



Revista Psicologia e Saúde

ISSN: 2177-093X

Universidade Católica Dom Bosco, Programa de Mestrado
e Doutorado em Psicologia

Nunes, Daniella Porfírio; Lange, Marcos Christiano; Zimmermann,
Luiza Moschetta; Piovesan, Elcio Juliato; Scarinci, Isabel Cristina
Intervenção para cessação do tabagismo em pacientes internados por AVC
Revista Psicologia e Saúde, vol. 13, núm. 2, 2021, Abril-Junho, pp. 33-49
Universidade Católica Dom Bosco, Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia

DOI: <https://doi.org/10.20435/pssa.v13i2.1096>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=609869110004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

UAEM redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Intervenção para cessação do tabagismo em pacientes internados por AVC**Smoking cessation intervention in hospitalized patients with stroke****Intervención para cesación del tabaquismo en pacientes hospitalizados con accidente cerebrovascular***Daniella Porfírio Nunes¹**Marcos Christiano Lange**Luiza Moschetta Zimmermann**Élcio Juliato Piovesan**Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR)**Isabel Cristina Scarinci**University of Alabama at Birmingham***Resumo**

Introdução: Estudos mostram baixas taxas de abstinência pós-AVC. Objetivos: Descrever o desenvolvimento e apresentar os resultados preliminares de uma intervenção para cessação do tabagismo em pacientes internados com AVC. Método: Baseado na Teoria Social Cognitiva. Foram incluídos 15 pacientes. Foram analisadas as taxas de abstinência 15 dias após a alta hospitalar, com monoximetria, e, 12 meses depois, por contato telefônico. Resultados: Desenvolvidas cinco cartilhas para o paciente, uma para os familiares e um guia para o profissional de saúde. As taxas de cessação em 15 dias foram de 46,7% (7/15) e, após 12 meses, de 40% (6/15). Conclusões: Este estudo demonstrou os passos para o desenvolvimento de uma intervenção para cessação de tabagismo em pacientes internados com AVC, e que uma intervenção baseada em teoria e personalizada pode impactar favoravelmente a taxa de cessação após a alta hospitalar.

Palavras-chave: intervenção, cessação, tabaco, AVC, internados

Abstract

Introduction: Studies have shown low post-stroke smoking abstinence rates. Objectives: To describe the development and present the preliminary results of a smoking cessation intervention in stroke patients. Method: Based on Cognitive Social Theory. Fifteen patients were included. Smoking abstinence was analyzed 15 days after hospital discharge, through exhaled carbon monoxide assessment, and 12 months later, by telephone contact. Results: Five patient booklets were developed, one for family members and one guide for the health professional. The 15-day cessation rate was 46.7% (7/15) and, after 12 months, 40% (6/15). Conclusions: This study demonstrated the steps for developing a smoking cessation intervention in stroke patients and showed that a theory-based and personalized intervention may favorably impact the cessation rate after discharge.

Keywords: intervention, cessation, tobacco, stroke, inpatients

Resumen

Introducción: Estudios han demostrado bajas tasas de abstinencia post accidente cerebrovascular. Objetivos: Describir el desarrollo y presentar los resultados preliminares de una intervención para cesación del tabaquismo en pacientes con accidente cerebrovascular. Método: Basado en la Teoría Social Cognitiva. Se incluyeron 15 pacientes. Las tasas de abstinencia fueron analizadas a los 15 días después del alta hospitalaria, con monoximetría, y a los 12 meses, por contacto telefónico. Resultados: Se desarrollaron cinco folletos para pacientes, uno para miembros de la familia y una guía para el profesional de la salud. Las tasas de cese de 15 días fue del 46,7% (7/15) y, después de 12 meses, del 40% (6/15). Conclusiones: Este estudio demostró los pasos para desarrollar una intervención para dejar de fumar en pacientes con accidente cerebrovascular, y que una intervención basada en la teoría y personalizada puede afectar favorablemente la tasa de cesación después del alta.

Palabras clave: intervención, cesación, tabaco, accidente cerebrovascular, hospitalizados

¹ Endereço de contato: Rua General Carneiro, 181, 4º andar – Laboratório de Função Pulmonar – Alto da Glória, Curitiba, PR, CEP 80060-900. Telefones: +55 41 3360-7941 / +55 41 99921-6852. E-mail: daniporfy@hotmail.com

Introdução

Apesar da redução do uso de derivados do tabaco nos últimos anos, no Brasil, 10,1% da população adulta é fumante (Brasil, Ministério da Saúde, 2018). Estas taxas são ainda maiores em pacientes internados, variando de 15% a 22,6% (Corrêa, 2014; Tanni et al., 2009). As doenças relacionadas ao uso de produtos derivados do tabaco são um dos maiores motivos de internação hospitalar (Mohiuddin et al., 2007). Entre elas, estão as doenças cerebrovasculares, sendo o principal fator de risco independente para acidente vascular cerebral (AVC) isquêmico (Markidan et al., 2018; Peters, Huxley, & Woodward, 2013; Wolf, D'Agostino, Kannel, Bonita, & Belanger, 1988). Por outro lado, estudos evidenciam a redução do risco de AVC com a cessação (Fan et al., 2019).

A hospitalização por AVC pode aumentar a motivação para a cessação, pois os pacientes vivenciam doença súbita, grave e potencialmente incapacitante associada ao uso de produtos derivados do tabaco, e podem experimentar os sintomas de abstinência e fissura dentro do ambiente hospitalar, com possibilidade de contato direto com as equipes especializadas na cessação.

Metanálise, abordando pacientes internados por todas as causas, concluiu que é efetivo oferecer para todos os usuários tratamento para cessação durante internamento com duração superior a 15 minutos, associado ao suporte ambulatorial com duração superior a 30 dias, alcançando taxas de cessação de 37% em 12 meses e, com acréscimo de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), um aumento para 54% (Rigotti, Clair, Munafo, & Stead, 2012). Em pacientes com doença cardiovascular, as taxas de cessação tendem a ser maiores (Lancaster & Stead, 2017), em torno de 43% a 48,7% em 12 meses após a alta hospitalar (Auer et al., 2016; Snarterse et al., 2015; Sverre et al., 2017). No entanto, em revisão sistemática sobre intervenções em pacientes pós-AVC, as taxas de cessação foram de 23,9% no grupo intervenção, sem diferença significativa (Edjoc, Reid, & Sharma, 2012).

