



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCoI)
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

RAVENA PAVEI JACINTO

**AUMENTO DO TABAGISMO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 EM
ADULTOS E IDOSOS DO SUL DO BRASIL**

CRICIÚMA

2024

RAVENA PAVEI JACINTO

**AUMENTO DO TABAGISMO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 EM
ADULTOS E IDOSOS DO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] da Universidade do Extremo Sul Catarinense, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof. Dr. Antônio Augusto Schäfer
Coorientadora: Prof. Dra. Camila Dallazen

CRICIÚMA

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

J12a Jacinto, Ravena Pavei.
Aumento do tabagismo durante a pandemia de COVID-19 em adultos e idosos do sul do Brasil / Ravena Pavei Jacinto. - 2024.
92 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2024.

Orientação: Antônio Augusto Schäfer.

Coorientação: Camila Dallazen.

1. Tabagismo - Brasil, Sul. 2. Nicotina. 3. Fatores de risco. 4. COVID-19, Pandemia de, 2020-.
I. Título.

CDD 23. ed. 616.865

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

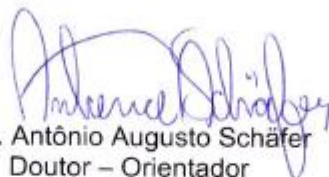
RAVENA PAVEI JACINTO

**AUMENTO DO TABAGISMO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 EM
ADULTOS E IDOSOS DO SUL DO BRASIL**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 06 de maio de 2024.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Antônio Augusto Schäfer
Doutor – Orientador
Presidente



Profa. Jaqueline da Silva Generoso
Doutora – UNESC
Membro externo



Profa. Fernanda de Oliveira Meller
Doutora – UNESC/PPGSCol
Membro interno

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me permitiu mais essa conquista.

Ao meu esposo que sempre me incentivou a acreditar em mim mesma, agradeço a todo esforço e apoio na concretização deste objetivo.

À minha filha que é minha fonte de inspiração para me tornar uma pessoa cada dia melhor.

Aos meus pais que sempre me incentivaram a estudar e que sempre foram meu apoio.

Ao meu orientador Antônio que fez este caminho se tornar mais fácil, sempre muito solícito, admiro e sou grata por toda sua ajuda ao longo deste processo. Estendo meus cumprimentos a professora Camila que contribuiu muito com suas colaborações.

Aos meus colegas e amigos de trabalho que me incentivaram a iniciar essa jornada e me deram apoio para que pudesse me dedicar a este projeto. Em especial a minha amiga Eliara que sempre me apoia e acolhe.

Aos meus colegas de mestrado que fizeram parte desta caminhada, que dividiram suas experiências que nos ajudaram no nosso crescimento.

A todos os professores e equipe do PPGSCOL muito obrigada por toda a dedicação, paciência. Muita admiração e gratidão por todos os ensinamentos.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos

não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

Introdução: o tabagismo, reconhecido como doença crônica decorrente da dependência à nicotina, constitui um desafio significativo para a saúde pública global, sendo responsável por diversas doenças e mortes evitáveis. O Brasil, embora seja um líder no controle do tabaco, enfrentou um aumento potencial na prevalência do hábito de fumar durante a pandemia de Coronavírus (COVID-19), possivelmente devido aos impactos emocionais causados pela crise sanitária global. **Objetivo:** avaliar o aumento do tabagismo durante a pandemia de COVID-19 e seus fatores associados em adultos e idosos do sul do Brasil. **Metodologia:** foram utilizados dados de dois estudos transversais, de base populacional realizado em 2020-2021 nos municípios de Criciúma, Santa Catarina e Rio Grande, Rio Grande do Sul. O processo amostral considerou dois estágios: unidades primárias (setores censitários) e unidades secundárias (domicílios). Dentro dos setores sorteados, foram selecionados sistematicamente 607 domicílios em Criciúma e 900 domicílios em Rio Grande. Foram estudados os indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos, moradores da área urbana das duas cidades. A variável dependente foi o aumento do tabagismo. Além disso foram incluídas como variáveis independentes características sociodemográficas, comportamentos de saúde, morbidade e estado de saúde. Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis pesquisadas, através da apresentação das frequências absoluta (n) e relativa (%). Análises brutas e ajustadas foram realizadas para avaliar as associações entre o aumento do tabagismo e as variáveis independentes estudadas, utilizando-se o teste Qui-quadrado de Pearson e Regressão de Poisson, considerando nível de significância de 5%. Os resultados da regressão foram relatados como razão de prevalência e intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Foram estudados 2.170 indivíduos. Dentre os indivíduos que referiram fumar atualmente (n=263, 12,1%), um terço relatou ter aumentado o consumo de cigarros durante a pandemia de COVID-19. Na análise ajustada, o aumento no consumo foi maior entre indivíduos do sexo feminino, com idade entre 18 e 29 anos e aqueles que tinham sentimento de tristeza. A prevalência de aumento de tabagismo foi 1,64 vezes maior em pessoas do sexo feminino em relação às pessoas do sexo masculino e 3,49 vezes maior entre os indivíduos com idade entre 18 e 29 anos do que em indivíduos com 60 anos ou mais. Além disso, aquelas com sentimento de tristeza tiveram prevalência 69% maior de aumento no consumo de tabagismo. **Conclusão:** Os achados deste estudo evidenciam um aumento significativo no tabagismo durante a pandemia de COVID-19, ressaltando a influência do sofrimento psicológico provocado pela crise sanitária global no consumo de produtos à base de tabaco. A prevalência elevada de aumento do tabagismo entre mulheres, jovens adultos e indivíduos com sentimento de tristeza aponta para grupos particularmente vulneráveis que necessitam de atenção especial em políticas de saúde pública. A pandemia exacerbou desafios preexistentes e destacou a necessidade urgente de intervenções direcionadas. Estudos futuros devem explorar os efeitos do aumento do tabagismo sobre outras morbidades no cenário pós-pandêmico e seus impactos na saúde pública. Tais estudos são cruciais para a elaboração de políticas públicas eficazes que promovam a cessação do tabagismo e a melhoria da saúde da população.

Palavras-chave: Tabagismo. Nicotina. Fatores de Risco. Pandemia. COVID-19.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Teste de Fagerström para a dependência à nicotina.....	23
Quadro 2. Legislação do tabaco ao longo dos anos.....	25
Quadro 3. Estimativa de gastos no Brasil em relação às doenças causadas pelo tabaco em 2015 (em R\$).....	29

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mudança no consumo de tabagismo durante a pandemia de COVID-19. Criciúma (SC) e Rio Grande (RS), Brasil, 2021 (n=263).	54
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Sinais e sintomas da síndrome de abstinência de nicotina.....	25
Tabela 2 - Características sociodemográficas dos indivíduos estudados. Criciúma (SC) e Rio Grande (RS), Brasil, 2021. (n=2.170)	50
Tabela 3 - Características comportamentais e de saúde dos indivíduos estudados. Criciúma (SC) e Rio Grande (RS), Brasil, 2021. (n=2.170)	52
Tabela 4 - Associação bruta e ajustada entre o aumento de tabagismo e as variáveis sociodemográficas estudadas. Criciúma (SC) e Rio Grande (RS), Brasil, 2021.	55
Tabela 5 - Associação bruta e ajustada entre o aumento de tabagismo e as variáveis comportamentais e de saúde estudadas. Criciúma (SC) e Rio Grande (RS), Brasil, 2021.	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB	Associação Médica Brasileira
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	Associação Psiquiátrica Americana
AVC	Acidente Vasxular Cerebral
COex	Monóxido De Carbono Exalado
COVID 19	<i>Coronavírus Disease 19</i>
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
FTQ	Questionário <i>Fagerström</i> de Tolerância
FTND	Teste de <i>Fagerström</i> para Dependência de Nicotina
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PHQ-9	Questionário de Saúde do Paciente
PNS	Pesquisa Nacional em Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PSS-14	Escala de Estresse Percebido
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SARS-CoV-2	Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TRN	Terapia de Reposição de Nicotina
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1 TABACO.....	22
2.2 DEPENDÊNCIA DA NICOTINA	23
2.3 TABAGISMO E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE PÚBLICA.....	27
2.4 ESTRATÉGIAS NO CONTROLE DO TABAGISMO.....	29
2.5 TABAGISMO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	35
2.5.1 Fatores associados ao aumento do tabagismo durante a COVID-19	38
3 JUSTIFICATIVA	41
4 OBJETIVOS	42
4.1 OBJETIVO GERAL.....	42
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
5 HIPÓTESES	43
6 MÉTODOS	44
6.1 DESENHO DO ESTUDO	44
6.2 LOCAL DO ESTUDO	44
6.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	44
6.3.1 Critérios de inclusão	44
6.3.2 Critérios de exclusão	44
6.4 AMOSTRA.....	45
6.5 VARIÁVEIS	45
6.5.1 DEPENDENTES	Error! Bookmark not defined.
6.5.2 INDEPENDENTES	45
6.6 COLETA DE DADOS	46
6.6.1 Procedimentos e logística	46
6.6.2 Instrumentos para coleta dos dados	46
6.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	48
6.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	49
6.8.1 Riscos e benefícios	49
7 RESULTADOS	51
8 DISCUSSÃO	58
9 CONCLUSÃO	61

REFERÊNCIAS.....	62
ANEXOS.....	74
APÊNDICES.....	77

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma doença crônica caracterizada pela dependência de nicotina, substância presente no tabaco (INCA, 2021a). É a principal causa de doença e morte evitável no mundo (URRUTIA-PEREIRA; CHONG-NETO; SOLÉ, 2019) e seu uso tem contribuído diretamente para o desenvolvimento de diversos problemas de saúde, com enormes custos sociais e econômicos (BRASIL, 2015a).

A exposição à fumaça exalada pelo fumante e ao processo de queima dos produtos derivados do tabaco está associada ao desenvolvimento de diversas doenças e agravos à saúde, mesmo para quem não fuma. Isso inclui emissões de narguilés e dispositivos eletrônicos para fumar, conhecidos como cigarros eletrônicos (INCA, 2021b; WHO, 2021).

No Brasil, 443 pessoas morrem a cada dia por causa do tabagismo e 161.853 mortes anuais poderiam ser evitadas. Quanto às mortes anuais atribuíveis ao tabagismo, 37.686 correspondem à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), 33.179 a doenças cardíacas, 24.443 ao câncer de pulmão, 18.620 ao tabagismo passivo, 12.201 à pneumonia e 10.041 ao acidente vascular cerebral (AVC) (IECS, 2020).

O Brasil é referência mundial no controle do tabagismo e a prevalência do tabagismo vem diminuindo nas últimas décadas devido às ações adotadas pela Política Nacional de Controle do Tabaco (PINTO *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2014). Segundo dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), no ano de 2006, a prevalência do tabagismo entre adultos era de 15,7% e, ao longo dos anos, essa prevalência tem diminuído até o último levantamento em 2021, que apresentou 9,1% (BRASIL, 2021b).

Embora a prevalência de tabagismo tenha reduzido nos últimos anos, a pandemia COVID-19 teve forte impacto na vida da população mundial, e diversos fatores como isolamento social, problemas financeiros e o luto pela morte de pessoas próximas contribuíram para o agravamento de problemas emocionais (BRASIL, 2022; BARROS *et al.*, 2020). Isso pode ter contribuído para o aumento no hábito de fumar, conforme mostra o estudo de Malta *et al.* (2021), que traz que nesse período a prevalência de tabagismo foi 12%, sendo que 34% dos fumantes relataram aumento no consumo de cigarros nesse período pandêmico.

Dados de outros países também mostram esses achados. Uma pesquisa realizada na população adulta australiana identificou alta prevalência (89,7%) de fumantes que não mudaram seu comportamento de fumar durante a pandemia de COVID-19, enquanto 6,9% aumentaram o consumo de cigarro nesse período (STANTON *et al.*, 2020). Nos Estados Unidos, a prevalência de aumento do uso de cigarros foi de 28% durante a pandemia (YINGST *et al.*, 2021). Do mesmo modo, estudo realizado na França no início da pandemia de COVID-19 observou que 35% dos fumantes aumentaram o consumo de tabaco (Rolland *et al.*, 2020), e na Itália essa prevalência foi de 38% (CANCELLO *et al.*, 2020).

Diante do exposto, este estudo busca compreender melhor quais grupos foram mais vulneráveis ao tabagismo na pandemia da COVID-19, a fim de orientar intervenções e políticas públicas para incentivar comportamentos saudáveis.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 TABACO

O tabaco (*Nicotiana tabacum*) e suas folhas são utilizados há milhares de anos para fazer diversos produtos. Por volta de 1000 a.C., essa planta começou a ser usada em rituais mágico-religiosos nas sociedades indígenas da Mesoamérica para purificar, contemplar, proteger e fortalecer os guerreiros. Adotado pelos navegadores europeus, espalhou-se pelo resto do mundo no século XVI e chegou ao Brasil por meio da migração da tribo Tupi-Guarani (INCA, 2012).

Os cigarros com filtro desenvolvidos a partir do tabaco foram introduzidos na década de 50, quando começou o movimento de conscientização sobre os riscos à saúde do tabaco. Os fabricantes de cigarros introduziram cigarros com filtro, garantindo que ele poderia absorver os componentes tóxicos da fumaça sem alterar o sabor. No final da década de 60, a indústria introduziu cigarros com baixo teor de alcatrão e nicotina que eram comprovados por meio de medições científicas usando máquinas de precisão (BRASIL, 2011). Somente no século passado iniciou-se a divulgação dos malefícios associados ao fumo, e medidas começaram a ser tomadas diante desse problema de saúde pública mundial (ISMAEL, 2007).

O tabagismo é considerado uma dependência causada pela nicotina e está incluído na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10) na Organização Mundial da Saúde (OMS), pertencendo ao grupo de transtornos mentais e comportamentais causados pelo uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2016). O tabagismo constitui o principal agente de risco à saúde e mortalidade no mundo dentre as causas não transmissíveis, e pode desencadear ou potencializar aproximadamente cinquenta doenças crônicas. Dentre essas, as principais incluem a hipertensão arterial sistêmica, afetando diretamente ou com associação de comorbidades como o sobrepeso, hipercolesterolemia, Diabetes mellitus (DM), etilismo, hipernatremia e hipocalcemia (WHELTON *et al.*, 2018).

O Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2014) em sua versão mais recente, classifica o uso do tabaco como um Transtorno Relacionado a Substâncias Aditivas, que inclui as seguintes categorias de substâncias potencialmente viciantes: álcool, cafeína, *cannabis*, alucinógenos, inalantes, opioides,

sedativos/hipnóticos/ansiolíticos, estimulantes (cocaína, anfetaminas, etc.), tabaco (ou drogas desconhecidas). Todas elas têm a propriedade de ativar diretamente os sistemas cerebrais envolvidos nos processos de reforço comportamental e formação de memória (APA, 2014).

