



Avaliação de um tratamento para cessação do tabagismo iniciado durante a hospitalização em pacientes com doença cardíaca ou doença respiratória

Thaís Garcia^{1,a}, Sílvia Aline dos Santos Andrade², Angélica Teresa Biral¹, André Luiz Bertani^{1,b}, Laura Miranda de Oliveira Caram^{1,c}, Talita Jacon Cezare³, Irma Godoy^{4,d}, Suzana Erico Tanni^{3,e}

1. Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista – UNESP – Botucatu (SP) Brasil.
 2. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista – UNESP – Botucatu (SP) Brasil.
 3. Disciplina de Pneumologia, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista – UNESP – Botucatu (SP) Brasil.
 4. Disciplina de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista – UNESP – Botucatu (SP) Brasil.
- a. <http://orcid.org/0000-0002-4151-7570>
b. <http://orcid.org/0000-0001-9259-9783>
c. <http://orcid.org/0000-0002-5863-2006>
d. <http://orcid.org/0000-0002-6588-5626>
e. <http://orcid.org/0000-0002-2587-2759>

Recebido: 6 março 2017.

Aprovado: 16 outubro 2017.

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista – UNESP – Botucatu (SP) Brasil.

INTRODUÇÃO

Apesar de a prevalência do tabagismo no Brasil estar em declínio nas últimas décadas, com uma taxa de 12,1% em 2013 nas capitais do Brasil e no Distrito Federal, ainda há uma alta prevalência de pacientes tabagistas hospitalizados.^(1,2) Essas taxas variam de 15% a 22% em hospitais públicos⁽³⁻⁵⁾ e geralmente estão associadas a doenças relacionadas ao tabaco, o que denota a janela de oportunidade para o início da cessação tabágica.⁽⁶⁻⁸⁾

Estratégias específicas podem aumentar a adesão, reduzir os custos com saúde e, o mais importante, melhorar a qualidade de vida dos pacientes.^(8,9) Estudos mostram que a cessação do tabagismo é eficaz quando iniciada na admissão e acompanhada por um mês após a alta hospitalar,⁽¹⁰⁾ o que também resulta na redução dos custos de readmissões por doenças relacionadas ao tabaco quando o hospital possui um programa de cessação do tabagismo para os internados.⁽⁹⁾

RESUMO

Objetivo: Avaliar a eficácia de um programa de cessação de tabagismo, oferecido por profissionais da saúde treinados, para pacientes hospitalizados por doença cardíaca (DC) ou doença respiratória (DR). **Métodos:** Foram avaliados 393 pacientes, sendo incluídos 227 (146 e 81 pacientes tabagistas ativos hospitalizados com DC e DR, respectivamente) que receberam intervenção para cessação tabágica durante a internação com seguimento de seis meses após a alta hospitalar. **Resultados:** Houve diferenças significativas entre os grupos DC e DR em relação à participação na intervenção cognitivo-comportamental após a alta hospitalar (13,0% vs. 35,8%; $p = 0,003$); cessação do tabagismo ao final do seguimento (29% vs. 31%; $p < 0,001$); e uso de terapia de reposição de nicotina (3,4% vs. 33,3%; $p < 0,001$). Em relação ao uso da bupropiona, não houve diferença entre os grupos DC e DR (11,0% vs. 12,3%; $p = 0,92$). A vareniclina foi usada em apenas 0,7% dos pacientes do grupo DC. **Conclusões:** Nesta amostra, os pacientes com DR apresentaram maior taxa de cessação tabágica após seis meses da alta hospitalar e maior adesão ao tratamento. A incorporação de programas de cessação do tabagismo para pacientes hospitalizados com patologias diversas, promovidos pelas equipes que os atendem, é necessária para que ocorra uma maior efetividade na cessação tabágica.

Descritores: Hábito de fumar; Abandono do hábito de fumar; Hospitalização; Doenças respiratórias; Cardiopatias.

Apesar da comprovação científica do benefício da cessação tabágica iniciada na hospitalização, ainda são escassos os serviços no Brasil que forneçam esses recursos de tratamento.⁽⁸⁾ Para o funcionamento desse serviço intra-hospitalar, há a necessidade de integração de uma equipe devidamente capacitada, dentro da rotina hospitalar, para a abordagem dos pacientes tabagistas, aliada ao fornecimento de tratamento farmacológico e comportamental. Além disso, recomenda-se que os pacientes recebam seguimento após a alta para a manutenção da cessação.⁽⁸⁾ Entretanto, são poucos os estudos nacionais que descrevem essa intervenção intra-hospitalar e que mostrem resultados em relação à cessação tabágica para diferentes doenças crônicas relacionadas ao tabaco em pacientes hospitalizados. Portanto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a eficácia de um programa de cessação de tabagismo, oferecido por profissionais da saúde treinados, para pacientes hospitalizados por doença respiratória (DR) ou doença cardíaca (DC).

