



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

QUALIDADE DAS DIRETRIZES CLÍNICAS VIGENTES PARA CESSAÇÃO DO  
TABAGISMO SEGUNDO O AGREE II E PROPOSTA DE DIRETRIZ PARA O CUIDADO  
FARMACÊUTICO

ALICE PAIVA DA COSTA

16/0000921

Brasília – DF

2020

ALICE PAIVA DA COSTA

QUALIDADE DAS DIRETRIZES CLÍNICAS VIGENTES PARA CESSAÇÃO DO  
TABAGISMO E PROPOSTA DE DIRETRIZ PARA O CUIDADO FARMACÊUTICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
para obtenção do grau de bacharel em  
Farmácia pela Universidade de Brasília.

Orientador: Professor Rafael Santos Santana

Coorientador: Professora Bárbara Manuella Cardoso Sodré Alves

Brasília – DF

2020

ALICE PAIVA DA COSTA

Apresentação em 28 de outubro de 2020

Banca examinadora:

**Presidente:** Dr. Rafael Santos Santana – UnB

**Membro:** Dra. Francilene Amaral da Silva – UFS

**Membro:** Dr. Ricardo Luiz de Melo Martins – UnB

**Membro (Suplente):** Dra. Dayde Lane Mendonça da Silva - UnB

## RESUMO

A cessação do tabagismo é uma importante meta a ser alcançada em saúde pública devido aos prejuízos relacionados ao tabaco e alta prevalência de uso; sendo o farmacêutico um profissional acessível, deve ser encorajada sua atuação neste problema. Para tal, o trabalho foi realizado em duas etapas: (i) avaliação da qualidade de diretrizes clínicas para o manejo da cessação do tabagismo, exposta no capítulo 1; (ii) elaboração da proposta de uma diretriz clínica de cuidado farmacêutico na cessação do tabagismo, exposta no capítulo 2. Quinze diretrizes clínicas foram incluídas para avaliação no artigo, sendo duas brasileiras. As recomendações de tratamento do tabagismo se encontram bem delineadas em âmbito internacional. Sete diretrizes foram consideradas recomendadas, sendo nenhuma brasileira. Os domínios “aplicabilidade” e “rigor do desenvolvimento” obtiveram as menores notas, de 28,5% e 50%, sendo que a diretriz do Ministério da Saúde obteve apenas 20% neste último. No domínio “independência editorial”, as diretrizes brasileiras também obtiveram um baixo desempenho, pontuando abaixo de 30%. Na proposta de diretriz clínica elaborada foram abordadas, entre outros tópicos, a anamnese farmacêutica, objetivos do cuidado farmacêutico, serviços de encaminhamento e tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, sendo estes sempre seguidos de seus respectivos níveis de evidência e força de recomendação. A metodologia ADAPTE se mostrou como uma ferramenta ideal para a elaboração de diretrizes no cuidado farmacêutico. Os achados deste trabalho também mostram uma ampla gama de evidências científicas para a cessação do tabagismo, porém a qualidade das diretrizes nacionais necessita de aprimoramento em relação à metodologia e transparência e maior investimento nos princípios da Saúde Baseada em Evidências.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
Cessação do Tabagismo.....	8
Cuidado farmacêutico na cessação do tabagismo.....	9
Saúde baseada em evidências.....	10
Diretrizes e protocolos clínicos.....	12
Objetivos.....	14
Objetivo Geral .....	14
Objetivos Específicos .....	14
<b>METODOLOGIA</b> .....	15
FASE 1.....	16
FASE 2.....	16
<b>CAPÍTULO 1 – Avaliação da qualidade de diretrizes clínicas nacionais e internacionais no manejo da cessação do tabagismo</b> .....	18
Resumo.....	18
Introdução.....	19
Métodos.....	21
Resultados e Discussão.....	23
Conclusão.....	37
Referências bibliográficas.....	38
<b>CAPÍTULO 2 – Proposta de diretriz clínica para o cuidado farmacêutico na cessação do tabagismo</b> .....	43
Breve descrição do transtorno e principais características.....	44
Sin�nimos e descritores.....	49
Causas frequentes, Sinais e Sintomas e Anamnese farmacêutica.....	50
Sinais de alerta, precauções e encaminhamento a outros profissionais de saúde.....	55
Objetivos do cuidado farmacêutico.....	58

Prevenção e Recomendações de Tratamentos Não-Farmacológicos.....	58
Recomendações de Tratamentos Farmacológicos.....	68
Evolução, Avaliação e Acompanhamento.....	81
Lista de Medicamentos Disponíveis no Brasil.....	88
Metodologia de Busca e Literatura Eleita/Recomendada.....	90
Referências bibliográficas.....	96
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	107
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	109
<b>ANEXOS</b> .....	113



# INTRODUÇÃO

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Cessação do Tabagismo

O tabagismo é a principal causa de mortalidade e morbidade prevenível do mundo. (WHO, 2019) Em 2013, haviam 21,9 milhões de fumantes apenas no Brasil; destes, a maioria se encontra em áreas rurais, são do sexo masculino e/ou possuem níveis mais baixos de instru o. (IBGE, 2013). J  a Vigilância de Fatores de Risco e Prote o para doenças crônicas por inquérito telef nico (Vigitel) de 2018, mostrou 9,3% de fumantes nas capitais brasileiras. (Brasil, 2018) A estimativa é de 1,1 bilhões de fumantes mundialmente, sendo que aproximadamente 6 milhões de pessoas morrem por ano por algum problema relacionado ao tabaco. (Lande, 2018)

No Brasil, o uso de tabaco está diminuindo nas últimas décadas devido   um forte investimento em políticas nacionais para o controle do uso de tabaco. De 1989 até 2013, o uso decaiu de mais de 30% para 14,7%. No entanto, o tabagismo ainda é um transtorno com grande impacto na saúde pública, com um gasto em torno de R\$ 20,68 bilhões em 2008. (BRASIL, 2015)

