

Eficácia de um protocolo hospitalar para cessação do tabagismo no pós-alta: um estudo longitudinal

Efficacy of a hospital protocol for post-discharge smoking cessation: a longitudinal study

Lígia Menezes do Amaral¹, Rafaela de Oliveira Andrade², Isabella Oliveira Lanzieri³, Kimber P. Richter⁴, Ângela Caroline Dias Albino Destro de Macêdo⁵, Isabel Cristina Gonçalves Leite⁶

Amaral LM, Andrade RO, Lanzieri IO, Richter KP, Macêdo ACDAD, Leite ICG. Eficácia de um protocolo hospitalar para cessação do tabagismo no pós-alta: um estudo longitudinal / *Efficacy of a hospital protocol for post-discharge smoking cessation: a longitudinal study*. Rev Med (São Paulo). 2022 maio-jun.;101(3):e-188696.

RESUMO: *Introdução:* Na literatura nacional, são escassos os trabalhos que avaliam intervenções hospitalares para promoção da cessação do tabagismo. *Objetivo:* Avaliar a eficácia de um protocolo hospitalar na promoção da cessação do tabagismo segundo grau de dependência nicotínica. *Método:* Estudo longitudinal realizado em hospital universitário, com 146 participantes divididos em dois grupos segundo grau de dependência à nicotina. Ambos receberam abordagem motivacional, material informativo, terapia de reposição de nicotina (quando indicado) e ligações telefônicas semanais por 30 dias pós alta. *Resultados:* Noventa e dois participantes (63%) apresentaram maior dependência nicotínica (Fagerström ≥ 5). Os sintomas de ansiedade e depressão foram mais frequentes no grupo de maior dependência ($p=0,018$). A autoeficácia, foi maior no grupo com menor dependência ($p=0,008$). O percentual de cessação um mês após a alta foi três vezes maior nos pacientes com menor dependência ($p=0,001$). *Conclusão:* Os resultados reforçam que as estratégias devem ser aprimoradas para pacientes com maior dependência e que um protocolo estruturado favorece o alcance da cessação em pacientes hospitalizados.

Palavras-chave: Tabaco; Abandono do uso de tabaco; Hospitalização; Aconselhamento; Alta do paciente.

ABSTRACT: *Introduction:* In the national literature, studies which evaluates hospital interventions are still shortages to promote smoking cessation. *Objective:* To evaluate the effectiveness of a hospital smoking cessation program in promoting cessation, according degree of nicotine dependence. *Methods:* This longitudinal study evaluated 146 hospitalized smokers, divided into two groups according to their degree of nicotine dependence. During hospitalization, patients received motivational/behavioral counseling, printed educational materials, nicotine replacement for 30 days. Post-discharge, patients received weekly telephone calls for one month. *Results:* Ninety-two participants (63%) had an FTND score ≥ 5 indicating higher levels of nicotine dependence. Depression/anxiety was significantly more prevalent in the high-dependent group ($p=0,018$). The low-dependent group had higher mean self-efficacy (0-worst to 10-best) compared to the high dependence group (median of 8 and 6 respectively, $p=0,008$). Cessation one month after discharge was nearly three times higher in the low-dependent group, compared to the high-dependent group ($p=0,001$). *Conclusions:* In the sample studied, patients more dependent on nicotine exhibited higher depression/anxiety and lower self-efficacy—elements that negatively influence the achievement of cessation. Quit rates were much lower in the high-dependent group. Strategies that increase self-efficacy and address mental disorders could address underlying risks that hinder cessation among patients with higher nicotine dependence. A structured protocol favors the achievement of cessation in hospitalized patients.

Keywords: Tobacco; Tobacco use cessation; Hospitalization; Counseling; Patient discharge.

1. Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Clínica Médica. <https://orcid.org/0000-0001-9795-6698>. E-mail: ligia.amaral2013@gmail.com.

2. Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. <https://orcid.org/0000-0001-5460-7199>. E-mail: rafaandrade@gmail.com

3. Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. <https://orcid.org/0000-0003-1272-2193>. E-mail: isabellalanzieri1@gmail.com

4. Universidade de Kansas, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva e Saúde Coletiva. <https://orcid.org/0000-0002-035-4336>. E-mail: krichter@kumc.edu

5. Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. <https://orcid.org/0000-0002-5280-9157>. E-mail: angeladiasmacedo19@gmail.com

6. Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Coletiva. <https://orcid.org/0000-0003-1258-7331>. E-mail: isabel.leite@uff.edu.br

Endereço para correspondência: Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Clínica Médica. <https://orcid.org/0000-0001-9795-6698>. E-mail: ligia.amaral2013@gmail.com. Endereço para correspondência: Av. Eugênio do Nascimento, s/nº - Dom Bosco, Juiz de Fora – MG

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 período¹.

A abordagem com o objetivo de motivar a cessação deve ocorrer em toda ocasião de interação com o paciente tabagista. A hospitalização oferece uma preciosa 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 fumar²⁻⁵.

Pacientes com insuficiência coronariana, que mantêm o tabagismo após revascularização, seja ela percutânea ou cirúrgica, apresentam elevada mortalidade quando comparados com aqueles que deixam de fumar⁶. Um estudo de coorte retrospectivo, publicado em 2015, concluiu que o uso de tabaco por pacientes com doença arterial periférica aumentava de forma substancial as hospitalizações, bem como doenças coronarianas e procedimentos relacionados à vasculopatia periférica⁷.

Além disso, pressupõe-se que no cenário hospitalar estejam disponíveis profissionais e recursos capazes de promover a cessação⁸. Contudo, no Brasil apenas poucos hospitais contam com equipe de saúde preparada para oferecer as intervenções de forma adequada e sistematizada ao tabagista⁹⁻¹¹.

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 hospital¹². Na literatura nacional, ainda são escassos os estudos que avaliam a eficácia de intervenções para a promoção da cessação do tabagismo nos hospitais¹⁰.

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. O mesmo estabelece abordagens para o período de hospitalização e para o período pós-alta e foi fundamentado em tratamentos com evidência científica

já demonstrada em literatura¹²⁻¹⁶.

O presente estudo tem por objetivo avaliar a eficácia de um protocolo hospitalar na promoção da cessação do tabagismo em pacientes pós alta, segundo grau de dependência a nicotina.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de delineamento longitudinal, tendo como base o sistema de registro de internação de um hospital universitário.

O estudo foi conduzido na cidade de Juiz de Fora, um município situado na Zona da Mata do estado de Minas Gerais, com uma população estimada de 564.310 habitantes. Segundo dados do Vigitel-2017¹⁷, o percentual total de fumantes maiores de 18 anos no Brasil é de 10,1%, dessa forma, estima-se um total de 52.142 tabagistas no município de Juiz de Fora na faixa etária supracitada. Os participantes foram recrutados entre os pacientes hospitalizados no HU-UFJF.

O HU-UFJF integra a região de saúde de Juiz de Fora, Lima Duarte, Bom Jardim Minas, com abrangência de 25 municípios, cerca de 651.626 habitantes, projeção baseada no Censo 2010. O HU dispõe atualmente de uma estrutura composta por 03 unidades: unidade de internação, unidade de atendimento ambulatorial e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Conta com 59 consultórios e 159 leitos hospitalares, dos quais 9 leitos são de Unidade de Terapia Intensiva.

Amostra

O tamanho da amostra foi calculado em 146 pacientes para um nível de significância de 95%, e admitindo 6% de margem de erro. A amostra do estudo foi composta por pacientes tabagistas admitidos para tratamento de condições clínicas ou cirúrgicas diversas, internados no HU-UFJF que aceitaram a abordagem e intervenções iniciadas no hospital e a continuidade às intervenções no pós-alta. O período de estudo foi de janeiro de 2018 a fevereiro de 2019.