Endereço para correspondência:

Thaís Garcia. Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Avenida Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n, CEP 18618-687, Botucatu, SP, Brasil.

Tel./fax: 55 14 3880-1171. E-mail: thaís_this@msn.com

Apoio financeiro: Sílvia Aline dos Santos Andrade recebeu Bolsa de Iniciação Científica da da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP); Processo no. 2012/02582-4).

MÉTODOS

Foram avaliados 393 pacientes no total — 246 e 147 pacientes hospitalizados por DC e por DR, respectivamente — no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, localizado na cidade de Botucatu (SP), entre março de 2012 e junho de 2014. Foram incluídos pacientes com mais de 18 anos. O grupo de pacientes com DC foi classificado de acordo com o seu principal diagnóstico durante a internação: infarto agudo do miocárdio, em 166 pacientes; angina instável, em 65; e insuficiência cardíaca, em 15. O grupo DR também foi classificado quanto ao seu principal diagnóstico: DPOC, em 58 pacientes; outras causas (dispneia), em 52; tromboembolismo pulmonar, em 28; doença pulmonar intersticial, em 5; e pneumonia, em 4. Todos os pacientes foram classificados em fumantes ativos ao relatar tabagismo atual no momento da internação (pelo menos um cigarro/dia na última semana). Foram considerados ex-tabagistas aqueles que haviam cessado o uso de produtos de tabaco por mais de 30 dias antes da hospitalização. Os critérios de exclusão envolveram a impossibilidade de avaliação do paciente devido à sua condição clínica instável, como uso de ventilação mecânica, instabilidade hemodinâmica ou coma, assim como a falta de entendimento dos objetivos do protocolo por parte dos pacientes.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu (Protocolo CEP no. 3403-2009), e todos os pacientes foram incluídos após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Todos os participantes foram avaliados através de história clínica e exame físico completo. Foi aplicado um questionário específico sobre as características demográficas, a história tabágica (incluindo estado atual do fumo), hábitos de fumar em atividades sociais, idade com que começou a fumar e número de cigarros fumados por dia. Além disso, todos os participantes completaram a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão,⁽⁹⁾ o Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina⁽¹⁰⁾ e o modelo de estágios de mudança para a cessação do tabagismo de acordo com Prochaska e DiClemente.⁽¹¹⁾

A confirmação da condição de fumante ou ex-fumante durante o tratamento foi realizada por meio da mensuração de monóxido de carbono (CO) no ar expirado (Micro CO; Micro Medical Ltd, Rochester, Reino Unido), sendo que valores ≥ 7 ppm de CO expirado foram considerados significantes para tabagismo recente.^(12,13)

Protocolo para cessação do tabagismo

Todo o tratamento para a cessação do tabagismo (durante a hospitalização e após a alta) foi realizado por um profissional da saúde treinado. Todos os pacientes receberam aconselhamento individual em duas sessões de 15 min de duração durante a hospitalização. Medicamentos para a cessação do tabagismo foram

utilizados de acordo com a indicação médica, segundo diretrizes para a cessação do tabagismo,^(7,14) ou seja, todos os pacientes com escore de dependência ≥ 5 ou que apresentaram sintomas de abstinência durante a hospitalização receberam a prescrição de medicamentos para a cessação do tabagismo (terapia de reposição nicotínica, bupropiona ou vareniclina).^(7,14) O tratamento farmacológico não foi prescrito para os pacientes que não apresentavam sintomas de abstinência e/ou não desejavam fazer o uso de fármacos. Também foi distribuído material educativo contendo informações sobre a dependência da nicotina e aconselhamento comportamental. Todo o material foi desenvolvido pelo grupo de cessação do tabagismo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Após a alta hospitalar, todos os pacientes foram encaminhados para continuar o tratamento no grupo de tratamento cognitivo-comportamental para a cessação do tabagismo com sessões de duas horas de duração, uma vez por semana, no primeiro mês. No segundo mês, os pacientes retornavam a cada 15 dias para as sessões; e, a partir do terceiro mês, esses retornavam uma vez por mês até completar seis meses de seguimento. Além disso, foram realizados contatos telefônicos antes dos retornos para reavaliações a fim de melhorar a adesão ao tratamento. Os participantes que não terminaram o seguimento foram considerados como falha de tratamento e fumantes ativos para a análise dos dados. Foram analisados as readmissões e os atendimentos ambulatoriais.