A cessa o do tabagismo é uma importante meta a ser alcançada no âmbito da saúde pública, pois o tabaco está relacionado com a apari o e o desenvolvimento de diversas comorbidades. O tabagismo pode causar doenças cardíacas, diversos tipos de câncer, doenças pulmonares e doenças oculares (IBGE, 2013). É a principal causa de morte pelo câncer nos Estados Unidos e por mais de 85% das mortes ocasionadas pelo câncer pulmonar. Além disso, pode ocasionar problemas endócrinos devido à a o da nicotina na libera o de cortisol e endorfinas e no estímulo da glândula pituitária. (Lande, 2018) Sendo assim, a cessa o do tabagismo possui benefícios principalmente no aumento da expectativa de vida do indivíduo relacionado com a diminui o no risco do desenvolvimento de diversas comorbidades, além de causar melhoras socioecon micas



para o indivíduo e para o Estado e reduzir os danos causados para o meio-ambiente. (BRASIL, 2015)

## **1.2 Cuidado farmacêutico na cessação do tabagismo**

Segundo definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), o uso racional de medicamentos é o uso do “medicamento apropriado, na dose correta, por adequado período de tempo, a baixo custo para o paciente e a comunidade”. Também segundo a OMS, mais de 50% dos medicamentos são prescritos, dispensados e vendidos de forma incorreta. Tal uso inadequado, além de causar danos na população, desperdiça recursos públicos. (Wannmacher, 2010) O cuidado farmacêutico constitui em uma nova atribuição do profissional que visa o cuidado direto ao paciente e a promoção do uso racional de medicamentos a fim de agir contra a crescente morbimortalidade relacionada com doenças não transmissíveis e com o uso incorreto da farmacoterapia. (BRASIL, 2013)

A abordagem de um profissional na cessação do tabagismo se mostra de extrema importância. Pesquisas anteriores demonstram que mesmo o conselho breve vindo de um profissional da saúde aumenta de maneira expressiva as taxas de abstinência. (Stead et al, 2013) Da mesma forma, ambientes em que profissionais realizam intervenções antitabagismo estão relacionados com um aumento da satisfação do paciente quanto ao serviço ofertado. (Solberg et al, 2001) Em contrapartida, a PNS de 2013 mostrou que 51,1% dos fumantes entrevistados já haviam tentado parar de fumar no último ano, sendo que apenas 8,8% procuraram tratamento profissional. (BRASIL, 2015)

O profissional farmacêutico encontra-se em uma posição ideal para a promoção de saúde e prevenção de doenças, pois está sempre em contato com uma ampla parcela da população, sendo o profissional mais acessível tanto para a população doente quanto para a população saudável. Desta forma, o farmacêutico deve ser encorajado a atuar na cessação do tabagismo, tanto na promoção do uso racional do tratamento farmacológico

para tabagismo, principalmente considerando que a Terapia de Reposição de Nicotina é um Medicamento Isento de Prescrição (MIP), quanto no aconselhamento e suporte do paciente. Já foi demonstrado que a atuação do farmacêutico no tabagismo é valorizada pelos pacientes, aumenta as taxas de abstinência e se apresenta como uma abordagem com ótimo custo benefício. (Sinclair et al, 2004)

### **1.3 Saúde Baseada em Evidências**

A Saúde Baseada em Evidências (SBE) caracteriza-se como uma prática que possui o objetivo de resolver questões em saúde e promover a tomada de decisões clínicas utilizando evidências científicas de maior qualidade. (Toklu, 2015) O termo, que era, inicialmente, apenas “Medicina Baseada em Evidências”, surgiu na década de 1990 a fim de promover o uso de evidência na literatura e estudo de ensaios clínicos para aplicação de seus resultados na prática diária do profissional médico. (Djulbegovic, 2017) No entanto, na década de 70, o epidemiologista Archibald Cochrane já havia estreado o uso de pesquisas clínicas para a tomada de decisões na prática com objetivo de elaborar diretrizes e conter gastos. (Lacerda et al, 2011)

Com o objetivo de evitar o uso de estudos enviesados e de baixa qualidade, a SBE evoluiu de forma a avaliar a qualidade de evidência a ser utilizada, de forma que, quanto maior a qualidade de evidência, mais confiável é o efeito da intervenção. Assim, foram criadas diferentes ferramentas com o objetivo de guiar os profissionais em saúde. Como exemplo, a pirâmide de hierarquia de evidência possui a função de apontar os estudos que oferecem da menor à maior qualidade de evidência, desde a opinião de experts na base da pirâmide até revisões sistemáticas, no topo da pirâmide. Já o GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*) consiste em uma análise mais ampla da qualidade da evidência e força de recomendação das intervenções. (Djulbegovic, 2017) A evidência mais aceita na SBE consiste na análise sistematizada de

resultados de pesquisa na área, sendo as revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados a produção científica com mais alto nível de evidência. (Lacerda et al, 2011)

Sua execução geralmente é feita em conjunto com a experiência clínica do profissional a fim de aprimorar a assistência prestada ao paciente, aumentando a eficiência e qualidade dos serviços de saúde, além de ser útil para diminuição dos recursos e custos operacionais. (Galvão et al, 2002) Desta forma, a prática da SBE pode ser dividida nos seguintes passos: identificação de um problema em saúde, busca e avaliação da evidência, escolha da intervenção, personalização da terapia e tomada de decisão final. (Toklu, 2015)

A SBE pode ser utilizada não apenas para a tomada de decisões em tratamento para o paciente, mas também para a prevenção de agravos, avaliação e diagnóstico, por exemplo. Embora, no Brasil, a profissão com mais publicações ainda seja a medicina, nota-se um desenvolvimento desta ciência de maneira multiprofissional no país, com destaque para as áreas de enfermagem e fisioterapia. (Lacerda et al, 2011)

É essencial a implementação da SBE para a prática do cuidado farmacêutico, prevendo uma melhor promoção do uso racional de medicamentos, aumentando a qualidade do serviço e aperfeiçoando seu conhecimento clínico. (Al-Quteimat et al, 2016) Segundo a Resolução 585/2013 publicada pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF), a qual dita as atribuições clínicas do profissional farmacêutico, a tomada de decisões no processo de cuidado farmacêutico deve ser feita através da busca, seleção, organização e interpretação de informações baseadas em evidências. (BRASIL, 2013) Sendo assim, a evidência científica deve ser usada como guia para o cuidado farmacêutico, adaptando-se para as individualidades de cada paciente. (Al-Quteimat et al, 2016)

