MAIORIA DOS DIAS, OU SOMENTE QUANDO ESTÁ SENTINDO ALGUMA COISA OU EM AMBAS OCASIÕES (SEMPRE) 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
18E.	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, POR QTOS. DIAS NA SEMANA O(A) SR(A). USA? 1 <input type="checkbox"/> maioria/dias 2 <input type="checkbox"/> sintomas 3 <input type="checkbox"/> ambos (sempre)
<i>[Se “na maioria dos dias” pergunte Questão 18F, se “sintomas”, perguntar ambas: Questão 18F e 18G]</i>	
18F	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? ____ dias
18G	QUANDO O(A) SR(A). ESTÁ USANDO ESSE REMÉDIO, NOS ÚLTIMOS 12 MESES, POR QUANTOS MESES, O(A) SR(A)., USOU ? 1 <input type="checkbox"/> 0-3 2 <input type="checkbox"/> 4-6 3 <input type="checkbox"/> 7-9 4 <input type="checkbox"/> 10-12

19. POR FAVOR, CONTE-ME SOBRE QUALQUER OUTRA COISA QUE O(A) SR(A) POSSA ESTAR USANDO OU FAZENDO QUE O AJUDEM COM SUA RESPIRAÇÃO, OU COM SEUS PULMÕES E QUE O(A) SR(A) AINDA NÃO TENHA ME DITO. POR EXEMPLO: HOMEOPATIA, EXERCÍCIOS PARA A RESPIRAÇÃO, FISIOTERAPIA PARA A RESPIRAÇÃO, NATAÇÃO, ACUPUNTURA, ALGUM TIPO ESPECIAL DE ALIMENTO, ETC

Remédios ou outras coisas	CÓDIGO (não preencher)

19.A	Alguma vez na vida você já fez reabilitação pulmonar? (condicionamento muscular periférico: exercício aeróbico como caminhada ou bicicleta ergométrica e fortalecimento de braços e pernas)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
------	---	---

20.	ALGUMA VEZ NA VIDA O MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE LHE PEDIU PARA ASSOPRAR NUM APARELHO PARA SABER A FUNÇÃO DO SEU PULMÃO (CHAMADO ESPIRÔMETRO OU PICO DE FLUXO) ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	--	------------------------------	------------------------------

[Se “sim”, pergunte a Questão 20A; se “não”, vá para a Questão 21]

20A.	O(A) SR(A) USOU ESSE APARELHO, <u>NOS ÚLTIMOS 12 MESES</u> ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
------	--	------------------------------	------------------------------

21.	O(A) SR(A) <u>ALGUMA VEZ NA VIDA</u> TEVE UM PERÍODO (TEMPO) EM QUE SEUS PROBLEMAS DE RESPIRAÇÃO (DE PULMÃO) FORAM TÃO FORTES QUE ATRAPALHARAM SUAS ATIVIDADES DO DIA A DIA OU FIZERAM O(A) SR(A) FALTAR AO TRABALHO ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	--	------------------------------	------------------------------

[Se “sim”, pergunte a Questão 21A; se “não”, vá para a Questão 22]

21A.	QUANTAS VEZES O(A) SR(A) TEVE ISSO, <u>NOS ÚLTIMOS 12 MESES</u> ?	_____ vezes
21B.	QUANTAS VEZES O(A) SR(A) PRECISOU VER O MÉDICO POR CAUSA DISSO, <u>NOS ÚLTIMOS 12 MESES</u> ?	_____ vezes
21C.	POR QUANTAS VEZES O(A) SR(A) PRECISOU SER INTERNADO POR CAUSA DISSO, <u>NOS ÚLTIMOS 12 MESES</u>	_____ vezes

[Se 21C > 0, pergunte a Questão 21C1; se 21C = 0 vá para a Questão 22]

22C 1	POR QUANTOS DIAS, NO TOTAL, O(A) SR(A) ESTEVE INTERNADO POR PROBLEMAS DE PULMÃO, <u>NOS ÚLTIMOS 12 MESES</u> ?	_____ dias
----------	--	------------

II. FUMO

AGORA EU VOU LHE PERGUNTAR SOBRE FUMO. PRIMEIRO, VOU LHE PERGUNTAR SOBRE CIGARROS.