Os critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos e ter fumado cigarros industrializados ou artesanais nos últimos trinta dias, ainda que uma única tragada¹⁸. Foram abordados todos os pacientes que atenderam aos critérios de elegibilidade no período supracitado.

Foram excluídos do estudo 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).

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.

Protocolo de abordagem

O protocolo de abordagem foi desenvolvido e aplicado pela equipe do CIPIT, em parceria com os pesquisadores, os quais participaram de todas as etapas da abordagem. O serviço atua na promoção do HU-UFJF como ambiente livre de tabaco, promove intervenções para a cessação do tabagismo, treina profissionais de saúde nas melhores práticas para o tratamento do paciente tabagista e desenvolve pesquisas na área. Os médicos e enfermeira que o coordenam receberam treinamento pela coordenação municipal de controle do tabagismo, o Serviço de Controle, Prevenção e Tratamento do Tabagismo (SECOPTT)¹⁹.

Diariamente foi gerada, através do programa de registro médico eletrônico do hospital (AGHU), uma lista de pacientes internados nas últimas 24 horas. De posse dessa lista os membros da equipe promoveram a busca ativa por pacientes tabagistas.

Uma vez identificados, os tabagistas foram submetidos à entrevista com coleta de dados sociodemográficos e receberam duas sessões de aconselhamento, com duração aproximada de 15 e 30 minutos, respectivamente, ambas realizadas, preferencialmente, no primeiro dia de hospitalização e a partir de um questionário padronizado pela equipe. Na primeira sessão foi avaliada história tabágica, incluindo grau de dependência à nicotina pelo teste de Fagerström, a motivação para a cessação, tentativas de cessação anteriores, idade de início do tabagismo e a carga tabágica²⁰. Foram também avaliados o consumo de álcool, a presença de sintomas de depressão e ansiedade, e grau de fissura por escala analógica de 0 a 4.

Os pacientes receberam, como parte da primeira abordagem, material impresso informativo, desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer (Inca) e distribuído pelo Ministério da Saúde. 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.

Uma segunda abordagem foi oferecida, utilizando-se estratégias da terapia comportamental e entrevista motivacional. Os pacientes receberam visita de um médico da equipe que avaliou a indicação, ou contraindicações para a terapia farmacológica do tabagismo e estabelecia a estratégia medicamentosa para cada caso. O programa de tabagismo do HU-UFJF disponibilizou terapia com reposição de nicotina (TRN) na apresentação de adesivos de 21, 14 e 7 mg, além de goma de 2 mg. As medicações foram oferecidas por período de 30 dias, para os pacientes que pretendiam se manter abstinente após a alta, e que concordaram com o uso da medicação. Os participantes, foram, então, informados que iriam receber o contato da equipe após a alta, e orientados a procurar unidade de atenção primária para dar seguimento ao tratamento farmacológico.

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, dando-se ênfase a aumentar a autoeficácia, resolver a ambivalência, encorajar novos comportamentos e evitar pensamentos que favoreçam a resistência. Nesse contexto, o profissional de saúde buscou facilitar o acesso do tabagista aos recursos disponíveis para a cessação, identificar possíveis barreiras para a cessação e trabalhá-las para que fossem superadas, informar sobre a importância de atitudes de automonitoramento e prevenção de recaídas. O *follow-up* dos pacientes foi realizado por ligações telefônicas 30 dias após a alta, a partir de um questionário padronizado pela equipe, para que fosse verificado o estado tabágico do paciente, lapsos ou recaídas e motivação para novas tentativas de cessação. Os pacientes que perderam seguimento foram considerados como falha de tratamento e tabagistas ativos para análise de dados.