Um estudo realizado nos Estados Unidos mostrou, através de questionários enviado para farmacêuticos, que cerca de 90% dos profissionais possuem uma atitude positiva em relação à SBE e cerca de 84% acham o recurso útil para o dia a dia. Em contrapartida, os profissionais nas farmácias comunitárias são os menos prováveis a

realizar pesquisas na literatura para a melhora do cuidado ao paciente. Este estudo também demonstrou que a falta de tempo e de acesso à recursos foram as causas mais comuns para a baixa utilização de condutas baseadas em evidências no dia a dia. (Burkiewicz et al, 2005)

#### **1.4 Diretrizes e protocolos clínicos**

O desenvolvimento de diretrizes mostra-se de extrema importância para a otimização do cuidado ao paciente dentro da SBE. Tratam-se de documentos que possuem recomendações baseadas em evidências de maneira sintetizada, facilitando a tomada de decisão do profissional. (BRASIL, 2016) Visto que uma das maiores barreiras na prática da Farmácia Baseada em Evidências se apresenta como a dificuldade no acesso de fontes de informação de qualidade (Toklu, 2015), as diretrizes vêm como uma forma de superar tal barreira ao oferecer conhecimento de alta qualidade, vindo de múltiplas fontes e de forma condensada.

Portanto, a diretriz tem como objetivo a análise de evidências disponíveis para um tema a fim de recomendar os tratamentos com melhor custo-benefício, podendo assim diminuir a morbimortalidade, aumentar a qualidade de vida, melhorar a assistência prestada e padronizar as condutas clínicas. (BRASIL, 2016) Esta seleção de diversas informações condensadas em uma diretriz clínica pode, assim, fornecer um meio eficiente para a promoção do uso racional de medicamentos pelo profissional farmacêutico. (Wannmacher, 2010)

No entanto, o desenvolvimento de diretrizes clínicas de alta qualidade demanda uma alta quantidade de recursos, tempo e pessoal. Ademais, mesmo que se utilizando da mesma base de evidências, diretrizes clínicas para diferentes populações e países devem ser contextualizadas e adequadas de acordo com o público alvo, legislação e realidade local. Desta forma, a adaptação de diretrizes existentes consiste em uma estratégia para aproveitamento de diretrizes já publicadas para a customização das recomendações em

contextos específicos, de forma a ter documentos aplicáveis, de alta qualidade e com menor esforço. (BRASIL, 2014)

Uma pesquisa feita pelo CFF sobre o Perfil do Farmacêutico no Brasil, publicado em 2015, mostrou resultados preocupantes. O Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF) é a fonte de consulta mais utilizada pelos farmacêuticos no Brasil (60,9%), seguida de pesquisas na internet no geral (55,9%), ou seja, o farmacêutico ainda se utiliza de meios enviesados e de baixa qualidade para conduzir sua atuação clínica no dia a dia. O Portal de Saúde Baseada em Evidências é utilizado apenas por 15,9% dos entrevistados, e diretrizes clínicas sequer se encontram especificados nos dados de fontes de consulta. (Serafin, 2015)

Desta forma, se mostra necessária a realização de intervenções que promovam o acesso do profissional farmacêutico a fontes de consulta confiáveis e condensadas, de forma a facilitar e aumentar a qualidade do atendimento farmacêutico. As diretrizes clínicas se mostram como uma alternativa viável e prática para este fim.

## **OBJETIVOS**

### **I. Objetivo geral**

Avaliar a qualidade metodológica de diretrizes clínicas já publicadas sobre a cessação do tabagismo e elaborar uma proposta de diretriz para o cuidado farmacêutico.

### **II. Objetivos específicos**

- Avaliar as principais diretrizes clínicas utilizadas para o manejo da cessação do tabagismo nos âmbitos nacional e internacional.

- Elaborar uma proposta de diretriz clínica para o cuidado farmacêutico na cessação do tabagismo.



METODOLOGIA

## 2. METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado em duas diferentes fases: (i) avaliação da qualidade de diretrizes clínicas para o manejo da cessação do tabagismo, exposta no capítulo 1; e (ii) elaboração da proposta de uma diretriz clínica de cuidado farmacêutico na cessação do tabagismo, exposta no capítulo 2. As metodologias estão descritas detalhadamente em seus respectivos capítulos.

Fase 1 – Avaliação da qualidade de diretrizes clínicas para o manejo da cessação do tabagismo

Esta etapa foi realizada em formato de artigo científico o qual será adaptado para a submissão no “Jornal Brasileiro de Pneumologia” como artigo original (Anexo A). O Instrumento AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*) foi utilizado para análise da qualidade das diretrizes, onde quatro diferentes juízes colaboraram para a avaliação. A última versão deste instrumento conta com 23 itens organizados em seis diferentes domínios e possui como objetivo a avaliação da qualidade de diretrizes clínicas segundo, principalmente, sua estratégia metodológica. Estas avaliações foram validadas posteriormente através da análise de concordância pelo teste Kappa. Também foi feita a análise das recomendações das diretrizes nacionais em relação às internacionais a fim de comparar o rigor metodológico e o conteúdo entre elas.

Fase 2 – Elaboração da proposta de uma diretriz clínica de cuidado farmacêutico na cessação do tabagismo

Nesta etapa, foi utilizado como base o documento “Diretrizes Metodológicas: Ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas”, o qual apresenta o método ADAPTE. A metodologia ADAPTE consiste na utilização de diretrizes clínicas já produzidas para adaptação do uso em diferentes contextos e específicos para as questões de saúde relevantes para a necessidade, prioridade, legislação e recursos do ambiente a qual ela



será aplicada. É dividida em três fases: configuração, adaptação e finalização. (BRASIL, 2014) Neste trabalho, foram realizadas as fases de configuração e adaptação. (Tabela 1)

O texto da diretriz clínica foi feito de maneira a sintetizar os principais achados da pesquisa e as melhores evidências encontradas, apresentando as recomendações de tratamento seguidas do nível de evidência e grau de recomendação.