22.	O(A) SR(A) <u>AGORA</u> FUMA CIGARRO INDUSTRIALIZADO (PRONTO) OU FEITO A MÃO ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	--	------------------------------	------------------------------

[“agora” significa qualquer quantidade de cigarro (fumo) dentro dos últimos 30 dias. Se “não”, vá para a Questão 23; se “sim”, pergunte as Questões 22A até 22E]

22A.	QUANTOS CIGARROS O(A) SR(A) FUMA POR DIA ?	_____ cigarros/dia
22B.	O(A) SR(A) FUMA MAIS CIGARRO INDUSTRIALIZADO (PRONTO) OU FEITO A MÃO? 1 <input type="checkbox"/> industrializado (pronto) 2 <input type="checkbox"/> feito a mão	
22C.	QUE IDADE O(A) SR(A) TINHA QUANDO INICIOU A FUMAR, REGULARMENTE ? [“regularmente” significa pelo menos 1 cigarro a cada 30 dias]	_____ anos

22D.	EM MÉDIA, NO TEMPO TODO EM QUE VOCÊ FUMOU, QUANTOS CIGARROS POR DIA O(A) SR(A) FUMAVA ?	_____ cigarros/dia
22E.	EM MÉDIA, NO TEMPO TODO EM QUE O(A) SR(A) FUMOU, O CIGARRO MAIS FUMADO FOI: 1 <input type="checkbox"/> industrializado (pronto), com filtro 2 <input type="checkbox"/> industrializado (pronto), sem filtro 3 <input type="checkbox"/> feito a mão com papel 4 <input type="checkbox"/> feito a mão com palha 5 <input type="checkbox"/> outro – DESCREVA:	

23.	ALGUMA VEZ NA VIDA, O(A) SR(A) FUMOU CIGARRO ? (Se o entrevistado fumou menos do que 20 carteiras de cigarro na vida, ou menos do que 1 cigarro por dia em um ano, então codifique como “ <u>não</u> ”).	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
-----	--	---

[Se “sim”, pergunte as Questões 23A até 23D; se “não”, vá para a Questão 24]

23A.	QUE IDADE O(A) SR(A) TINHA QUANDO COMEÇOU A FUMAR REGULARMENTE ?	_____ anos
------	--	------------

[“regularmente” significa pelo menos 1 cigarro a cada 30 dias]

23B.	QUE IDADE O(A) SR(A) TINHA QUANDO PAROU TOTALMENTE DE FUMAR CIGARROS ?	_____ anos
------	--	------------

23C.	EM MÉDIA, NO TEMPO TODO EM QUE O(A) SR(A) FUMOU, QUANTOS CIGARROS POR DIA O(A) SR(A) FUMAVA ?	_____ cigarros/dia
------	---	--------------------

23D.	EM MÉDIA, NO TEMPO TODO EM QUE VOCÊ FUMOU, O CIGARRO MAIS FUMADO FOI: 1 <input type="checkbox"/> industrializado (pronto), com filtro 2 <input type="checkbox"/> industrializado (pronto), sem filtro 3 <input type="checkbox"/> feito a mão com papel 4 <input type="checkbox"/> feito a mão com palha 5 <input type="checkbox"/> outro – DESCREVA:	
------	---	--

24.	O(A) SR(A) AGORA FUMA CACHIMBO OU CHARUTO ?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
-----	---	---

“Agora” significa 50 ou mais enchidas de cachimbo/charutos nos últimos 30 dias.

[Se “sim”, vá para a Questão 24A; se “não”, vá para a Questão 25]

24A.	ALGUMA VEZ NA VIDA O(A) SR(A) FUMOU CACHIMBO OU CHARUTO ?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
------	---	---

[Se o entrevistado nunca fumou (i.e. respondeu “não” para as Questões 22, 23, 24 e 24A), então vá para a Questão 28]

[Se o entrevistado alguma vez fumou (i.e. respondeu “sim” para qualquer das questões da 22 até 24A), vá para a Questão 25]

25.	O MÉDICO ALGUMA VEZ LHE ACONSELHOU A PARAR DE FUMAR ?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
-----	---	---

25A.	O(A) SR(A) RECEBEU ACONSELHAMENTO PARA PARAR DE FUMAR, NOS ÚLTIMOS 12 MESES	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
------	---	---

25B.	ALGUMA VEZ O(A) SR(A) USOU QUALQUER REMÉDIO RECEITADO POR MÉDICO PARA AJUDÁ-LO A PARAR DE FUMAR ?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
------	---	---

[Se “sim”, vá para a Questão 25B1, então pergunte a Questão 26; se “não”, vá para a Questão 26]

25B 1	<p>QUE TIPO DE REMÉDIO O(A) SR(A) USOU PARA AJUDÁ-LO A PARAR DE FUMAR ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> substituição com nicotina</p> <p>2 <input type="checkbox"/> zyban/ Bupropiona</p> <p>3 <input type="checkbox"/> champix</p> <p>4 <input type="checkbox"/> outros (tofranil, etc) QUAL</p>
----------	---

26.	ALGUMA VEZ O(A) SR(A) USOU ALGO NÃO RECEITADO PARA AJUDÁ-LO A PARAR DE FUMAR ?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
27.	ALGUMA VEZ O(A) SR(A) USOU OU FEZ QUALQUER OUTRA COISA PARA SE AJUDAR A PARAR DE FUMAR ?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

