



Eficácia da Clínica de Cessação do Tabagismo Comprometida produzindo um excelente resultado na taxa de abandono do tabagismo

Effectiveness of the Committed Smoking Cessation Clinic producing an excellent result in the smoking cessation rate

DOI: 10.56238/isevmjv2n4-014

Recebimento dos originais: 20/07/2023

Aceitação para publicação: 11/08/2023

Subashini Ambigapathy

Especialista em Medicina de Família, Clínica de Saúde Buntong, Distrito de Kinta, Perak, Malásia

James Gnanasigamani

Oficial Médico, Clínica de Saúde Buntong, Distrito de Kinta, Perak, Malásia

Surendran Viliam

Farmacêutico, Clínica de Saúde Buntong, Distrito de Kinta, Perak, Malásia

RESUMO

A epidemia do tabagismo é uma das maiores ameaças à saúde pública que o mundo já enfrentou. A morbidade e a mortalidade relacionadas ao tabagismo são um grande desafio de saúde pública em todo o mundo. Parar de fumar em qualquer idade é benéfico. O componente "O - Oferecer ajuda para parar de fumar" da estratégia MPOWER é implementado por meio de clínicas ativas de cessação do tabagismo realizadas em clínicas de saúde do governo na Malásia. O Programa Nacional de Abandono do Tabagismo estabeleceu uma meta de alcançar uma taxa de abandono do tabagismo superior a 30% como um indicador-chave de desempenho. Assim, a clínica de cessação do tabagismo deve ser realizada ativamente em todas as clínicas de saúde do governo para garantir um bom resultado da taxa de abandono do tabagismo.

Palavras-chave: Clínica comprometida com o abandono do tabagismo, Taxa de abandono do tabagismo, Aconselhamento e medicamentos.

1 INTRODUÇÃO

O uso do tabaco é a maior causa de morte evitável no mundo atualmente, e a Organização Mundial da Saúde demonstrou que o uso do tabaco é um fator de risco que contribui para 6 das 8 principais causas de morte em todo o mundo¹. As mortes globais projetadas causadas pelo tabaco são principalmente neoplasias (33%), seguidas por doenças respiratórias (29%), doenças cardiovasculares (29%) e outras (8%). Na Malásia, o tabagismo mata 20.000 malaios todos os anos e aumentará para 30.000 até o ano de 2020 se o padrão de tabagismo não mudar.²

A Malásia está comprometida em atingir a Meta Global de DNTs da OMS para 2025, que é reduzir a prevalência nacional de tabagismo em 30% em relação à linha de base de 2011. Há duas estratégias principais para atingir esse objetivo, que são reduzir o início do tabagismo entre os jovens e ajudar os fumantes atuais a vencer a dependência da nicotina. Um Plano Estratégico Nacional de Controle do Tabaco foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 2015, incorporando a estratégia MPOWER para coordenar o tabaco na Malásia.³ O fortalecimento dos serviços de cessação do tabagismo tem prioridade, com o desenvolvimento de serviços padronizados nas práticas públicas e privadas.⁴

A Malásia faz parte da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco da OMS (FCTC da OMS) desde sua entrada em vigor em setembro de 2005. O fortalecimento do abandono do tabagismo é fundamental para o componente "O - Oferecer ajuda para abandonar o tabagismo" da estratégia MPOWER da FCTC da OMS, que é implementada por meio de clínicas dedicadas ao abandono do tabagismo conduzidas nas clínicas de saúde do governo na Malásia.⁴

A nicotina é altamente viciante e alguns pesquisadores consideram a dependência da nicotina comparável à dependência causada por opiáceos, cocaína ou outras drogas ilícitas.⁵ Estratégias farmacológicas e de aconselhamento eficazes são atualmente os pilares dos programas de cessação do tabagismo e, combinadas, podem atingir os mais altos índices de cessação do tabagismo.⁶ A farmacoterapia para a cessação do tabagismo tem como objetivo principal reduzir a intensidade do desejo de fumar e/ou melhorar os sintomas aversivos, enquanto o aconselhamento ou o apoio comportamental tem como objetivo aumentar ou apoiar a motivação para resistir ao desejo de fumar e desenvolver a capacidade das pessoas de implementar seus planos para evitar o tabagismo.⁷