Intervenções de mudança de comportamento habitualmente são complexas e desafiadoras para serem implementadas na prática diária. Fiore et al. (2008) propuseram uma ferramenta para estruturar estas intervenções, a qual vem sendo amplamente recomendada pelas diretrizes internacionais (Siu, 2015). Consiste em identificar e oferecer apoio aos usuários de produtos derivados do tabaco. O modelo é conhecido como dos 5As: Ask (Perguntar), Advise (Avaliar), Assess (Aconselhar), Assist (Preparar), Arrange follow-up (Acompanhar). Esta abordagem foi implementada em pacientes internados e aumentou em 11% a taxa de cessação em 6 meses após a alta hospitalar (Reid et al., 2010). Em pacientes com AVC, alguns estudos descrevem a utilização deste modelo (Ha et al., 2016; Papadakis et al., 2011). No entanto há escassez de estudos com detalhamento das intervenções e seu conteúdo em pacientes pós-AVC.

A pobre descrição do embasamento teórico das intervenções são barreiras para sua replicação. Muitos modelos teóricos são propostos para explicar a mudança de comportamentos em saúde, incluindo o uso de produtos derivados do tabaco. Um destes modelos é a Teoria Social Cognitiva (TSC), que postula que a mudança de comportamento é resultado de uma interação dinâmica entre o indivíduo, seus comportamentos e seu ambiente. Consiste nos seguintes construtos: (1) capacitação comportamental; (2) aprendizado por observação; (3) expectativas com os resultados; (4) autoeficácia e (5) reforço (Glanz, Rimer, & Viswanath,

2002). Embora o arcabouço teórico para o desenvolvimento e a implementação de uma intervenção possa ser baseado na TSC, as estratégias usadas para promover a cessação podem ser baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), levando em consideração três estágios: (1) abordagem (motivar os participantes a parar); (2) manejo (desenvolver e promover a adesão ao plano de parar); e (3) acompanhamento (evitar recaídas e promover abstinência em longo prazo). Ou seja, a TSC fornece uma estrutura para adaptações no nível macro e o TCC aborda diretamente os componentes no nível micro (Borrelli, 2010). Estes modelos embasaram o desenvolvimento de uma intervenção para cessação do uso de derivados do tabaco em mulheres de baixa renda no Brasil (Kienen, Wiltenburg, Bittencourt, & Scarinci, 2019).

Devido à carência de descrição de intervenções específicas para pacientes com AVC, o objetivo deste estudo foi desenvolver e testar uma intervenção baseada em evidência para promover a cessação do uso de derivados do tabaco em pacientes internados com AVC.

Material e Método

Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de pesquisa exploratória, visando à elaboração e viabilidade de uma intervenção para promover a cessação do uso de derivados do tabaco para pacientes internados por suspeita de AVC agudo. A primeira fase do estudo foi qualitativa. Para avaliar o impacto preliminar da intervenção, foi realizado um piloto, longitudinal, prospectivo, não controlado.

Participantes

1) Fase Formativa: Entre julho e outubro de 2015, foram entrevistados seis pacientes usuários de produtos derivados do tabaco, internados por suspeita de AVC agudo na Unidade de AVC do Complexo Hospital de Clínicas – Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), e dois profissionais de saúde que cuidam destes pacientes.

2) Teste da Intervenção e Piloto: Entre novembro de 2017 e maio de 2018, foram incluídos 15 pacientes usuários de produtos derivados do tabaco, internados por suspeita de AVC agudo na Unidade de AVC do CHC-UFPR.

Os critérios de inclusão foram: idade superior a 18 anos, ausência de déficit cognitivo que interferisse na abordagem cognitivo-comportamental, ausência de afasia/disfasia que interferisse na comunicação, ausência de déficit motor incapacitante que interferisse no hábito de fumar, intenção em cessar o uso de produtos derivados do tabaco nos próximos 30 dias. Pacientes elegíveis eram identificados pelos neurologistas, conforme eram internados, e os médicos avisavam, então, à pesquisadora principal.

Após a assinatura do termo de consentimento, foi aplicado um questionário demográfico para a obtenção das seguintes informações: idade, sexo, renda mensal familiar, ocupação laborativa, escolaridade, AVC recorrente, presença de comorbidades (hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dislipidemia, doença aterosclerótica coronariana), número de dias de internamento para início da intervenção, tipo de derivado do tabaco, idade de início, média de cigarros fumados por dia, tempo para fumar o primeiro cigarro, tentativas prévias e presença

de outras pessoas que fumam em casa. Foi aplicada a Escala de Dependência de Fagerström (Fagerström, 1978), que mede o grau de dependência da nicotina em muito baixo (0-2); baixo (3-4); médio (5); elevado (6-7) e muito elevado (8-10).

Este projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR) – CAAE: 45473515.6.0000.0100; e do CHC-UFPR (Coparticipante) – CAAE: 45473515.6.3001.0096.

Desenho do Estudo

O estudo foi dividido em seis fases:

- 1) Fase formativa: Foram realizadas perguntas abertas para conhecer as necessidades dos pacientes. Profissionais de saúde que cuidam destes pacientes também foram abordados;
- 2) Definição do modelo teórico, dos objetivos e das estratégias da intervenção;
- 3) Definição do plano de abordagem e dos temas das visitas;
- 4) Definição do conteúdo das cartilhas e da ilustração, pelos designers;
- 5) Teste da intervenção;
- 6) Piloto.