O consumo decorrente do tabaco pode ocorrer de diferentes formas, definidas em duas categorias: tabaco fumado e tabaco não fumado (APA, 2014). O tabaco fumado é definido como consumido da queima, gerando fumaça, como os cigarros industriais, que também inclui cachimbos, charutos e narguilés. A fumaça exalada pelo produto afeta não apenas o usuário, definido como tabagista ativo, mas também aqueles ao seu redor e aqueles expostos à poluição do tabaco em ambientes fechados ou cobertos - definido como tabagismo passivo. Já o tabaco não fumado refere-se a qualquer forma de consumo de tabaco sem queima, ou seja, sem fumaça, podendo ser deixado entre a gengiva e os lábios, mastigado, inalado ou aplicado na pele (BRASIL, 2015a).

A queima de um único cigarro produz 4.720 substâncias com 15 funções químicas, das quais 60 são cancerígenas e outras são tóxicas. O cigarro contém em sua composição: nicotina, monóxido de carbono e hidrocarbonetos aromáticos, amidas, imidas, ácidos carboxílicos, ésteres, aldeídos, cetonas, álcoois, fenóis, aminas, nitritos, carboidratos, anidridos ácidos, metais pesados e substâncias radioativas de fertilizantes (AMB, 2011).

2.2 DEPENDÊNCIA DA NICOTINA

O princípio ativo do tabaco é a nicotina, que está altamente associada ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), incluindo o câncer (BRASIL, 2016). A nicotina é considerada uma droga psicoativa estimulante do sistema nervoso central (SNC), provocando mudanças no humor, na percepção, no estado emocional, no comportamento e na aprendizagem (ISMAEL, 2007).

A nicotina causa dependência, que pode ser classificada em três componentes: dependência física, que produz sintomas de abstinência ao parar de fumar; dependência psicológica, responsável pela percepção do cigarro como apoio ou para lidar com sentimentos de solidão, frustração, estresse social; e dependência comportamental (condicionamento), que está relacionado à associação com fumar

como fumar e tomar café, fumar e trabalhar, fumar e dirigir, fumar e ingerir bebidas alcoólicas, fumar após as refeições, entre outras (BRASIL, 2001).

Os graus de dependência física da nicotina de um indivíduo podem ser avaliados usando o teste de *Fagerström Tolerance Questionnaire* (FTQ - Questionário *Fagerström* de Tolerância) e sua versão melhorada, o *Fagerström Teste for Nicotine Dependence* (FTND - Teste de *Fagerström* para Dependência de Nicotina) criado em 1978, conforme Quadro 1:

Quadro 1 - Teste de Fagerström para a dependência à nicotina.

Questão	Resposta	Pontos
1. Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	Dentro de 5 minutos	3
	6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Após 60 minutos	0
2. Você acha difícil deixar de fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, etc.)	Sim	0
	Não	1
3. Qual cigarro mais difícil de deixar de fumar?	O primeiro da manhã	1
	Qualquer outro	0
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	10 ou menos	0
	11 -20	1
	21-30	2
	31 ou mais	3
5. Você fuma mais durante as primeiras horas após acordar do que durante o resto do dia?	Sim	1
	Não	0
6. Você fuma mesmo estando tão doente que precise ficar de cama quase todo o dia?	Sim	1
	Não	0

Fonte: Adaptado de Meneses-Gaya *et al.* (2009).

O FTND foi desenvolvido para determinar a necessidade de terapia de reposição de nicotina para tratar a síndrome de abstinência. Os pontos obtidos no teste indicam cinco níveis de dependência à nicotina: muito baixo (0 a 2); baixo (3 a

4); moderado (5); alto (6 a 7); e muito alto (8 a 10 pontos) (MENESES-GAYA *et al.*, 2009).

Outra maneira de avaliar a dependência da nicotina é testando o metabólito cotinina e monóxido de carbono exalado (COex). Quando disponíveis, esses testes são úteis para monitorar o progresso de fumantes em avaliações seriadas. O COex é um indicador de fácil utilização, baixo custo, não invasiva, com resultados imediatos e boa especificidade (REICHERT *et al.*, 2008).

A avaliação da dependência à nicotina e investigações dos seus efeitos são fundamentais em estudos epidemiológicos, bem como estudos relacionados ao tratamento do tabagismo e diversas doenças a ele associadas. Assim, estes instrumentos avaliativos devem fornecer resultados importantes e medições precisas, repetíveis e relevantes (MENESES-GAYA *et al.*, 2009).

Zanelato (2019) aponta técnicas comportamentais que podem ser utilizadas no tratamento da dependência a nicotina, como registros de automonitoramento, treinamento de relaxamento, ensaio comportamental e gerenciamento de emergências.

A dependência da nicotina é relacionada ao prazer de fumar, e o uso contínuo acontece por meio do reforço negativo, ou seja, pessoa que é dependente faz o uso para evitar a síndrome de abstinência. A Associação Brasileira de Psiquiatria (2001) aponta sinais e sintomas da dependência química e a síndrome de abstinência de nicotina, conforme é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Sinais e sintomas da síndrome de abstinência de nicotina.

Psicológicos	Biológicos	Social
Humor disfórico, deprimido	Frequência cardíaca diminuída	Instabilidade nas relações pessoais e profissionais
Insônia ou sonolência	Pressão arterial diminuída	
Irritabilidade, raiva	Aumento do apetite	
Ansiedade	Ganho de peso	
Dificuldade de concentração	Incoordenação motora	
Inquietação	Tremores	

Fonte: Voigt (2021).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PCNT) aborda que a decisão de um fumante em parar de fumar é sempre importante, pois ao parar de fumar, alguns benefícios aparecem rapidamente, em minutos e horas, resultando na qualidade de vida em todos os sentidos (INCA, 2021a). Ao parar de fumar, o corpo responde de várias maneiras ao longo do tempo:

Quadro 2. Benefícios obtidos ao deixar de fumar.

20 minutos	Pressão arterial e batimentos cardíacos voltam ao normal. Temperatura dos pés e mãos eleva.
8 horas	Diminui a quantidade de monóxido de carbono e eleva a de oxigênio no sangue.
24 horas	Diminuem os riscos de um ataque cardíaco.
48 horas	Melhoram o olfato e o paladar.
2 semanas a 3 meses	Melhora a circulação sanguínea.
1 mês a 9 meses	Reduz tosse, congestão nasal, cansaço e falta de ar. Reduz o risco do surgimento de infecções respiratórias.
1 ano	Reduz pela metade o risco de um ataque cardíaco.
5 anos	Reduz pela metade a possibilidade de desenvolver câncer de pulmão, boca, garganta e esôfago. O risco de um derrame cerebral passa a ser o mesmo de quem nunca fumou.
10 anos	O risco de desenvolver câncer de pulmão passa a ser igual ao de quem nunca fumou.
15 anos	O risco de sofrer um infarto do coração passa a ser igual ao de quem nunca fumou.

Fonte: BRASIL (2015a).

Esse preparo deve levar em consideração as experiências pessoais do indivíduo e dos profissionais que o atendem. Todos os profissionais de saúde devem, portanto, perguntar sobre o uso do tabaco e incentivar como parar de fumar e encaminhar os fumantes para o tratamento para ajudar na cessação do tabagismo (INCA, 2021a).

2.3 TABAGISMO E SEUS IMPACTOS NA SAÚDE PÚBLICA

O tabaco mata a cada ano cerca de 161.853 pessoas no Brasil, o que se traduz em 443 mortes por dia. Em outras palavras, é a maior causa isolada de doença evitável e morte prematura em todo o mundo (INCA, 2021b; OPAS, 2022). Conforme a OMS, mais de 80% dos 1,3 bilhão de usuários de tabaco do mundo vivem em países de baixa e média renda, onde a carga de doenças e mortes relacionadas ao tabaco é maior, sendo que o uso do tabaco desloca os gastos das famílias das necessidades básicas, como alimentação e abrigo, para o tabaco (OMS, 2020b).

Existem 1,1 bilhão de consumidores de cigarros e produtos derivados do tabaco em todo o mundo, e a dependência do tabaco matou mais de 7,6 milhões de pessoas em 2019, conforme mostra estudo realizado em 204 países (PICHON-RIVIERE, 2020).

A taxa de mortalidade geral para fumantes é duas vezes maior que a de não fumantes. Esse hábito é considerado a mais importante causa de morbidade e morte prematura no mundo (NUNES, 2011). O tabagismo afeta a sociedade como um todo, afetando não apenas os fumantes ativos, mas também sendo vítimas do tabagismo passivo, desde fetos até idosos, sem exceção (VOIGT, 2021).

Em média, os fumantes crônicos perdem pelo menos 10 anos de vida. Mundialmente, mais de 22.000 pessoas morrem todos os dias devido ao consumo de tabaco ou exposição ao fumo passivo, equivalente a uma morte a cada 4 segundos, pois o consumo de tabaco afeta quase todos os órgãos do corpo humano (OMS, 2019).

O tabagismo, além de ser um fator de risco que favorece o desenvolvimento de muitas doenças, é também um sério obstáculo e um importante agravante para que os fumantes tratem uma ou mais doenças (CFM, 2019). Nas últimas décadas, comprovado por inúmeras evidências científicas, não há mais dúvidas sobre os malefícios do tabagismo à saúde (INCA, 2012). O consumo do tabaco causam diversos efeitos sobre a saúde (OMS, 2019).

O tabagismo é um fator causal de quase 50 diferentes doenças incapacitantes e fatais. Responde por 63% dos óbitos associados às DCNT, sendo responsável também por 85% das mortes por DPOC, 30% de diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo do útero,

estômago e fígado), 25% das doenças coronarianas (angina e infarto) e 25% das doenças cerebrovasculares. É também associado a doenças como tuberculose, infecções respiratórias, úlcera gastrointestinal, impotência sexual, infertilidade em mulheres e homens, osteoporose, catarata, entre outras (INCA, 2017; INCA, 2021c).

Considerando todos esses números alarmantes, é compreensível porque o tabagismo é visto como um grave problema de saúde pública, considerado uma epidemia global. No entanto, pensar em saúde pressupõe muitos conceitos que vão além da perspectiva do tratamento da doença, sendo uma questão social, política e econômica (TELESSAÚDE, 2015), uma vez que o Brasil é o maior exportador mundial de tabaco e o segundo maior produtor, tendo um grande envolvimento do poder político e econômico da indústria do tabaco (TELESSAÚDE, 2015).

2.3.1 EPIDEMIOLOGIA DO TABAGISMO

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, em 2013, a prevalência do tabagismo era de 14,7%, e em 2019, diminuiu para 12,6%. A mesma pesquisa mostrou uma queda nas taxas de tabagismo em todas as regiões do Brasil no mesmo período. A maior prevalência de usuários de tabaco ocorreu na região sul do país, com 16,1% em 2013 e 14,7% em 2019. A região Centro-Oeste, porém, foi a que apresentou menor redução, com apenas 0,3% (13,4% em 2013 e 13,1% em 2019) (PNS, 2013; PNS, 2019).

Em 2021, o estudo da VIGITEL indicou que a frequência de adultos fumantes foi de 9,1%. Com recorte entre sexos, os homens apresentaram uma frequência maior (11,8%) do que as mulheres (6,7%). Além disso, a frequência na população com idade entre 35 e 64 anos tendeu a ser maior (cerca de 11%), assim como nos indivíduos com escolaridade entre 0 e 8 anos (cerca de 13%). Ainda, a frequência de pessoas expostas ao tabagismo passivo no domicílio foi de 6,9% e no ambiente de trabalho 5,4%. Em comparação com os resultados de 2006, quando se iniciou o monitoramento, o tabagismo continua em queda no Brasil (BRASIL, 2021b).

Outro estudo recente no Brasil revelou alta prevalência de tabagismo entre jovens de 13 a 17 anos e a introdução de novos produtos derivados do tabaco. A pesquisa mostra que 22,6% dos adolescentes já experimentaram cigarro. Entre os jovens de 16 a 17 anos, de 2015 a 2019, o uso do cigarro aumentou em 32,6%, e

entre os homens, aumentou em 35%. Segundo a pesquisa, 11,1% dos adolescentes experimentaram cigarro antes dos 13 anos. Além disso, em relação à convivência com o fumante, 24,3% afirmaram que pelo menos um dos pais fumavam (FELIPE, 2022).

Segundo PINTO *et al* (2015), o tabaco mata mais pessoas a cada ano do que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), uso de drogas ilícitas, alcoolismo, acidentes de trânsito e homicídios juntos. No Brasil, os custos associados ao tratamento de saúde das doenças causadas pelo tabagismo somam mais de 40 bilhões de reais, conforme apresentado no Quadro 3:

Quadro 3 - Estimativa de gastos no Brasil em relação às doenças causadas pelo tabaco em 2015 (em R\$)

Doença pulmonar obstrutiva crônica	16 bilhões
Doenças cardíacas	10,3 bilhões
Tabagismo passivo e outras causas	4,5 bilhões
Outros tipos de cânceres	4 bilhões
Câncer de pulmão	2,3 bilhões
Acidente Vascular Cerebral	2,2 bilhões
Pneumonia	146 milhões

Fonte: Adaptado de INCA (2017).

O consumo de tabaco gera uma carga econômica para a sociedade, incluindo altos custos de saúde e prejuízo na produtividade devido a doenças atribuíveis ao tabaco, onerando em cerca de US\$ 34 bilhões ao ano dos orçamentos de saúde nos países da América Latina. Portanto, é uma epidemia com alto impacto sanitário e econômico. (URRUTIA-PEREIRA; CHONG-NETO; SOLÉ, 2019; WHO, 2020b).

2.4 ESTRATÉGIAS NO CONTROLE DO TABAGISMO

Durante o século XX, quando os cigarros industriais se popularizaram, as empresas de tabaco lançaram campanhas publicitárias em todo o mundo para disseminar a ideia de que consumir cigarros era elegante e projetava prestígio aos consumidores. A regulamentação da publicidade que promove o hábito de fumar tem sido uma das estratégias para reduzir o consumo de cigarros globalmente (SANTANA;

REIS; FERREIRA, 2019).

A Constituição Brasileira de 1988 traz no artigo nº 220, inciso 4º, que o Estado é responsável por regulamentar a propaganda de tabaco no Brasil, assim cita que “a propaganda comercial de tabaco, bebidas alcoólicas, agrotóxicos, medicamentos e terapias estará sujeita a restrições legais [...] e conterá, sempre que necessário, advertência sobre os malefícios decorrentes de seu uso” (BRASIL, 2016).

Em 1995, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) deu um importante passo ao mobilizar ações legislativas para regulamentar os derivados do tabaco, enviando ao Canadá amostras de cinco das marcas de cigarros mais vendidas produzidas no Brasil para análise dos níveis de toxicidade. Uma iniciativa foi a inclusão da regulamentação, controle e fiscalização de cigarros, cigarrilhas, charutos e quaisquer outros produtos derivados do tabaco no âmbito da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nos termos da Lei Federal nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Devido a essa iniciativa, tornou-se possível a regulamentação dos produtos derivados do tabaco, resultando em uma série de avanços legislativos (CAVALCANTE, 2005).

Em maio de 1999, durante a 52ª Assembleia Mundial da Saúde, reconhecendo que a disseminação do tabagismo era um problema global, os Estados membros das Nações Unidas propuseram a adoção do primeiro tratado internacional de saúde pública da história. Assim, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), que entrou em vigor em fevereiro de 2005, define uma série de medidas, sendo um dos principais objetivos conter a expansão do consumo de tabaco, sua oferta e demanda (INCA, 2022a).