**Tabela 1.** *Resumo adaptado da metodologia ADAPTE realizada neste trabalho.*

<b>Fase</b>	<b>Execução</b>
Fase de configuração	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificação da factibilidade da adaptação por meio de uma pesquisa prévia;</li> <li>- Estabelecimento de um grupo/comitê de organização para supervisão do processo;</li> <li>- Seleção do tópico da diretriz;</li> <li>- Identificação de recursos e habilidades necessários;</li> <li>- Definição do escopo do trabalho, comprometimento de tempo e autoria da diretriz;</li> </ul>
Fase de adaptação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinação das perguntas em saúde;</li> <li>- Pesquisa sistematizada de diretrizes e outros documentos relevantes na literatura;</li> <li>- Redução das diretrizes recuperadas segundo critérios pré-estabelecidos e análise da qualidade;</li> <li>- Avaliação do conteúdo das diretrizes, incluindo estratégias de busca, nível das evidências, aceitabilidade e aplicabilidade das recomendações;</li> <li>- Seleção das diretrizes e recomendações para criação da diretriz adaptada;</li> <li>- Redação da versão preliminar da diretriz adaptada.</li> </ul>
Fase de finalização	-

---

Capítulo I - Avaliação da  
qualidade de diretrizes clínicas  
nacionais e internacionais no  
manejo da

# CESSAÇÃO DO TABAGISMO

---

## Capítulo I - Avaliação da qualidade de diretrizes clínicas nacionais e internacionais no manejo da cessação do tabagismo

**Resumo:** O tabaco é um grande problema de saúde pública a ser combatido. Visando a importância da Saúde Baseada em Evidências, foi avaliada a metodologia de diretrizes clínicas nacionais e internacionais na cessação do tabagismo. Para tal, foi utilizado o instrumento AGREE II, ferramenta útil para avaliação de diretrizes no âmbito metodológico, em 15 diretrizes recuperadas através de uma pesquisa sistemática da literatura. O domínio “rigor do desenvolvimento” foi definido como o principal para a análise. Duas diretrizes brasileiras foram incluídas, da SBPT (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) e do MS (Ministério da Saúde). Apenas sete diretrizes, internacionais, foram consideradas recomendadas. A “aplicabilidade” e “rigor do desenvolvimento” obtiveram as menores notas, 38,5% e 50%. A diretriz do MS obteve a menor pontuação em rigor do desenvolvimento; as diretrizes brasileiras e asiáticas também obtiveram as menores notas em “independência editorial”. Notou-se um forte padrão de qualidade, com quase metade das diretrizes mostrando bom delineamento metodológico. Nacionalmente, observou-se falta de informação quanto a descrição dos métodos e utilização de documentos ultrapassados. Ademais, a baixa transparência pode significar o enviesamento, diminuindo a confiabilidade. Conclui-se que é necessário um maior investimento na SBE no país a fim de aproximar o padrão de qualidade dos documentos nacionais aos internacionais.

**Palavras-chave:** Guias de prática clínica; cessação do tabagismo; AGREE.

### Introdução

O tabagismo é a maior causa de morte prevenível do mundo. Estima-se a presença de 1,2 bilhões de fumantes no mundo<sup>1,2</sup>. Em 2013, a Pesquisa Nacional em Saúde (PNS)<sup>3</sup> mostrou que 14,7% da população brasileira era fumante, sendo que o Sul e áreas rurais constituíam as regiões com maior quantidade de tabagistas. A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)<sup>4</sup> mostrou que, em 2018, havia 9,3% de fumantes nas capitais brasileiras.

A abordagem do profissional na cessação do tabagismo mostra-se importante devido aos diversos prejuízos em saúde, sociais e econômicos tanto para o tabagista quanto para o Estado, além de prejuízos para os fumantes passivos. O tabagismo está relacionado com diversas doenças cardíacas, tipos de câncer e problemas endócrinos, além de ser a principal causa da Doenças Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).<sup>1,2,5</sup>

Atualmente, os tratamentos para o tabagismo disponíveis podem ser divididos em farmacológicos e psicológicos. As evidências mundiais sugerem que o tratamento com intervenções comportamentais combinado com farmacoterapia de primeira linha é o ideal, além de identificação de tabagistas e aconselhamento breve destes em todos os diferentes ambientes de saúde.<sup>6,7</sup>

A Saúde Baseada em Evidências (SBE) consiste em promover a resolução de questões e tomada de decisões em saúde utilizando-se de evidências científicas com maior qualidade possível, em conjunto com a experiência clínica individual, a fim de aprimorar todas as etapas da assistência prestada ao paciente.<sup>8,9</sup> As diretrizes clínicas fazem a análise dessas evidências disponíveis a fim de recomendar os tratamentos com melhor custo-benefício, mostrando-se de extrema importância para a otimização do cuidado ao paciente ao possuírem recomendações baseadas em evidências de maneira sintetizada.<sup>10</sup>

Essas diretrizes devem possuir validade científica, serem aplicáveis e confiáveis. Diversas organizações internacionais já formularam metodologias para o desenvolvimento de diretrizes clínicas em seus países; no entanto, muitas diretrizes encontradas na literatura ainda possuem uma baixa adesão nos princípios mais básicos para seu desenvolvimento, como análise de custo-benefício e descrição dos processos de identificação, seleção e análise das evidências.<sup>11,12,13</sup> Desta forma, mostra-se fundamental a análise da qualidade das diretrizes que serão utilizadas pelos profissionais e serviços de saúde a fim de garantir um padrão de qualidade adequado nas recomendações a serem seguidas.<sup>14</sup>

No Brasil, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Universal de Saúde (CONITEC) é responsável pela elaboração dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e auxilia o Ministério da Saúde (MS), através da análise da efetividade de novas tecnologias e custo-benefício, para incorporação de tecnologias em saúde no SUS, evidenciando-se a importância de diretrizes clínicas no âmbito da saúde pública no Brasil. As PCDTs desenvolvidas pela CONITEC geralmente possuem um maior rigor metodológico e normativas pré-estabelecidas.<sup>15</sup>

Isto posto, o presente artigo possui como objetivo a avaliação da estratégia metodológica utilizada em diretrizes clínicas voltadas para a cessação do tabagismo no âmbito nacional e internacional, com intenção de avaliar a conformidade com os padrões de qualidade esperados e julgar sua validação científica.

## **Métodos**

### 1. Identificação e seleção das diretrizes clínicas

A pesquisa das diretrizes clínicas (DC) em cessação do tabagismo foi feita entre outubro e novembro de 2019 em três diferentes bases de dados: Medline via PubMed (filtro: Guideline), Biblioteca Virtual de Saúde do Ministério da Saúde (filtro: Guia de Prática Clínica) e Scopus (filtro: Practice Guideline). Além disso, também foram feitas pesquisas em sites específicos de instituições e categorias em saúde, especificados nos resultados. Os artigos foram filtrados com base na linguagem (português, inglês e espanhol) e os descritores utilizados nas buscas foram “tobacco use disorder OR tobacco use cessation OR smoking cessation”.