Procedimento

A fase formativa consistiu em abordar pacientes com questões abertas, com o uso de uma linguagem apropriada para o conhecimento do comportamento e das práticas culturais e uma compreensão sobre o uso de produtos derivados do tabaco. Foram incluídas perguntas como: “Quais são as desvantagens relacionadas a fumar?”; “Você pensa em parar de fumar quando voltar para casa?”; “Como poderíamos ajudar pessoas como você a pararem de fumar enquanto estão internadas?”. Para facilitar a análise dos dados, os pacientes (P) foram codificados de 1 a 6, seguindo a ordem: sexo, idade, número de cigarros fumados/dia, Escala de Dependência de Fagerström. Os dados foram analisados por duas pesquisadoras, em quatro etapas: (1) realizada a leitura das transcrições para identificar temas emergentes, sem levar em conta o modelo teórico; (2) discutiram-se os temas identificados e foram definidas as categorias; (3) nova leitura das transcrições; (4) definição das categorias, levando em consideração o modelo teórico.

O desenvolvimento da intervenção previu a compreensão de diferentes perspectivas. Foram entrevistados dois profissionais de saúde sobre aconselhamento e farmacoterapia. Entre as perguntas, citamos: “Você aconselha os seus pacientes a pararem de fumar?”; “Como você aborda estes pacientes?”; “Quais os aspectos mais importantes que devemos considerar em um programa de cessação para pacientes com AVC agudo hospitalizados?”. A avaliação destas entrevistas seguiu o mesmo processo descrito para os pacientes.

Os objetivos da intervenção foram baseados nos construtos teóricos da TSC. Para implementar as estratégias, foram utilizados os três estágios da TCC: abordagem, manejo e acompanhamento (Tabela 1).

Tabela 1

Objetivos e Estratégias da Intervenção e sua Relação com os Construtos Teóricos

	CAPACITAÇÃO COMPORTAMENTAL	APRENDIZADO POR OBSERVAÇÃO	EXPECTATIVAS COM A CESSAÇÃO	AUTOEFICÁCIA	REFORÇO
Construtos teóricos	Conhecimentos e habilidades que influenciam no comportamento.	Demonstrar exemplos como eles e os resultados.	Benefícios de parar de fumar.	Autoconfiança na habilidade de mudar o comportamento.	Reforço dos comportamentos que aumentam a probabilidade de se manter no comportamento desejável.
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Fornecer conhecimento e desenvolver habilidades que facilitam mudanças de comportamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Mostrar casos que refletem a população-alvo. 	<ul style="list-style-type: none"> Demonstrar as consequências positivas associadas a parar de fumar e os desafios das barreiras neste processo. 	<ul style="list-style-type: none"> Transformar a mudança de comportamento em etapas organizadas para atingir o objetivo (autorregulação). 	<ul style="list-style-type: none"> Reforço dos comportamentos que aumentam a probabilidade de se manter no comportamento desejável.
Abordagem: motivar a parar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> Assegurar que o processo de cessação é individual: o que funciona para um pode não funcionar para outro; Importância de autoconhecimento e do que funciona para eles – descoberta do processo de cessação; Informar sobre importância do reconhecimento dos hábitos automáticos; Se o paciente teve tentativas prévias sem sucesso – reforçar que parar de fumar é um processo, como uma doença que envolve recaídas e remissões; Reforçar que o uso de derivados do tabaco trata-se de doença crônica, uma dependência química; Reforçar o conhecimento das doenças tabaco-relacionadas, principalmente que é um fator de risco para AVC e que a cessação reduz o risco de recidiva do AVC; Reforçar a suscetibilidade das doenças tabaco-relacionadas; Informar sobre benefícios do aconselhamento, acompanhamento e tratamento farmacológico no tratamento; 	<ul style="list-style-type: none"> Mostrar frases dos pacientes entrevistados que abordam os motivos pelos quais querem parar de fumar. Relatar casos de pacientes que tiveram AVC e que pararam de fumar, adotaram hábitos saudáveis, tiveram boa recuperação e vivem com boa qualidade de vida, sem recidivas do AVC. 	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolver com o paciente os efeitos em curto e longo prazo de fumar e de parar de fumar (melhora do olfato, da pressão arterial, do paladar; redução de risco de novos AVCs, neoplasias, infarto, “enfisema pulmonar”); Padrões de uso do tabaco: motivadores e desvantagens de fumar, quando, onde, com quem fumam, motivadores para parar (AVC, valorização da saúde e da família), antecipar barreiras para cessação (estresse, 	<ul style="list-style-type: none"> Organizar as etapas do plano de cessação, os primeiros passos; Garantir que o profissional de saúde será um suporte durante o tratamento; Se o paciente teve insucessos prévios, reforçar que está tentando novamente e enfatizar o aprendizado com suas experiências prévias. 	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar os motivos da cessação; Reforçar as conquistas em direção à meta da cessação.