O Brasil está inserido na CQCT da OMS desde 2005, assinado por mais de 180 países para proteger as gerações presentes e futuras das consequências sociais, ambientais, econômicas e de saúde resultantes do consumo e exposição ao tabaco, alinhando uma série de ações globais para enfrentar esse grande problema de saúde (INCA, 2021a).

A Política Nacional de Controle do Tabaco, que orienta o Brasil no cumprimento das medidas e diretrizes da CQCT, é desenvolvida por vários ministérios e secretarias do Governo Federal. Dentro da Política foi criado o PNCT que é coordenado pelo INCA. O objetivo geral do programa é reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade relacionada ao tabagismo no Brasil (HALLAL; CAMPOS, 2016).

O Brasil é referência mundial no controle do tabaco, resultado de um longo trabalho iniciado na década de 1980. Para isso o incentivo, a adoção de ações educativas e de tratamento aliados a medidas legislativas, publicitárias e econômicas foram fundamentais (BRASIL, 2015a). Em estudo realizado com 204 países mostrou que o Brasil lidera a lista de países na redução do número de fumantes (PICHON-RIVIERE, 2020).

As políticas de controle e os recursos terapêuticos para o tabagismo avançaram muito nos últimos anos e têm mostrado resultados altamente satisfatórios, particularmente no Brasil (SILVA, *et al.*, 2016). Entretanto, apesar das melhorias nas condições e no comportamento das pessoas, o tabagismo continua sendo um desafio para a saúde pública e o país ainda possui uma alta porcentagem de fumantes e novos usuários de tabaco, que são expostos à fumaça do tabaco (BRASIL, 2015a; SILVA; QUEIROZ, 2021).

Nas últimas décadas, leis nacionais que proíbem o fumo em ambientes fechados e políticas como o tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) para pessoas que querem parar de fumar ajudaram a reduzir e controlar o tabagismo. O Brasil possui regulamentações que abordam o consumo de tabaco em espaços públicos, formas de propaganda, aumentos de impostos, com destaque às restrições à publicidade de derivados de tabaco, criação de ambientes livres de fumaça, advertências sanitárias nos maços de cigarro, inclusão de tratamento no SUS, entre outras (BRASIL, 2015a). Em 2011, foi aprovada a Lei Antifumo nº 12.546 que impede o fumo em lugares totalmente ou parcialmente fechados (BRASIL, 2011). Assim, tornou-se proibido o uso de "cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado do tabaco ou não", em espaços coletivos, total ou parcialmente fechados, privados ou públicos (NOGUEIRA, 2016).

Com o intuito de universalizar o tratamento do tabagismo, o Ministério da Saúde (MS) revisou a portaria com diretrizes para o PNCT em 2013 (Portaria MS/GM nº 571, de 5 abril de 2013), que define como o ponto principal de cuidado ao tabagista, a Atenção Básica (BRASIL, 2015a). O controle do tabaco, no âmbito do cuidado/atenção em saúde, pode ser resumido em prevenção de iniciação e tratamento para cessação do uso do tabaco (BRASIL, 2015a).

O uso do tabaco e a exposição à fumaça têm sérias consequências para a saúde, economia e meio ambiente, e as pessoas devem ser educadas sobre essas

consequências e os benefícios de parar. A promoção do tratamento para parar de fumar é um elemento-chave no controle do tabaco. Apoiar os esforços para parar de fumar pode fortalecer outras políticas de controle do tabaco (INCA, 2014).

Pesquisas mostram que qualquer fumante, independentemente da dependência da nicotina, pode ser tratado com sucesso para o tabagismo. Existem várias maneiras de parar de fumar, desde materiais de autoajuda, aconselhamento por telefone, aconselhamento mínimo, intensivo e presencial em grupos de apoio ou individuais (AMB, 2011).

O tratamento do tabagismo pode ser feito em qualquer nível de atenção do SUS. Para isso, é fundamental capacitar e engajar os profissionais de saúde que atenderão o tabagismo nas unidades de saúde para que utilizem o modelo de tratamento do PCNT. É importante que todos os fumantes em processo de cessação, recebam aconselhamento e acompanhamento, para garantir maior apoio durante os estágios iniciais do abandono do tabaco, quando o risco de recaída é maior (BRASIL, 2020).

A Figura 1 abaixo apresenta a linha do tempo dos principais avanços no controle do tabagismo no Brasil (BRASIL, 2019):

Figura 1 - Legislação do tabaco ao longo dos anos.



Fonte: BRASIL, 2019.

2.4.1 Tratamento Medicamentoso no SUS

O uso de medicamentos é um recurso adicional para o tratamento do tabagismo, pois minimiza os sintomas das síndromes de abstinência, que são uma das principais dificuldades encontradas ao parar de fumar (BRASIL, 2001). Os medicamentos com evidência de eficácia são divididos em nicotínicos e não-nicotínicos (REICHERT *et al.*, 2008).

Os medicamentos nicotínicos, também conhecidos como Terapia de

Reposição de Nicotina (TRN) existem na forma de adesivo, goma, inalador e aerossol. As duas primeiras correspondem a formas de nicotina de liberação prolongada, as únicas atualmente disponíveis no mercado brasileiro. Inaladores e aerossóis são formas de nicotina de liberação rápida que não estão atualmente disponíveis no mercado (BRASIL, 2001).

Os medicamentos não-nicotínicos são os antidepressivos bupropiona e nortriptilina e o anti-hipertensivo clonidina. A bupropiona é o medicamento mais utilizado neste grupo pois não apresenta efeitos colaterais significativos na grande maioria dos casos. A TRN (adesivo e goma de mascar) e a bupropiona são considerados medicamentos de primeira linha e devem ter prioridade no PCNT. Nortriptilina e clonidina são fármacos de segunda linha e só devem ser usados após falha dos fármacos de primeira linha (BRASIL, 2001).

Embora o suporte farmacológico aumente as chances de parar de fumar, para obter resultados satisfatórios, não deve ser utilizado fora do âmbito do suporte comportamental, onde os fumantes são gradualmente estimulados e orientados a lidar com a dependência psicológica e a associação de "desadaptação" com o tabaco (BRASIL, 2001). A associação entre aconselhamento intensivo e farmacoterapia é indicado para tratamento da dependência de nicotina. Uma combinação das duas modalidades é mais eficaz do que apenas um aconselhamento intensivo ou medicação isolada (BRASIL, 2020a).

O acesso ao tratamento para cessação do tabagismo no Brasil tem sido ampliado, abrangendo as equipes da Atenção Primária. A identificação, a abordagem e o tratamento da pessoa tabagista podem melhorar a saúde e a qualidade de vida do usuário, e contribuir para o controle dos custos envolvidos no tratamento para cessação do tabagismo no País (BRASIL, 2015a).

O monitoramento do tratamento do tabagismo deve ser realizado pela unidade básica de saúde, por profissionais de saúde habilitados, que realizam esse tratamento até que, os 12 meses recomendados sejam cumpridos, registrados por meio do número de atendimentos dos pacientes; registros de condições relacionadas ao uso do tabaco e abandono do tratamento (BRASIL, 2020a).

Os programas de prevenção e tratamento do tabagismo devem se concentrar nos benefícios de não fumar na manutenção da saúde, na melhoria da qualidade de vida, na redução da morbidade e incapacidade do consumo de tabaco e

na redução dos gastos com saúde pública (CASTRO, 2009).

2.5 TABAGISMO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Tabagismo e COVID-19 são duas pandemias que se associam, sendo que todas as formas de consumo de tabaco aumentam o risco de contrair COVID-19, incluindo a forma mais grave, que pode levar a desfechos fatais. Compartilhar qualquer produto de tabaco é uma via de transmissão do coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2). Além disso, o consumo de cigarros convencionais, eletrônicos e aquecidos, promove a disseminação do COVID-19 entre portadores assintomáticos desse vírus (ARAÚJO, 2020).

Considerando o quadro epidemiológico causado pela pandemia do coronavírus, o tabagismo é uma condição importante para as complicações do vírus. Além disso, o risco de fumar também está ligado ao contágio, pois fumar mantém os dedos (e possivelmente cigarros contaminados) em contato constante com a boca, aumentando a probabilidade de disseminação (BRASIL, 2022).

Todas as evidências científicas tanto nos aspectos epidemiológicos, biológicos e psicossociais quanto do impacto negativo do tabagismo na transmissão e complicações pela COVID-19 apontam que esse fator de risco contribui para o aumento da morbimortalidade pelo coronavírus e elevar os gastos do sistema de saúde com equipamentos, insumos e organização dos serviços (CAVALCANTE *et al.*, 2020).

Estudos apontam que o tabagismo piorou de forma específica o prognóstico da COVID-19, visto que é um fator importante para riscos de doenças metabólicas e cardiovasculares. É possível relacionar o fumo aos quadros mais complexos de progressão da doença, onde o tabagismo torna-se um fator de risco nas manifestações mais graves (CAIRES, *et al.*, 2023). Além disso, estudo realizado por Szklo e Bertoni (2020) confirma a evidência científica de um pior desfecho para evolução de complicações respiratórias de COVID-19.

Alguns estudos mostram o impacto da COVID-19 na prevalência de tabagismo. Estudo conduzido via *Internet* nos Estados Unidos observou que cerca de 30% das pessoas aumentaram o consumo de cigarros e 35% aumentaram sua motivação para o consumo de tabaco. A pesquisa revelou que 20% dos fumantes

relataram ter feito uma tentativa de parar de fumar, porém 25% aumentaram o acesso aos produtos derivados do tabaco. Tais resultados apontam para os reflexos do quadro de maior estresse e confinamento advindos das medidas de contenção da epidemia e sua influência sobre o aumento do tabagismo (GARCÍA-ÁLVAREZ *et al.*, 2020).

Um estudo brasileiro foi realizado com aproximadamente 45 mil pessoas, mostrando uma prevalência de tabagismo de 12% e um aumento de 34% no consumo de cigarros durante a pandemia da COVID-19. Os pesquisadores concluíram que ações de promoção da saúde voltadas para a adoção ou manutenção de comportamentos saudáveis, como mensagens direcionadas nas redes sociais por profissionais de saúde, principalmente na atenção primária à saúde, devem ser utilizadas para reduzir a pressão psicológica destes indivíduos (MALTA *et al.*, 2021).

Segundo Malta *et al.* (2021), o tabagismo pode estar associado a um pior prognóstico da COVID-19 e a uma maior necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e resultados adversos do coronavírus. Assim, torna-se necessário monitorar a ocorrência e as alterações comportamentais do tabagismo no contexto do vírus SARS-CoV-2, a fim de orientar intervenções e políticas públicas para incentivar comportamentos saudáveis durante a vigência da pandemia.

Dados de Pfizer (2021) mostraram que, desde o início da pandemia de COVID-19, o agravamento da relação entre tabagismo e coronavírus ficou mais evidente, pois os fumantes ficaram mais vulneráveis ao vírus, com progressão de formas graves da COVID-19 14 vezes maior do que em pessoas que não fumam. Isso acontece porque o tabaco prejudica os mecanismos de defesa e aumenta a suscetibilidade a infecções por vírus, fungos e bactérias.

Fumar é um fator de risco para a COVID-19, pois prejudica a capacidade pulmonar e danifica os principais órgãos afetados pelo coronavírus; reduz a imunidade, diminuindo sua resposta à infecção; aumenta a exposição ao vírus, pois para fumar é necessário colocar as mãos na boca (que podem estar contaminadas); aumenta as chances de outras pessoas contraírem a doença porque a liberação de aerossóis pode contaminar os fumantes passivos (PFIZER, 2021).

O tabagismo causa ou aumenta o risco de complicações de dezenas de doenças, com destaque para a doença cardiovascular isquêmica (insuficiência vascular periférica, infarto do miocárdio e AVC), doença respiratória (bronquite e

enfisema) e diversos tipos de câncer. O tabaco inflama as membranas mucosas das vias aéreas e prejudica os mecanismos de defesa sistêmicos e locais do organismo. Por esses motivos, os fumantes correm maior risco de infecções virais, bacterianas e fúngicas. Fumantes são mais suscetíveis a infecções como sinusite, traqueobronquite, pneumonia e tuberculose (SBPT, 2020).

Cerca de 100 milhões de pessoas morreram na última década devido ao tabagismo, e estima-se que, aproximadamente, 10 milhões de mortes estarão relacionadas ao uso do tabaco até 2030. Entre os fumantes, 60% disseram que queriam parar de fumar, número que aumentou durante a pandemia de COVID-19. No entanto, de acordo com a OMS, apenas 30% dessas pessoas têm acesso a métodos para ajudá-las a superar seu vício físico e mental (PFIZER, 2021).

Diante da pandemia do COVID-19, os governos precisaram fazer um grande esforço conjunto e investir em recursos humanos, tecnológicos e financeiros. A ciência requer geração acelerada de conhecimento sobre o vírus para desenvolver tratamentos e medidas preventivas. Um dos resultados foi a identificação do tabagismo como um importante agravante para a COVID-19 (INCA, 2021c).

Segundo a União internacional contra tuberculose e doenças pulmonares - *The Union* (2020), fumar é um fator de risco e totalmente evitável para resultados piores com COVID-19, e há uma necessidade urgente de priorizar ações mais rígidas de controle do tabaco para otimizar a resposta para conter a COVID-19.

Algumas estratégias são realizar campanhas de mídia em massa por meio de televisão, rádio e mídia social para ampliar a mensagem de que os fumantes correm maior risco de complicações do COVID-19 e devem parar imediatamente; garantir que recursos adequados estejam disponíveis para apoiar programas de cessação do tabagismo, incluindo linhas de atendimento telefônico, informações móveis e apoio à *Internet*; fortalecer a implementação de políticas de controle do tabagismo, incluindo locais públicos, locais de trabalho e transporte público, todos 100% livres de fumo (*THE UNION*, 2020).

A OMS traz como medidas para o controle do tabaco os locais públicos livres de fumo e proteção das pessoas contra o fumo passivo. Segundo a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, reduzir o tabagismo pode reduzir o risco de sintomas graves e a incidência de muitas doenças respiratórias e cardiovasculares associadas a sintomas e mortalidade (OMS, 2020a).

Uma boa saúde respiratória e cardiovascular é fundamental para uma resposta ativa e uma recuperação bem-sucedida em pacientes com COVID-19. Além disso, melhorar o controle do tabagismo pode reduzir muito as demandas financeiras do sistema de saúde, permitindo que mais recursos sejam direcionados para o tratamento de pacientes com COVID-19 (WHO, 2020a).

A pandemia de COVID-19 acarretou mais uma ameaça a evolução no controle do tabaco, pois a própria doença tem desfechos piores nas pessoas com doenças não transmissíveis, incluindo aqueles com fatores de risco para essas doenças, principalmente o tabagismo. A pandemia também criou uma oportunidade para que a indústria do tabaco interferisse nas políticas existentes de controle do tabaco, em uma tentativa de enfraquecê-las (OPAS, 2022).

2.5.1 Fatores associados ao aumento do tabagismo durante a COVID-19

Durante a pandemia da COVID-19, estudos demonstraram que diversos fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde estiveram associados ao aumento de tabagismo (COSTA, 2022; STANTON *et al.*, 2020; DECKER, DAMBROS E BERTOLDI, 2021; MALTA *et al.*, 2021; MALTA *et al.*, 2020; SILVA, MOREIRA E MARTINS, 2020).

