

DEPENDÊNCIA DE NICOTINA E EFICÁCIA DE UM PROTOCOLO PARA A CESSAÇÃO DO TABAGISMO DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO E PÓS-ALTA: UM ESTUDO LONGITUDINALRafaela de Oliveira Andrade¹, Lígia Menezes do Amaral¹, Isabel Cristina Gonçalves Leite³

1. Estudante da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

2. Professora da Faculdade de Medicina da UFJF

3. Professora da Faculdade de Medicina da UFJF

Resumo

Na literatura nacional, ainda são escassos os trabalhos que avaliam intervenções hospitalares para promoção da cessação do tabagismo. O objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia de um protocolo hospitalar para cessação do tabagismo em pacientes com menor e maior dependência nicotínica. 146 participantes foram divididos em dois grupos de acordo com grau de dependência à nicotina. Ambos receberam abordagem motivacional, material informativo, terapia de reposição de nicotina e ligações telefônicas pós alta. Noventa e dois participantes (63%) apresentaram maior dependência nicotínica. Sintomas de ansiedade e depressão foram mais frequentes no grupo de maior dependência ($p=0,018$). O percentual de cessação um mês após a alta foi três vezes maior naqueles com menor dependência ($p = 0,001$). Os resultados reforçam que as estratégias devem ser aprimoradas para pacientes com maior dependência e que um protocolo estruturado favorece a cessação em pacientes hospitalizados.

Autorização legal: O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa do HU-UFJF sob o protocolo CEP número 1.460.247 no ano de 2016.

Palavras-chave: Abandono do uso de Tabaco; aconselhamento; alta do paciente.

Trabalho selecionado para a JNIC: UFJF

Introdução

O percentual de adultos fumantes no Brasil tem apresentado uma expressiva queda nas últimas décadas, em função das inúmeras ações desenvolvidas pela Política Nacional de Controle do Tabaco. Considerando o período de 1989 a 2010, a queda do percentual de fumantes no Brasil foi de 46%, estimando-se que um total de cerca de 420.000 mortes foram evitadas neste período⁽¹⁾.

A abordagem com o objetivo de motivar a cessação deve ocorrer em toda ocasião de interação com o paciente tabagista. A hospitalização oferece uma oportunidade para a cessação do tabagismo, pois os hospitais são áreas livres de tabaco onde se exige que os pacientes permaneçam abstinentes no período da hospitalização. Outra razão que favorece a cessação é a própria situação clínica que motivou a hospitalização, muitas das vezes relacionadas ao próprio tabagismo, o que é capaz de aumentar a motivação do paciente em parar de fumar⁽²⁻⁵⁾.

Para que o tratamento do tabagista hospitalizado ocorra, é necessária a capacitação de profissionais, que dentro da rotina do hospital, estabeleçam a abordagem dos pacientes, dispensando aconselhamento, intervenções que promovam motivação, tratamento comportamental e tratamento farmacológico. O acompanhamento dos pacientes após a alta, por período mínimo de 30 dias, é também fundamental para que se mantenha a eficácia das intervenções iniciadas no hospital⁽⁶⁾. Na literatura nacional, ainda são escassos os estudos que avaliam a eficácia de intervenções para a promoção da cessação do tabagismo nos hospitais⁽¹⁰⁾.

O Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Intervenções no Tabagismo (CIPIT) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) desenvolveu protocolo de atendimento ao paciente tabagista hospitalizado, estabelecendo abordagens para o período de hospitalização e pós-alta fundamentados em tratamentos com evidência científica já demonstrada em literatura⁽⁶⁻¹⁰⁾.

O presente estudo tem por objetivo avaliar a abstinência após a alta entre pacientes hospitalizados, segundo teste de dependência a nicotina de Fargeström. Pretende-se, com esse trabalho descrever e avaliar a eficácia de protocolo de abordagem do paciente tabagista, controlado por seu grau de dependência, como forma de promover a cessação e que tenha potencial aplicabilidade prática em cenários diversos no país.

Metodologia

Trata-se de um estudo longitudinal, tendo como base a internação hospitalar, em pacientes tabagistas maiores de 18 anos. A amostra foi calculado em 146 pacientes para um nível de significância de 95%, e admitindo 6% de margem de erro e composta por pacientes tabagistas admitidos para tratamento de condições clínicas ou cirúrgicas diversas, internados no HU-UFJF de janeiro de 2018 a fevereiro de 2019. Foram excluídos pacientes que não consentiram em prosseguir com a abordagem pós-alta, que não podiam ser alcançados por telefone, aqueles sem condições cognitivas, os impossibilitados de participar em virtude do

quadro clínico e os pacientes em isolamento, ou admitidos na unidade de terapia Intensiva (UTI).

Os tabagistas receberam duas sessões de aconselhamento, com duração aproximada de 15 e 30 minutos, respectivamente. Foi também reforçada a informação de que o hospital é área livre de tabaco, sendo vedado o uso de produtos do tabaco em suas dependências. Foi disponibilizada terapia com reposição de nicotina (TRN) na apresentação de adesivos de 21, 14 e 7 mg, além de goma de 2 mg, por período de 30 dias, para os pacientes que pretendiam se manter abstinente.