	CAPACITAÇÃO COMPORTAMENTAL	APRENDIZADO POR OBSERVAÇÃO	EXPECTATIVAS COM A CESSAÇÃO	AUTOEFICÁCIA	REFORÇO
Abordagem: motivar a parar de fumar	<ul style="list-style-type: none"> Promover ambientes livres do tabaco: casa livre do tabaco, ambientes de trabalho e lazer; Personalizar a abordagem para o paciente com AVC internado: utilizar cartilha ativa como apoio para abordagem e desenvolvimento do plano de cessação; Direcionar abordagem para suas necessidades imediatas: sintomas de abstinência, fissura, tempo ocioso, planejar mudanças de comportamento após a alta; Estimular apoio familiar; Estimular continuar acompanhamento após alta hospitalar. 		nervosismo/ansiedade, sintomas de abstinência, fissura, solidão, ver outros fumando/sentir cheiro de cigarro, ociosidade, problemas financeiros...) e suporte social (família/amigos/cuidadores).		
Manejo: desenvolver e promover aderência ao plano de cessação	<ul style="list-style-type: none"> Promover habilidades de como lidar com ansiedade e situações de estresse; Promover atividades prazerosas; Ensinar respiração profunda/abdominal; Promover conhecimento e habilidades para enfrentar sintomas de fissura e abstinência (beber água, manter mãos ocupadas, exercícios físicos); Prescrição de apoio farmacológico, conforme avaliação e indicação médica; Individualizar o plano de cessação; Promover as habilidades de comunicação médico-paciente, direcionando para as demandas do paciente quanto ao aconselhamento e apoio farmacológico; Promover habilidades de como permanecer sem fumar entre fumantes (assertividade); Promover habilidades para ter ambientes livres do tabaco: casa, ambiente de trabalho, lazer, ensinando assertividade; Reforçar a importância de pessoas de apoio, principalmente da família; Abordar e orientar os familiares/cuidadores: casa livre do tabaco, evitar cobranças (críticas, julgamentos, culpa), identificar e auxiliar no manejo de situações de risco e auxiliar 	<ul style="list-style-type: none"> Quais histórias os pacientes conhecem de pessoas que tiveram sucesso em parar de fumar? Como superaram as dificuldades? Discutir mudanças positivas observadas neles mesmos após a cessação. 	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar o conhecimento e as habilidades aprendidas na abordagem e na cartilha fornecida; Garantir oportunidade para esclarecimento de dúvidas e suporte para enfrentamento de barreiras possíveis; Rever os padrões de uso do tabaco e discutir os riscos percebidos; Personalizar os temas relevantes e avaliar o que coloca em risco este processo; Personalizar os prós e contras de fumar (reestruturação cognitiva); Reforçar hábitos alimentares saudáveis e exercícios físicos para minimizar ganho de peso; 	<ul style="list-style-type: none"> Encorajar o paciente a ter o controle de sua saúde; Reforçar o sucesso; Promover habilidades e como pedir ajuda aos profissionais de saúde, família/amigos/cuidadores, outros pacientes; Identificar situações específicas em que pode haver baixa autoeficácia (estresse, nervosismo/ansiedade, solidão, ver outros fumando, ociosidade, fissura, abstinência...). 	<ul style="list-style-type: none"> Reforçar oportunidades para socializar com não fumantes (diminuir isolamento social); Auxiliar na identificação e nas estratégias pessoais utilizadas para manter hábitos saudáveis; Reforçar a percepção de autocontrole sobre a própria saúde; Reforçar apoio da família.

	CAPACITAÇÃO COMPORTAMENTAL	APRENDIZADO POR OBSERVAÇÃO	EXPECTATIVAS COM A CESSAÇÃO	AUTOEFICÁCIA	REFORÇO
Manejo: desenvolver e promover aderência ao plano de cessação	<p>nos retornos ambulatoriais;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assegurar que lapsos não são recaídas; • Abordar “falta de vergonha” e “falta de força de vontade”. 		<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar os benefícios percebidos com a cessação; • Discutir e enfatizar as vantagens percebidas com a cessação. 		
Acompanhamento: prevenir recaídas e promover abstinência em longo prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar como lidar com fissura e abstinência; • Promover habilidades de como lidar com estresse, ansiedade; • Ajudar paciente a continuar focado no seu objetivo; • Reforçar a importância de hábitos saudáveis para o paciente e para a família; • Continuar a reestruturação cognitiva baseada na lista de prós e contras de fumar; • Procurar ajuda imediatamente caso ocorra recaída, não ficar envergonhado; • Facilitar o acesso aos profissionais de saúde para prevenir recaídas; • Reforçar estratégias aprendidas em como permanecer sem fumar entre fumantes; • Identificar dificuldades em lidar com pressão social; • Promover a recusa e assertividade para lidar com pressão dos amigos e familiares fumantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relembrar frases e casos dos pacientes que lhes marcaram. 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar a demonstrar as consequências positivas da cessação; • Revisitar os prós e contras relatados pelo paciente – continuar a reestruturação cognitiva baseada na lista de prós e contras de fumar; • Resolução de dificuldades para prevenir recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover habilidades, auto-responsabilidade, autocontrole em relação a prevenção de recaídas e encorajar procurar por suporte dos profissionais; • Reforçar o sucesso; • Identificar situações específicas de baixa autoeficácia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforço positivo das conquistas (ex: habilidades para recusar, assertividade, hábitos saudáveis alimentares e atividades físicas, habilidades manuais...).

O plano de abordagem foi dividido em duas fases: (1) Aconselhamento durante internamento: realizadas três visitas ao paciente, apenas, e uma visita ao paciente junto dos familiares, com duração de 20 a 30 minutos; (2) Acompanhamento: realizado com o paciente, 15 dias após alta hospitalar. Durante esta fase, foi realizada medida do monóxido de Carbono (CO) exalado (Micro Co, Care Fusion, Galway, Alemanha), tendo como critério de abstenção valores inferiores a 7 ppm (Middleton & Morice, 2000). Os pacientes que perderam o acompanhamento foram considerados tabagistas. Nesta fase, os pacientes responderam a um questionário de satisfação. Após esta visita, os pacientes foram seguidos pela equipe de tratamento de tabagismo.

Os temas das visitas estão na Tabela 2.

Tabela 2

Temas das Visitas

	Temas
Primeira Visita	Introdução Primeiro passo: Conhecer-se melhor Segundo passo: Apoio e encorajamento
Segunda Visita	Terceiro passo: Como lidar com os primeiros dias sem fumar
Terceira Visita	Familiares: Como vocês podem ajudar no processo de parar de fumar
Quarta Visita	Quarto passo: Como lidar com escorregadas e recaídas
Quinta Visita (15 dias após alta)	Quinto passo: Como continuar a caminhada de uma vida livre do tabaco

Foram desenvolvidas cinco cartilhas para os pacientes e uma para os familiares, conforme as estratégias da TCC: (1) abordagem (motivar os participantes a parar) – Cartilhas Introdução e Visita 1; (2) manejo (desenvolver e promover a adesão ao plano de parar) – Cartilhas Visita 2 e Visita 3; (3) acompanhamento (evitar recaídas e promover abstinência em longo prazo) – Cartilhas Visita 4 e Visita 5. O conteúdo das cartilhas está detalhado na Tabela 3. As cartilhas foram ilustradas por designers, bem visuais e coloridas, para estimular a participação do paciente no processo de reestruturação cognitiva, com opções para assinalar e linhas para preenchimento livre. Foram desenvolvidos dois protagonistas, um homem com sequelas de AVC bem evidentes e uma mulher sem deficits.