A maioria dos fumantes acredita que parar de fumar é puramente uma questão de força de vontade e não tem conhecimento de tratamentos eficazes para promover a cessação. É importante que os profissionais de saúde que frequentemente tratam de fumantes estejam familiarizados com as terapias disponíveis para orientar os pacientes sobre suas opções para parar de fumar.⁸

O National Quit Smoking Program estabeleceu como meta atingir uma taxa de cessação do tabagismo superior a 30% como um indicador-chave de desempenho. Essa tem sido a motivação e o impulso para que a Buntong Health Clinic busque atingir essa meta, que foi estabelecida em todo o país. Este estudo foi uma revisão retrospectiva de uma coorte de todos os pacientes recrutados no Programa para Parar de Fumar na Buntong Health Clinic de 2016 a 2017, um período de 2 anos.



2 OBJETIVOS

Os principais objetivos deste estudo foram determinar a taxa de abandono do vício alcançada nos últimos 2 anos. Os objetivos secundários foram analisar os vários métodos usados para ajudar os fumantes a atingir sua taxa de abandono e os fatores associados que levaram à taxa de abandono alcançada na clínica estudada.

3 METODOLOGIA

Todos os pacientes recrutados e acompanhados por um período mínimo de 6 meses, de janeiro de 2016 a dezembro de 2017, foram incluídos neste estudo. Os pacientes receberam tratamento não farmacológico, que incluiu aconselhamento por um médico e/ou farmacêutico treinado, e tratamento farmacológico, que incluiu terapia de reposição de nicotina (NRT), gomas de nicotina de 2 mg e 4 mg, e terapia de reposição não nicotínica (não NRT), vareniclina. Todos os pacientes foram acompanhados por um período mínimo de 6 meses com base em um cronograma adequado que incluiu acompanhamento semanal no primeiro mês, depois acompanhamento de 2 semanas no segundo e terceiro meses e acompanhamento mensal no quarto, quinto e sexto meses, totalizando um mínimo de 11 visitas.

Todos os pacientes foram atendidos pelos membros da equipe de cessação do tabagismo, que incluía um especialista em medicina familiar, um médico treinado, um farmacêutico e um enfermeiro. Todos os pacientes foram examinados quanto a quaisquer comorbidades por meio da obtenção de um histórico completo e da realização de um exame físico completo, especialmente durante a primeira consulta clínica, seguido de radiografia de tórax, eletrocardiograma, bem como exames de sangue básicos que incluíam açúcar no sangue em jejum, perfil lipídico, perfil renal e teste de função hepática. Todos os pacientes também foram entrevistados usando o Teste de Fagerström Modificado para o Questionário de Dependência de Cigarro para avaliar o nível de dependência dos pacientes. Todos eles também foram submetidos a um teste de Monóxido de Carbono (CO) Analyser⁹, que também foi usado para avaliar objetivamente o nível de dependência dos pacientes.

Após essas avaliações, todos esses pacientes receberam uma forma de tratamento, farmacológico ou não farmacológico, e foram acompanhados de forma dedicada de acordo com o cronograma mencionado acima. O status de cessação do tabagismo foi avaliado e registrado ao final de seis meses. Se um determinado paciente não tivesse parado de fumar após 6 meses, o tratamento era continuado e o paciente era acompanhado por um período mais longo e reavaliado. Foi obtido o consentimento do Comitê de Ética em Pesquisa Médica (MREC) por meio do Registro

Nacional de Pesquisa Médica (NMRR) para a realização dessa pesquisa (NMRR-18-314-40321). Todas as informações pessoais dos pacientes coletadas foram mantidas seguras e confidenciais e só podem ser acessadas pelos pesquisadores. Os dados coletados foram tratados de acordo com a legislação e os regulamentos.