Medidas

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) como desfechos secundários foram avaliados a abstinência contínua (abstinência desde a alta avaliada em *follow-up* de 30 dias), o uso de medicação após a alta e o seguimento do tratamento do tabagismo em outros pontos do sistema público de saúde. Os participantes foram avaliados segundo o grau de dependência à nicotina pelo teste de Fagerström, escala na 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 dependência²¹. Dessa forma, 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 PHQ4²², o consumo de álcool pelo Audit C^{23,24}, a autoeficácia, que diz respeito a confiança no processo de mudança e foi avaliada em escala visual analógica de 0 a 10, em que 0 não há confiança no alcance da cessação e 10 confiança máxima e o grau de fissura por escala analógica de 0 a 4 (*Minnesota Nicotine Withdrawal Scale*). Nesta escala, 0 significava nenhuma vontade de fumar e 4 desejo intenso por fumar no momento da entrevista²⁵.

Análise estatística

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 para Windows (IBM Corporation, Armonk, NY, EUA). Os valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

RESULTADOS

Foram admitidos 302 pacientes tabagistas no HU-UFJF, no período do estudo, 217 pacientes preenchiam critérios de inclusão. Dado o limite de disponibilização de terapia com reposição de nicotina, foram sorteados

aleatoriamente 146 pacientes que compuseram a amostra. Os demais 71 sujeitos receberam a abordagem educativa e de terapia motivacional, não sendo incluídos no estudo. A Figura 1 ilustra fluxograma dos participantes do estudo.

Segundo o grau de dependência à nicotina, 54 (37%) participantes apresentaram menor dependência, com uma pontuação no teste de Fagerström < 5 , enquanto 92 (63%) apresentaram Fagerström ≥ 5 , portanto maior dependência à nicotina.

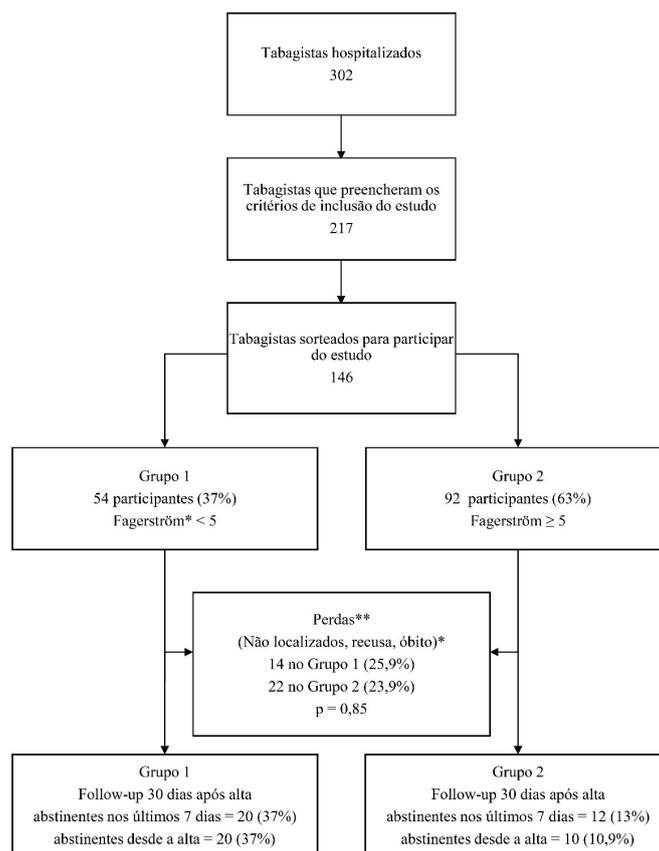


Figura 1. Fluxograma dos participantes do estudo

* Teste de dependência a nicotina de Fagerstrom (Fagerstrom1989)

** As perdas foram consideradas como falha de tratamento e tabagistas ativos para análise de dados.

Em relação aos dados sociodemográficos não se observou diferença significativa entre o perfil dos participantes com menor ou maior dependência à nicotina. A Tabela 1 descreve os dados sociodemográficos do estudo. A maioria dos participantes (49,1%) pertencia a classe social C da ABEP²⁶, se autodeclarou não branco em 63,3% dos casos, e 71,4% dos participantes declararam não ter completado o ensino fundamental. Não houve diferença na idade de iniciação do tabagismo. 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 \pm 14).