Tabela 3

Conteúdo das Cartilhas

Sessão	Conteúdo das cartilhas		
Primeira Visita	<p>Introdução</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicação sobre o programa, que é específico para pacientes com AVC; que é uma jornada; • Não está sozinho e tem o apoio de uma equipe capacitada; • Informações dos riscos do uso de derivados do tabaco, sua relação com o AVC e a redução do risco de recidiva se parar de fumar; • Explicação sobre dependência química; • Motivos pelos quais os pacientes com AVC fumam e querem parar de fumar, com utilização das falas dos pacientes entrevistados na fase formativa; • Preenchimento dos motivos para fumar e parar de fumar pelo paciente; • Tomada de decisão. 	<p>Visita 1: O Primeiro Passo (Conhecer-se melhor)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apresenta os passos a serem seguidos, como degraus de uma escada. • Fotografia do hábito de fumar (número de cigarros fumados/dia, tempo para o primeiro cigarro após acordar, identificação dos locais e com quem fumava); • Tentativas anteriores (preenchimento de coisas que funcionaram e coisas que não funcionaram); • Colocar na balança os benefícios e dificuldades de parar de fumar. 	<p>Visita 1: O Segundo Passo (Apoio e encorajamento)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nomear os familiares que podem ajudar no processo de cessação e especificar como podem ajudar. • Mitos ligados a parar de fumar: <ul style="list-style-type: none"> - Mito 1: Parar de fumar é só uma questão de ter força de vontade e vergonha na cara; - Mito 2: Se você não consegue parar na primeira tentativa, não vai parar nunca mais; - Mito 3: A maneira mais fácil de parar de fumar é “de vez”; - Mito 4: Vou engordar se parar de fumar; - Mito 5: O estresse e o nervosismo causam AVC.) • Dúvidas sobre medicação.
Segunda Visita	<p>Visita 2: Terceiro Passo (Como lidar com os primeiros dias sem fumar)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definição de fissura; • Identificação dos sintomas e como lidar com eles; • Preenchimento de como manter mãos e boca ocupadas; • Manejo de hábitos automáticos; • Identificação de atividades prazerosas que substituam o comportamento de fumar; • Estimular alimentação saudável e atividade física; • Evitar abuso de álcool. 		
Terceira Visita	<p>Visita 3: Familiares (Como vocês podem ajudar no processo de parar de fumar)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependência química; • Estímulo para ter uma casa livre do cigarro; • Importância de apoio familiar (respeito, ajudar a diminuir o estresse, tendo paciência, não oferecendo conselhos, entendimento de que escorregadas e recaídas são parte do processo, evitar cobranças, críticas, julgamentos ou culpar o paciente pelas doenças estabelecidas, auxiliar o seu familiar a evitar as situações de risco, auxiliar no agendamento dos retornos na Unidade Básica de Saúde ou Hospital); • Preencher as funções e expectativas do paciente e do familiar; • Confeccionado um adesivo de “casa livre de tabaco” para ser entregue aos familiares. 		

Sessão	Conteúdo das cartilhas
Quarta Visita	Visita 4 (Quarto passo, como lidar com as escorregadas e recaídas) <ul style="list-style-type: none">•Dicas para reforçar a se manter no caminho livre do cigarro;•Percepção de economia financeira (preenchimento do gasto mensal com uso de derivados do tabaco e possibilidades de investimento do dinheiro economizado com a cessação);•Definição de escorregadas e recaídas; como prevenir e manejar;•Preenchimento de situações de risco e como enfrentar;•Orientações do que fazer se recair.
Quinta Visita: 15 dias após a alta hospitalar	Visita 5 (Quinto passo, como continuar a caminhada de uma vida livre do tabaco) <ul style="list-style-type: none">•Preenchimento dos benefícios percebidos;•Preenchimento das dificuldades e das estratégias para enfrentar;•Balanceamento dos benefícios e das dificuldades (dar nota de 0-10 para os benefícios e para as dificuldades);•Preparação para uma vida livre do tabaco com hábitos saudáveis (alimentação saudável e atividade física);•Dicas para gerenciamento de estresse (Evitar, Adaptar ou Aceitar).

Também, foi elaborada uma cartilha de guia para o profissional de saúde, para orientar a aplicação das cartilhas do paciente.

No teste da intervenção, as cartilhas foram aplicadas para verificar as reações ao formato e conteúdo da intervenção, de maneira interativa e com feedback da abordagem. No piloto, a versão final das cartilhas foi aplicada.

Quanto ao apoio farmacológico, seguiram-se as indicações das diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2001): (1) Fagerström de cinco ou mais; (2) Fumar mais de 20 cigarros por dia; (3) Fumar mais de 10 cigarros por dia e primeiro cigarro em menos de 30 minutos; (4) Não obtenção de sucesso em tentativas prévias somente com abordagem cognitivo-comportamental, devido a sintomas de abstinência. Utilizado TRN de liberação longa (21 mg, 14 mg ou 7 mg), associada à goma de 2 mg, conforme necessário.

Como variáveis de desfecho, foram analisadas as taxas de abstinência 15 dias após a alta hospitalar e, depois, ao se completarem 12 meses, sendo esta última realizada por contato telefônico.

Os dados foram tabulados em planilha do software Microsoft Excel. As variáveis quantitativas foram descritas como média e desvio-padrão ou mediana com primeiro e terceiro quartil. As variáveis categóricas foram apresentadas como frequência e porcentagem.

Resultados

Na fase formativa com pacientes e profissionais de saúde, observou-se que pacientes tabagistas com AVC internados possuem susceptibilidade e severidade percebida (“Ou eu paro ou eu morro, porque desse AVC eu escapei, quem garante que eu vou escapar de outro?” [P2]), com baixa autoeficácia para mudança do comportamento de uso de derivados do tabaco (“Metade de mim quer parar, outra metade não quer parar de fumar.” [P2]). No entanto estão motivados a parar de fumar ao saírem do hospital (“Foi um susto positivo na minha vida. Eu não pretendo voltar a fumar, não.” [P1]). O suporte familiar, o uso de material de apoio, farmacoterapia e acompanhamento após a alta foram considerados fundamentais, tanto para pacientes quanto para profissionais de saúde, como estratégias para cessação do uso de derivados do tabaco em pacientes com AVC internados.