Após a alta os pacientes receberam ligações telefônicas uma vez por semana por período de 30 dias, nas quais foi oferecida uma abordagem motivacional/comportamental com reforço das estratégias para a cessação. O *follow-up* dos pacientes foi realizado por ligações telefônicas 30 dias após a alta. Os pacientes que perderam seguimento foram considerados como falha de tratamento e tabagistas ativos para análise de dados.

O desfecho principal foi a abstinência pontual autorrelatada (abstinência nos últimos 7 dias avaliada em ligação telefônica de *follow-up* 30 dias após a alta). Os participantes foram avaliados segundo o grau de dependência à nicotina pelo teste de Fagerström, no qual um resultado menor que 5 demonstra muito baixa ou baixa dependência e um resultado maior ou igual a 5 demonstra média, elevada ou muito elevada dependência⁽¹¹⁾. Neste trabalho aqueles que apresentaram resultado do teste de Fagerström <5 foram classificados como pacientes com menor dependência e os que apresentaram Fagerström ≥5 classificados com maior dependência. Avaliou-se, ainda, a presença de sintomas de depressão e ansiedade através do PHQ4⁽¹²⁾, o consumo de álcool pelo Audit C^(13,14), a autoeficácia foi avaliada em escala visual analógica de 0 a 10 e o grau de fissura por escala analógica de 0 a 4.⁽¹⁵⁾

Análise descritiva foi apresentada em média e desvio-padrão ou em mediana e intervalo interquartil para variáveis de distribuição normal e não paramétrica, respectivamente. A diferença entre os grupos foi avaliada pelo teste do qui-quadrado para variáveis categóricas e pelo teste t ou teste de Mann-Whitney para variáveis contínuas de acordo com sua distribuição. As análises foram realizadas com o programa SPSS Statistics, versão 20.0. Os valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

Resultados e Discussão

Foram elegíveis para o estudo 217 pacientes. Segundo o grau de dependência à nicotina, 54 (37%) participantes apresentaram menor dependência, enquanto 92 (63%) apresentaram maior dependência à nicotina. Em relação aos dados sociodemográficos não se observou diferença significativa entre o perfil dos participantes com menor ou maior dependência à nicotina. A maioria dos participantes (49,1%) pertencia a classe social C da Abep⁽¹⁶⁾, e 71,4% não completaram o ensino fundamental. A distribuição da amostra entre os sexos feminino e masculino foi homogênea, 74 (50,7%) e 72 (49,3%) respectivamente e não foi observada diferença em relação ao grau de dependência entre os gêneros. A média de idade dos pacientes foi de 50,03 anos (DP ± 14).

Para os achados relativos à ansiedade e depressão, 28,3% do grupo com menor dependência apresentou pontuação no PHQ-4 ≥ 6, indicativo de transtornos moderados a graves de ansiedade/depressão. Esse percentual foi mais elevado no grupo com maior dependência à nicotina, no qual 51,7% dos participantes alcançaram pontuação ≥ 5 ($p = 0,018$). Não houve diferença entre os grupos no que se refere ao uso nocivo de álcool. Observou-se que o grupo com menor dependência apresentou maior percepção de auto eficácia em comparação ao grupo de menor dependência (mediana de 8 e 6, $p = 0,008$).

O grupo com menor dependência relatou abstinência nos últimos 7 dias em uma proporção de 37% no *follow-up* de 30 dias, enquanto no grupo mais dependente essa proporção foi de 13% ($p = 0,001$). A diferença entre os grupos também ocorreu em relação ao relato de abstinência contínua (abstinência desde a alta no *follow-up* de 30 dias) com 20% de abstinente no grupo de menor dependência e 10% no de maior dependência ($p \leq 0,001$). No modelo final de regressão logística manteve-se associado ao grau de dependência a a pontuação no PHQ4 (ORaj 5,63; IC 1,21- 26,1).

Os percentuais de cessação encontrados no nosso estudo são equivalentes aos apresentados em estudos recentemente publicados na literatura, que também ofereciam abordagem do tabagista durante a hospitalização e no pós-alta e avaliaram desfechos de cessação pontual e contínua um mês após a alta. O acompanhamento dos pacientes após a alta, como no nosso estudo, também se deu de forma não presencial através de tecnologias de comunicação como telefonemas, mensagens interativas de voz ou sites de internet^(8,12,17,18).

Nosso estudo encontrou significativa diferença no percentual de cessação entre os dois grupos avaliados, aqueles com menor dependência, apresentaram melhores resultados. Em relação às diferenças encontradas entre os grupos destaca-se a menor autoeficácia no grupo com maior dependência. A autoeficácia é tida como a confiança do paciente na sua capacidade de se manter abstinente. Ambas as condições: maior dependência à nicotina e baixa autoeficácia são descritos na literatura como preditores de insucesso na cessação do tabagismo^(19,20).