O período pré-pandemia já trazia demandas atreladas à dificuldade no enfrentamento da cessação do tabagismo, pelos fumantes que já apresentavam problemas de saúde mental, como transtornos de ansiedade e de humor. Na pandemia de COVID -19, somaram-se outros aspectos psicológicos como: luto pela perda de entes queridos, desemprego, diminuição dos rendimentos, paralização de serviços de atendimento médicos e a dificuldade em manter o tratamento das doenças de base, a mudança da forma do trabalho, o trabalho dos profissionais da linha de frente, os quais tiveram que lidar também com o adoecimento e/ou a perda de seus entes. Assim, o aumento do consumo de cigarros pelos fumantes foi associado ao aumento dos sintomas de ansiedade, tristeza ou depressão, dentre outros fatores (COSTA, 2022).

Segundo o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) (2020) quanto mais baixo o nível socioeconômico, maiores os riscos à saúde, como desnutrição, tabagismo, etilismo e má qualidade de vida, que estão relacionados à

renda e ao poder aquisitivo e podem levar ao consumo de drogas lícitas e ilícitas. Além disso, fatores como segurança física e social, ambientes escolares de qualidade, acesso a cuidados de saúde, capacidade de enfrentamento da doença e regulação emocional podem ser incentivados como medidas a favor do controle ou redução do consumo de álcool e tabaco.

Um dos primeiros estudos a abordar esta questão, foi o de Stanton *et al.* (2020), que avaliou em 1491 participantes, a depressão, ansiedade e estresse durante a COVID-19 e suas associações com mudanças na atividade física, sono, e o uso do tabaco e do álcool em adultos australianos. Foram observadas mudanças negativas em relação ao fumo (6,9%), desde o início da pandemia. Além disso, o tabagismo esteve associado a maiores níveis de sintomas depressivos, de ansiedade e de estresse.

Estudo realizado por Malta *et al.* (2021) teve como objetivo identificar fatores associados ao aumento do consumo de cigarros durante a pandemia da COVID-19 na população brasileira. Para isso foi realizada uma pesquisa virtual com 45.160 pessoas participantes, e os resultados mostraram que os fumantes aumentaram em 34% o consumo de cigarros. Esse aumento foi maior entre as mulheres e entre pessoas com ensino médio incompleto. O aumento do consumo de cigarros esteve associado à piora da qualidade do sono, do isolamento dos familiares, de sentimentos de tristeza ou depressão, ansiedade, de ficar sem rendimentos e pior avaliação do estado de saúde.

Outro estudo de Malta *et al.* (2020), realizado pela Fiocruz em parceria com outras universidades, analisou as repercussões da adesão ao distanciamento social, no estado de ânimo e as mudanças nos estilos de vida da população adulta brasileira durante o início da pandemia da COVID-19. Neste estudo, os sentimentos mais frequentes relatados por grande parte da população estudada foram tristeza ou depressão (35,5%), isolamento (41,2%) e ansiedade (41,3%). Além disso, 34% dos fumantes relataram aumento no número de cigarros fumados ao dia. Prevalência um pouco abaixo da encontrada no estudo de Manthey *et al.* (2021), que avaliou 21 países europeus durante os primeiros meses da pandemia de COVID-19, e encontrou que, durante este período, 43,3% dos participantes reportaram aumento no consumo de tabaco.

Decker, Dambros e Bertoldi (2021) analisaram a relação entre o tabagismo

e o percentual de adesão às medidas preventivas contra a COVID-19. Além disso, o tabagismo e a adesão às medidas preventivas foram analisados de acordo com o nível socioeconômico. Participaram da pesquisa 475 pessoas; entre os participantes do estudo, 46,2% tiveram piora do tabagismo, com aumento médio de seis cigarros por dia. Ademais, o tabagismo teve maior prevalência entre os indivíduos com menor renda.

A pesquisa realizada por Silva, Moreira e Martins (2020) mostrou que as taxas de tabagismo foram maiores em homens, pardos, maiores de 60 anos, analfabetos e com 3 ou mais comorbidades. Fumantes tiveram 3,5 vezes mais chances de serem internados em enfermaria do que os não fumantes; os fumantes tiveram 2,2 vezes mais chances de serem internados na UTI do que os não fumantes e 3,0 vezes mais chances de morrer do que os não fumantes.

A pesquisa de Malta *et al.* (2020), que objetivou descrever as mudanças nos estilos de vida no período de restrição social consequente à pandemia da COVID-19, traz que durante a pandemia e o isolamento social, foi relatado aumento do consumo de cigarros (34%). Cerca de 20% dos participantes aumentaram o consumo em 10 cigarros por dia e 5,1% aumentaram o consumo em 20 cigarros por dia. Dentre os participantes, 12,0% eram fumantes, com maior prevalência no sexo masculino (13,8%) e menor nos jovens de 18 a 29 anos (8,7%). Estratificando a amostra por sexo, o percentual de mulheres que aumentou 10 cigarros por dia foi maior do que o de homens (28,9% vs 16,8%).

3 JUSTIFICATIVA

O tabagismo pode ser definido como uma doença crônica causada por dependência de nicotina em produtos de tabaco, como cigarros, charutos, cigarrilhas, cachimbos e narguilés. Faz parte do grupo dos transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substâncias psicoativas e é considerado uma pandemia pela OMS-

Durante a pandemia de COVID-19, muito estudos mostraram aumento no consumo de cigarro, o que trouxe muitas consequências à população. O isolamento e os problemas mentais relacionados à pandemia podem ter influenciado esse aumento, além de fatores comportamentais e socioeconômicos.

Através dessa pesquisa será possível conhecer a prevalência de aumento do tabagismo no sul do Brasil durante a pandemia de COVID-19, além de identificar quais grupos populacionais estão mais susceptíveis a este problema, de forma a contribuir com a implementação de ações e planejamento de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde, visando fornecer melhor assistência à população e diminuir os gastos para a saúde pública ocasionados direta ou indiretamente pelo tabagismo.

Considerando a carência de estudos sobre a relação entre a COVID-19 e o aumento do tabagismo e os problemas de saúde relacionados, este estudo epidemiológico também aspira embasar estudos posteriores sobre a relação entre a pandemia de COVID-19 e o tabagismo.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a prevalência do tabagismo durante a pandemia de COVID-19 e seus fatores associados em adultos e idosos de duas cidades do sul do Brasil.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características dos indivíduos estudados;
- Avaliar a prevalência de tabagismo durante a pandemia de COVID-19;
- Quantificar o consumo de cigarros fumados;
- Verificar a prevalência do tabagismo durante a pandemia;
- Avaliar a associação entre o aumento de tabagismo e fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde.

5 HIPÓTESES

- A maioria dos entrevistados são do sexo feminino, idosos, de cor de pele branca, com até 8 anos de escolaridade, casados, não praticam atividade física regularmente, apresentam qualidade do sono regular e, pelo menos, uma morbidade;
- A prevalência do tabagismo durante a pandemia de COVID-19 fica entre 10 e 15%;
- A média de cigarros fumados por dia é de 10 a 15 cigarros;
- 30% dos entrevistados reportaram aumento no consumo de tabagismo durante a pandemia;
- A maioria dos participantes que relatam aumento de tabagismo são adultos, do sexo masculino, com até 8 anos de escolaridade, que não praticam atividade física regularmente, com pior qualidade da dieta, que têm uma pior autoavaliação da saúde e que apresentam maior número de morbidades.

6 MÉTODOS

6.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal realizado com dados derivados da pesquisa Mental COVID que foi desenvolvida no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021.

6.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi conduzido nos municípios de Criciúma (SC) e Rio Grande (RS), ambos localizados no extremo sul brasileiro. Criciúma conta com 219.393 habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,788 e densidade populacional de 815,87 habitantes por km² em 2010 (IBGE, 2022). Rio Grande possui 212.881 habitantes, IDH de 0,744 e densidade populacional em torno de 72,79 habitantes por km² (IBGE, 2022).

6.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Indivíduos com 18 anos ou mais de idade residentes na área urbana dos dois municípios.

6.3.1 Critérios de Inclusão

Indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos, moradores da área urbana dos municípios de Criciúma (SC) e Rio Grande (RS) e que aceitaram participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

6.3.2 Critérios de Exclusão

Indivíduos que eram fisicamente ou cognitivamente incapazes de completar a pesquisa.

6.4 AMOSTRA

A amostragem tomou como base o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2016), sendo realizada em duas etapas, com a definição dos setores censitários - que são as unidades primárias - e dos domicílios - que são as unidades secundárias. Primeiramente, foram listados em ordem crescente conforme código determinado, todos os setores censitários que estavam localizados na área urbana dos municípios e possuíam propriedades privadas. Após, 25% destes setores foram sorteados. Dentro dos setores sorteados, foram selecionados sistematicamente 607 domicílios de Criciúma e 900 domicílios de Rio Grande para participar.

Todos os moradores com idade maior ou igual a 18 anos residentes nos domicílios sorteados foram convidados a participar do estudo.

6.5 VARIÁVEIS

6.5.1 Dependentes

Aumento do tabagismo (não, sim).

6.5.2 Independentes

As variáveis independentes analisadas foram:

- **Demográficas e socioeconômicas:** sexo (masculino, feminino), idade (coletada em anos completos e categorizada em 18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60 ou mais), cor da pele (branca, preta, parda, amarela), estado civil (casado, solteiro, separado, viúvo), escolaridade (nenhuma, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior), índice de bens (categorizado em tercís), mora sozinho(a) (não, sim).
- **Comportamentais:** número de cigarros fumados por dia? (até 9, 10 a 19, maior ou igual a 20); consumo de bebida alcoólica (não, sim), prática suficiente de atividade física (não, sim), qualidade da dieta (categorizada em tercís), qualidade do sono (muito bom/bom, regular, ruim/muito ruim).
- **Saúde:** uso de medicamentos para dormir (não, sim), percepção da saúde (muito

boa/ boa, regular, ruim/muito ruim), número de morbidades (0,1,2 ou mais), diagnóstico positivo de COVID-19 (não, sim), sintomas depressivos (não, sim), estresse percebido (não, sim), sentimento de tristeza (não, sim), ideação suicida (não, sim).

6.6 COLETA DE DADOS

6.6.1 Procedimentos e logística

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021 e todos os entrevistadores foram treinados para a aplicação do instrumento de pesquisa.

Os questionários foram previamente testados pelos entrevistadores para esclarecimento de dúvidas e monitoramento do tempo de aplicação. Cada entrevistador recebeu ainda, um manual de instruções do entrevistador, onde cada pergunta era explicada detalhadamente.

As entrevistas foram feitas face a face e os entrevistadores utilizaram equipamentos de proteção individual durante todo o trabalho de campo devido à situação pandêmica.

Uma supervisora de campo era responsável pelo deslocamento dos entrevistadores e pelo monitoramento da pesquisa e do trabalho dos entrevistadores em campo.

A coleta de dados foi realizada por meio de *tablets* e do *software Redcap®*; cada entrevista durou, em média, 30 minutos.

6.6.2 Instrumentos para coleta dos dados

Foi utilizado um questionário único, pré-codificado e padronizado que abordou informações sobre saúde mental, comportamentos em meio à pandemia, nutrição, atividade física e doenças crônicas. E, para avaliar algumas variáveis, questionários validados foram utilizados.

Para avaliar o aumento do tabagismo, foi construída uma variável a partir das seguintes perguntas: “Você faz uso de tabaco/ cigarro? (não, sim)?”; “Durante o período de distanciamento social, o consumo dessa substância aumentou, diminuiu

ou permaneceu igual?”. O aumento do tabagismo foi considerado “sim” para quem aumentou o consumo e considerado “não” para quem referiu que diminuiu ou permaneceu igual o consumo durante o distanciamento social.

A prática suficiente de atividade física foi avaliada através da versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) (IPAQ, 2005). A variável será dicotomizada em não e sim, considerando “não” os indivíduos que praticavam < 150 minutos por semana e sim os que praticavam ≥150 minutos por semana (WHO, 2020).

Para avaliar a qualidade da dieta foi utilizado o indicador proposto por Francisco *et al.* (2019) para adultos e idosos brasileiros. Esse indicador foi desenvolvido com base em um conjunto de alimentos considerados saudáveis (in natura e minimamente processados) ou protetores para doenças crônicas (frutas, verduras, leite e leguminosas) e alimentos considerados não saudáveis (ultraprocessados) ou que aumentam o risco de doenças crônicas (doces, refrigerantes ou suco industrializado, e carne vermelha). Através dele, foi considerado a frequência de consumo de cada alimento. As opções de resposta eram: “nunca”, “quase nunca”, “um ou dois dias por semana”, “três ou quatro dias por semana”, “cinco ou seis dias por semana” e “todos os dias (incluindo finais de semana)”. Dependendo do alimento e da frequência de consumo, as respostas receberam pontuação de zero a quatro pontos. Os indivíduos que consumiam alimentos saudáveis todos os dias da semana receberam zero pontos, enquanto aqueles que nunca ou quase nunca os consumiram receberam quatro pontos. Para alimentos ultraprocessados, foi calculado um escore inverso, ou seja, zero ponto foi atribuído aos indivíduos que nunca ou quase nunca os consumiram. O escore total consistiu na soma dos itens alimentares, variando de 0 (melhor qualidade alimentar) a 28 pontos (pior qualidade alimentar). A pontuação total será categorizada em tercís da distribuição (Francisco *et al.*, 2019).

O Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9), previamente validado para a população brasileira (SANTOS *et al.*, 2013), foi usado para avaliar os sintomas depressivos. O PHQ-9 constitui-se de nove perguntas que avaliam a presença de cada um dos sintomas para o episódio de depressão maior, descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000). A frequência de cada sintoma nas últimas duas semanas é avaliada em uma escala Likert de 0 a 3 correspondendo às respostas “nenhuma vez”, “vários dias”, “mais da metade dos dias” e “quase todos os dias”,

respectivamente. Foi considerado a presença de cinco ou mais sintomas, com pelo menos um sendo humor depressivo e/ou anedonia para definição de sintomas depressivos.

O estresse foi avaliado por meio da escala de estresse percebido (PSS-14), escala validada para a população brasileira por Siqueira *et al.* (2010), que consiste em 14 itens que avaliam a percepção de experiências estressantes no mês anterior. A pontuação total consistiu na somatória de pontos que variavam de 0 a 56. Em seguida, a somatória foi categorizada em quintis e os indivíduos pertencentes ao maior quintil foram classificados com maior nível de estresse percebido.

Para avaliar o sentimento de tristeza foi utilizada a escala de faces de Andrews e Withey (2012). Essa escala é composta por sete faces (1 corresponde a muito feliz e 7 muito triste) representando como o indivíduo se sentiu na maior parte do tempo, considerando o último ano. Os indivíduos que escolheram o rosto 5, 6 ou 7 foram classificados como tendo sentimento de tristeza.