Conhecendo estas necessidades e sugestões de estratégias e baseados em construtos teóricos, foram elaborados os objetivos e as estratégias da intervenção. Assim, foi delineado um plano de abordagem, definidos os temas das visitas e elaborado o conteúdo das cartilhas, de acordo com os estágios do processo de cessação.

Para avaliar o impacto da intervenção, as cartilhas foram aplicadas em 15 pacientes. A idade média foi de $57,7 \pm 9,3$ anos, oito (53,3%) eram do sexo feminino, com renda mensal familiar média de R\$ 2.300,00 \pm R\$ 1.485,16. Somente quatro (26,6%) pacientes não tinham trabalhado no último ano. A maioria dos pacientes, nove (60%), apresentava escolaridade até o fundamental completo. Em relação ao evento, doze (80%) pacientes tiveram seu primeiro AVC, sendo a hipertensão arterial sistêmica o fator de risco mais frequente, presente em nove (60%) pacientes, seguida por dislipidemia, em quatro (26,6%); diabetes mellitus, em três (20%); e doença aterosclerótica coronariana, em três (20%).

A equipe de tratamento de tabagismo foi acionada, em média, após $7,7 \pm 4,9$ dias da admissão. Apenas um paciente utilizava cigarros de palha, os demais fumavam cigarro com

filtro, com idade de início média de $14,1 \pm 3,5$ anos. A média de cigarros fumados ao dia foi de $24,7 \pm 10,5$, com oito (53,3%) pacientes fumando mais de 20 cigarros/dia, e onze (73,3%) fumando em menos de 30 minutos após acordar. Apenas um paciente tinha feito alguma tentativa no último ano. Cinco (33,3%) pacientes tinham algum familiar que fumava em casa. Em relação à Escala de Dependência de Fagerström, 11 (73,3%) pacientes pontuavam valores acima de 4, com mediana de 6 (4,5-6,5). Todos os pacientes utilizaram TRN durante o estudo.

Estavam abstinentes sete pacientes 15 dias após a alta hospitalar, confirmados com CO exalado, representando uma taxa de cessação de 46,7%.

Após 12 meses, seis (40%) pacientes continuavam abstinentes e quatro dos nove (44,4%) que continuavam fumando reduziram mais da metade o número de cigarros fumados por dia.

Todos os pacientes consideraram as visitas educativas e esclarecedoras, sendo a última delas considerada muito importante, assim como aquela com os familiares. Todos se sentiram motivados a parar de fumar, estavam satisfeitos com o programa, e os abstinentes, confiantes em manterem abstinência.

Discussão

A concepção deste estudo foi para desenvolver uma intervenção personalizada, com elaboração de cartilhas ativas, para abordagem de pacientes usuários de derivados do tabaco internados por suspeita de AVC, visto que existem poucos estudos na literatura com detalhamento do embasamento teórico, do conteúdo das intervenções e do material de apoio utilizado para esta população. Utilizando o resultado de entrevistas da fase formativa, foi possível conhecer as necessidades desses pacientes, associadas a sugestões de estratégias para cessação. Baseada nos construtos da TSC e da TCC, foi desenvolvida uma intervenção utilizando objetivos e estratégias personalizados; foram elaboradas cinco cartilhas ativas para os pacientes, uma para os familiares e uma para os profissionais de saúde; e foi feito um relato de todos os passos seguidos para desenvolver uma intervenção baseada em teoria e culturalmente relevante. Estudo recente utilizou os mesmos construtos teóricos, demonstrando ser promissor para o desenvolvimento de intervenções em saúde (Kienen et al., 2019).

Optou-se por fazer uma visita ao paciente junto dos familiares, uma vez que o modelo teórico valoriza a interação do indivíduo com o meio em que vive e pelo fato de estudos demonstrarem a importância do apoio familiar e de amigos, impactando a aderência ao tratamento (Kruithof, Van Mierlo, Visser-Meily, Van Heugten, & Post, 2013; Oikarinen, Engblom, Kääriäinen, & Kyngäs, 2017).

A intervenção desenvolvida está de acordo com os critérios comprovadamente eficazes para pacientes internados, em que intervenções intensivas (>10 minutos de duração), com maior número de sessões (4 ou mais), utilização de material de apoio, acréscimo de TRN e acompanhamento, são mais efetivas (Fiore et al., 2008; Rigotti et al., 2012). Em revisão sobre intervenções para cessação do tabagismo em pacientes por doença cardíaca, a maior parte dos estudos incluía infarto agudo do miocárdio, doença que motiva internamentos, súbita e grave como o AVC. Não houve diferença entre as intervenções, no entanto houve dificuldades para classificar os estudos, devido à falta de detalhamento da duração, do número de

sessões, do número de páginas dos folhetos e do modelo teórico que guiou as abordagens (Barth, Jacob, Daha, & Critchley, 2015). A guia espanhola (Jiménez et al., 2017) para tratamento do tabagismo em pacientes internados orienta que a abordagem deve ser acompanhada da entrega de material de apoio e não define nenhum modelo teórico específico. Nas diretrizes brasileiras para cessação do tabagismo (Reichert et al., 2008), as recomendações para pacientes hospitalizados são adaptadas a partir das diretrizes para pacientes ambulatoriais.

Quanto aos resultados preliminares do impacto das cartilhas desenvolvidas, em pacientes pós-AVC, são superiores aos da revisão sistemática de intervenção em pacientes com AVC (Edjoc et al., 2012). No entanto as taxas de sucesso variam amplamente na literatura, desde 11% em 12 meses (Mouradian, Majumdar, Senthilselvan, Khan, & Shuaib, 2002) até 69,2% em 3 meses (Ha et al., 2016), com grande heterogeneidade das intervenções e com falta de detalhamento da abordagem comportamental, para que possam ser replicadas.

Quase a metade dos pacientes que persistiam fumando reduziu substancialmente o número de cigarros fumados por dia, sendo que, em estudos recentes, houve correlação entre número de cigarros fumados por dia e redução do risco de recorrência de AVC (Chen et al., 2019; Markidan et al., 2018).