4 RESULTADOS

Um total de 65 pacientes foi recrutado e acompanhado de janeiro de 2016 a dezembro de 2017; 31 pacientes em 2016 e 34 pacientes em 2017, respectivamente. A idade média dos pacientes foi de $45,52 \pm 13,99$ anos. A maioria dos pacientes era do sexo masculino, 62 (95,4%), indianos, 37 (56,9%), casados, 50 (76,9%), com nível de escolaridade primário e secundário, 58 (89,2%), autônomos, 28 (43,1%), com comorbidades subjacentes, como hipertensão e hiperlipidemia, 51 (78,5%), com tentativas anteriores de parar de fumar, 51 (78,5%), e com a presença de um problema de saúde.5%), haviam feito tentativas anteriores de parar de fumar, 56 (86,2%), fumavam mais de 20 cigarros por dia, 37 (43,5%), apresentavam nível moderado e alto de dependência com escore de Fagerstrom igual ou superior a 4, 45 (69,2%) e monóxido de carbono (CO) no ar expirado igual ou superior a 7, 51 (78,5%), conforme mostra a Tabela 1.

Dos 65 pacientes, 42 conseguiram parar de fumar com sucesso com o programa dedicado de cessação do tabagismo conduzido, resultando em uma taxa de sucesso de 65%. Dos que conseguiram parar de fumar, 25 (59,5%) pacientes pararam de fumar usando aconselhamento e terapia com vareniclina (não-NRT), 7 (16,3%) pacientes usaram aconselhamento e gomas de nicotina (NRT), 4 (9,5%) pacientes usaram uma combinação de NRT e não-NRT com aconselhamento e 6 (14,3%) pacientes pararam de fumar apenas com terapia de aconselhamento, conforme mostrado na Figura 1. Entre os 23 pacientes que não conseguiram parar de fumar, o método mais utilizado foi o aconselhamento isolado, 10 (43,5%), seguido pelo aconselhamento com NRT, 7 (30,4%) e aconselhamento com Vareniclina, 4 (17,4%), conforme mostrado na Figura 2. A maioria dos que não conseguiram parar de fumar (21 deles, 91,3%) não compareceram às consultas marcadas e não completaram todo o atendimento clínico de 11 vezes. Apenas dois pacientes compareceram, receberam o tratamento combinado e, mesmo assim, não conseguiram parar de fumar. Quando se comparou o sucesso entre as diferentes modalidades de tratamento, o mais alto foi registrado entre os que receberam aconselhamento e vareniclina, 86%, seguido por tratamento combinado, aconselhamento e NRT e, por último, apenas aconselhamento. Foi encontrada uma diferença significativa no método usado para parar de fumar. O método que utiliza

medicamentos juntamente com aconselhamento foi considerado mais eficaz do que o aconselhamento isolado. (*p= 0,004; teste Exato de Fisher) (Figura 3)

Entre todos os que conseguiram parar de fumar, houve um declínio acentuado no escore Fagestrom desde o pré-tratamento até 3 meses e 6 meses para todas as modalidades de tratamento. (Figura 4). A pontuação do analisador de CO também mostrou achados semelhantes de declínio acentuado entre todas as modalidades de tratamento; por tratamento, 3 meses e 6 meses. (Figura 5)