[Se “sim”, pergunte a Questão 27A, se “não” vá para a Questão 28]

27A.	<p>O QUE O(A) SR(A) FEZ ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> hipnose</p> <p>2 <input type="checkbox"/> acupuntura</p> <p>3 <input type="checkbox"/> outras (laser, etc)?</p>
------	---

III. EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

28.	O(A) SR(A) ALGUMA VEZ NA VIDA TRABALHOU POR UM ANO OU MAIS EM UM TRABALHO COM POEIRA OU PÓ ?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
-----	--	---

[Se “sim”, pergunte a Questão 28A, se “não” vá para a Questão 29]

28A.	POR QUANTOS ANOS O(A) SR(A) TRABALHOU EM LUGAR ASSIM ?	___ anos
------	--	----------

IV. OUTRAS CO-MORBIDADES

29.	ALGUMA VEZ NA VIDA O MÉDICO LHE DISSE QUE O(A) SR(A) TINHA		
29A	DOENÇAS DO CORAÇÃO ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
29B	PRESSÃO ALTA (HIPERTENSÃO) ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
29C	AÇÚCAR NO SANGUE (DIABETES) ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
29D	CANCER DE PULMÃO ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
29E	DERRAME (AVC, ISQUEMIA CEREBRAL) ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
29F	TROMBOSE NAS PERNAS, BRAÇOS, PULMÃO (EMBOLIA?)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
29G	GASTRITE OU ÚLCERA OU REFLUXO?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
29H	TUBERCULOSE?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

[Se "sim" para a Questão 29H, então pergunte a Questão 29H1, caso contrário vá para a Questão 30]

29H 1	O(A) SR(A) ESTÁ TOMANDO REMÉDIO PARA TUBERCULOSE, NO MOMENTO ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
----------	--	------------------------------	------------------------------

[Se "não" na Questão 29H1, então pergunte a Questão 29H2, caso contrário vá para a Questão 30]

29H 2	ALGUMA VEZ O(A) SR(A) TOMOU REMÉDIO PARA TUBERCULOSE ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
----------	--	------------------------------	------------------------------

30.	ALGUMA VEZ NA VIDA O(A) SR(A) TEVE UMA OPERAÇÃO (CIRURGIA) EM QUE RETIRARAM UMA PARTE DO SEU PULMÃO?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	--	------------------------------	------------------------------

31.	O(A) SR(A) ESTEVE INTERNADO QUANDO CRIANÇA (≤ 9 ANOS) POR PROBLEMAS DE PULMÃO ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	---	------------------------------	------------------------------

32.	NOS ÚLTIMOS 12 MESES O(A) SR(A) TOMOU VACINA PARA A GRIPE ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	---	------------------------------	------------------------------

33.	O MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE LHE DISSE QUE O SEU PAI, MÃE, IRMÃOS OU IRMÃS TIVERAM DIAGNÓSTICO DE ENFISEMA, OU BRONQUITE CRÔNICA OU DPOC ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	---	------------------------------	------------------------------

34.	TEM ALGUÉM MORANDO COM O(A) SR(A) QUE TENHA FUMADO CIGARRO, CACHIMBO OU CHARUTO, NA SUA CASA, DURANTE AS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	---	------------------------------	------------------------------

INSTRUÇÕES: QUEREMOS SABER SUA OPINIÃO SOBRE SUA SAÚDE. ESSA INFORMAÇÃO NOS AJUDARÁ A SABER COMO O(A) SR(A). SE SENTE E COMO É CAPAZ DE FAZER SUAS ATIVIDADES DO DIA A DIA. RESPONDA CADA QUESTÃO INDICANDO A RESPOSTA CERTA. SE ESTÁ EM DÚVIDA SOBRE COMO RESPONDER A QUESTÃO, POR FAVOR, RESPONDA DA MELHOR MANEIRA POSSÍVEL.

35.	EM GERAL, O(A) SR(A) DIRIA QUE SUA SAÚDE É: (marque um) 1 <input type="checkbox"/> excelente 2 <input type="checkbox"/> muito boa 3 <input type="checkbox"/> boa 4 <input type="checkbox"/> regular 5 <input type="checkbox"/> ruim
-----	--

AS PERGUNTAS SEGUINTE SÃO SOBRE COISAS QUE O(A) SR(A). FAZ NA MÉDIA, NO SEU DIA A DIA (DIA TÍPICO/COMUM).