Foram excluídos artigos com foco em prevenção de adolescentes e crianças; tratamento de pacientes com outras comorbidades secundárias ao tabagismo e programas restritivos para populações específicas ou em ambientes restritos. A avaliação dos resultados da busca e seleção das diretrizes clínicas foi feita por dois avaliadores independentes.

### 2. O instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation)

O AGREE II é um documento elaborado com objetivo de avaliar a qualidade metodológica e a transparência no desenvolvimento de diretrizes clínicas. Além disso, também é útil por fornecer uma base sobre como as diretrizes devem ser elaboradas e suas informações relatadas para garantir uma alta confiabilidade da pesquisa.<sup>14</sup> O AGREE II avalia principalmente os métodos utilizados pelas diretrizes e a qualidade do documento geral, com pouco foco no conteúdo clínico das recomendações.<sup>16</sup>

A primeira versão do AGREE foi feita por uma organização de pesquisadores, a AGREE Colaboration, em 2003 e revisado e atualizado em 2009. Os pesquisadores e desenvolvedores de diretrizes visam que os documentos precisam ser livres de viés e que suas recomendações sejam válidas e factíveis. Atualmente, estima-se que o AGREE II é o instrumento para avaliação de diretrizes clínicas mais utilizado mundialmente.<sup>14,17</sup>

A qualidade é avaliada seguindo seis domínios: escopo e finalidade, envolvimento das partes interessadas, rigor do desenvolvimento, clareza da apresentação, aplicabilidade e independência editorial.<sup>14,18</sup> Para cada item é dada uma nota de 1 a 7, sendo 1 “discordo totalmente” e 7 “concordo totalmente”. Os resultados são calculados em formato de porcentagem conforme cálculo presente no documento original.<sup>17,18</sup> Além disso, os pesquisadores avaliam se o uso da diretriz na prática é recomendado, não recomendado ou recomendado com modificações.<sup>14,17</sup>

### 3. Extração dos dados, gerenciamento e análise

O instrumento AGREE II recomenda que a avaliação seja feita por pelo menos dois pesquisadores, sendo preferencial que seja feito por quatro para aumentar a confiabilidade.<sup>14,18</sup> No presente estudo, quatro pesquisadores fizeram a avaliação das diretrizes. A avaliação foi feita de forma independente e cega entre os pesquisadores.

A fim de aumentar a confiabilidade no processo, foi realizada uma análise da concordância entre as avaliações dos pesquisadores, embora não seja exigido pelo documento original do AGREE II. Para tal, foi utilizado o teste Kappa, útil para classificar a confiabilidade e evitar a aleatoriedade nos resultados através de uma medida comparativa da concordância entre dois pesquisadores, obtendo um valor de 0 a 1. Nesta análise,

consideramos um valor de concordância moderada como o ideal ( $\kappa > 0,4$ ).<sup>19,20</sup> Para facilitar a análise pelo kappa, as notas de 1 e 2 no AGREE II foram consideradas “baixas”; 3, 4 e 5 foram consideradas “moderadas” e as notas 6 e 7 foram consideradas “altas”.

O presente artigo segue a metodologia realizada por outros autores<sup>19,40</sup> para recomendação de diretrizes, com foco no domínio “rigor do desenvolvimento”, visto que o instrumento AGREE II não possui um padrão para esta análise.<sup>14</sup> Assim, a diretriz foi considerada “recomendada” caso obtivesse uma pontuação maior que 50% no domínio rigor do desenvolvimento e em outros dois domínios; com 30% a 50% em rigor do desenvolvimento e mais que 50% em outros dois domínios, será considerada “recomendada, mas com modificações”; com menos de 30%, a diretriz será classificada como “não recomendada”.<sup>19</sup>