Tabela 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		TOTAL DE RESPONDENTES (N=65) N (%)
Idade média ± DP (anos)		45.52 ± 13.99
Gênero	Feminino	3 (4.6)
	Masculino	62 (95.4)
Etnia	Malaio	6 (9.2)
	Chinês	22 (33.9)
	Indiano	37 (56.9)
	Outros	0 (0.0)
Estado civil Individual	Casado	14 (21.6)
	Divorciado/Separado/ Viúva/viúvo	50 (76.9)
		1 (1.5)
Nível de escolaridade	Sem educação formal	2 (3.1)
	Primário	27 (41.5)
	Secundário	31 (47.7)
	Terciário	5 (7.7)
Status de emprego	Setor governamental	8 (12.3)
	Setor privado	16 (24.6)
	Autônomo	28 (43.1)
	Desempregado	3 (4.6)
	Aposentado	8 (12.3)
	Estudante	2 (3.1)
Comorbidades	Diabetes Mellitus	8 (12.3)
	Hipertensão	24 (36.9)
	Hiperlipidemia	27 (41.5)
	Doença cardiovascular	7 (10.8)
Tentativas anteriores de parar de fumar	Sim	56 (86.2)
	Não	9 (13.8)
Número de carteiras de cigarro por dia (visita inicial)	< 10	10 (15.4)
	11-20	18 (27.7)
	21-30	23 (35.4)
	> 30	14 (21.5)

Escore de Fagestrom (visita inicial)	0-3	20 (30.8)
	4-6	24(36.9)
	7-10	21 (32.3)
Leitura de monóxido de carbono (CO) (visita inicial)	1-6	14 (21.5)
	7-10	17 (26.2)
	11-20	21 (32.3)
	> 20	13 (20.0)