36A.	O(A) SR(A) ACHA QUE SUA SAÚDE, AGORA, O DIFICULTA DE FAZER ALGUMAS COISAS DO DIA A DIA COMO POR EXEMPLO? ATIVIDADES MÉDIAS (COMO MOVER UMA CADEIRA, FAZER COMPRAS, LIMPAR A CASA, TROCAR DE ROUPA) ? 1 <input type="checkbox"/> sim, dificulta muito 2 <input type="checkbox"/> sim, dificulta um pouco 3 <input type="checkbox"/> não, não dificulta de modo algum
------	--

36B.	O(A) SR(A) ACHA QUE SUA SAÚDE, <u>AGORA</u> , O DIFICULTA DE FAZER ALGUMAS COISAS DO DIA A DIA, COMO POR EXEMPLO: SUBIR TRÊS OU MAIS DEGRAUS DE ESCADA? 1 <input type="checkbox"/> sim, dificulta muito 2 <input type="checkbox"/> sim, dificulta um pouco 3 <input type="checkbox"/> não, não dificulta de modo algum
------	---

37A.	DURANTE AS <u>ÚLTIMAS 4 SEMANAS</u> , O(A) SR(A) TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS COM SEU TRABALHO OU EM SUAS ATIVIDADES DO DIA A DIA, COMO POR EXEMPLO: FEZ MENOS DO QUE GOSTARIA, <u>POR CAUSA DE SUA SAÚDE FÍSICA?</u>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
37B.	DURANTE AS <u>ÚLTIMAS 4 SEMANAS</u> , O(A) SR(A) TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS COM SEU TRABALHO OU EM SUAS ATIVIDADES DO DIA A DIA, COMO POR EXEMPLO: SENTIU-SE COM DIFICULDADE NO TRABALHO OU EM OUTRAS ATIVIDADES, <u>POR CAUSA DE SUA SAÚDE FÍSICA ?</u>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

38A.	DURANTE AS <u>ÚLTIMAS 4 SEMANAS</u> , O(A) SR(A) TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS, COMO POR EXEMPLO: FEZ MENOS DO QUE GOSTARIA, <u>POR CAUSA DE PROBLEMAS EMOCIONAIS?</u>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
38B.	DURANTE AS <u>ÚLTIMAS 4 SEMANAS</u> , O(A) SR(A) TEVE ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS, COMO POR EXEMPLO: DEIXOU DE FAZER SEU TRABALHO OU OUTRAS ATIVIDADES CUIDADOSAMENTE, COMO DE COSTUME, <u>POR CAUSA DE PROBLEMAS EMOCIONAIS ?</u>	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

39.	DURANTE AS <u>ÚLTIMAS 4 SEMANAS</u> , ALGUMA DOR ATRAPALHOU SEU TRABALHO NORMAL (TANTO O TRABALHO DE CASA COMO O DE FORA DE CASA) ? 1 <input type="checkbox"/> não, nem um pouco 2 <input type="checkbox"/> um pouco 3 <input type="checkbox"/> moderadamente 4 <input type="checkbox"/> bastante 5 <input type="checkbox"/> extremamente
-----	--

ESTAS QUESTÕES SÃO SOBRE COMO O(A) SR(A). SE SENTE E COMO AS COISAS TÊM ANDADO PARA O(A) SR(A)., DURANTE AS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. PARA CADA QUESTÃO, POR FAVOR, DÊ A RESPOSTA QUE MAIS SE ASSEMELHA À MANEIRA COMO O(A) SR(A) VEM SE SENTINDO.

40A.	QUANTO TEMPO DURANTE AS <u>ÚLTIMAS 4 SEMANAS</u> : O(A) SR(A) TEM SE SENTIDO CALMO E TRANQUÍLO ? 1 <input type="checkbox"/> todo o tempo 2 <input type="checkbox"/> a maior parte do tempo 3 <input type="checkbox"/> uma boa parte do tempo 4 <input type="checkbox"/> alguma parte do tempo 5 <input type="checkbox"/> uma pequena parte do tempo 6 <input type="checkbox"/> nem um pouco do tempo
40B.	QUANTO TEMPO DURANTE AS <u>ÚLTIMAS 4 SEMANAS</u> : O(A) SR(A) TEVE BASTANTE ENERGIA ? 1 <input type="checkbox"/> todo o tempo 2 <input type="checkbox"/> a maior parte do tempo 3 <input type="checkbox"/> uma boa parte do tempo 4 <input type="checkbox"/> alguma parte do tempo 5 <input type="checkbox"/> uma pequena parte do tempo 6 <input type="checkbox"/> nem um pouco do tempo

40C.	<p>QUANTO TEMPO DURANTE <u>AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS</u>: O(A) SR(A) SENTIU-SE DESANIMADO E DEPRIMIDO ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> todo o tempo 2 <input type="checkbox"/> a maior parte do tempo 3 <input type="checkbox"/> uma boa parte do tempo 4 <input type="checkbox"/> alguma parte do tempo 5 <input type="checkbox"/> uma pequena parte do tempo 6 <input type="checkbox"/> nem um pouco do tempo</p>
------	---