Para os achados relativos à ansiedade e depressão, 28,3% do grupo com Fagerström < 5 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 (Fagerström ≥ 5), no qual 51,7% dos participantes alcançaram pontuação ≥ 6 ($p = 0,018$). Não houve diferença entre os grupos no que se refere ao uso nocivo de álcool. Os achados estão descritos na Tabela 2.

A Tabela 3 apresenta o grau de motivação e tentativas de cessação dos abordados. Não houve diferença entre os grupos no que se refere a tentativas de cessação no último ano, 57% dos participantes negaram ter conseguido parar de fumar, ainda que por 24 horas. Chama atenção o percentual de sujeitos que pretendiam parar de fumar após

a alta em ambos os grupos (96,25% e 100%, $p=0,138$).

Em relação aos conceitos de importância e autoeficácia, trabalhados na entrevista motivacional²⁷, não houve diferença entre os grupos quanto a importância

de parar de fumar ($p=0,687$). Por outro lado, observou-se que o grupo com menor dependência apresentou maior percepção de autoeficácia em comparação ao grupo de maior dependência (mediana de 8 e 6, $p=0,008$).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra segundo grau de dependência à nicotina Juiz de Fora, MG.

Variáveis	Total da amostra	Fagerström ≥ 5		p
		n	%	
<i>Idade (média e DP)</i>	49,88 \pm 14,08	49,17	\pm 1,31	0,108
<i>Grupo étnico-racial</i>				0,418
Branco	51	33	37,9	
Outros	88	54	62,1	
<i>Sexo</i>				0,899
Masculino	72	45	48,9	
Feminino	74	47	51,1	
<i>Estado Civil</i>				0,155
Sem companheiro	46	33	37,9	
Com companheiro	91	54	69,1	
<i>Escolaridade</i>				0,760
Fundamental incompleto/ não alfabetizado	80	50	73,5	
Fundamental	24	13	19,1	
Médio e Superior	8	5	7,4	
<i>Classificação segundo ABEP</i>				0,416
A+B	26	15	22,7	
C	54	30	45,5	
D+E	30	21	31,8	
<i>Idade de início do tabagismo (média e DP)</i>	15,84 \pm 6,37	16,12	\pm 1,33	0,652
<i>Número médio de cigarros consumidos por dia (média e DP)</i>	15,63 \pm 12,80	19,95	\pm 13,4	< 0,001

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; DP – desvio padrão

Tabela 2. Ansiedade, depressão e uso abusivo do álcool segundo grau de dependência da nicotina. Juiz de Fora, MG.

Variáveis	Total da amostra	Fagerström ≥ 5		p
		n	%	
<i>PHQ-4 *</i>				
Normal (0-2)	46	21	23,6	0,018
Leve (3-5)	35	22	24,7	
Moderado (6-8)	27	21	23,6	
Grave (9-12)	34	25	28,1	
<i>AUDIT C_#</i>				
Baixo risco	94	58	76,3	0,868
Risco moderado à grave	30	18	23,7	

* Patient Health Questionnaire-4 Item (PHQ-4); # Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT C)

Tabela 3. Tentativas e motivação para a cessação, segundo grau de dependência de nicotina. Juiz de Fora, MG.