Análise estatística

O tamanho amostral do estudo foi calculado através da estimativa populacional. Foi considerada desconhecida a proporção de pacientes fumantes internados com as doenças discriminadas no estudo e atendidos no Hospital das Clínicas de Botucatu. Além disso, consideramos um intervalo de confiança de 90% e um erro máximo de estimativa de 5%. Para esses dados, o tamanho da amostra foi de 271 pacientes.

A análise descritiva foi apresentada em média e desvio-padrão ou em mediana e intervalo interquartil para variáveis de distribuição normal e não normal, 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 paramétrica ou não paramétrica, respectivamente. As análises foram realizadas com o programa SPSS Statistics, versão 22.0 para Windows (IBM Corporation, Armonk, NY, EUA), e valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

RESULTADOS

Foram avaliados 393 pacientes hospitalizados, sendo incluídos no estudo 227 tabagistas ativos: 146 no grupo DC e 81 no grupo DR (Figura 1). Em comparação com o grupo DR, o grupo DC apresentou um número significativamente maior de homens (72,6% vs. 32,1%;

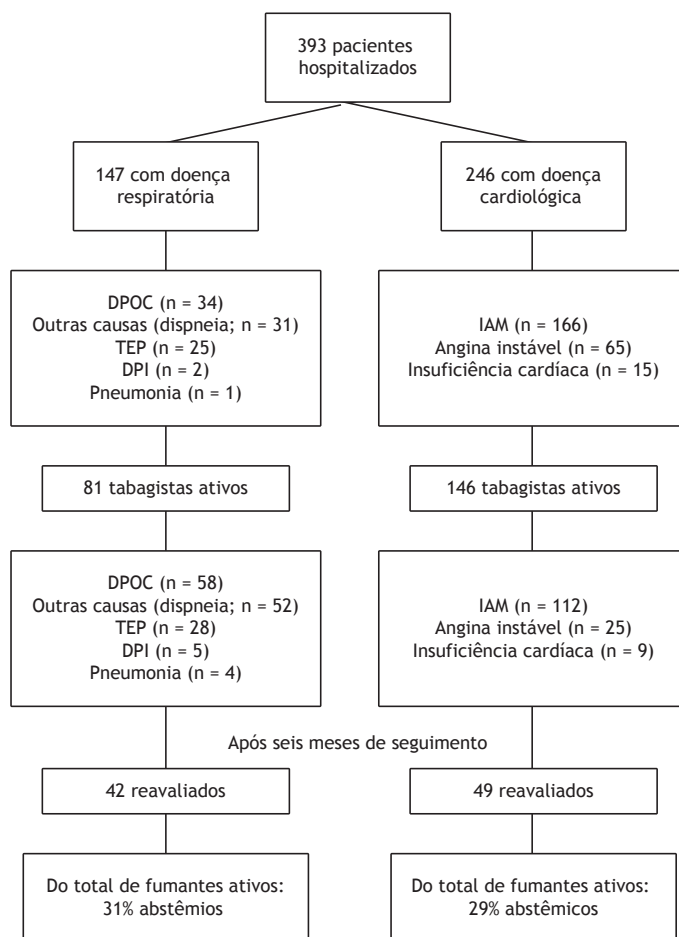


Figura 1. Fluxograma dos participantes da pesquisa. TEP: tromboembolismo pulmonar; DPI: doença intersticial pulmonar; e IAM: infarto agudo do miocárdio.

$p < 0,001$), maior renda mensal [R\$ 1.150 (R\$ 677-2.000) vs. R\$ 677 (R\$ 360-1.040); $p = 0,02$], maior média de peso corporal ($77,4 \pm 17,1$ kg vs. $68,7 \pm 20,0$ kg; $p < 0,002$) e maior estatura ($1,65 \pm 0,10$ m vs. $1,60 \pm 0,10$ m; $p < 0,001$). Já os pacientes do grupo DR mostraram um maior consumo de tabaco (em anos-maço) em comparação aos do grupo DC ($55,6 \pm 36,0$ anos-maço vs. $53,4 \pm 25,1$ anos-maço; $p = 0,62$), mas essa diferença não foi significativa (Tabela 1).

As causas de hospitalização dos pacientes tabagistas do grupo DR foram, em ordem decrescente, outras causas (dispneia), em 34 pacientes; DPOC, em 31; tromboembolismo pulmonar, em 13; doença pulmonar intersticial, em 2; e pneumonia, em 1. No grupo DC, as causas de hospitalização dos pacientes tabagistas foram, também em ordem decrescente, infarto agudo do miocárdio, em 112 pacientes; angina instável, em 25; e insuficiência cardíaca, em 9.