Em relação à ideação suicida, essa foi avaliada por meio da seguinte questão do PHQ-9 (SANTOS *et al.*, 2013): “Nas últimas duas semanas, quantos dias você pensa em se machucar de alguma forma ou você pensou que você estaria mais bem morto?”. As opções de resposta eram: Nenhum dia, menos de uma semana, uma semana ou mais e quase todos os dias. Foram classificados como tendo ideação suicida aqueles indivíduos que escolheram qualquer resposta diferente de “nenhum dia”.

As demais questões utilizadas nesse projeto estão descritas no Apêndice B.

6.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram realizadas análises descritivas de todas as variáveis estudadas, através da apresentação das frequências absoluta (n) e relativa (%).

Análises brutas e ajustadas foram realizadas para avaliar as associações entre o aumento do tabagismo e as variáveis independentes estudadas. Para essas análises, foi utilizado teste Qui-quadrado de Pearson e Regressão de Poisson, considerando nível de significância de 5%. Para Barros e Hirakata (2003) as análises de estudos transversais com desfechos binários se adequam melhor ao usar Poisson

do que regressão logística. Os resultados de regressão foram apresentados através da razão de prevalência (RP) e seus respectivos de intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Para as análises ajustadas, foi construído modelo hierárquico e foram consideradas como possíveis fatores de confusão as variáveis independentes que apresentaram nível de significância de 20% (valor $p < 0,20$). No nível 1 (distal) foram incluídas as variáveis sexo, idade e cor da pele. No nível 2 (intermediário), incluiu-se: estado civil, escolaridade, índice de bens, mora sozinho(a). E no nível 3 (proximal) foram inseridas as variáveis: consumo de bebida alcoólica, prática suficiente de atividade física, qualidade da dieta, qualidade do sono, uso de medicamentos para dormir, percepção da saúde, número de morbidades, diagnóstico positivo de COVID-19, sintomas depressivos, estresse percebido, sentimento de tristeza e ideação suicida.

Todas as análises foram realizadas no programa STATA versão 16.1 utilizando o comando “svy” devido à complexidade amostral.

6.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os participantes que concordaram em participar do estudo forneceram consentimento verbal informado por meio de Termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A), tendo como base a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos pacientes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica.

O estudo Mental COVID foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande, protocolo nº 4.055.737 (ANEXO B).

6.8.1 Riscos e benefícios

Um possível risco trata-se da perda da confidencialidade dos dados, porém, este é reduzido com a manutenção da privacidade e a não divulgação dos dados pessoais dos entrevistados. Ademais, apesar de o constrangimento ao responder ao inquérito ter sido considerado um risco para o entrevistado, este fator foi reduzido

através da manutenção da confiança entre entrevistador e entrevistado e da possibilidade de descontinuar a entrevista a qualquer momento.

Os benefícios da pesquisa estão relacionados ao aumento de conhecimento sobre o tabagismo durante a pandemia de COVID-19. É necessário se aprofundar em quais grupos estão mais susceptíveis a este problema, de forma a contribuir com a implementação de ações e planejamento de políticas públicas de prevenção e promoção da saúde, visando fornecer melhor assistência à população.

7 RESULTADOS

Foram estudados 2.170 indivíduos (taxa de resposta de 75%), sendo 863 em Criciúma (SC) e 1307 em Rio Grande (RS). A maioria dos participantes era do sexo feminino (59,7%), com faixa etária de 60 anos ou mais (31,2%) e de cor da pele branca (84,0%). Além disso, metade deles (49,1%) relataram ser casados e 89,4% não moravam sozinhos. Quanto à escolaridade, 40,6% concluíram o ensino fundamental (Tabela 2).

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos indivíduos estudados. Criciúma (SC) e Rio Grande (RS), Brasil, 2021. (n=2.170)

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	875 (40,3)
Feminino	1295 (59,7)
Idade	
18-29	394 (18,2)
30-39	335 (15,4)
40-49	354 (16,3)
50-59	409 (18,9)
60 ou mais	678 (31,2)
Cor da pele	
Branca	1815 (84,0)
Preta	223 (10,2)
Parda	62 (2,9)
Amarela	62 (2,9)
Estado civil	
Casado(a)	1066 (49,1)
Solteiro(a)	751 (34,6)
Separado(a)	146 (6,7)
Viúvo(a)	207 (9,6)
Escolaridade	
Nenhuma	40 (1,9)
Ensino fundamental	881 (40,6)
Ensino médio	692 (31,9)
Ensino superior	555 (25,6)
Índice de bens	
1º tercil (mais pobres)	719 (34,7)
2º tercil	673 (32,5)
3º tercil (mais ricos)	680 (32,8)

Mora sozinho(a)	
Não	1880 (89,4)
Sim	222 (10,6)

Em relação às características comportamentais, verificou-se que 12,1% eram fumantes e, dentre os fumantes, 51,3% fumam 20 ou mais cigarros por dia. Além disso, 10,9% das pessoas pesquisadas faziam uso de bebidas alcoólicas. A grande maioria dos indivíduos não praticavam atividade física de forma suficiente (75,3%) (Tabela 3).

Um a cada cinco entrevistado (19,4%) tinha multimorbidade (2 doenças ou mais) e 74,9% percebiam sua saúde como boa ou muito boa. No que tange à qualidade do sono, 69,5% dos entrevistados afirmaram ter qualidade do sono boa ou muito boa, enquanto 11,0% afirmaram usar algum tipo de medicamento para dormir. Já em relação a saúde mental, 13% das pessoas relataram sintomas depressivos, 38,2% tinham estresse, 16,1% tinham sentimento de tristeza e 3,8% reportaram ideação suicida (Tabela 3).

Tabela 2 - Características comportamentais e de saúde dos indivíduos estudados. Criciúma (SC) e Rio Grande (RS), Brasil, 2021. (n=2.170)

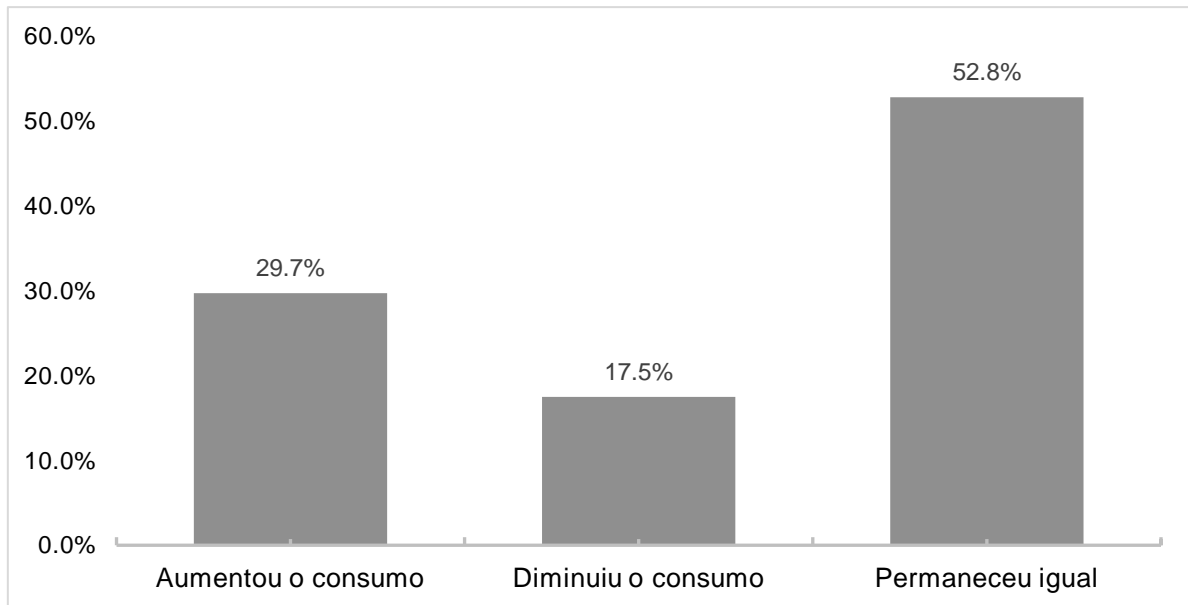
Variáveis	n (%)
Tabagismo atual	
Não	1907 (87,9)
Sim	263 (12,1)
Número de cigarros fumados por dia	
Até 9	59 (25,0)
10 a 19	56 (23,7)
≥20	121 (51,3)
Consumo de bebida alcoólica	
Não	1932 (89,1)
Sim	237 (10,9)
Prática suficiente de atividade física	
Não	1624 (75,3)
Sim	532 (24,7)
Qualidade da dieta	
1º tercil (melhor)	912 (42,1)
2º tercil	596 (27,5)
3º tercil (pior)	659 (30,4)
Qualidade do sono	

Muito bom/bom	1509 (69,5)
Regular	453 (20,9)
Ruim/muito ruim	208 (9,6)
Uso de medicamentos para dormir	
Não	1930 (89,0)
Sim	239 (11,0)
Percepção da saúde	
Muito boa/boa	1624 (74,9)
Regular	465 (21,4)
Ruim/muito ruim	80 (3,7)
Número de morbidades	
0	1055 (53,2)
1	544 (27,4)
2 ou mais	384 (19,4)
Diagnóstico positivo de COVID-19	
Não	2023 (93,2)
Sim	147 (6,8)
Sintomas depressivos	
Não	1879 (87,0)
Sim	280 (13,0)
Estresse percebido	
Não	1330 (61,8)
Sim	824 (38,2)
Sentimento de tristeza	
Não	1816 (83,9)
Sim	349 (16,1)
Ideação suicida	
Não	2081 (96,2)
Sim	83 (3,8)

*Apenas para quem referiu tabagismo atual.

Dentre os indivíduos que referiram fumar (n = 263, 12,1%), um terço deles relatou ter aumentado o consumo de cigarros durante a pandemia de COVID-19 (Figura 3).

Figura 2 - Mudança no consumo de tabagismo durante a pandemia de Covid-19. Criciúma (SC) e Rio Grande (RS), Brasil, 2021 (n=263).



A Tabela 4 apresenta a associação bruta e ajustada entre o aumento de tabagismo e as variáveis sociodemográficas estudadas. Na análise bruta, observou-se que o aumento do tabagismo foi mais prevalente entre as pessoas do sexo feminino ($p = 0,033$) e adultos jovens (18-39 anos) ($p < 0,001$). As associações permaneceram após ajuste para possíveis fatores de confusão. Indivíduos do sexo feminino tiveram 1,64 vezes maior prevalência de aumento de tabagismo (RP: 1,06;2,56) do que o sexo masculino. Além disso, aqueles com 18-29 anos de idade apresentaram prevalência 3,49 vezes maior de aumento de tabagismo quando comparados aos idosos (60 anos ou mais). As demais variáveis não estiveram associadas ao desfecho.

Tabela 3 - Associação bruta e ajustada entre o aumento de tabagismo e as variáveis sociodemográficas estudadas. Criciúma (SC) e Rio Grande (RS), Brasil, 2021.

	Análise bruta*		Análise ajustada**	
	n (%)	Valor p	RP (IC95%)	Valor p
Sexo		0,033		0,027
Masculino	28 (23,1)		Referência	
Feminino	50 (35,2)		1,64 (1,06;2,56)	
Idade		<0,001		<0,001
18-29	21 (40,4)		3,49 (1,73;7,05)	
30-39	19 (48,7)		4,43 (2,06;9,50)	
40-49	15 (33,3)		2,69 (1,28;5,63)	
50-59	15 (25,4)		2,01 (0,91;4,43)	
60 ou mais	8 (11,8)		Referência	
Cor da pele		0,280		0,478
Branca	57 (27,7)		Referência	
Não branca	19 (35,2)		1,13 (0,80;1,60)	
Estado civil		0,217		0,577
Casado(a)	24 (25,0)		Referência	
Solteiro(a)	43 (36,1)		0,97 (0,65;1,45)	
Separado(a)	6 (22,2)		0,73 (0,32;1,62)	
Viúvo(a)	5 (23,8)		0,89 (0,39;2,03)	
Escolaridade		0,291		0,830
Ensino fundamental	36 (27,7)		Referência	
Ensino médio	27 (28,4)		0,89 (0,58;1,36)	
Ensino superior	14 (41,2)		1,00 (0,76;1,19)	
Índice de bens		0,201		0,475
1º tercil (mais pobres)	38 (30,6)		Referência	
2º tercil	19 (23,5)		0,81 (0,50;1,31)	
3º tercil (mais ricos)	19 (38,0)		1,24 (0,83;1,86)	
Mora sozinho(a)		0,477		0,343
Não	67 (30,6)		Referência	
Sim	10 (25,0)		1,35 (0,72;2,51)	

RP: razão de prevalência. IC: intervalo de confiança. *Teste Qui-quadrado de Pearson. **Regressão de Poisson ajustada para as variáveis dessa tabela respeitando modelo hierárquico de determinação

(nível 1: sexo, idade e cor da pele, nível 2: estado civil, escolaridade, índice de bens, mora sozinho(a)).

A associação bruta e ajustada entre o aumento de tabagismo e as variáveis comportamentais e de saúde estudadas são apresentadas na Tabela 5. Pode-se observar que indivíduos com melhor qualidade da dieta ($p = 0,001$), que não tinham sintomas depressivos ($p = 0,001$), que não apresentavam estresse ($p = 0,007$) e sentimento de tristeza ($p < 0,001$) apresentaram menores prevalências de aumento do tabagismo em relação as variáveis comportamentais e de saúde. Na análise ajustada, o aumento do tabagismo permaneceu associado ao sentimento de tristeza, ou seja, os indivíduos que tinham sentimento de tristeza apresentaram 69% mais probabilidade de aumento de tabagismo do que os que não tinham sentimento de tristeza (RP: 1,69; IC95% 1,17;2,44). As demais variáveis não permaneceram associadas ao desfecho (Tabela 5).

Tabela 4 - Associação bruta e ajustada entre o aumento de tabagismo e as variáveis comportamentais e de saúde estudadas. Criciúma (SC) e Rio Grande (RS), Brasil, 2021.

	Análise bruta*		Análise ajustada**	
	n (%)	Valor p	RP (IC95%)	Valor p
Consumo de bebida alcoólica		0,225		0,487
Não	59 (28,0)		Referência	
Sim	19 (36,5)		1,17 (0,75;1,82)	
Prática suficiente de atividade física		0,737		0,778
Não	63 (29,4)		Referência	
Sim	15 (31,9)		1,08 (0,64;1,81)	
Qualidade da dieta		0,001		0,071
1º tercil (melhor)	15 (15,8)		Referência	
2º tercil	25 (42,4)		2,20 (1,37;3,53)	
3º tercil (pior)	38 (34,9)		1,70 (1,01;2,85)	
Qualidade do sono		0,577		0,351
Muito bom/bom	52 (28,4)		Referência	
Regular	12 (28,6)		0,77 (0,42;1,30)	

Ruim/muito ruim	14 (36,8)	0,82 (0,48;1,38)	
Percepção da saúde		0,103	0,283
Muito boa/boa	49 (26,1)	Referência	
Regular	25 (40,3)	1,29 (0,86;1,92)	
Ruim/muito ruim	4 (30,8)	1,07 (0,61;1,90)	
Número de morbidades		0,146	0,909
0	46 (30,5)	Referência	
1	11 (18,3)	0,60 (0,33;1,11)	
2 ou mais	10 (34,5)	1,26 (0,68;2,32)	
Sintomas depressivos		0,001	0,175
Não	52 (24,8)	Referência	
Sim	26 (49,1)	1,41 (0,96;2,08)	
Estresse percebido		0,007	0,584
Não	29 (22,0)	Referência	
Sim	48 (37,1)	1,11 (0,76;1,62)	
Sentimento de tristeza		<0,001	0,006
Não	53 (24,6)	Referência	
Sim	25 (52,1)	1,69 (1,17;2,44)	
Ideação suicida		0,472	0,087
Não	70 (29,0)	Referência	
Sim	8 (36,4)	0,74 (0,46;1,22)	

RP: razão de prevalência. IC: intervalo de confiança. *Teste Qui-quadrado de Pearson. **Regressão de Poisson ajustada para as variáveis sociodemográficas e comportamentais respeitando modelo hierárquico de determinação (nível 1: sexo, idade e cor da pele, nível 2: estado civil, escolaridade, índice de bens, mora sozinho(a)), nível 3: consumo de álcool, atividade física, alimentação, qualidade do sono, percepção de saúde, morbidade, sintomas depressivos, estresse, tristeza, ideação suicida).