Com relação a sexo, idade e fatores de risco, o perfil dos pacientes é semelhante ao da literatura (Epstein et al., 2017). A baixa escolaridade foi encontrada também no estudo brasileiro, e a renda mensal familiar foi um pouco maior nos pacientes com AVC (Garcia, Aline, & Biral, 2018). Comparativamente com o estudo de Papadakis et al. (2011), o número de cigarros fumados por dia foi maior, com tempo para o primeiro cigarro semelhante, tendo sido prescrito apoio farmacológico para todos os pacientes, sugerindo maior grau de dependência. A maioria não tinha exposição domiciliar ao tabaco, que é um preditor independente para cessação (Hornnes, Larsen, Brink-Kjær, & Boysen, 2014).

O AVC é uma janela de oportunidade para abordar a cessação de tabagismo e, com uma intervenção personalizada, cartilhas ativas e uma equipe treinada, espera-se aumentar as taxas de cessação em um ensaio clínico randomizado. Adequar as ações de saúde às necessidades particulares é uma estratégia importante para obter melhores resultados. Por esse motivo, a escolha da intervenção é decisão fundamental, e a pesquisa nesta área auxilia, em última análise, na definição das políticas e terapêuticas para o enfrentamento.

A principal limitação do estudo foi o número de pacientes e a falta de um grupo controle, no entanto o estudo focou no desenvolvimento da intervenção e no piloto. Outras limitações foram que a intervenção foi direcionada para população usuária do Sistema Único de Saúde, que nem sempre poderá ser extrapolada para outras realidades, e que apenas um profissional de saúde aplicou as cartilhas, podendo-se futuramente envolver equipe multidisciplinar, inclusive com a utilização do guia do profissional de saúde desenvolvido para capacitação.

Este estudo demonstrou todos os passos para o desenvolvimento de uma intervenção baseada em teoria e personalizada para cessação do uso de derivados do tabaco em pacientes internados com suspeita de AVC, a qual pode impactar favoravelmente na taxa de cessação após a alta hospitalar.

Referências

- Auer, R., Gencer, B., Tango, R., Nanchen, D., Matter, C. M., Lüscher, T. F., . . . Rodondi, N. (2016). Uptake and efficacy of a systematic intensive smoking cessation intervention using motivational interviewing for smokers hospitalised for an acute coronary syndrome: A multicentre before-after study with parallel group comparisons. *British Medical Journal Open*, 6, 1-9. doi:http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011520
- Barth, J., Jacob, T., Dahan, I., & Critchley, J. A. (2015). Psychosocial interventions for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(7). doi:http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006886.pub2
- Borrelli, B. (2010). Smoking Cessation: Next Steps for Special Populations Research and Innovative Treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 1-12. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0018327
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. (2001). *Abordagem e Tratamento do fumante – Consenso 2001*. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado de http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//tratamento_fumo_consenso.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2018). *Vigitel Brasil 2017*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_risco.pdf
- Chen, J., Li, S., Zheng, K., Wang, H., Xie, Y., Xu, P., . . . Xu, G. (2019). Impact of Smoking Status on Stroke Recurrence. *Journal of the American Heart Association*, 8(8). doi:http://dx.doi.org/10.1161/JAHA.118.011696
- Corrêa, A. P. A. (2014). Prevalência e perfil tabágico de pacientes adultos internados em unidades cirúrgicas de um hospital universitário. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10183/98548>
- Edjoc, R. K., Reid, R. D., & Sharma, M. (2012). The effectiveness of smoking cessation interventions in smokers with cerebrovascular disease: A systematic review. *British Medical Journal Open*, 2(6), 1-6. doi:http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002022
- Epstein, K. A., Viscoli, C., Spence, J. D., Dixit, A., Furie, K., Inzucchi, S., . . . Kernan, W. (2017). Smoking cessation improves outcome after ischemic stroke or TIA. *Neurology*, 2(1), 1723-29. doi:http://dx.doi.org/10.1212/WNL.0000000000004524
- Fagerström, K. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addictive Behaviors*, 3(3-4), 235-241. doi:http://dx.doi.org/10.1016/0306-4603(78)90024-2
- Fan, M., Lv, J., Yu, C., Guo, Y., Bian, Z., Yang, S., & Yang, L. (2019). Family history, tobacco smoking, and risk of ischemic Stroke. *Journal of Stroke*, 21(2), 175-183. doi:http://dx.doi.org/10.5853/jos.2018.03566
- Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Bennett, G., Benowitz, N., . . . Williams, C. (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 Update. A U.S. Public Health Service report. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2), 158-176. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2008.04.009