Em relação ao grupo de tabagistas ativos em cada grupo, os resultados do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina foram "elevados" nos grupos DC e DR ($54,1\%$ vs. $46,9\%$; $p = 0,29$). A proporção de pacientes no estágio motivacional "ação" nos grupos DC e DR também foi semelhante entre os dois grupos

($55,5\%$ vs. $44,4\%$; $p = 0,17$). Tampouco identificamos diferenças estatisticamente significativas nos grupos DC e DR em relação aos resultados da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: "provável ansiedade" ($22,0\%$ vs. $18,5\%$; $p = 0,83$) e "provável depressão" ($9,7\%$ vs. $14,9\%$; $p = 0,20$).

Do total de fumantes ativos após a alta hospitalar, apenas 19 pacientes ($13,0\%$) do grupo DC e 29 ($35,8\%$) do grupo DR participaram do grupo cognitivo-comportamental para a cessação do tabagismo ($p = 0,003$). O uso de adesivos de nicotina ocorreu em $3,4\%$ e em $33,3\%$ dos pacientes nos grupos DC e DR, respectivamente ($p < 0,001$), enquanto o de bupropiona ocorreu em $11,0\%$ e em $12,3\%$, respectivamente ($p = 0,92$). A vareniclina foi usada em $0,7\%$ dos pacientes no grupo DC.

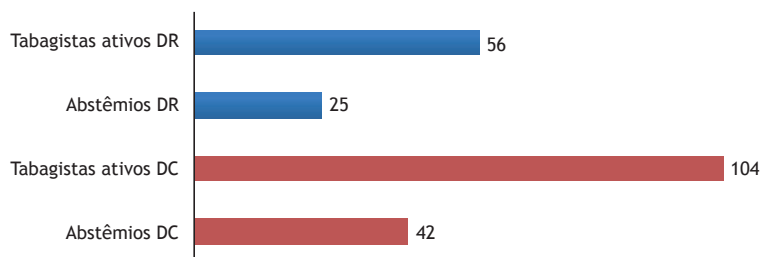
Depois de seis meses da alta hospitalar, 42 pacientes do grupo DR e 49 do grupo DC foram reavaliados. Em relação ao total de fumantes em cada grupo, o grupo DR mostrou uma maior proporção de abstinência comparada ao grupo DC (Figura 2).

Houve 35 óbitos no período de até seis meses após a alta hospitalar: 18 eram do grupo DR (13 ainda fumavam) e 17 do grupo DC (14 ainda fumavam; $p = 0,003$). A principal causa de morte foi indeterminada,

Tabela 1. Características dos participantes tabagistas de acordo com o grupo estudado.^a

Variáveis	Doenças respiratórias (n = 81)	Doenças cardíológicas (n = 146)	p*
Gênero masculino	26 (32,1)	106 (72,6)	< 0,001
Idade, anos	59,7 ± 13,0	57,3 ± 17,1	0,13
Renda, R\$ ^b	677 (360-1.040)	1150 (677-2.000)	0,02
Peso, kg	68,7 ± 20,0	78,4 ± 17,1	0,002
Estatutura, m	1,60 ± 0,10	1,65 ± 0,10	< 0,001
IMC, kg/m ²	26,9 ± 7,6	28,1 ± 5,9	0,27
Escolaridade			
Ensino fundamental incompleto	45 (55,6)	84 (57,5)	0,29
Idade de início do tabagismo, anos	14,1 ± 7,6	14,1 ± 5,9	0,79
Carga tabágica, anos-maço	55,6 ± 36,0	53,4 ± 25,1	0,62
Monóxido de carbono exalado, ppm	3,6 ± 4,6	2,1 ± 1,8	< 0,001
Grau de dependência			
Elevado	38 (46,9)	79 (54,1)	0,29
Baixo	43 (53,1)	67 (45,9)	
Motivação			
Pré-contemplativo	14 (17,3)	13 (8,9)	
Contemplativo	31 (38,3)	52 (35,6)	0,17
Ação	36 (44,4)	81 (55,5)	
Escala de ansiedade			
Improvável	45 (55,5)	78 (53,4)	
Possível	21 (26,0)	36 (24,6)	0,83
Provável	15 (18,5)	32 (22,0)	
Escala de depressão			
Improvável	52 (64,1)	110 (75,3)	
Possível	17 (21,0)	22 (15,0)	0,20
Provável	12 (14,9)	14 (9,7)	

IMC: índice de massa corpórea. ^aValores expressos em n (%) ou média ± dp, exceto onde indicado. ^bValores expressos em mediana (intervalo interquartil). *Teste do qui-quadrado, teste t ou teste de Mann-Whitney.