Variáveis	Amostra	Fagerström ≥ 5		p
		n	%	
<i>Tentativas de cessação no último ano</i>				
Sim	57	32	35,6	0,083
Não	81	56	62,2	
Não sabiam	4	2	2,2	
<i>Uso de medicação em tentativa de cessação no passado</i>				
Não	99	61	69,3	0,151
Sim	37	27	30,7	
<i>Deseja parar de fumar</i>				
Sim	137	87	100,0	
Não	2	0	0,0	0,138
<i>Planeja tentar parar ou diminuir o consumo de cigarro nos próximos 30 dias?</i>				
Sim	140	89	100	0,052
Não	3	0	0,0	
<i>Planejamento para o pós-alta</i>				
Continuar sem fumar quando sair do hospital	112	67	74,4	
Parar de fumar quando deixar o hospital	8	8	8,9	0,067
Não sabe se vai parar de fumar	3	2	2,2	
Reduzir o consumo de cigarros	19	13	14,4	
Não planeja parar de fumar	2	0	0,0	

A Tabela 4 apresenta os desfechos primário e secundários. O grupo com maior dependência a nicotina teve maior percentual de uso de medicação no pós-alta quando comparados com os menos dependentes (39,5% e 7,9%, $p = 0,001$). A minoria dos participantes deu seguimento ao tratamento do tabagismo, após a alta, na rede de atenção primária ou secundária de saúde (19,5%), não havendo diferença entre os grupos. O grupo com menor dependência relatou abstinência (nem mesmo uma tragada) 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 abstinentes 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 pontuação no PHQ4 (ORaj 5,63; IC 1,21-26,1). A perda de seguimento no *follow-up* 30 dias pós alta ocorreu em 43,8% da amostra, de forma seletiva entre os grupos, uma vez que 29,6% dos indivíduos do grupo de menor dependência não foram alcançados, contra 52% no grupo de maior dependência nicotínica ($p=0,04$).

Tabela 4. Uso de medicação, seguimento do tratamento na atenção primária /secundária e abstinência no *follow-up* 30 dias após a alta, segundo grau de dependência de nicotina. Juiz de Fora, MG.

Variáveis	Total da amostra	Fagerström ≥ 5		p
		n	%	
<i>Uso de medicação após a alta</i>				
Sim	20	17	39,5	< 0,001
Não	61	26	60,5	
<i>Deu seguimento ao tratamento na atenção primária; secundária</i>				
Sim	16	11	25,0	0,142
Não	66	33	75,0	
<i>Abstinente nos últimos 7 dias</i>				
Não	114	80	87,0	< 0,001
Sim	32	12	13,0	
<i>Abstinente nos últimos 30 dias</i>				
Não	116	82	89,1	< 0,001
Sim	30	10	10,9	

DISCUSSÃO

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^{8,12,28,29}.

Nosso estudo encontrou significativa diferença no percentual de cessação entre os dois grupos avaliados, aqueles com Fagerström < 5 , e, portanto, 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, por parte 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^{30,31}.

Outra diferença apresentada pelos grupos do estudo foi em relação a achados de transtornos mentais como ansiedade e depressão, mais prevalentes no grupo de maior dependência. A depressão também é reconhecida na literatura como preditor de insucesso para cessação. Pacientes deprimidos tendem a ser mais dependentes de nicotina e a apresentarem maior dificuldade em marcar data para parar de fumar. Pacientes com depressão apresentam mudanças negativas de humor que interferem desfavoravelmente nas suas tentativas de cessação^{31,32}.

No presente estudo observamos, que apesar do

desejo por parar de fumar após a alta, relatado por grande parte dos participantes, poucos deram seguimento ao tratamento em outros pontos de atenção da rede pública de saúde, e um número reduzido manteve o uso da medicação após a alta. Este achado encontra suporte na literatura, que relata que apesar do robusto arcabouço organizativo para o controle do tabagismo, a ampla oferta do tratamento ainda é um desafio. Sobrecarga dos profissionais na atenção primária e sua elevada rotatividade são obstáculos apontados ao atendimento do fumante de forma contínua e ampla. Estratégias que promovam uma melhor articulação entre Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e a atenção primária, cenário oportuno para a implementação de ações de controle do tabagismo, devem ser estudadas³³.