8 DISCUSSÃO

O presente estudo, que objetivou avaliar o aumento do tabagismo durante a pandemia de COVID-19 e seus fatores associados, evidenciou resultados bastante relevantes. Dentre os indivíduos que referiram fumar, um terço deles relatou ter aumentado o consumo de cigarros durante a pandemia de COVID-19, sendo a maior prevalência de aumento encontrada nas pessoas do sexo feminino, com idade entre 18 e 29 anos e com sentimento de tristeza.

A mudança comportamental da população em razão da pandemia de COVID-19, como *lockdown* parcial, distanciamento social e limitações de viagem, afetou aspectos da saúde mental da população. Com a amplificação do sentimento de tristeza e dos sintomas de depressão e ansiedade, o isolamento social produto da pandemia de COVID-19 provocou mudanças negativas em relação ao tabagismo, com o aumento do número de cigarros consumidos por dia (FIOCRUZ, 2020).

Uma revisão sistemática realizada por Brooks *et al.* (2021) mostrou que os impactos da quarentena em períodos de epidemias, o distanciamento social, a separação dos entes queridos, dos amigos, a perda de liberdade, o medo de contrair a doença, as mudanças nas atividades de rotina e as perdas financeiras podem causar situações de angústia, ansiedade, depressão, estresse, insônia e irritabilidade. Do mesmo modo, McKay *et al.* (2020) em pesquisa realizada com a população chinesa durante a pandemia de COVID-19, observou aumento da ansiedade causada pelo medo de contrair COVID-19, que por sua vez pode aumentar o desejo de fumar.

Desse modo, possíveis explicações para o aumento do consumo de tabaco durante a pandemia observado no presente estudo são os impactos das medidas sanitárias aplicadas durante a pandemia, que culminaram com o aumento da ansiedade e potencializaram o uso do cigarro. De acordo com alguns autores, o estado de ânimo é um fator preponderante para o aumento do consumo de tabaco em indivíduos fumantes (STANTON *et al.*, 2020; PERICOT-VALVERDE, 2018; ALEXANDER *et al.*, 2017). Eles observaram a relação entre o uso de tabaco e afetividade negativa, angústia ou sensibilidade à ansiedade entre indivíduos em situação de estresse. Esses achados vão ao encontro dos resultados de Malta *et al.* (2021) e Stanton *et al.* (2020) que evidenciaram que o isolamento social decorrente da COVID-19 prejudicou o bem-estar psicológico e culminou com o aumento do

consumo de tabaco.

No presente estudo, a maior prevalência de aumento do consumo de cigarros durante a pandemia foi quase duas vezes maior entre as pessoas do sexo feminino, o que corrobora com outros estudos nacionais (Malta 2021; Malta 2020) e internacionais (Japuntich 2016; Chen 2020). Malta *et al.* (2021) observaram que o sexo feminino apresentou 1,27 vezes mais probabilidade de aumento no consumo de tabagismo comparado ao sexo masculino (IC95%: 1,01-1,59). Do mesmo modo, estudo realizado no Reino Unido com 4075 pessoas durante a pandemia evidenciou que um quarto dos fumantes relatou aumento do consumo do cigarro, sendo a maioria mulheres jovens com idade entre 16-29 anos (Chen, 2020).

Esses autores destacam que o isolamento dos entes queridos provocou o aumento do consumo de tabaco durante a pandemia em todos os indivíduos, porém mais acentuadamente nos indivíduos do sexo feminino (Malta *et al.* 2021, Chen, 2020). Stanton *et al.* (2020) também destacam que as mulheres apresentaram escores de estresse significativamente maiores em comparação com os homens, aspecto que está estreitamente relacionado ao aumento do consumo de cigarros.

Outro resultado do presente estudo é que o aumento do consumo do tabaco foi verificado entre pessoas de 18 a 39 anos de idade, o que corrobora com os achados de Malta *et al.* (2021), no qual o percentual de indivíduos entre 18 e 39 anos de idade que aumentou o consumo de cigarros em 10 cigarros por dia foi 15,9% maior se comparado com indivíduos de 50 anos ou mais. Além disso, o uso de outros produtos de tabaco como o narguilé e o cigarro eletrônico entre os jovens aumentou em torno de 32%.

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Câncer (2022), o tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens. Isso ocorre pela facilidade e estímulo para a obtenção do produto, além do baixo custo. Dentre as pessoas que fumam, 90% iniciaram antes dos 18 anos de idade, faixa em que o indivíduo ainda se encontra na fase de construção de sua personalidade. Nesse interim, observa-se que os produtos derivados do tabaco vêm ganhando formas e aromas diferenciados para atrair o público mais jovem. Tais elementos são amplamente difundidos pela internet, angariando uma enorme atração para o público mais jovem, o que motiva a associação verificada no presente estudo (INCA, 2023). Além disso, uma revisão sistemática realizada por Santomauro *et al.* (2021) identificou que jovens e mulheres

demonstravam uma incidência mais alta de sintomas de ansiedade e depressão em comparação com o restante da população, e que, a ocorrência poderia ser justificada pela significativa vulnerabilidade que as medidas de distanciamento social geravam em suas circunstâncias de vida (SANTOMAURO *et al.*, 2021).

Outro resultado observado no presente estudo foi a associação entre o aumento do tabagismo durante a pandemia e o sentimento de tristeza, reafirmando o papel importante das medidas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 na saúde mental da população. A separação de entes queridos e o receio de perder familiares, amigos e até mesmo a própria vida levaram muitas pessoas a procurar conforto e alívio para suas aflições, sendo uma dessas formas o aumento do consumo de cigarros (VARDAVAS; NIKITARA, 2020; STANTON *et al.*, 2020; FELIPE, 2022; DECKER; DAMBROS; BERTOLDI, 2021; MALTA, 2020; MALTA, 2021).

Um estudo de revisão realizado por García-Álvarez *et al.* (2020), com dados obtidos durante a pandemia em estudos realizados na China e Espanha, aponta que o quadro de maior estresse e confinamento advindos das medidas de contenção da pandemia têm grande influência sobre o aumento do tabagismo, com 30% dos entrevistados relatando que aumentaram o consumo de produtos derivados de tabaco. Do mesmo modo, a pesquisa Convid identificou que, durante a pandemia, cerca de 34% dos brasileiros declaram ter aumentado o consumo de cigarros, devido à intensificação de estresse pelo qual passaram durante o isolamento social (FIOCRUZ, 2020).

Algumas limitações do presente estudo precisam ser destacadas. O fato de ser um estudo transversal, não permite estabelecer uma relação causal entre as variáveis estudadas. O viés de causalidade reversa pode estar presente e devido à pergunta sobre aumento do tabagismo ter sido autorreferida, a prevalência precisa ser avaliada com cautela.

Destacam-se como pontos fortes dessa pesquisa o fato de se tratar de um estudo de base populacional representativa da população adulta e idosa das cidades. Também é importante ressaltar que, mesmo em meio à pandemia, a pesquisa foi desenvolvida de forma presencial, face a face, diferentemente da maioria dos estudos conduzidos nesse período. Todos os questionários utilizados para avaliar os aspectos de saúde mental foram validados para a população brasileira e são amplamente utilizados em estudos epidemiológicos.

9 CONCLUSÃO

Os dados apresentados mostram que houve aumento do consumo de tabaco durante a pandemia de COVID-19, sendo maior no sexo feminino, nas pessoas com idade entre 18 e 29 anos e naquelas com sentimento de tristeza.

Esses achados reforçam a necessidade da instituição de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde mental das pessoas, uma vez que é evidenciado o aumento do sofrimento psicológico causado pela pandemia de COVID-19 e a sua intrínseca relação com o aumento do consumo de produtos à base de tabaco. Esses dados também evidenciam a importância de um maior cuidado em tempos de isolamento social, principalmente com mulheres e jovens, a fim de que o consumo de tabaco não seja acentuado como válvula de escape para os problemas psicológicos.

É fundamental para saúde coletiva da população reconhecer e atuar no sentido de minimizar a interferência da indústria do tabaco nas políticas públicas, principalmente com a demonstração dos impactos negativos para as contas públicas e morbidades atribuídas ao uso dessa substância.

Diante da gravidade e da relevância do tema abordado, acredita-se que estudos pormenorizados sobre os efeitos do aumento do tabagismo sobre outras morbidades em um cenário pós pandêmico e os impactos para a saúde pública podem contribuir para a elaboração de políticas públicas que incentivem as pessoas a parar de fumar.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, A. C. *et al.* Diferenças Raciais na Vulnerabilidade de Transtorno de Estresse Pós-Traumático Após o Furacão Katrina Entre uma Amostra de Fumantes de Cigarros Adultos de Nova Orleans. **J Racial Ethn Health Disparities** 2017; 4:94-103. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26823065/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

ALQAHTANI, J. S., *et al.* **Prevalence, Severity and Mortality associated with COPD and Smoking in patients with COVID-19: A Rapid Systematic Review and Meta-Analysis.** 11 mai. 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0233147>. Acesso em: 11 abr. 2024.

AMB. Associação Médica Brasileira. Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar. **Tabagismo.** 2011. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2019/01/2011-AMB-DIRETRIZ-TABAGISMO.pdf>. Acesso em 11 abr. 2024.

ANDREWS, F. M. WITHEY, S. B. Indicadores sociais do bem-estar: Percepções de vida dos americanos. **Springer**, 2012. Disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4684-2253-5>. Acesso em: 11 abr. 2024.

APA. Associação Psiquiátrica Americana. **Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, A. J. de. **A dependência do tabaco na pandemia e a relevância da associação COVID-19 e tabaco.** Rio de Janeiro, 2020.

BALOCH, S. *et al.* The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic. **Tohoku J Exp Med.** 2020;250(4):271-8. Review. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32321874/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

BARROS, A. J. HIRAKATA, V. N. Alternativas para regressão logística em estudos transversais: uma comparação empírica de modelos que estimam diretamente a razão de prevalência. **BMC Medical Research Methodology**, volume 3, Article number: 21 (2003). Disponível em: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-3-21>. Acesso em: 11 abr. 2024.

BARROS, M. B. de A. *et al.* Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiol Serv Saúde** [Internet]. 2020 29(4)). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/nFWPcDjfNcLD84Qx7Hf5ynq/?lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2024.

BERLIN I. *et al.* COVID-19 and Smoking. **Nicotine Tob Res** 2020; 22:1650-2. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184428/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

BRAKE, S.J. *et al.* Fumar regula o receptor da enzima conversora da angiotensina-2: um local potencial da adesão para o novo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19). **Journal of Clinical Medicine**. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32244852/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 11 abr. 2024.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). **Drogas: cartilha sobre tabaco**. Brasília: SENAD, 2011.

BRASIL. Cadernos da Atenção Básica (nº 40) - **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**. Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção. Rio de Janeiro: Inca, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: fatores de proteção e de risco de câncer**. Brasília, 2016.

BRASIL. Senado Federal. Senado debate aumento de rigor contra cigarro. Brasília, 2019. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/copy_of_senado-debate-aumento-de-rigor-contracigarro. Acesso em: 11 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria conjunta SCTIE/SAES/MS nº 10**. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Como está o percentual do uso de tabaco no Brasil?** Brasília, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-queiro-parar-de-fumar/noticias/2021/como-esta-o-percentual-do-uso-de-tabaco-no-brasil> Acesso em: 11 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil**

2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. **Dados e números da prevalência do tabagismo**. 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo> Acesso em: 11 abr. 2024.

BROOKS, S. K. *et al.* O impacto psicológico da quarentena e como reduzi-la: revisão rápida das evidências. **Cad. Saúde Pública**, 2021; 37 (3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ldk3Ppq7Q4bSHt4TmthTyKh/>. Acesso em 11 abr. 2024.

CAIRES, L.T.V *et al.* Fatores de impacto associados ao aumento do tabagismo durante a pandemia e os riscos relacionados ao COVID-19. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde** , [S. l.], v. 6, pág. 29258–29264, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/65023>. Acesso em: 11 abr. 2024.

CANCELLO, R., SORANNA, D., ZAMBRA, G., ZAMBON, A., INVITTI, C. Determinantes das mudanças no estilo de vida durante a pandemia de COVID-19 nos residentes do norte da Itália. **Internacional J. Meio Ambiente**. Res. Publicação Saúde. 2020;

CAVALCANTE, T. M. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. **Revista psiquiatria clínica**. 2005; 32(5):283- 300.

CAVALCANTE, T. M. *et al.* COVID-19 e Tabagismo: Aspectos Epidemiológicos, Biológicos, Psicossociais e Implicações para a Política Nacional de Controle do Tabaco . **Revista Brasileira de Cancerologia**, [S. l.], v. 66, n. TemaAtual, p. e–1039, 2020. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1039>. Acesso em: 11 abr. 2024.

COSTA, A.A. O tabagismo em tempos de COVID. **SOPTERJ**, 2022. Disponível em: <https://www.sopterj.com.br/o-tabagismo-em-tempos-de-covid/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

CHEN, D. T. O impacto psicossocial da pandemia de COVID-19 nas mudanças no comportamento do tabagismo: Evidências de uma pesquisa nacional no Reino Unido. **Tob Prev Cessat** 2020; 6:59. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7643580/>. Acesso em 11 abr. 2024.

DECKER, S. R. R. da. DAMBROS, E. BERTOLDI, E. G. Um estudo observacional de centro único sobre o hábito de tabagismo e medidas preventivas para COVID-19. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/Dzj6tWmQSk4yc5kBsgXX3rj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2024.

FELIPE, R. **Uso de narguilé e cigarro eletrônico aumenta entre adolescentes brasileiros.** Universidade Federal de Minas Gerais, 2022. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/uso-de-narguile-e-cigarro-eletronico-aumenta-entre-adolescentes-brasileiros>. Acesso em: 11 abr. 2024.