- Garcia, T., Aline, S., & Biral, A. T. (2018). Avaliação de um tratamento para cessação do tabagismo iniciado durante a hospitalização em pacientes com doença cardíaca ou doença respiratória. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 44(2012), 42-48. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37562017000000026
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2002). *Health behavior and health education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Wiley & Sons.
- Ha, E., Jo, J. Y., Ahn, A. L., Oh, E. J., Choi, J. K., Cho, D. Y., & Kweon, H. J. (2016). Predictors of successful smoking cessation after inpatient intervention for stroke patients. *Korean Journal of Family Medicine*, 37(2), 85-90. doi:http://dx.doi.org/10.4082/kjfm.2016.37.2.85
- Hornnes, N., Larsen, K., Brink-Kjær, T., & Boysen, G. (2014). Specific antismoking advice after stroke. *Danish Medical Journal*, 61(4), 1-5. Recuperado de https://ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2018-12/a4816.pdf
- Jiménez, C. A., Ignacio, J., Orive, D. G., Solano, S., Antonio, J., Miranda, R., ... Cristóbal, M. (2017). Normativa sobre tratamiento del tabaquismo en pacientes hospitalizados, *Archivos de Bronconeumología*, 53(7):387-394. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.11.004
- Kienen, N., Wiltenburg, T. D., Bittencourt, L., & Scarinci, I. C. (2019). Development of a gender-relevant tobacco cessation intervention for women in Brazil – an intervention mapping approach to planning. *Health Education Research*, 34(5):505-520. doi: http://dx.doi.org/10.1093/her/cyz025
- Kruithof, W. J., van Mierlo, M. L., Visser-Meily, J. M. A., Van Heugten, C. M., & Post, M. W. M. (2013). Associations between social support and stroke survivors' health-related quality of life-A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 169-176. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.003
- Lancaster, T., & Stead, L. F. (2017). Individual behavioural counselling for smoking cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 31(3). doi:http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001292.pub3
- Markidan, J., Cole, J. W., Cronin, C. A., Merino, J. G., Phipps, M. S., Wozniak, M. A., & Kittner, S. J. (2018). Smoking and Risk of Ischemic Stroke in Young Men. *Stroke*, 49(5):1276-1278. doi:http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.018859
- Middleton, E. T., & Morice, A. H. (2000). Breath carbon monoxide as an indication of smoking habit. *Chest*, 117(3):758-63. doi:http://dx.doi.org/10.1378/chest.117.3.758
- Mohiuddin, S. M., Mooss, A. N., Hunter, C. B., Grollmes, T. L., Cloutier, D. A., & Hilleman, D. E. (2007). Intensive Smoking Cessation Intervention Reduces Mortality in High-Risk Smokers With Cardiovascular Disease. *Chest*, 131(2), 446-452. doi:http://dx.doi.org/10.1378/chest.06-1587
- Mouradian, M. S., Majumdar, S. R., Senthilselvan, A., Khan, K., & Shuaib, A. (2002). How Well Are Hypertension, Hyperlipidemia, Diabetes, and Smoking Managed After a Stroke or Transient Ischemic Attack? *Stroke*, 33(6), 1656-1659. doi:http://dx.doi.org/10.1161/01.str.0000017877.62543.14
- Oikarinen, A., Engblom, J., Kääriäinen, M., & Kyngäs, H. (2017). The effects of Risk Factor-Targeted Lifestyle Counselling Intervention on working-age stroke patients' adherence to lifestyle change. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(3), 555-568. doi:http://dx.doi.org/10.1111/scs.12369

- Papadakis, S., Aitken, D., Gocan, S., Riley, D., Laplante, M. A., Bhatnagar-Bost, A., . . . Reid, R. D. (2011). A randomised controlled pilot study of standardised counselling and cost-free pharmacotherapy for smoking cessation among stroke and TIA patients. *British Medical Journal Open*, 1(2), 1-8. doi:http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000366
- Peters, S. A. E., Huxley, R. R., & Woodward, M. (2013). Smoking as a risk factor for stroke in women compared with men: A systematic review and meta-analysis of 81 cohorts, including 3,980,359 individuals and 42,401 strokes. *Stroke*, 44(10), 2821-2828. doi:http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.113.002342
- Reichert, J., Araújo, A. J., Gonçalves, C. M. C., Godoy, I., Chatkin, J. M., Sales, M. P. U., & Santos, S. R. R. A. (2008). Smoking cessation guidelines. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 34(10), 845-880. doi:http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37132008001000014
- Reid, R. D., Mullen, K., Angelo, M. E. S. D., Aitken, D. A., Papadakis, S., Haley, P. M., ... Pipe, A. L. (2010). Smoking cessation for hospitalized smokers: An evaluation of the "Ottawa Model". *Nicotine & Tobacco Research*, 12(1), 11-18. doi:http://dx.doi.org/10.1093/ntr/ntp165
- Rigotti, N. A., Clair, C., Munafo, M. R., & Stead, L. F. (2012). Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews (On-line)*, 16(5). doi:http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001837.pub3
- Siu, A. L. (2015). Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 163(8), 622-634. doi:http://dx.doi.org/10.7326/M15-2023
- Snaterse, M., Scholte op Reimer, W. J. M., Dobber, J., Minneboo, M., Ter Riet, G., Jorstad, H. T., . . . Peters, R. J. G. (2015). Smoking cessation after an acute coronary syndrome: Immediate quitters are successful quitters. *Netherlands Heart Journal*, 23(12), 600-607. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s12471-015-0755-9
- Sverre, E., Otterstad, J. E., Gjertsen, E., Gullestad, L., Husebye, E., Dammen, T., ... Munkhaugen, J. (2017). Medical and sociodemographic factors predict persistent smoking after coronary events. *British Medical Journal Cardiovascular Disorders*, 17(241), 1-9. doi:http://dx.doi.org/10.1186/s12872-017-0676-1
- Tanni, S. E., Iritsu, N. I., Tani, M., Camargo, P. A., Sampaio, M. G., Godoy, I & Godoy, I (2009). Risk perceptions and behavior among hospitalized patients with smoking-related diseases. *Preventing Chronic Disease*, 6(4). Recuperado de http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/oct/09_0040.htm
- Wolf, P. A., D'Agostino, R. B., Kannel, W. B., Bonita, R., & Belanger, A. J. (1988). Cigarette smoking as a risk factor for stroke. The Framingham Study. *JAMA*, 259, 1025-1029. doi:http://dx.doi.org/10.1001/jama.1988.03720070025028

Recebido em: 15/08/2019

Última revisão: 14/11/2019

Aceite final: 05/12/2019

Sobre os autores:

Daniella Porfírio Nunes: Mestranda em Medicina Interna e Ciências da Saúde na Universidade Federal do Paraná (UFPR). Médica pneumologista. **E-mail:** daniporfy@hotmail.com, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0002-9239-4259>

Marcos Christiano Lange: Doutor em Medicina Interna pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Médico neurologista. **E-mail:** langeneuro@gmail.com, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0002-0405-7157>

Luiza Moschetta Zimmermann: Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Paraná. **E-mail:** luizazimm@gmail.com, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0003-1700-4457>

Élcio Juliato Piovesan: Doutor em Medicina Interna pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Médico neurologista. **E-mail:** piovesan1@hotmail.com, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0002-0915-0430>

Isabel Cristina Scarinci: Doutora em Psicologia Clínica pela Louisiana State University (LSU). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública e controle do câncer em populações de risco. **E-mail:** scarinci@uab.edu, **Orcid:** <http://orcid.org/0000-0003-2337-3021>