Conclusões

Pacientes com maior dependência à nicotina apresentam menores percentuais de cessação no pós alta, menor autoeficácia e mais sintomas relacionados a depressão. Entender os pacientes tabagistas como um grupo heterogêneo, atentando-se as peculiaridades dos diversos subgrupos, em particular daqueles com maior dependência, é fundamental para a promoção da cessação. Abordagens que trabalhem a autoeficácia e que alinhem o tratamento do tabagismo ao tratamento dos transtornos mentais e ao uso abusivo do álcool precisam

ser prioritárias nas intervenções com os tabagistas hospitalizados.

Ainda são muitos os desafios para a abordagem do tabagista hospitalizado, dentre eles destacamos a criação de serviços com atendimento estruturado, seguimento no pós-alta, melhor oferta e promoção da adesão ao tratamento farmacológico, abordagem multiprofissional, sobretudo com o desenvolvimento de intervenções para grupos específicos como aqueles com transtornos mentais. É preciso que sejam pensadas estratégias para vencer cada um desses obstáculos, e desse modo aproveitar a valiosa oportunidade da hospitalização para a cessação do tabagismo.

Referências bibliográficas

1. Instituto Nacional de Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Available from: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>. Published 2018. Accessed January 23, 2020.
2. Rigotti NA, Tindle HÁ, Regan S, Levy DE, Chang Y, Carpenter KM, et al. A Post-Discharge Smoking-Cessation Intervention for Hospital Patients. *Am J Prev Med*. 2016; 51(4):597-608. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.04.005>.
3. Azevedo RCS, Mauro MLF, Lima DD, Gaspar KC, Silva VF, Botega NJ. General hospital admission as an opportunity for smoking-cessation strategies: a clinical trial in Brazil. *Gen Hosp Psych*. 2010; 32 (6): 599–606 <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.09.013>.
4. Azevedo RCS, Mauro MLF, Lima DD, Gaspar KC, Silva VF, Botega NJ. General hospital admission as an opportunity for smoking-cessation strategies: a clinical trial in Brazil. *Gen Hosp Psych*. 2010; 32 (6): 599–606 <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.09.013>.
5. Castellano MVCO. Opening windows of opportunity for smoking cessation treatment. *J Bras Pneumol*. 2018; 44 (3): 178-179. <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-3756201800030003>.
6. Rigotti NA, Clair C, Munafò MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Tobacco Addiction Group*, ed. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;16 (5): 1-73. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001837.pub3>.
7. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Convenção-Quadro Para o Controle Do Tabaco [Recurso Eletrônico]: Diretrizes Para Implementação Dos Artigos 5.3, 8o, 11 e 13. Rio de Janeiro: Inca; 2011. Available from: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//convencao-quadro-para-o-controle-do-tabaco-diretrizes-2011.pdf>. Accessed December 15, 2019.
8. Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, Santos SRRA. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2008; 34 (10): 845-880. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008001000014>.
9. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. In: *The Cochrane Collaboration*, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2008:CD000165.pub3. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000165.pub3>.
10. Sales MPU, Araújo AJ, Chatkin JM, Godoy I de, Pereira LFF, Castellano MVCO, et al. Update on the approach to smoking in patients with respiratory diseases. *J Bras Pneumol*. 2019; 45 (3): 1-17. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-3713/e20180314>.
11. Fagerstrom K-O, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. 1989;12 (2): 159-182. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00846549>.
12. Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, et al. A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord*. 2010; 122 (1-2): 86-95. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.019>.
13. Bush K. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med*. 1998; 158 (16): 1789-1795. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.158.16.1789>.
14. Méndez EB. Uma versão brasileira do AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test [thesis]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999.
15. Hughes JR. Signs and Symptoms of Tobacco Withdrawal. *Arch Gen Psychiatry*. 1986; 43 (3): 289-294. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800030107013>.
16. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2016. Available from: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Accessed December 10, 2019.
17. Richter KP, Faseru B, Shireman TI, Mussulman LM, Nazir N, Bush T, et al. Warm Handoff Versus Fax Referral for Linking Hospitalized Smokers to Quitlines. *Am J Prev Med*. 2016; 51 (4): 587-596. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.04.006>.
18. Harrington KF, Kim Y, Chen M, Ramachandran R, Pisu M, Sadasivam RS, et al. Web-Based Intervention for Transitioning Smokers from Inpatient to Outpatient Care. *Am J Prev Med*. 2016; 51(4): 620-629.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.04.008>.

19. Gwaltney CJ, Metrik J, Kahler CW, Shiffman S. Self-efficacy and smoking cessation: A meta-analysis. *Psychol Addict Behav.* 2009; 23 (1): 56-66. <http://dx.doi.org/10.1037/a0013529>.

20. Mussulman LM, Scheuermann TS, Faseru B, Nazir N, Richter KP. Rapid relapse to smoking following hospital discharge. *Prev Med Rep.* 23 may 2019; 15 (2019): 1-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100891>.