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz. **ConVid pesquisa de comportamentos.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020 Disponível em: <https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=fumo>. Acesso em: 11 abr. 2024.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Prevalence and co-occurrence of modifiable risk factors in adults and older people. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 86, 2019. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31644769/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

GARCÍA-ÁLVAREZ, L. *et al.* Mudanças no uso de álcool e tabaco serão vistas durante o lockdown da COVID-19? [editorial]. **Adicciones**. 2020 Apr 1;32(2):85-89. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32347962/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

GUAN, W. J. *et al.* Características clínicas da doença por coronavírus 2019 na China. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 18, 2020, Apr 30;382(18):1708-1720. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32109013/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

HALLAL, A. L. C. CAMPOS, R. C. **Controle do tabagismo na atenção básica.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2016. 69 p. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13959/1/TABAGISMO_LIVRO.pdf. Acesso em: 11 abr. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados.** 2016. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/> Acesso em: 11 abr. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNS – Pesquisa Nacional de Saúde.** 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=resultados>. Acesso em: 11 abr. 2024.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2013. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.** Brasil, grandes regiões e unidades da federação. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>. Acesso em 11 abr. 2024.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional da Saúde. **Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal.** Brasil e grandes regiões. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio

de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em 11 abr. 2024.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional da Saúde. **Prevalência do tabagismo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo>. Acesso em: 11 abr. 2024.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/> Acesso em: 11 abr. 2024.

IECS. Instituto de Efetividade Clínica e Sanitária. **A importância de aumentar os impostos do tabaco no Brasil**. Buenos Aires, 2020. Disponível em: www.iecs.org.ar/tabaco. Acesso em: 11 abr. 2024.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Abordagem e Tratamento do Fumante**. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Prevalência de tabagismo no Brasil: Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Ambiente livre do fumo é direito de todos**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Tabagismo: um grave problema de saúde pública**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **A situação do tabagismo no Brasil: Dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009**. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Política Nacional de Controle do Tabaco: relatório de gestão e progresso 2011-2012**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Notas técnicas para o controle do tabagismo**. Tabaco: uma ameaça ao desenvolvimento. Secretaria Executiva da Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco. – Rio de Janeiro: INCA 2017.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco no Brasil: dez anos de história - 2005-2015.** Rio de Janeiro: INCA, 2018.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Dia mundial sem tabaco 2020: tabagismo e coronavírus (COVID-19) – Nota técnica.** 2020.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Abordagem breve, mínima, básica na cessação do tabagismo: uma ação ao alcance de todos os profissionais.** Rio de Janeiro: INCA, 2021a.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Como está o percentual do uso de tabaco no Brasil?** Rio de Janeiro: INCA, 2021b.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **COVID-19, Tabagismo e Reforma Tributária.** Rio de Janeiro: INCA, 2021c.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Controle do tabaco no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2022a.

INCA – Instituto Nacional do Cancer. **Dados e números da prevalência do tabagismo.** Rio de Janeiro, INCA, 2022b.

INCA - Instituto Nacional do Câncer. **Prevalência do tabagismo:** Página com informações estatísticas da prevalência do tabagismo no Brasil Rio de Janeiro: INCA, 2023.

ISMAEL, S. M. C. **Efetividade da terapia cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista.** 2007. 153 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

JACKSON, S .E. *et al.* Associação do lockdown COVID-19 com tabagismo, bebida e tentativas de parar na Inglaterra: uma análise de dados de 2019-20. **Addiction.** 2021 May;116(5):1233-1244. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33089562/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

JAPUNTICH, S. J. *et al.* Estresse de implantação, uso de tabaco e pós-implantação transtorno de estresse pós-comumático: diferenças de gênero. **Psychol Trauma** [Internet]. 2016 Mar [cited 2020 Aug 11];8(2):123-6. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ftra0000093>. Acesso em: 11 abr. 2024.

LUZ JUNIOR, E. **Dependência química: terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.** Porto Alegre: Armed, 2004.

MALERBA, E. P. F. **Considerações sobre o Tabagismo: Uma revisão**

bibliográfica. Varginha, MG: Universidade Federal De Alfenas, 2021.

MALTA, D. C. *et al.* A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal. **Cadernos de Saúde Pública**, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n4/e2020407/#>. Acesso em: 11 abr. 2024.

MALTA, D. C. *et al.* Fatores associados ao aumento do consumo de cigarros durante a pandemia da COVID-19 na população brasileira. **Cad. Saúde Pública** 37 (3), 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ldk3Ppq7Q4bSHt4TmthTyKh/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

MANTHEY, C. *et al.* Uso de álcool, tabaco, canabis e outras substâncias durante a primeira onda da pandemia de SARS-CoV-2 na Europa: uma pesquisa com 36.000 usuários europeus de substâncias. **Subst Abuse Treat Prev Policy**. 2021 Apr 26;16(1):36. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33902668/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

MCKAY, D. *et al.* Ansiedade em relação à contração da COVID-19 relacionada a sensações de ansiedade interoceptiva: o papel moderador da propensão e sensibilidade do desgosto. **J Anxiety Disord** 2020; 73:102233. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32442880/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

MENESES-GAYA, I. C. *et al.* As propriedades psicométricas do teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. **Jornal Brasileiro Pneumologia**, [s.l.], v.35, n.1, p.73-82, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-506070>. Acesso em: 11 abr. 2024.

NOGUEIRA, R. **Lei 12.546/11: é proibido fumar?** Direito Diário, 2016. Disponível em: <https://direitodiario.com.br/lei-12-54611-e-proibido-fumar/> Acesso em: 11 abr. 2024.

NUNES, S. O. V; CASTRO, M. R. P. **Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento.** Londrina: EDUEL, 2011.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **O corpo do fumante.** 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324846/WHO-NMH-PND-19.1-por.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Controle do tabaco pode economizar bilhões de dólares e salvar milhões de vidas.** 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/10-1-2017-controle-do-tabaco-pode-economizar-bilhoes-dolares-e-salvar-milhoes-vidas>. Acesso em: 11 abr. 2024.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde. **Histórico da COVID-19 OPAS/OMS.** 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-Covid-19>. Acesso: 11 abr. 2023.

OPAS. Organização Pan-americana da Saúde: **Relatório sobre o Controle do Tabaco na Região das Américas. 2022**. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56264/OPSNMHRF220023_por.pdf?sequence=7&isAllowed=y. Acesso em: 11 abr. 2023.

PICHON-RIVIERE, A. *et al.* O peso econômico e sanitário do tabagismo em 12 Países latino-americanos e o efeito potencial do aumento dos impostos sobre o tabaco: um estudo de modelagem econômica. **Lancet Glob Health**, 2020. Oct;8(10):e1282-e1294. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32971051/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

PEREIRA, L. J. C. *et al.* Semelhança entre tabagistas e infectados por COVID-19. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v.7.n.11. São Paulo, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/356674332_SEMELHANCA_ENTRE_TABAGISTAS_E_INFECTADOS_POR_COVID-19. Acesso em: 11 abr. 2024.

PERICOT-VALVERDE, I. *et al.* Transtorno de estresse pós-traumático e uso do tabaco: uma revisão sistemática e meta-análise. **Addict Behav** 2018; 84:238-47. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v21n3/11.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2024.

PFIZER. **Tabagismo e coronavírus**. 2021. Disponível em: <https://www.pfizer.com.br/noticias/ultimas-noticias/tabagismo-e-coronavirus>. Acesso em: 11 abr. 2024.

PINTO, M. *et al.* Estimativa da Carga do Tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(6): 1286-1297, jun, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gv5WnNdKJqrKpSpfShjfxsQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2024.

PINTO, M. *et al.* Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos. Documento técnico IECS N° 21. **Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria**, Buenos Aires, Argentina. Maio de 2017. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/carga-de-doenca-atribuivel-ao-uso-do-tabaco-no-brasil-e-potencial-impacto-do>. Acesso em: 11 abr. 2024.

REICHERT, J. *et al.* Diretrizes para cessação do tabagismo - 2008. **J Bras Pneumol**. 2008;34(10):845-880. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/wp-content/uploads/2019/01/2008-SBPT-DIRETRIZ-TRATAMENTO-TABAGISMO.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2024.

REZENDE, L. F. M. *et al.* Adultos com alto risco de doença grave por coronavírus-2019 (COVID-19) no Brasil. **Rev. Saúde Pública** vol.54 São Paulo 2020 Epub 15-

May-2020 Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br/artigo/adults-at-high-risk-of-severe-coronavirus-disease-2019-covid-19-in-brazil/?lang=en>. Acesso em: 11 abr. 2024.

ROLLAND, B., HAESEBAERT, F., ZANTE, E., BENYAMINA, A., HAESEBAERT, J., FRANCK, N. **Mudanças globais e fatores de aumento na ingestão de alimentos calóricos/salgados, uso de telas e uso de substâncias durante o início do COVID-19.** Fase de contenção na população geral da França: estudo de pesquisa. Publicação JMIR. Vigilância Sanitária. 2020.

SANTANA, D. O. REIS, A. A. C. FERREIRA, R. M. C. A regulamentação publicitária do tabaco e seus derivados no Brasil e Chile. V Pró-Pesquisa, Encontro de Pesquisadores em Publicidade e Propaganda. **DECCOM**, v. 10, n. 20. São Paulo, 2019. Disponível em: <https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/12664/2/RegulamentacaoPublicitariaTabaco.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2024.

SANTOS, I. S., *et al.* Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1533–1543, 2013. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2013.v29n8/1533-1543/pt>. Acesso em: 11 abr. 2024.

SES-SC. Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina. Rede de Atenção Psicossocial. **Protocolo Clínico Tabagismo:** dependência de Nicotina. Santa Catarina: SES-SC, 2015. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9194-tabagismo-dependencia-de-nicotina/file> Acesso em: 11 abr. 2024.

SILVA, A. F. QUEIROZ, G. C. Tabagismo no Brasil: análise panorâmica dos últimos 10 anos. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, p. 12710-12720, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/31115>. Acesso em: 11 abr. 2024.

SILVA, A. L. O. MOREIRA, J. C. MARTINS, S. R. COVID-19 e tabagismo: uma relação de risco. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/41330/en_1678-4464-csp-36-05-e00072020.pdf?sequence=2. Acesso em: 11 abr. 2024.

SILVA, L. C. *et al.* Controle do tabagismo: desafios e conquistas. **J Bras Pneumol.** 2016 Jul-Aug;42(4):290-298. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27832238/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

SILVA, S. T. *et al.* Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19. n. 2, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Wq3hFwwN8m8JBfZ3sd4nCvF/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

SILVEIRA, K. M. *et al.* Relação das Dependências Física, Psicológica e Comportamental na Cessação do Tabagismo. **Contextos Clínicos**, v. 14, n. 2. Santa Catarina, 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v14n2/v14n2a09.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2024.

SIQUEIRA, R.R. *et al.* Escala de estresse percebido: estudo de confiabilidade e validade no Brasil. **Journal of Health Psychology**, v. 15, n. 1, 2010. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Perceived-stress-scale%3A-reliability-and-validity-in-Reis-Hino/3db9f41921c90c838d1be8c99fc4eac96668e0f9#:~:text=The%20perceived%20stress%20scale%20%28PSS-10%29%20showed%20an%20adequate,with%20eigenvalues%20greater%20than%201.0%20supported%20its%20use>. Acesso em: 11 abr. 2024.

STANTON, R. *et al.* Depressão, ansiedade e estresse durante a COVID-19: Associa es com mudanças na atividade física, sono, tabaco e uso de álcool em adultos australianos. **Int J Environ Res Public Health** 2020; 17:4065. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32517294/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

SZKLO, A. S. BERTONI, N. Relação entre a Epidemia de Tabagismo e a Epidemia recente de COVID-19: um Panorama Atual das Evidências Científicas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. TemaAtual, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342687568_Relacao_entre_a_Epidemia_d_e_Tabagismo_e_a_Epidemia_recente_de_Covid-19_um_Panorama_Atual_das_Evidencias_Cientificas. Acesso em: 11 abr. 2024.

TELESSAÚDE. [internet]. **Boletim Informativo do Núcleo de Telessaúde de SC**. 2015.

THE UNION. União internacional contra tuberculose e doenças pulmonares. **Parceiros mortais - Tabaco e COVID-19: Um chamado   a o aos governos**. Brasília, 2020.

TONNESEN, P. *et al.* Secular trends in smoking in relation to prevalent and incident smoking-related disease: A prospective population-based study. **Tob Induc Dis**. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31768164/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

UNODC. United Nations Office on Drugs and crime. Socioeconomic characteristics and drug use disorders. Vienna (AUT): **World Drug Report**, 2020.

URRUTIA-PEREIRA, M.; CHONG-NETO, H.J.; SOL , D. Relatório sobre o controle do tabagismo nas am ricas: qual   a realidade no Brasil? **Arq Asma Alerg Imunol**. 2019; 3(3): 269-274.

VARDAVAS, C. I. NIKITARA, K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. **Tobacco induced diseases**, v. 18, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7083240/>. Acesso em: 16 dez. 2023.

VOIGT, N. L. **Dos primórdios à atualidade**: nicotina e suas consequências. Universidade Federal de Santa Catarina licenciatura em ciências biológicas. Balneário Camboriú, 2021.

WHELTON, P. K. *et al.* Diretriz para Prevenção, Detecção, Avaliação e Manejo da Hipertensão Arterial em Adultos: Um Relatório do ACC/AHA/TCPG. **Jornal do Colégio Americano de Cardiologia**, 2018 Jun;71(6):e13-e115. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29133356/>. Acesso em: 11 abr. 2024.

WHO. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean **Tobacco and waterpipe use increases the risk of COVID-19**. Geneva, 2020. Disponível em: <https://www.emro.who.int/tfi/know-the-truth/tobacco-and-waterpipe-users-are-at-increased-risk-of-Covid-19-infection.html> Acesso em: 11 abr. 2024.

WHO. World Health Organization. **Tobacco**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. Acesso em: 11 abr. 2024.

WHO. World Health Organization. **Relatório Global da OMS sobre Tendências na Prevalência do Uso de Tabaco 2000-2025**, Quarta Edição. Organização Mundial da Saúde. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039322>. Acesso em: 11 abr. 2024.

WHO. World Health Organization. **WHO statement**: Tobacco use and COVID-19. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/11-05-2020-who-statement-tobacco-use-and-Covid-19>. Acesso em: 11 abr. 2024.

YINGST, J. M. *et al.* Tobacco use changes and perceived health risks among current tobacco users during the COVID-19 pandemic. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 4, p. 1795, 2021.

ZANELATO, N. Terapia cognitivo comportamental aplicada a dependência química. In: A. Diehl; D.C. Cordeiro & R. Laranjeira. (2ª Ed.) **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ZHOU, Z. CHEN, P. PENG. H. Os fumantes saudáveis são realmente saudáveis? **Tob Induc Dis**. 2016, Nov 15:14:35. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27891067/#:~:text=Actually%2C%20%27healthy%20smokers%27%20are%20not%20healthy.%20This%20narrative,changes%2C%20genetic%20alterations%2C%20structur>. Acesso em: 11 abr. 2024.

ZUCCO, G. R. **Impacto da pandemia de COVID-19 na qualidade de vida geral de**

pacientes fumantes em tratamento para cessação tabágica. São José dos Campos: UNESP, 2023.

ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Impacto da COVID-19 sobre a saúde mental da população

Pesquisador: Samuel de Carvalho Dumith

Área Temática: A critério do CEP

Versão: 3

CAAE: 30955120.0.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Patrocinador Principal: Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.162.424

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1539476.pdf".

INTRODUÇÃO

A infecção causada pelo novo coronavírus, denominado COVID-19, iniciou em uma província da China no final do ano 2019. De lá para cá, o que era um surto (âmbito local), se transformou numa epidemia em alguns países, até virar uma pandemia em nível global. No dia 15 de abril de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou, em seu sítio eletrônico, relatório apontando 1.914.016 casos confirmados da COVID-19 mundialmente e 70.082 óbitos pela doença (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/situation-reports/>). No Brasil, foram confirmados, até a presente data, 25.262 casos, dos quais 1.532 foram a óbito, conferindo uma letalidade de 6% (<https://covid.saude.gov.br/>). O Rio Grande do Sul é o nono estado do Brasil com o maior número de casos, havendo 747 casos confirmados e 19 óbitos, atingindo 88 municípios do estado (<http://li.saude.rs.gov.br/covid19/>). Apesar de recente, é bem provável que esta seja a terceira pior pandemia da história da humanidade, atrás da peste negra ou bubônica (século XIV) e da gripe espanhola (século XX), que exterminaram milhões de vidas. Não se sabe qual será a extensão temporal da COVID-19, ou seja, até quando este vírus assolará a

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF **Município:** BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br



COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.162.424

desde que se tenha uma equipe qualificada para atender a população.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO 1539476.pdf	06/07/2020 10:46:41		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_sem_destaque.pdf	06/07/2020 10:46:10	Priscila Arruda da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_COVID_CONEP.pdf	06/07/2020 10:40:31	Priscila Arruda da Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_PB_assinadas.pdf	30/06/2020 17:53:03	Priscila Arruda da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_estudos.pdf	22/06/2020 17:08:52	Priscila Arruda da Silva	Aceito
Outros	Carta_resposta_CONEP.pdf	21/06/2020 22:40:24	Priscila Arruda da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Λ +

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UNESC
Universidade do Extremo Sul Catarinense - Hospital Universitário
E-mail: cetica@unesc.net - Telefone: (48) 3431 2606

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC
Responsável: Prof. Dr. Antônio Augusto Schäfer
E-mail: antonioaschafer@unesc.net

Você está convidado (a) a participar do estudo “*Impacto da COVID- 19 sobre a saúde mental da população*”. Trata-se de pesquisa aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e desenvolvida com o financiamento da FAPERGS.

O objetivo geral é avaliar o impacto da COVID-19 sobre a saúde mental da população adulta e idosa. A sua participação é voluntária. Cabe a você decidir se aceita ou não participar. Caso desejar, podemos encaminhar por e-mail uma cópia do TCLE. Ao aceitar, você responderá a um questionário com duração aproximada de 20 a 30 min. Ao completar o questionário, considerar-se-á que você leu o termo de consentimento e aceitou voluntariamente participar da pesquisa. **Havendo qualquer dúvida você ou seus familiares poderão ligar para o número do coordenador da pesquisa (48) 34312609.**

As informações prestadas serão utilizadas sem identificação pessoal. A identificação, endereço e telefone só serão utilizados caso haja necessidade do contato dos pesquisadores com você.

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

2- Sexo (observado pelo entrevistador)

- Masculino
 Feminino

3- Qual a sua idade?

7- Qual o seu estado civil?

- Casado
 Solteiro
 Separado/Divorciado
 Viúvo

8- A sua cor ou raça é:

- Branca
 Preta
 Amarela
 Parda
 Indígena
 Não sabe ou não quis responder

9- O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever?

- Não
 Sim

10- Até que GRAU o(a) Sr.(a) estudou?

- 1º GRAU: ensino fundamental, ou seja, da primeira à oitava série.
 2º GRAU: ensino médio, ou seja, do primeiro ou terceiro ano.
 3º GRAU: ensino superior, ou seja, faculdade.
 4º GRAU: pós-graduação, ou seja, especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado.
 Nenhum.

11.1- Até que série o(a) Sr.(a) estudou?

1º Grau:

(* Considerar séries concluídas)

- Pré-escola (Jardim de Infância)
 1ª série do Ensino Fundamental
 2ª série do Ensino Fundamental
 3ª série do Ensino Fundamental
 4ª série do Ensino Fundamental
 5ª série do Ensino Fundamental
 6ª série do Ensino Fundamental
 7ª série do Ensino Fundamental
 8ª série do Ensino Fundamental

15- Em geral, como o(a) Sr.(a) avalia sua saúde?

- Excelente
 Muito boa
 Boa
 Regular
 Ruim

1- Quantas peças da casa são usadas para dormir?

2- Quantos banheiros ou sanitários de uso dos moradores há no domicílio?

3- Neste domicílio existe:
(* Pode ser marcado mais de um item.)

- Freezer separado da geladeira
- Vídeo/DVD?
- Telefone fixo?
- Máquina de lavar roupa?
- Máquina de secar roupa?
- Forno microondas?
- Computador ou notebook?
- Acesso à internet?
- Aparelho de ar condicionado

4- Quantos carros há no domicílio?

5- Em seu domicílio, trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) mensalista?

- Não
- Sim

6- Contando com o(a) Sr.(a), quantas pessoas moram neste domicílio?

7- O(a) Sr.(a) se considera o chefe da família?

- Não
- Sim
- Não sabe

8- No último mês, o(a) Sr.(a) trabalhou sendo pago(a)?

- Não
- Sim
- Estava em férias/licença

9- Quanto o(a) senhor(a) recebeu no último mês (incluindo salário, pensão, férias, aposentadoria)?
(SE NECESSÁRIO, LEIA AS OPÇÕES DE RESPOSTA)

- Menos de R\$ 500,00
- De R\$ 500,00 a 1.000,00
- De R\$ 1.001,00 a 2.000,00
- De R\$ 2.001,00 a 4.000,00
- De R\$ 4.001,00 a 6.000,00
- De R\$ 6.001,00 a 8.000,00
- De R\$ 8.001,00 a 10.000,00
- De R\$ 10.001,00 a 20.000,00
- Mais de R\$ 20.000,00
- Não tem renda
- Não quis informar

10- O(a) Sr.(a) tem dinheiro suficiente para pagar suas despesas?

- Não
- Sim
- Em parte

1- Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma?

- Não
 Sim, todos os dias
 Sim, mas não todos os dias

1.1- Quantos cigarros, em média, o(a) Sr.(a) fuma por dia?

(Referência: um maço possui 20 cigarros.)

1.1a- Quantos cigarros, em média, o(a) Sr.(a) fuma por dia?

(Referência: um maço possui 20 cigarros.)

2- Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?

- Não bebo nunca ou menos de uma vez por semana
 Um dia ou mais de um dia por semana

2.1- Quantos dias por semanas você consome bebida alcoólica?

- Um dia por semana
 Dois dias por semana
 Três dias por semana

14 - Você faz uso das seguintes substâncias?

	Não	Sim
ÁLCOOL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TABACO (CIGARRO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DROGAS ILÍCITAS (MACONHA, CRACK, ENTRE OUTRAS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14.2- Se a resposta for positiva para TABACO: Durante o período de distanciamento social, o consumo dessa substância:

- AUMENTOU
 DIMINUIU
 CONTINUOU IGUAL

21- Você realizou teste e/ou exame para diagnóstico da COVID-19?

- Não
 Sim
 IGN

22- Qual foi o resultado do teste?

- NEGATIVO
 POSITIVO
 NSA
 IGN

1- Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta?

- Não
 Sim
 Não lembra/não sabe
-

2- Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)?

- Não
 Sim
 Não lembra/não sabe
-

3- Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?

- Não
 Sim
 Não lembra/não sabe
-

4- Em algum momento de sua vida, algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) Sr.(a) tinha depressão?

- Não
 Sim
 Não lembra/não sabe
-

4.1- Desde o mês de março deste ano até agora, algum médico ou psicólogo disse que o(a) Sr.(a) tem depressão?

- Não
 Sim
-

4.2- O(a) Sr.(a) toma remédio para tratar a depressão?

- Não
 Sim
-

4.3- Há quanto tempo o(a) Sr.(a) toma remédio para tratar a depressão? (ANOS)

(9999 = Não sabe ou não quis informar)

4.3.1- MESES:

5- Como o(a) Sr.(a) considera a qualidade do seu sono?

- Muito bom
 Bom
 Regular
 Ruim
 Muito ruim
-

6- O(a) Sr.(a) toma remédio para dormir?

- Não
 Sim
-

5- Algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem outra doença mental ou emocional, como ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar ou TOC (transtorno obsessivo compulsivo)?

- Não
 Sim

5.1- Este diagnóstico ocorreu de março até agora?

- Não
 Sim

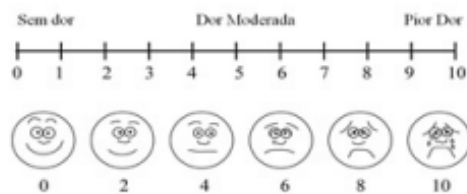
6- Antes da pandemia, o(a) Sr.(a) teve dor nas costas?

- Não
 Sim

6.1- Esta dor durou mais de 12 semanas, isto é, três meses seguidos?

- Não
 Sim

MOSTRAR A IMAGEM PARA RESPONDER A PRÓXIMA PERGUNTA:



6.2- Numa escala de 0 a 10, qual foi a intensidade da sua dor?

(* Baseado na imagem anterior.)

1- Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz caminhada no seu tempo livre?

(0 = Nenhum - 9 = Não sabe)

1.1- Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas caminhadas, quanto tempo no total elas duram por dia?

HORAS:

(99 = NÃO SABE)

MINUTOS:

(99 = NÃO SABE)

2- Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz atividades físicas FORTES no seu tempo livre? Por exemplo: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos etc..

(0 = Nenhum - 9 = Não sabe)

2.1- Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas atividades fortes, quanto tempo no total elas duram por dia?

HORAS:

MINUTOS:

3- Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz atividades físicas MODERADAS fora as caminhadas no seu tempo livre? Por exemplo: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão etc..

(0 = Nenhum - 9 = Não sabe)

3.1- Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas atividades moderadas, quanto tempo no total elas duram por dia?

(0 = Nenhum - 9 = Não sabe)

HORAS:

MINUTOS:

(0 = Nenhum - 99 = Não sabe)

Agora eu gostaria que o(a) Sr.(a) pensasse como se desloca de um lugar a outro.

Pode ser a ida e vinda do trabalho ou quando vai fazer compras, visitar a amigos ou ir à escola/faculdade.

4- Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) usa a bicicleta para ir de um lugar a outro?

(0 = Nenhum - 9 = Não sabe)

4.1- Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) pedala por dia?

HORAS:

MINUTOS:

1- Vou ler algumas refeições e gostaria que o(a) senhor(a) me dissesse quais delas costuma fazer:
(* Pode ser marcado mais de um item.)

- Café da manhã
 - Lanche no meio da manhã
 - Almoço
 - Lanche ou café da tarde
 - Jantar ou café da noite
 - Ceia ou lanche antes de dormir
-

2- Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer leguminosas como feijão, lentilha, ervilha?

- Nunca
 - Quase nunca
 - 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
-

3- Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume como alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? (não inclui batata, mandioca ou inhame)

- Nunca
 - Quase nunca
 - 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
-

4- Em quantos dias da semana o (a) senhor(a) costuma comer carne vermelha (rês, porco)?

- Nunca
 - Quase nunca
 - 1 a 2 dias por semana
 - 3 a 4 dias por semana
 - 5 a 6 dias por semana
 - Todos os dias (inclusive sábado e domingo)
-

5- Em quantos dias da semana o (a) senhor(a) costuma comer frango/galinha?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

6- Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer frutas?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

7- Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

8- Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma tomar leite (não inclui leite vegetal, como soja, amêndoa, castanha, arroz)?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

9- Em quantos dias da semana o(a) senhor(a) costuma comer alimentos doces, como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces?

- Nunca
- Quase nunca
- 1 a 2 dias por semana
- 3 a 4 dias por semana
- 5 a 6 dias por semana
- Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

10- Durante o período de distanciamento social, você percebeu alguma mudança em seu peso corporal?

- Não, permaneceu igual
- Sim, aumentou
- Sim, diminuiu
- Não sei informar

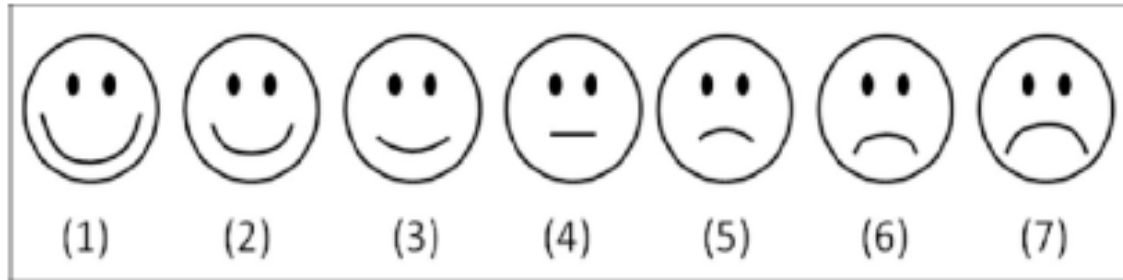
11- Durante o período de distanciamento social, você percebeu alguma mudança na quantidade de alimentos ingeridos em sua alimentação?

- Não, permaneceu igual
- Sim, comecei a comer mais
- Sim, comecei a comer menos
- Não sei informar

12- Durante o período de distanciamento social, você percebeu alguma mudança na qualidade de sua alimentação?

- Não, permaneceu igual
- Sim, comecei a comer mais alimentos saudáveis (como frutas, verduras, grãos, farinhas integrais, entre outros)
- Sim, comecei a comer mais alimentos não saudáveis (produtos industrializados, como bolachas e salgadinhos, refrigerantes e outras bebidas prontas, macarrão instantâneo, guloseimas, fast foods, entre outros)
- Não sei informar

Agora vou lhe mostrar alguns rostos que expressam vários sentimentos, desde uma pessoa que se sente muito feliz (apontar para o primeiro rosto) até uma pessoa que se sente muito triste (apontar para o último rosto).



Qual desses rostos mostra melhor como o(a) Sr.(a) se sentiu na maior parte do tempo, neste ano?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

Agora vamos falar sobre como o(a) Sr.(a) tem se sentido no último mês. (MOSTRAR O CARTÃO-RESPOSTA)

1- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

2- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

3- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se sentido nervoso e "estressado"?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

4- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

5- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

6- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

7- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

8- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que tem que fazer?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

9- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem conseguido controlar as irritações em sua vida?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

10- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que as coisas estão sob o seu controle?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

11- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

12- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

13- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

14- Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de acreditar que não pode superá-las?

- Nunca
- Quase nunca
- Às vezes
- Quase sempre
- Sempre

1- Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

2- Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

3- Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

4- Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

5- Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

6- Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a si mesmo(a)?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

7- Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

8- Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?

- Nenhum dia
- Menos de uma semana
- Uma semana ou mais
- Quase todos os dias

9- Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?

- Nenhum dia
 - Menos de uma semana
 - Uma semana ou mais
 - Quase todos os dias
-