41.	<p>DURANTE <u>AS ÚLTIMAS 4 SEMANAS</u>, EM QUANTO DO SEU TEMPO A SUA SAÚDE OU PROBLEMAS EMOCIONAIS ATRAPALHARAM SUAS ATIVIDADES SOCIAIS, TAIS COMO: VISITAR AMIGOS, PARENTES, SAIR, ETC ?</p> <p>1 <input type="checkbox"/> todo o tempo 2 <input type="checkbox"/> a maior parte do tempo 3 <input type="checkbox"/> uma boa parte do tempo 4 <input type="checkbox"/> alguma parte do tempo 5 <input type="checkbox"/> uma pequena parte do tempo 6 <input type="checkbox"/> nem um pouco do tempo</p>
-----	--

IMPACTO ECONÔMICO
Dias de trabalho perdidos

AS PRÓXIMAS QUESTÕES SÃO SOBRE TRABALHO E O TEMPO QUE TALVEZ O(A) SR(A) TENHA FALTADO AO TRABALHO, POR CAUSA DE SEUS PROBLEMAS DE PULMÃO OU OUTROS PROBLEMAS DE SAÚDE.

42.	ALGUMA VEZ, DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, O(A) SR(A) TEVE UM TRABALHO PAGO ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	--	------------------------------	------------------------------

[Se “não”, continue com a Questão 42A; se “sim”, vá para a Questão 43]

42A.	DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, O(A) SR(A) DEIXOU DE TRABALHAR, PRINCIPALMENTE, POR PROBLEMAS DE PULMÃO ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
------	---	------------------------------	------------------------------

42B.	DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, O(A) SR(A) DEIXOU DE TRABALHAR PORQUE TRABALHA EM CASA TODO TEMPO / OU CUIDA DE ALGUÉM ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
------	--	------------------------------	------------------------------

[Se “sim”, continue com a Questão 42C; se “não”, vá para a Questão 47]

42C.	DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, OS SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE NÃO O DEIXARAM FAZER SUAS ATIVIDADES COMO DONO(A) DE CASA / OU CUIDANDO DE ALGUÉM ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
------	--	------------------------------	------------------------------

[Se “sim”, continue com as Questões 42D e 42E; se “não”, vá para a Questão 43]

42D.	DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, QUANTOS DIAS NO TOTAL O(A) SR(A) DEIXOU DE FAZER SUAS ATIVIDADES COMO DONO(A) DE CASA / OU CUIDANDO DE ALGUÉM, POR QUALQUER PROBLEMA DE SAÚDE ?	_____ dias
------	---	------------

42E.	DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, QUANTOS DIAS NO TOTAL O(A) SR(A) DEIXOU DE FAZER SUAS ATIVIDADES COMO DONO(A) DE CASA / OU CUIDANDO DE ALGUÉM, POR PROBLEMAS DE PULMÃO ?	_____ dias
------	--	------------

43.	QUANTOS MESES, DESSES ÚLTIMOS 12 MESES, O(A) SR(A) TEVE UM TRABALHO PAGO ?	_____ meses
-----	---	-------------

44.	DURANTE OS MESES EM QUE O(A) SR(A) TRABALHOU, QUANTOS DIAS POR SEMANA O(A) SR(A) TEVE UM TRABALHO PAGO ?	_____ dias
-----	---	------------

45.	QUAL O NÚMERO DE HORAS POR DIA QUE O(A) SR(A) COSTUMA TER TRABALHO PAGO ?	_____ horas
-----	--	-------------

46.	DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, OS SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE O IMPEDIRAM (PROIBIRAM) DE TER UM TRABALHO PAGO ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	--	------------------------------	------------------------------

[Se “sim”, continue com as Questões 46A e 46B; se “não”, vá para a Questão 47]

46A.	DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, QUANTOS DIAS NO TOTAL O(A) SR(A) DEIXOU DE TER UM TRABALHO PAGO, POR CAUSA DE SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE ?	_____ dias
------	---	------------

46B.	DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, QUANTOS DIAS NO TOTAL O(A) SR(A) DEIXOU DE TER UM TRABALHO PAGO, POR CAUSA DE SEUS PROBLEMAS DE PULMÃO ?	_____ dias
------	--	------------

Atividades de lazer

AS PRÓXIMAS QUESTÕES SÃO SOBRE O TEMPO QUE O(A) SR(A) TALVEZ TENHA FICADO DE CAMA METADE DO DIA OU MAIS OU SEM CONSEGUIR FAZER SUAS ATIVIDADES DE LAZER (OU DE PASSEIO) TAIS COMO: VISITAR AMIGOS/PARENTES, IR A PRAÇAS OU PARQUES, DANÇAR, JOGAR CARTAS OU OUTRAS COISAS, POR CAUSA DE SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE.