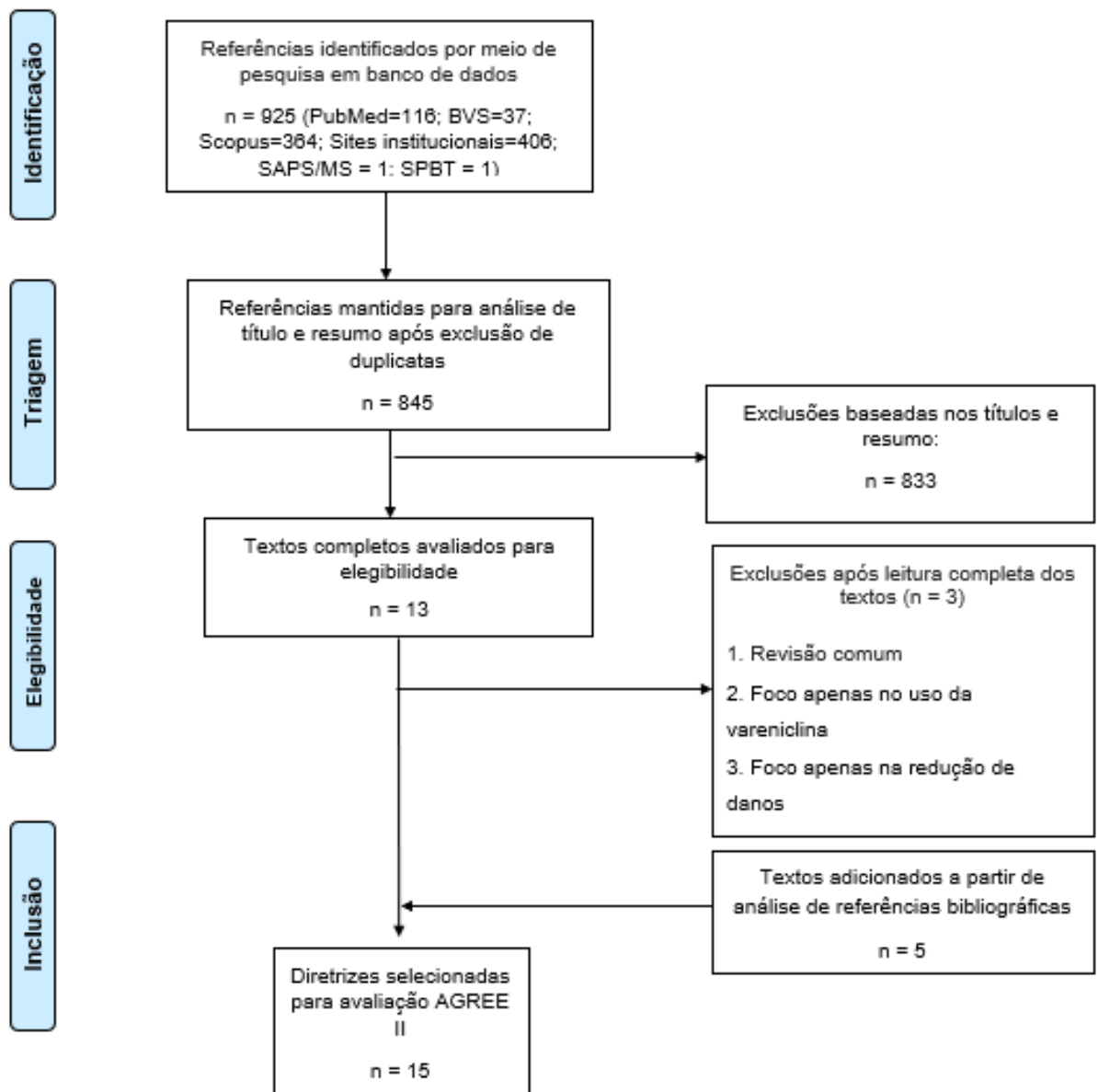
## **Resultados e discussão**

Nas bases de dados, foram encontrados um total de 517 resultados. Em sites de instituições específicas para diretrizes, foram encontrados resultados para a cessação do tabagismo nas buscas na *eGuidelines* (<https://www.mgp.co.uk/>), CADTH (*Canaan Agency for Drugs and Technologies in Health* - <http://www.cadth.ca>), AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality* - <https://www.ahrq.gov>) e NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence* - <https://www.nice.org.uk/>), totalizando 406 resultados. Foram adicionadas posteriormente duas diretrizes clínicas brasileiras, segundo conhecimento dos pesquisadores, retiradas do site da SAPS/MS (Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde - <https://aps.saude.gov.br/>) e da SBPT (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia - <https://sbpt.org.br/>). Posteriormente, foram adicionadas cinco diretrizes clínicas internacionais através de análise da referência bibliográfica utilizada pelo artigo de K.I Quintyne e P. Kavanagh sobre o tema Cessação do Tabagismo.<sup>7</sup> Após exclusão de duplicadas e de todas as etapas de seleção e avaliação das evidências, restaram 15 diretrizes para a análise final pelo AGREE II. (Figura 1)

Além das duas diretrizes brasileiras<sup>38,39</sup> incluídas posteriormente (DC 1 e 2), também foram encontradas três diretrizes norte-americanas<sup>25,30,36</sup>, duas diretrizes

asiáticas<sup>31,32</sup>, quatro diretrizes europeias<sup>27,34,35,37</sup>, uma diretriz africana<sup>26</sup>, mais uma diretriz sul-americana<sup>28</sup> e duas diretrizes oceânicas<sup>29,33</sup>. (Tabela 1). O kappa quadrático obtido após análise de concordância de todos os artigos foi de 0.4759, dispensando uma segunda avaliação.

**Figura 1.** Fluxograma com o processo de seleção das diretrizes



Por ser um transtorno que interage com muitas outras comorbidades, foi encontrada uma ampla gama de diretrizes paciente-específicas durante a busca. As mais vistas incluem diretrizes clínicas para o tratamento de câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doenças mentais severas, doenças cardiovasculares, gravidez e prevenção de



crianças e adolescentes. Além disso, notou-se a presença de diretrizes específicas para a área de oncologia e enfermagem quando se tratava de pacientes idosos. Para este estudo, as diretrizes selecionadas possuem foco maior no tratamento de adultos, como definido nos critérios de exclusão, sendo que uma delas também apresenta uma sessão de recomendações para mulheres grávidas.

**Tabela 1.** Diretrizes Clínicas para Cessação do Tabagismo selecionadas para avaliação.

	<b>Diretriz Clínica</b>	<b>País de Origem</b>	<b>Grupo/Organização Responsável</b>
<b>DC 1</b>	<a href="#">Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: O cuidado da pessoa tabagista</a>	Brasil	Ministério da Saúde (MS)
<b>DC 2</b>	<a href="#">Diretrizes para cessação do tabagismo</a>	Brasil	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT)
<b>DC 3</b>	<a href="#">Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo em España</a>	Espanha	Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT)
<b>DC 4</b>	<a href="#">Guias de pratica clinica para el tratamiento de tabaquismo. Chile 2017</a>	Chile	Chilean Society of Respiratory Diseases (CSRD) e Chilean Societies of Cardiology and Endocrinology (CSCE)
<b>DC 5</b>	<a href="#">The New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking</a>	Nova Zelândia	National Institute for Health Innovation (NIHI)
<b>DC 6</b>	<a href="#">Stop smoking interventions and services</a>	Inglaterra	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)

<b>DC 7</b>	<a href="#">Smoking: supporting people to stop</a>	Inglaterra	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)
<b>DC 8</b>	<a href="#">Supporting smoking cessation</a>	Austrália	Royal Australian College of General Practitioners (RACGP)
<b>DC 9</b>	<a href="#">Treating Tobacco Use and Dependence</a>	Estados Unidos da América	U.S Department of Health and Human Services – Public Health Service (PHS)
<b>DC 10</b>	<a href="#">Guidelines for Smoking Cessation</a>	Japão	Japanese Circulation Society (JCS)
<b>DC 11</b>	<a href="#">Guidelines for treating tobacco dependence</a>	Europa	European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP)
<b>DC 12</b>	<a href="#">Tobacco Dependence Treatment Guidelines</a>	Índia	National Tobacco Control Program (NTCP)
<b>DC 13</b>	<a href="#">Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guidelines</a>	Canadá	Canadian Action Network for the Advancement, Dissemination and Adoption of Practice-informed Tobacco Treatment (CANADAPTT)

<b>DC 14</b>	<a href="#">Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S Preventive Services Task Force Recommendation Statement</a>	Estados Unidos da América	U.S Preventive Services Task Force (USPSTF)
<b>DC 15</b>	<a href="#">South African tobacco smoking cessation clinical practice guideline</a>	África do Sul	South African Thoracic Society (SATS)

### Recomendações

Todas as diretrizes ressaltam a importância de, pelo menos, um aconselhamento breve para todos os pacientes tabagistas presentes no serviço de saúde. Também é recomendado a realização de medidas motivacionais, sendo que 11 diretrizes recomendam a entrevista motivacional, e, então, assistência no tratamento farmacológico e/ou comportamental.