Figura 1

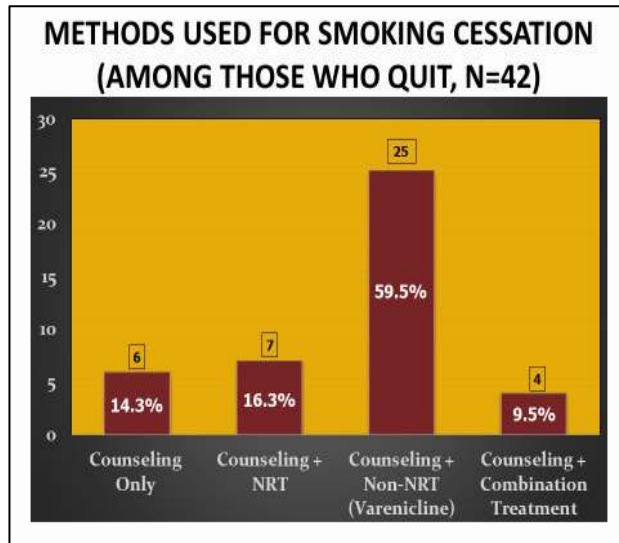


Figura 2

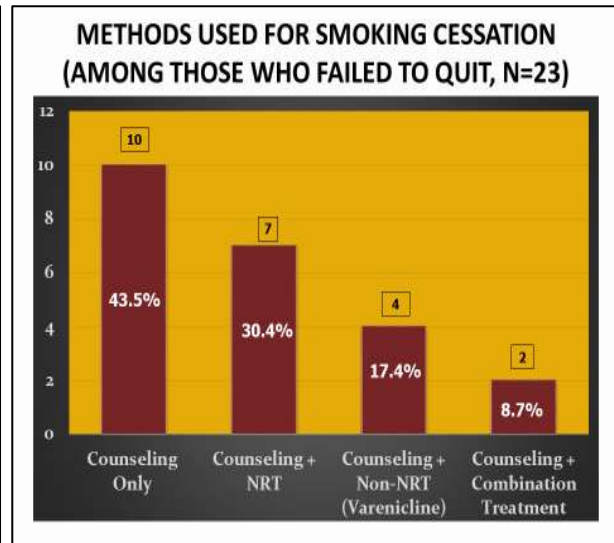


Figura 3

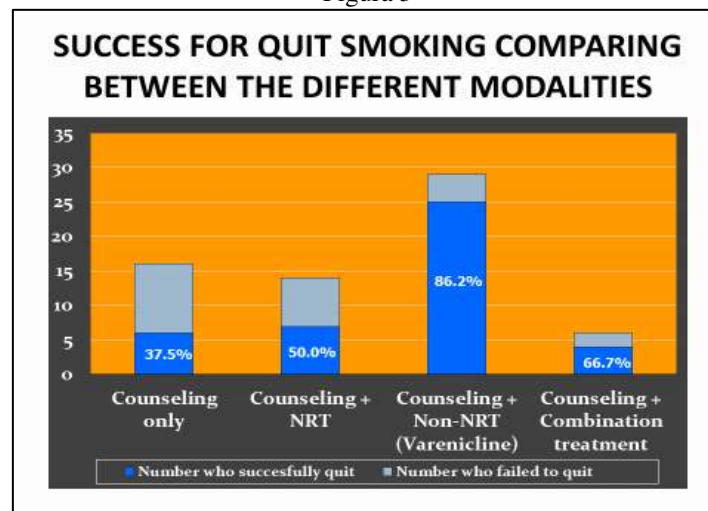


Figura 4

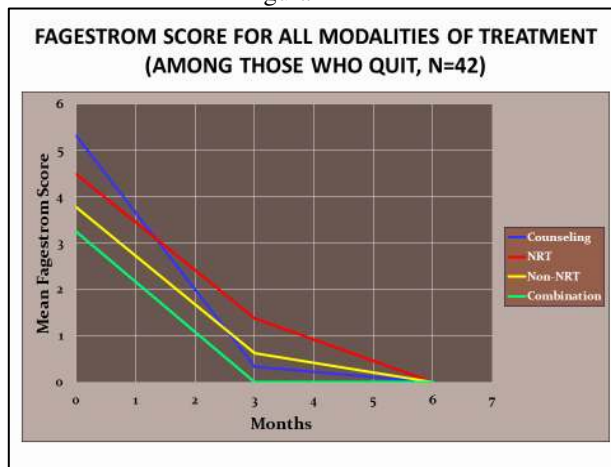
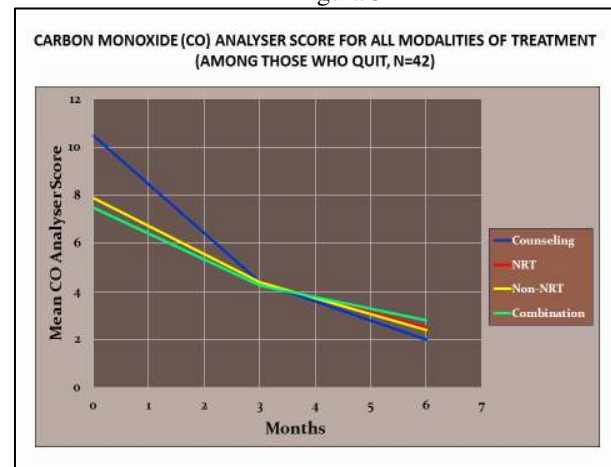


Figura 5



5 DISCUSSÃO

Embora o tamanho da amostra para este estudo possa não ser muito grande, a taxa de desistência alcançada é bastante notável e definitivamente ultrapassou a meta estabelecida em nível nacional, que era de 30%. O ponto forte deste estudo é que foi usado o método de amostragem universal, que fornece uma representação justa dos pacientes sem viés de seleção. Nossas limitações, no entanto, foram: este estudo foi realizado em um único centro e foi de natureza retrospectiva. Não é fácil fazer com que os pacientes permaneçam no programa, a menos que estejam totalmente motivados e realmente queiram parar de fumar.