**Figura 2.** Número de pacientes de acordo com o status tabágico depois de seis meses da alta hospitalar, de acordo com o total de tabagistas ativos em cada grupo. DR:doença respiratória; e DC: doença cardíaca. p < 0,001.

em 23,6% e em 28,0% nos grupos DC e DR, respectivamente; seguida por septicemia, em 23,6% e 11,1%; pneumonia, em 11,7% e 16,7%; e insuficiência respiratória aguda; em 11,7% e 16,7%. Observamos que 19 (12,3%) e 27 (10,9%) dos pacientes dos grupos DR e DC, respectivamente, apresentaram novas hospitalizações no período de seguimento, sendo a maioria deles fumantes ativos (89% e 92% nos grupos DR e DC, respectivamente).

Durante o período de seguimento, 75% do total de 81 tabagistas ativos com DR e 78% do total de 146 tabagistas ativos com DC tiveram ao menos uma consulta ambulatorial com a especialidade médica respectiva.

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi avaliar a taxa de cessação do tabagismo em pacientes hospitalizados por DC ou DR. Após seis meses de alta, as taxas de abstinência do tabagismo foram de 29% e 31% nos grupos DC e DR, respectivamente. Além disso, identificou-se que os pacientes do grupo DR, quando comparados aos do grupo DC, apresentaram uma maior adesão ao protocolo de cessação do tabagismo após a alta (35,8%) e usaram em maior proporção os fármacos oferecidos segundo o protocolo (23,3%).

Em comparação com a literatura, o nosso estudo mostrou uma taxa similar de cessação do tabagismo

no grupo DR após seis meses da alta hospitalar. Um estudo antigo,⁽¹⁵⁾ no qual foram randomizados 74 pacientes hospitalizados com DR, mostrou que a taxa de cessação do tabagismo no grupo de intervenção foi de 33,3% após seis meses da alta hospitalar. O grupo intervenção recebeu instruções para deixar de fumar a cada dois dias durante 15-20 min, enquanto o grupo controle recebeu conselhos simples para parar de fumar.⁽¹⁵⁾ Diferentemente de nossos resultados, um estudo recente realizado em três hospitais públicos na Austrália mostrou uma eficácia de cessação do tabagismo de 11,6% após seis meses de seguimento, em uma coorte de 600 pacientes hospitalizados por diferentes doenças relacionadas ao tabaco.⁽¹⁶⁾ Por outro lado, quando a taxa de cessação tabágica no grupo de pacientes com DR é comparada com dados de tratamento ambulatorial de pacientes com DR, observamos que a nossa taxa foi inferior àquelas da literatura, de 40,5% e 52%.^(17,18)

Uma revisão sistemática mostrou que a eficácia do tratamento de intervenção para a cessação do tabagismo em pacientes hospitalizados com DR não diferiu entre os tipos de tratamentos, e nenhum dos tratamentos estudados mostraram efeitos significativos.⁽¹⁹⁾ No entanto, no presente estudo, o grupo DR apresentou uma maior taxa de cessação tabágica em comparação ao grupo DC; esse fato se relaciona com a menor taxa de abstinência no grupo de pacientes com DC em comparação com dados da literatura científica (variação: 21,3-25,0%).⁽²⁰⁻²⁴⁾

Nosso estudo mostrou uma alta prevalência de fumantes ativos em pacientes hospitalizados por DR ou DC (57,8%), o que é consistente com a literatura, que mostra que o tabagismo está associado com 51,5% das internações.^(4,14) Em um estudo anterior realizado na nossa instituição, foi demonstrado que, de 348 pacientes hospitalizados por doenças relacionadas ao tabaco, 41% eram fumantes ativos.⁽³⁾ Dessa forma, conforme as recomendações de tratamento para pacientes tabagistas hospitalizados,⁽²⁵⁾ nosso estudo mostrou que houve uma baixa adesão ao tratamento após a alta hospitalar, divergindo de um estudo que indicou que 33% dos pacientes abandonam a recomendação de seguimento da intervenção cognitivo-comportamental.⁽²⁶⁾ No mesmo sentido, em um estudo recente com 109 participantes que receberam tratamento farmacológico para parar de fumar com acompanhamento ambulatorial durante quatro semanas, a taxa de abandono foi de 33,1%.⁽²⁷⁾

Em nosso estudo, o grupo DR mostrou maior adesão ao protocolo de cessação de fumar após a alta quando comparado ao grupo DC; isso parece estar relacionado com a construção da relação dos pacientes com os profissionais de cuidados respiratórios. O protocolo exigia que o profissional fosse o mesmo em todas as abordagens para a cessação tabágica, mesmo após a alta hospitalar. Entretanto, durante a internação, os profissionais que prestam cuidados respiratórios avaliam diretamente e diariamente os sintomas de abstinência do fumo, o que pode ter reforçado a adesão ao tratamento, pois o mesmo procedimento não ocorreu

pela equipe de cuidados cardíacos. Esses resultados confirmam que a orientação e o acompanhamento pela equipe que atende fumantes com doenças relacionadas ao tabaco não respiratórias são essenciais.^(6,28,29)