47.	DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, O(A) SR(A) DEIXOU DE PARTICIPAR DE SUAS ATIVIDADES DE PASSEIO (OU LAZER), POR CAUSA DE PROBLEMAS DE SAÚDE ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	---	------------------------------	------------------------------

[Se “sim”, continue com as Questões 47A e 47B, se “não”, vá para questão 48]

47A.	DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, QUANTOS DIAS NO TOTAL O(A) SR(A) DEIXOU DE PARTICIPAR DE SUAS ATIVIDADES DE LAZER (OU DE PASSEIO) POR CAUSA DE SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE ?	_____ dias
47B.	DURANTE OS ÚLTIMOS 12 MESES, QUANTOS DIAS NO TOTAL O(A) SR(A) DEIXOU DE PARTICIPAR DE SUAS ATIVIDADES DE LAZER (OU DE PASSEIO) POR CAUSA DE PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE PULMÃO ?	_____ dias

POLUIÇÃO INTRA-DOMICILIAR

48.	NA SUA CASA, POR MAIS DE 6 MESES EM TODA SUA VIDA, USARAM FOGÃO COM CARVÃO PARA COZINHAR ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	---	------------------------------	------------------------------

[Se “sim” para a Questão 48 pergunte as Questões 48A até 48D; caso contrário, pule para a Questão 49]

48A.	POR QUANTOS ANOS USARAM FOGÃO COM CARVÃO PARA COZINHAR EM SUA CASA ?	_____ anos	
48B.	NA MÉDIA, QUANTAS HORAS POR DIA O(A) SR(A) FICAVA PERTO DESSE FOGÃO COM CARVÃO ?	_____ horas	
48C.	AINDA USAM FOGÃO COM CARVÃO PARA COZINHAR NA SUA CASA ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
48D.	ESTE FOGÃO TEM (OU TINHA) UMA CHAMINÉ ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

49.	NA SUA CASA, POR MAIS DE 6 MESES EM TODA SUA VIDA, USARAM FOGÃO COM MADEIRA / LENHA / ESTERCO (ESTRUME)/ SABUGO DE MILHO / PALHA OU FOLHA PARA COZINHAR ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	--	------------------------------	------------------------------

[Se “sim” para a Questão 49 pergunte as Questões 49A até 49D; caso contrário, pule para a Questão 50]

49A.	POR QUANTOS ANOS USARAM FOGÃO COM MADEIRA / LENHA / ESTERCO (ESTRUME) / SABUGO DE MILHO / PALHA OU FOLHA PARA COZINHAR EM SUA CASA ?	_____ anos	
49B.	NA MÉDIA, QUANTAS HORAS POR DIA O(A) SR(A) FICAVA PERTO DESSE FOGÃO COM MADEIRA / LENHA / ESTERCO (ESTRUME)/SABUGO DE MILHO/PALHA OU FOLHA ?	_____ horas	
49C.	AINDA USAM FOGÃO COM MADEIRA / LENHA / ESTERCO (ESTRUME) / SABUGO DE MILHO / PALHA OU FOLHA PARA COZINHAR NA SUA CASA	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
49D.	ESTE FOGÃO TEM (OU TINHA) UMA CHAMINÉ ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

50.	NA SUA CASA, POR MAIS DE SEIS MESES EM TODA SUA VIDA, USARAM <u>CARVÃO</u> PARA AQUECER A CASA ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	--	------------------------------	------------------------------

Se “*sim*” para a Questão 50 pergunte as Questões 50A até 50C; caso contrário, pule para a Questão 51]

50A.	POR QUANTOS ANOS USARAM <u>CARVÃO</u> PARA AQUECER SUA CASA ?	___ ___ anos
50B.	AINDA USAM <u>CARVÃO</u> PARA AQUECER SUA CASA ?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
50C.	QUANTOS DIAS EM MÉDIA, O(A) SR(A) FICAVA PERTO DESSE AQUECIMENTO, EM UM ANO ?	___ ___ dias

51.	NA SUA CASA, POR MAIS DE 6 MESES EM TODA SUA VIDA, USARAM <u>MADEIRA / LENHA/ESTERCO (ESTRUME) / SABUGO DE MILHO / PALHA OU FOLHA</u> PARA AQUECER A CASA ?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
-----	---	------------------------------	------------------------------

[Se “*sim*” para a Questão 51 pergunte as Questões 51A até 51C; caso contrário, pule para o próximo questionário]

51A.	POR QUANTOS ANOS USARAM <u>MADEIRA/ LENHA / ESTERCO (ESTRUME) / SABUGO DE MILHO / PALHA OU FOLHA</u> PARA AQUECER SUA CASA ?	___ ___ anos
51B.	AINDA USAM <u>MADEIRA / LENHA / ESTERCO (ESTRUME) / SABUGO DE MILHO / PALHA OU FOLHA</u> PARA AQUECER SUA CASA ?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
51C.	QUANTOS DIAS EM MÉDIA, O(A) SR(A) FICAVA PERTO DESSE AQUECIMENTO, EM UM ANO ?	___ ___ dias