Quanto à forma de entrega da terapia não farmacológica (Tabela 2), o aconselhamento individual presencial é o mais recomendado, seguido da terapia em grupo e por telefone, recomendadas por 10 das diretrizes internacionais (77%) e pelas duas diretrizes nacionais. Materiais de auto ajuda estão em 6 diretrizes internacionais (46%) e nas duas nacionais. Já o aconselhamento via-internet é recomendado por apenas quatro diretrizes internacionais (30%) e por uma diretriz nacional. As DCs 2 e 11 apontam uma falta de embasamento científico para a recomendação desta intervenção. Em relação às terapias com menor embasamento científico, a hipnoterapia e a acupuntura são as intervenções mais mencionadas, estando em cinco diretrizes internacionais e uma nacional, seguida da terapia aversiva, em três diretrizes e a lobelina, em duas diretrizes. Tanto nas diretrizes internacionais quanto na nacional, estas intervenções são apontadas com pouco embasamento científico para sua recomendação.

Percebe-se que as recomendações não farmacológicas em relação à entrega do aconselhamento são inconsistentes entre todos os estudos, nacionais ou internacionais. O aconselhamento individual presencial é recomendado em todas as diretrizes, porém outras formas de entrega como terapia em grupo, aconselhamento por telefone, via internet ou com materiais educativos variam nos diferentes protocolos.

**Tabela 2.** Recomendações de tratamento não-farmacológico.

	Entrevista Motivacional	Conselho breve	Aconselhamento					
			Individual	Em grupo	Materiais de autoajuda	Via telefone	Via internet	TCC
DC 1	X	X	X	X	X	X	X	
DC 2	X	X	X	X	X	X	X*	
DC 3	X	X	X	X	X	X	X	X
DC 4		X	X			X		
DC 5		X	X	X		X		
DC 6		X	X	X				X
DC 7	X	X	X	X				X
DC 8	X	X	X	X	X	X	X	
DC 9	X	X	X	X		X		

<b>DC 10</b>	X	X	X	X	X	X		
<b>DC 11</b>	X	X	X	X	X	X	X*	X
<b>DC 12</b>	X	X	X					
<b>DC 13</b>	X	X	X	X	X	X	X	
<b>DC 14</b>		X	X	X	X	X		
<b>DC 15</b>	X	X	X	X		X	X	

TCC: Terapia Cognitivo-Comportamental. X\*: diretriz indica a falta de evidências.

Quanto ao tratamento farmacológico (Tabela 3), todas as diretrizes recomendam o uso de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) como tratamento de primeira linha, com exceção da diretriz canadense (DC 13) que, embora evidencie a efetividade da terapia combinada, não faz recomendações específicas de medicamentos. A vareniclina também é citada em todas essas as diretrizes, menos na do MS (DC 1), mas isto pode ser justificado pelo fato de o documento estar voltado para a atuação do profissional na Atenção Básica do Sistema Universal de Saúde (SUS), onde a vareniclina não é considerada um medicamento essencial<sup>21</sup>, ou seja, não está disponível para uso nesta realidade. Porém, essas recomendações da MS seguem um documento de 2001<sup>22</sup>, um consenso com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) para a abordagem do paciente tabagista.

Já a bupropiona é recomendada pelas diretrizes nacionais e internacionais, exceto na diretriz do Japão (DC 10), país onde a bupropiona não está disponível. Os tratamentos farmacológicos de segunda linha são pouco citados no geral. A nortriptilina e a clonidina são recomendadas por quatro diretrizes internacionais, já a diretriz do MS não faz recomendações de tratamentos de segunda linha.

A grande maioria das diretrizes internacionais (85%) recomenda a combinação do tratamento farmacológico e da abordagem comportamental em sessões de aconselhamento com o profissional de saúde, porém ressaltando que, apesar de ambas as intervenções serem efetivas sozinhas, a combinação possui uma efetividade maior que qualquer tratamento isolado. Sendo assim, a recomendação geral é que a escolha do tratamento seja feita principalmente pela preferência do paciente e, conforme o caso, pelas tentativas prévias do mesmo.

Das diretrizes brasileiras, a MS recomenda a abordagem cognitivo-comportamental como alicerce do tratamento<sup>38</sup>, bem como a diretriz da SBPT indica métodos baseados na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) como tal<sup>39</sup>. Embora o MS recomende o tratamento combinado, em ambas as diretrizes a terapia farmacológica é apresentada como apoio secundário, sendo que a SBPT a recomenda apenas após a falha da TCC sozinha e em casos de alta dependência. Também neste tópico, apenas quatro diretrizes internacionais (30%) citam a TCC, abordando-a apenas como uma opção dentro do tratamento comportamental intensivo.

Conclui-se que, apesar da base do tratamento ser a mesma em todas as diretrizes, os protocolos brasileiros parecem dar uma importância maior aos tratamentos não farmacológicos para o tabagismo, quando os protocolos internacionais sugerem que a terapia combinada sempre traz melhores benefícios para o paciente. A abordagem da terapia não farmacológica como indispensável no tratamento do tabagista pode afetar o acesso e adesão do paciente, dado que a preferência do mesmo pode ser pelo tratamento farmacológico isolado.

**Tabela 3.** Recomendações de Tratamento Farmacológico.

	TRN	Bupropiona	Vareniclina	Nortriptilina	Clonidina	Terapia Comportamental + Farmacológica
DC	X	X				X
1						

<b>DC</b> <b>2</b>	X	X	X	X	X	
<b>DC</b> <b>3</b>	X	X	X	X	X	
<b>DC</b> <b>4</b>	X	X	X			X
<b>DC</b> <b>5</b>	X	X	X		X	X
<b>DC</b> <b>6</b>	X	X	X			X
<b>DC</b> <b>7</b>	X	X	X			X
<b>DC</b> <b>8</b>	X	X	X			X
<b>DC</b> <b>9</b>	X	X	X	X	X	X
<b>DC</b> <b>10</b>	X		X			X
<b>DC</b> <b>11</b>	X	X	X	X	X	X
<b>DC</b> <b>12</b>	X	X	X			X
<b>DC</b> <b>13</b>						X
<b>DC</b> <b>14</b>	X	X	X			X

<b>DC</b>	X	X	X	X		
<b>15</b>						

TRN: Terapia de Reposição de Nicotina.