As taxas de novas hospitalizações e de mortalidade foram baixas e semelhantes entre os grupos. Nosso estudo mostrou que 12,3% dos pacientes com DR foram novamente hospitalizados durante o período de seguimento, e a maioria deles ainda estava fumando. Por outro lado, um estudo recente apresentou uma taxa maior de reinternação de pacientes que receberam tratamento para o tabagismo (27,7%) após seis meses da alta hospitalar que a nossa.⁽²⁰⁾ De forma semelhante a esses resultados, um estudo com 254 pacientes com doença coronariana relatou que 30% dos pacientes que permaneceram fumando apresentaram um maior número de comorbidades e uma maior taxa de reinternação,⁽³⁰⁾ o que aumenta a taxa de hospitalizações e os gastos com a saúde.⁽¹⁾ Em relação à redução de custos, o estudo de Berndt et al.⁽³¹⁾ mostrou que os custos de readmissão hospitalar de pacientes tabagistas foram menores quando esses receberam uma abordagem combinada de cessação tabágica com o tratamento usual com aconselhamento por telefone ou face a face.

O uso de fármacos para o controle dos sintomas de abstinência da nicotina foi baixo na amostra total (14,5%); no entanto, o grupo DR utilizou mais frequentemente o tratamento de terapia de reposição de nicotina quando comparado ao grupo DC. Nosso resultado é semelhante àqueles relatados por Barreto et al.⁽⁴⁾ e Regan et al.,⁽³²⁾ que apresentaram taxas de uso desses fármacos de 28,1% e 37,6%, respectivamente. Por outro lado, há estudos que mostram o uso de tratamento farmacológico em maior frequência em pacientes hospitalizados. Simon et al.⁽³³⁾ mostraram que 48% dos pacientes tabagistas hospitalizados com DC utilizaram fármacos para a cessação tabágica. Da mesma forma, Rigotti et al.⁽³⁴⁾ demonstraram o uso de fármacos em 67% de todos os pacientes internados com doenças relacionadas ao tabaco. Ainda, o uso limitado de fármacos no presente estudo pode ter influenciado a baixa taxa de cessação do tabagismo após seis meses da alta hospitalar.

A manutenção da motivação do paciente depende do trabalho constante de profissionais de forma multidisciplinar.⁽²⁾ Entretanto, a falta de conhecimento e de habilidade dos profissionais de saúde é um fator importante para o insucesso do tratamento. Por outro lado, um estudo realizado na Grécia mostrou que 76,7% dos profissionais da saúde acreditavam na ajuda e na eficácia que davam aos seus pacientes para a cessação do tabagismo.⁽³⁵⁾ Em relação ao nosso estudo, a falta de profissionais da saúde capacitados impossibilitou a avaliação da efetividade da intervenção em pacientes com outras doenças relacionadas ao tabaco; de fato, é necessário que todos os pacientes tabagistas recebam o tratamento. Um estudo com cirurgiões mostrou que, em relação à orientação que esses dão aos seus pacientes para cessar o tabagismo, a maioria deles (60,9%) relatou orientar os pacientes a cessar o tabagismo.

Após a orientação do cirurgião, 95,3% dos pacientes concordaram em parar de fumar antes da cirurgia, 53,6% parariam após a cirurgia, e 70,6% já haviam parado de fumar.⁽³⁶⁾ Thorndike et al.⁽³⁷⁾ avaliaram o posicionamento médico no aconselhamento de pacientes para parar de fumar entre 1991 e 1995 e descobriram que os médicos, em 65% das consultas, questionaram seus pacientes sobre o tabagismo, em 29% os aconselharam a parar de fumar, mas em somente 1,3% prescreveram medicamentos específicos para esse tratamento.