ENTREVISTADORES: _____

DATA DA ENTREVISTA: ___ ___ / ___ ___ / ___ ___
 d d m m a a a a

HORA DE TÉRMINO DA ENTREVISTA: ___ h ___ min
 Tempo total da entrevista: ___ h ___ min

COM OS DADOS DA ENTREVISTA AO CHEGAR NO NUPAIVA CALCULE A CARGA TABÁGICA (NÃO PREENCHER) maços/ano
---	-----------------

ANEXO B
QUESTIONÁRIO DE EXCLUSÃO PARA A ESPIROMETRIA

PROJETO RESPIRA FLORIPA
ESPIROMETRIA

Nº Sequencial:
(Não preencher)

PERGUNTAS DE EXCLUSÃO PARA A ESPIROMETRIA

1. O(a) sr(a) teve alguma cirurgia no seu pulmão (tórax) ou no abdômen, nos últimos 3 meses?
1 sim 2 não

2. O(a) sr(a) teve um ataque de coração (ou infarto), nos últimos 3 meses?
1 sim 2 não

3. O(a) sr(a) tem descolamento de retina ou fez alguma cirurgia de olhos, nos últimos 3 meses?
1 sim 2 não

4. O(a) sr(a) esteve internado por qualquer outro problema de coração, nos últimos 3 meses?
1 sim 2 não

5. O(a) sr(a) está usando remédios para tuberculose, no momento?
1 sim 2 não

6. A sra está grávida, no momento?
1 sim 2 não

Agora eu gostaria de contar o seu pulso:

7. Pulso: _____ bpm Pressão arterial: ____/____ mmHg

Se o entrevistado tiver respondido SIM para qualquer das questões acima ou seu pulso estiver igual ou maior do que 160 bpm ou igual ou menor do que 60 bpm, NÃO FAÇA a espirometria e marque a resposta "Não aplicável" abaixo.

(8) NÃO APLICÁVEL

PERGUNTAS PARA TODOS OS ENTREVISTADOS QUE NÃO PREENCHERAM OS

PROJETO RESPIRA FLORIPA

VISITA	DATA	ENTREVISTADOR(ES)	OBSERVAÇÕES
1ª			
2ª			
3ª			
Outras			

	REALIZAD O (Sim / Não)	CÓDIGO DO APARELHO	QUAL(IS) MOTIVO(S)
ESPIROMETRIA			
ANTROPOMETRIA			

	DATA	NOME	OBSERVAÇÕES
CRÍTICA			
CODIFICAÇÃO			
DIGITAÇÃO 1			
DIGITAÇÃO 2			

ANEXO C

PROJETO RESPIRA FLORIPA

Número sequencial:

(Não preencher)

Data

Dia Mês Ano

NOME DO ENTREVISTADO

QUESTIONÁRIO: ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

- HADS -

Este questionário ajudará a saber como você está se sentindo. 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 respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

1. Eu me sinto tenso ou contraído:

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

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

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

3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

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

4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

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

5. Estou com a cabeça cheia de preocupações:

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

Raramente

6. Eu me sinto alegre:

- Nunca
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- A maior parte do tempo

7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- Sim, quase sempre
- Muitas vezes
- Poucas vezes
- Nunca

8. Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- De vez em quando
- Nunca

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

- Nunca
- De vez em quando
- Muitas vezes
- Quase sempre

10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

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

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

- Sim, demais
- Bastante
- Um pouco
- Não me sinto assim

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

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

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

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

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

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

ANEXO D

ESCALA RAZÕES PARA FUMAR DA ESCALA RAZÕES PARA FUMAR ERF-USP

QUESTIONÁRIO PARA SER RESPONDIDO APENAS POR ENTREVISTADOS QUE FUMAM

1) Eu fumo cigarros para me manter alerta.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

2) Manusear um cigarro é parte do prazer de fumá-lo.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

3) Fumar dá prazer e é relaxante.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

4) Eu acendo um cigarro quando estou bravo com alguma coisa.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

5) Quando meus cigarros acabam, acho isso quase insuportável até eu conseguir outro.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

6) Cigarros me fazem companhia, como um amigo íntimo.

- Nunca

- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

7) Eu fumo cigarros automaticamente sem mesmo me dar conta disso.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

8) É mais fácil conversar e me relacionar com outras pessoas quando estou fumando.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

9) Eu fumo para me estimular, para me animar.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

10) Parte do prazer de fumar um cigarro vem dos passos que eu tomo para acendê-lo.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

11) Eu acho os cigarros prazerosos.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

12) Quando eu me sinto desconfortável ou chateado com alguma coisa, eu acendo um cigarro.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

13) Controlar meu peso é uma razão muito importante pela qual eu fumo.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

14) Eu acendo um cigarro sem perceber que ainda tenho outro aceso no cinzeiro.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

15) Enquanto estou fumando me sinto mais seguro com outras pessoas.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

16) Eu fumo cigarros para me "por para cima".