O principal fator para essa taxa de abandono bem-sucedida é ter uma equipe muito boa, dedicada e motivada, que inclui um especialista em medicina familiar, um médico treinado, um farmacêutico e um enfermeiro. Todos os pacientes foram continuamente lembrados pela enfermeira dessa equipe de comparecer às suas consultas de acompanhamento em dias específicos de funcionamento da clínica. Todos os pacientes foram orientados muito bem e minuciosamente sobre todos os aspectos da cessação do tabagismo, usando técnicas de entrevista motivacional, bem como modelos, flip charts, pôsteres e apresentações em PowerPoint preparadas para educar esses pacientes.

Todos os pacientes foram instruídos sobre os sintomas de abstinência previstos e os métodos práticos usados para superar esses sintomas, o que tornou todos esses pacientes mais preparados e tranquilos durante toda a sua batalha para parar de fumar. Os suprimentos contínuos e ininterruptos de tratamento farmacológico estavam sempre presentes para todos esses pacientes, o que foi outro fator fundamental que permitiu que a maioria dos pacientes que usaram o tratamento farmacológico (85,7%) conseguisse parar totalmente de fumar com sucesso.



6 CONCLUSÃO

A clínica de cessação do tabagismo é uma clínica muito desafiadora de se lidar e gerenciar. No entanto, é definitivamente possível fazer isso com uma equipe treinada, comprometida e dedicada.^{10, 11} Os pacientes devem estar realmente motivados para continuar a participar do programa. A disponibilidade de um analisador de CO também é de grande utilidade para ajudar os membros da equipe a avaliar objetivamente o nível de dependência dos pacientes, o que ajudará a decidir o melhor modo de tratamento para cada paciente. A disponibilidade de tratamento farmacológico também é outro fator fundamental para ajudar a alcançar e manter taxas altas e bem-sucedidas de abandono do vício nas clínicas de saúde do governo.

7 RECOMENDAÇÕES

Uma clínica comprometida com a cessação do tabagismo deve ser realizada ativamente em todas as clínicas de saúde do governo. O tratamento farmacológico adequado deve estar disponível para a implementação de um programa bem-sucedido de cessação do tabagismo. Futuros estudos de coorte prospectivos e estudos qualitativos com discussões em grupos de foco e entrevistas aprofundadas poderiam ser conduzidos para explorar melhor os motivos pelos quais os fumantes não comparecem às consultas, se eles têm problemas com medicamentos e se enfrentam dificuldades para comparecer às consultas.



REFERÊNCIAS

WHO. Tobacco Fact Sheet. Geneva; 2009.

http://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_tobacco_en.pdf. Tobacco Atlas 4th Edition, 2015

Ministry of Health Malaysia. Pelan Strategik Kebangsaan Bagi Kawalan Tembakau 2015-2020. Putrajaya: Ministry of Health Malaysia; 2015.

WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. Geneva; 2008. www.who.int/tobacco/mpower/en/.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). 4th Editio. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.

Black JH. Evidence base and strategies for successful smoking cessation. *J Vasc Surg.* 2010;51(6):1529-1537. doi:10.1016/j.jvs.2009.10.124.

Aveyard P, Raw M. Improving smoking cessation approaches at the individual level. *Tob Control.* 2012;21(2):252-257. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011050348.

Clinical Practice Guidelines on Treatment of Tobacco Use Disorders, Ministry of Health Malaysia, 2016.

Wee LH, West R, Mariapun J, et al. Should the threshold for expired-air carbon monoxide concentration as a means of verifying self-reported smoking abstinence be reduced in clinical treatment programmes? Evidence from a Malaysian smokers' clinic. *Addict Behav.* 2015;47:74-79. doi:10.1016/j.addbeh.2015.03.021.

ML L, MA H, AA S. A qualitative exploration of the reasons for the discontinuation of smoking cessation treatment among Quit Smoking Clinics' defaulters and health care providers in Malaysia. *Res Soc Adm Pharm.* 2013;9(4):405-418.

Wee LH, Chan CMH, Yogarabindranath SN. A Review of Smoking Research In Malaysia. *Med J Malaysia.* 2016;71(Suppl 1):29-41. doi:10.4103/0022.