Os dados demográficos do presente estudo mostraram baixos níveis educacionais e de renda per capita em ambos os grupos; no entanto, o grupo DR apresentou uma mediana de renda per capita mensal inferior quando comparado com o grupo DC. Esses dados são semelhantes aos encontrados anteriormente em nosso serviço, onde 61% dos fumantes ambulatoriais não tinham concluído o ensino médio e 66% tinham renda mensal que não excedia o dobro do salário mínimo nacional.⁽³⁸⁾ Estudos têm associado uma maior

prevalência de tabagismo com piores níveis econômicos e educacionais, e acredita-se que a baixa motivação e a falta de recursos também estão associados com o insucesso da cessação tabágica.⁽³⁹⁾ Portanto, a criação contínua de estratégias para o controle e a prevenção do tabagismo ainda é um grande desafio para os países em desenvolvimento.^(2,40)

O presente estudo apresentou uma baixa taxa de cessação tabágica ao longo do seguimento em ambos os grupos. A perda de seguimento dos pacientes para a reavaliação foi alta, e a utilização de fármacos auxiliares na cessação do tabagismo foi pequena em ambos os grupos. Apesar disso, a maioria dos pacientes recebeu acompanhamento com as respectivas especialidades durante o seguimento ambulatorial. Certamente, a manutenção de programas de cessação tabágica para pacientes hospitalizados é imprescindível para a prevenção de complicações das doenças crônicas relacionadas ao tabaco e para melhorar os aspectos gerais da saúde dos tabagistas.

REFERÊNCIAS

- Figueiredo VC. Um panorama do tabagismo em 16 capitais brasileiras e Distrito Federal: tendências e heterogeneidades [thesis]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007. Available from: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=155755
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Tanni SE, Iritsu NI, Tani M, de Camargo PA, Sampaio MG, Godoy I, et al. Risk perceptions and behavior among hospitalized patients with smoking-related diseases. *Prev Chronic Dis*. 2009;6(4):A138.
- Barreto RB, Pincelli MP, Steinwandter R, Silva AP, Manes J, Steidle LJ. Smoking among patients hospitalized at a university hospital in the south of Brazil: prevalence, degree of nicotine dependence, and motivational stage of change. *J Bras Pneumol*. 2012;38(1):72-80. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132012000100011>
- Corrêa AP. Prevalência e perfil tabágico de pacientes adultos internados em unidades cirúrgicas de um hospital universitário [dissertation]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
- Rigotti NA, Amsten JH, McKool KM, Wood-Reid KM, Pasternak RC, Singer DE. Smoking by patients in a smoke-free hospital: prevalence, predictors, and implications. *Prev Med*. 2000;31(2 Pt 1):159-66. <https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0695>
- U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; Office on Smoking and Health; 2004.
- Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CM, Godoy I, Chatkin JM, Sales MP, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo da SBPT: 2008. *J Bras Pneumol*. 2008;34(10):845-80. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132008001000014>
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
- Fagerström KO. Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav*. 1978;3(3-4):235-41. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(78\)90024-2](https://doi.org/10.1016/0306-4603(78)90024-2)
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390-5. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Middleton ET, Morice AH. Breath carbon monoxide as an indication of smoking habit. *Chest*. 2000;117(3):758-63. <https://doi.org/10.1378/chest.117.3.758>
- Santos UP, Gannam S, Abe JM, Esteves PB, Filho MF, Wakassa TB, et al. Use of breath carbon monoxide as an indicator of smoking status [Article in Portuguese]. *J Pneumol*. 2001;27(5):231-6. <https://doi.org/10.1590/S0102-35862001000500001>
- 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons, and Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care*. 2008;53(9):1217-22.
- Pederson LL, Wanklin JM, Lefcoe NM. The effects of counseling on smoking cessation among patients hospitalized with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. *Int J Addict*. 1991;26(1):107-19. <https://doi.org/10.3109/10826089109056242>
- Thomas D, Abramson MJ, Bonevski B, Taylor S, Poole SG, Paul E, et al. Integrating smoking cessation into routine care in hospitals—a randomized controlled trial. *Addiction*. 2016;111(5):714-23.
- Willemsse B, Lesman-Leege I, Timens W, Postma D, ten Hacken N. High cessation rates of cigarette smoking in subjects with and without COPD. *Chest*. 2005;128(5):3685-7. <https://doi.org/10.1378/chest.128.5.3685>
- Chen J, Chen Y, Chen P, Liu Z, Lou H, Cai S. Effectiveness of individual counseling for smoking cessation in smokers with chronic obstructive pulmonary disease and asymptomatic smokers. *Exp Ther Med*. 2014;7(3):716-720.
- Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalized patients: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2008;168(18):1950-60. <https://doi.org/10.1001/archinte.168.18.1950>
- Chouinard MC, Robichaud-Ekstrand S. The effectiveness of nursing inpatients smoking cessation program in individuals with cardiovascular disease. *Nurs Res*. 2005;54(4):243-54. <https://doi.org/10.1097/00006199-200507000-00006>
- Pedersen L, Johansen S, Eksten L. Smoking cessation among patients with acute heart disease. A randomized intervention project [Article in Danish]. *Ugeskr Laeger*. 2005;167(33):3044-7.
- Croghan GA, Croghan IT, Frost MH, Sloan JA, Novotny PJ, Nelson MA, et al. Smoking cessation interventions and postoperative outcomes in esophageal and lung cancer patients [POS3-101]. Poster session presented at: Society for Research on Nicotine and Tobacco 11th Annual Meeting; 2005 Mar 20-23; Prague: Czech Republic.
- Rigotti NA, Thorndike NA, Regan S, McKool K, Pasternak RC, Chang Y, et al. Bupropion for smokers hospitalized with acute cardiovascular disease. *Am J Med*. 2006;119(12):1080-7. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2006.04.024>