Como limitação do nosso estudo destacamos os inconvenientes dos desfechos de cessação quando avaliados por autorrelato. Todavia, na avaliação da abstinência no primeiro mês após a alta, importantes estudos sobre o tema utilizaram o autorrelato para avaliação de desfecho, tendo em vista as dificuldades de se obter comprovação bioquímica da abstinência^{2,8,29,34,35}. O elevado número de perdas de seguimento pós alta é uma outra limitação. Essa limitação é semelhante a de outros estudos longitudinais nessa população^{10,34,36}. Ademais, acredita-se que a seletividade de perdas, encontrada nesse estudo, reflete uma menor adesão do grupo de maior dependência à nicotina ao protocolo de cessação do tabagismo após a alta.

Como vantagens do presente estudo, destacamos a avaliação de um programa de cessação para o paciente tabagista hospitalizado de acordo com o grau de dependência à nicotina, através de uma abordagem sistematizada, incluindo aconselhamento e tratamento medicamentoso. O acompanhamento pós alta por período mínimo de 30

dias mostra-se como fundamental para que se mantenha a eficácia das intervenções iniciadas no hospital¹². Essa proposta de tratamento para o paciente tabagista hospitalizado desenvolvido em um hospital público, polo regional de atendimento pode ser adaptado e adotado em outras instituições do país. Ao se adotar um programa hospitalar de tratamento para o paciente tabagista são otimizadas as oportunidades para a cessação oferecidas pela hospitalização.

Pacientes com maior dependência à nicotina apresentaram menores percentuais de cessação no pós-alta, menor autoeficácia e mais sintomas relacionados a depressão. Dessa forma, o presente estudo contribuiu para entender os pacientes tabagistas como um grupo heterogêneo, reforçando-se a necessidade de que na prática clínica o tratamento para cessação do tabagismo seja norteado de forma a atender às peculiaridades dos diversos

subgrupos, em particular daqueles com maior dependência. 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.

Agências de fomento: CAPES - Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior – PDSE (Processo 88881.361525/2019-01) e CNPQ - Programa de Produtividade em Pesquisa do (Processo 303229/2019-5).