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

17) Às vezes eu sinto que os cigarros são os meus melhores amigos.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

18) Eu fumo cigarros quando me sinto triste ou quando quero esquecer minhas obrigações ou preocupações.

- Nunca

- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

19) Eu sinto uma vontade enorme de pegar um cigarro se fico um tempo sem fumar.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

20) Eu já me peguei com um cigarro na boca sem me lembrar de tê-lo colocado lá.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sempre

21) Eu me preocupo em engordar se parar de fumar.

- Nunca
- Raramente
- Às vezes
- Frequentemente
- Sem

ANEXO E

COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



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

CERTIFICADO Nº 1136

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-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 contido 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: 1136

FR: 385174

TÍTULO: PREVALÊNCIA DE TABAGISMO E DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) EM ADULTOS COM IDADE SUPERIOR A 40 ANOS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

AUTOR: EMILIO PIZZICHINI, Márcia Margaret Menezes Pizzichini, Francine Cavalli, Darlan Laurício Matte, Gilka Amélia Antunes da Silva, Guilherme Pila Caminha

FLORIANÓPOLIS, 13 de Dezembro de 2010.

Coordenador do CEPSH/UFSC

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Investigadores Responsáveis:

- Prof. Dr. Emílio Pizzichini
- Prof. Dr^a. Marcia Margaret Menezes Pizzichini
- Andréa Thives de Carvalho Hoepers
- Darlan Laurício Matte
- Francine Cavalli
- Guilherme Pila Caminha
- Maíra Junkes
- Mirella Dias
- Simone Aparecida Pereira Vieira

Instituições:

- Universidade Federal de Santa Catarina

Concordo em participar do projeto “PREVALÊNCIA DE TABAGISMO E DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) EM ADULTOS COM IDADE SUPERIOR A 40 ANOS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL”. Fui informado que o objetivo desta pesquisa é “Investigar a prevalência de DPOC e tabagismo e a associação entre DPOC e alguns fatores de risco na cidade de Florianópolis”. Estou ciente de que todos os adultos com 40 anos ou mais de idade, residentes na cidade de Florianópolis e que tiverem seus domicílios sorteados, participarão voluntariamente do estudo.

Fui informado que o estudo será realizado em duas etapas:

- na primeira, realizarei um exame de função pulmonar que consiste em assoprar em um pequeno aparelho (espirômetro portátil) com um bocal descartável; essa manobra poderá ser repetida até 8 vezes, dependendo de como realizarei o exame. Usarei um clip no nariz, enquanto estiver fazendo o exame de função pulmonar, para que o ar dos meus pulmões não saia pelo nariz; ficarei sentado durante o exame;
- a seguir, farei uso de um medicamento broncodilatador (bombinha), que será administrado via inalatória (aspirar a bombinha pela boca para que o remédio vá até os pulmões);
- na próxima etapa, responderei a um questionário com questões gerais, sintomas respiratórios, medicações usadas, hospitalizações, tabagismo, etc.
- após um tempo (cerca de 10 minutos), repetirei o exame de função pulmonar para avaliar se minha função pulmonar melhorou ou não após o uso da bombinha;
- ainda serei pesado, medido e o entrevistador contará meu pulso.

Riscos e possíveis reações ao exame de função pulmonar: fui informado de que ao assoprar todo ar dos meus pulmões nesse aparelho, poderei sentir uma leve tontura e por essa razão devo permanecer sentado. Também fui informado de que algumas pessoas, ao usarem a bombinha, podem ter palpitações e um leve tremor nas mãos. No caso de ter esses sintomas, deixarei de tê-los poucos minutos após o uso da bombinha.

Ainda fui informado de que não terei risco nenhum de contaminação de alguma doença pelo aparelho, pois será usado um bocal estéril e descartável na extremidade do aparelho.

Benefícios: receberei o resultado desse exame e ficarei sabendo se a função dos meus pulmões está boa ou não. Em caso de alterações nesse exame, receberei uma carta contendo esses resultados e dizendo que devo procurar atendimento médico.

Participação Voluntária: como já me foi dito, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento.

Confidencialidade: estou ciente de que minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

Diante do exposto, declaro que minha participação foi aceita espontaneamente. Declaro também, que por se tratar de trabalho acadêmico sem interesse financeiro, não tenho direito a nenhuma remuneração, ressarcimento de despesas decorrentes da participação da pesquisa ou indenizações. Da mesma forma, não terei que pagar por nenhum dos procedimentos.

Por fim, recebi claras informações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam a todas as minhas perguntas até minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____.