24. Mohiuddin SM, Mooss NA, Hunter CB, Grollmes TL, Cloutier DA, Hillerman DE. Intensive smoking cessation intervention reduces mortality in high-risk smokers with cardiovascular disease. *Chest*. 2007;131(2):446-52. <https://doi.org/10.1378/chest.06-1587>
25. Raupach T, Falk J, Vangeli E, Schiekirka S, Rustler C, Grassi MC, et al. Structured smoking cessation training for health professional on cardiology wards: a prospective study. *Eur J Prev Cardiol*. 2014;21(7):915-22. <https://doi.org/10.1177/2047487312462803>
26. Sardinha A, Oliva AD, Augustin JD, Ribeiro F, Falcone EM. Cognitive-behavioral group therapy for smoking cessation [Article in Portuguese]. *Rev Bras Ter Cogn*. Rio de Janeiro. 2005;1(1):1-10.
27. Mesquita AA. Evaluation of a program for smoking cessation [Article in Portuguese]. *Rev Bras Ter Comport Cogn*. 2013;15(2):35-44.
28. McIvor A, Kayser J, Assaad JM, Brosky G, Demarest P, Desmarais P, et al. Best practices for smoking cessation interventions in primary care. *Can Respir J*. 2009;16(4):129-34. <https://doi.org/10.1155/2009/412385>
29. Russo AC, Azevedo RC. Factors that motivate smokers to seek outpatient smoking cessation treatment at university general hospital. *J Bras Pneumol*. 2010;36(5):603-11. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132010000500012>
30. Mosleh SM, Darawad M. Patients' Adherence to Healthy Behavior in Coronary Heart Disease: Risk Factor Management Among Jordanian Patients. *J Cardiovasc Nurs*. 2015;30(6):471-8. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000189>
31. Berndt N, Bolman C, Lechner L, Max W, Mudde A, de Vries H, et al. Economic evaluation of a telephone- and face-to-face-delivered counseling intervention for smoking cessation in patients with coronary heart disease. *Eur J Health Econ*. 2016;17(3):269-85.
32. Regan S, Viana JC, Reyren M, Rigotti NA. Prevalence and predictors of smoking by inpatients during a hospital stay. *Arch Intern Med*. 2012;172(21):1670-4. <https://doi.org/10.1001/2013.jamainternmed.300>
33. Simon JA, Carmody TP, Hudes ES, Snyder E, Murray J. Intensive cessation versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal replacement: a randomized trial. *Am J Med*. 2003;114(7):555-62. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(03\)00081-0](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(03)00081-0)
34. Rigotti NA, Regan S, Levy DE, Japuntich S, Chang Y, Parke ER, et al. Sustained care intervention and postdischarge smoking cessation among hospitalized adults: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2014;312(7):719-28.
35. Moysidou A, Farsalinos KE, Voudris V, Merakou K, Kourea K, Barbouni. Knowledge and Perceptions about Nicotine, Nicotine Replacement Therapies and Electronic Cigarettes among Healthcare Professionals in Greece. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(5). pii: E514.
36. Hajjar WM, Al-Nassar AS, Alahmadi RM, Almohanna SM, Alhilali SM. Behavior, knowledge, and attitude of surgeons and patients toward preoperative smoking cessation. *Ann Thorac Med*. 2016;11(2):132-40. <https://doi.org/10.4103/1817-1737.180021>
37. Thorndike NA, Rigotti NA, Stafford RS, Singer DE. National patterns in the treatment of smokers by physicians. *JAMA*. 1998;279(8):604-8. <https://doi.org/10.1001/jama.279.8.604>
38. Caram LM, Ferrari R, Tanni SE, Coelho LS, Godoy Id, Martin Rdos S, et al. Characteristics of smokers enrolled in a public smoking cessation program. *J Bras Pneumol*. 2009;35(10):980-5. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132009001000006>
39. Peixoto SV, Firmo JO, Lima-Costa MF. Factors associated with smoking cessation in two different adult populations (Bambuí and Belo Horizonte Projects) [Article in Portuguese]. *Cad Saude Publica*. 2007;23(6):1319-28. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600007>
40. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)