Contribuição dos autores: 1: Concepção e planejamento do trabalho, interpretação das evidências, coleta de dados, redação, revisão das versões preliminares e definitiva. 2: Concepção e planejamento do trabalho, coleta de dados, análises estatísticas e redação. 3: Concepção e planejamento do trabalho, coleta de dados, análises estatísticas. 4: revisão das versões preliminares e definitiva e aprovação da versão final. 5: Concepção e planejamento do trabalho e coleta de dados. 6: concepção e planejamento do trabalho, interpretação das evidências, análise estatística, revisão das versões preliminares e definitiva e aprovação da versão final.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Rio de Janeiro; 2018 [citado 23 jan. 2020]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo>.
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. Barreto RB, Pincelli MP, Steinwandter R, Silva AP, Manes J, Steidle LJM. Tabagismo entre pacientes internados em um hospital universitário no sul do Brasil: prevalência, grau de dependência e estágio motivacional. *J Bras Pneumol.* 2012;38(1):72-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132012000100011>.
5. Castellano MVCO. Opening windows of opportunity for smoking cessation treatment. *J Bras Pneumol.* 2018;44(3):178-9. <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37562018000030003>.
6. Jackson E. Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation. *Up To Date.* Waltham; 2018. <https://www.uptodate.com/contents/cardiovascular-risk-of-smoking-and-benefits-of-smoking-cessation#6>. <http://dx.doi.org/10.21037/jtd.2020.02.47>
7. Duval S, Long KH, Roy SS, Oldenburg NC, Harr K, Fee RM, et al. The contribution of tobacco use to high health care utilization and medical costs in peripheral artery disease: a state-based cohort analysis. *J Am Col Cardiol.* 2015;66(14):1566-74. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2015.06.1349.6>.
8. Sherman SE, Link AR, Rogers ES, Krebs P, Ladapo JA, Shelley DR, et al. Smoking-Cessation Interventions for Urban Hospital Patients. *Am J Prev Med.* 2016;51 (4):566-77. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.06.023>.
9. Corrêa APA. Prevalência e perfil tabágico de pacientes adultos internados em unidades cirúrgicas de um hospital universitário [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
10. Garcia T, Andrade SAS, Biral AT, Bertani AL, Caram LMO, Cezare TJ, et al. Evaluation of smoking cessation treatment initiated during hospitalization in patients with heart disease or respiratory disease. *J Bras Pneumol.* 2018;44(1):42-8. <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37562017000000026>.
11. Campos ACF, Nani ASF, Fonseca VAS, Silva EN, Castro MCS, Martins WA. Comparison of two smoking cessation interventions for inpatients. *J Bras Pneumol.* 2018;44(3):195-201. <http://dx.doi.org/10.1590/s1806-37562017000000419>.
12. 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>.
13. Instituto Nacional do Câncer. 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 [citado 15 dez. 2019]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//convencao-quadro-para-o-controle-do-tabaco-diretrizes-2011.pdf>.
14. 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>.
 15. 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>.
 16. Sales MPU, Araújo AJ, Chatkin JM, Godoy I, 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>.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito*. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
 18. Santos JDP, Silveira DV, Oliveira DF, Caiaffa WT. Instrumentos para avaliação do tabagismo: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4707-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300020>.
 19. Dias HM. Programa municipal de controle do tabagismo no município de Juiz de Fora: a especificidade do tratamento na atenção básica [tese]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2012.
 20. Araújo AJ, Menezes AMB, Dórea AJPS, Torres BS, Viegas CAA, Silva CAR, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo. *J Bras Pneumol*. 2004;30(Suppl 2):S1-S76. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132004000800002>.
 21. Fagerstrom K-O, Schneider NG. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med*. 1989;12(2):159-82. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00846549>.
 22. 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>.
 23. Bush K. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med*. 1998;158(16):1789-95. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.158.16.1789>.
 24. Méndez EB. Uma versão brasileira do AUDIT: alcohol use disorders identification test [tese]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 1999.
 25. 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>.
 26. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2016 [citado 10 dez. 2019]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
 27. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people for change*. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2002.
 28. 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):587-96. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.04.006>.
 29. 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):620-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.04.008>.
 30. 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>.
 31. Mussulman LM, Scheuermann TS, Faseru B, Nazir N, Richter KP. Rapid relapse to smoking following hospital discharge. *Prev Med Rep*. 2019;15(2019):1-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100891>.
 32. Van der Meer RM, Willemsen MC, Smit F, Cuijpers P. Smoking cessation interventions for smokers with current or past depression. *Cochrane Tobacco Addiction Group, ed. Cochrane Database Syst Rev*. 2013;8(1):1465-1858. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006102.pub2>.
 33. Portes LH, Campos EMS, Teixeira MTB, Caetano R, Ribeiro LC. Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):439-48. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.04702013>.
 34. Fellows JL, Mularski RA, Leo MC, Bentz CJ, Waiwaiola LA, Francisco MC, et al. Referring Hospitalized Smokers to Outpatient Quit Services. *Am J Prev Med*. 2016;51(4):609-19. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.06.014>.
 35. Hennrikus D, Lando H, Mccarty M, Klevan D, Holtan N, Huebsch J, et al. The TEAM project: the effectiveness of smoking cessation intervention with hospital patients. *Prev Med*. 2005;40(3):249-58. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ympmed.2004.05.030>.
 36. Cummins SE, Gamst AC, Brandstein K, Seymann GB, Klonoff-Cohen H, Kirby CA, et al. Helping Hospitalized Smokers. *Am J Prev Med*. 2016;51(4):578-86. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.06.021>.

Recebido em: 20.07.2021

Aceito em: 16.03.2022