### **Avaliação pelo Instrumento AGREE II**

#### **Escopo e finalidade:**

Este domínio avalia se o objetivo da diretriz, as questões de saúde e a população alvo estão bem delineadas no documento.<sup>14</sup> Foi o domínio que obteve as maiores pontuações, sendo a pontuação média de 85,2%; também apresentou pouca variação nas notas, indo de 67% (DC 3) até 99% (DC 4). A maioria das diretrizes descrevem bem seus objetivos e população alvo. A DC 4 apresenta vantagem especialmente em seu delineamento das questões em saúde abordadas.

**Tabela 4.** Pontuações para cada domínio do instrumento AGREE II.

<b>Diretriz</b>	<b>Escopo e Finalidade</b>	<b>Envolvimento das partes interessadas</b>	<b>Rigor do desenvolvimento</b>	<b>Clareza da apresentação</b>	<b>Aplicabilidade</b>	<b>Independência editorial</b>
<b>DC 1</b>	78%	53%	20%	72%	25%	10%
<b>DC 2</b>	85%	71%	48%	85%	29%	27%
<b>DC 3</b>	67%	51%	22%	58%	30%	56%
<b>DC 4</b>	99%	74%	73%	94%	42%	90%
<b>DC 5</b>	75%	56%	54%	81%	47%	46%
<b>DC 6</b>	90%	89%	81%	92%	70%	71%
<b>DC 7</b>	93%	79%	58%	86%	40%	79%
<b>DC 8</b>	94%	89%	63%	89%	28%	79%
<b>DC 9</b>	97%	94%	90%	93%	60%	60%
<b>DC 10</b>	71%	46%	29%	78%	32%	2%
<b>DC 11</b>	75%	56%	45%	83%	60%	85%
<b>DC 12</b>	78%	61%	21%	67%	10%	2%
<b>DC 13</b>	96%	76%	88%	89%	43%	98%



<b>DC 14</b>	92%	67%	34%	86%	28%	75%
<b>DC 15</b>	88%	49%	27%	83%	34%	85%

#### **Envolvimento das partes interessadas:**

Este domínio avalia a composição do grupo de pesquisadores envolvidos na redação da diretriz, além de se esta representa adequadamente os usuários a quem se destina.<sup>14</sup> A pontuação média foi de 67,4% com variações de 49% (DC 2) até 94% (DC 9). A grande maioria das diretrizes informa as instituições e localidades dos membros envolvidos na elaboração, porém nenhuma detalha o papel do membro na diretriz. As DC 5, DC 9 e DC 13 especificam os diferentes comitês formados. O MS, apesar de diferenciar os autores, revisores e editores, não especifica as especializações, instituições e localidades dos membros. Apenas o NICE (DC 6 e 7) e o PHS (DC 9) envolveram especialistas em metodologia, incluindo analistas, estatísticos e epidemiologistas.

#### **Rigor do desenvolvimento:**

Este item leva em consideração todo o processo de busca, análise e utilização das evidências científicas, desde a formulação das recomendações até a atualização das mesmas.<sup>14</sup> O rigor no desenvolvimento é o segundo domínio com menor desempenho entre as diretrizes, possuindo uma média de pontuação de 50%. A diretriz do MS (DC 1) obteve a nota mais baixa, de apenas 20%, e a diretriz do PHS (DC 9) obteve a maior pontuação, 90%. A DC 4, DC 5, DC 6, DC 7, DC 9 e DC 13 utilizaram métodos sistemáticos e os descreveram; a DC 14 baseou suas recomendações em uma revisão sistemática feita previamente pelo mesmo grupo. A DC 8, apesar de não descrever claramente os métodos de busca e análise das evidências, possui um bom delineamento para formulação das recomendações e evidências de suporte. Já a SBPT (DC 2) menciona a utilização de método sistemático para busca e análise das evidências, porém não há critérios e descrições claras sobre. As diretrizes descrevem pouco sobre métodos para revisão externa e atualização do documento.

Diversos autores<sup>7,19,23</sup> concordam que o domínio “rigor do desenvolvimento” pode ser considerado aquele com maior impacto na qualidade geral da diretriz. De fato, uma metodologia falha compromete a qualidade geral das recomendações. Além de ser o domínio com a segunda menor pontuação, a diretriz do MS apresentou a menor média entre todas as diretrizes analisadas, com apenas 20%. Além de não haver nenhuma menção quanto à métodos sistemáticos utilizados para seleção de evidências, a diretriz utiliza um documento elaborado em 2001<sup>22</sup> para as recomendações farmacológicas, evidenciando-se o uso de uma bibliografia desatualizada, o que confirma a falta de métodos sistemáticos e seleção de evidências de boa qualidade para a elaboração da diretriz.

A SBPT menciona a utilização de um método de análise baseada em evidências, porém não descreve os critérios claramente utilizados na seleção da bibliografia utilizada. As recomendações são niveladas seguindo o nível de evidência e o grau de recomendação, porém de forma inconsistente, além de não ser possível estabelecer uma relação clara entre todas as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.

#### **Clareza da apresentação:**

Este domínio diz respeito à linguagem, nitidez e estrutura da diretriz.<sup>14</sup> Também obteve uma alta média de pontuação de 82,4%. As variações foram de 58% (DC 3) até 94% (DC 4). A maioria das diretrizes apresentam quadros sintéticos e algoritmos de tratamento para identificação de recomendações chave, além de recomendações bem delineadas.

#### **Aplicabilidade:**

Este domínio aborda a implementação da diretriz, incluindo abordagem de barreiras, facilitadores, estratégias para uso e análises de recursos necessários para a execução da diretriz na prática.<sup>14</sup> Trata-se do domínio com a menor pontuação entre as diretrizes, obtendo uma média de apenas 38,5%. As notas variaram de 10% (DC 12) até 70% (DC 6), com apenas 3 diretrizes pontuando acima de 50%. O NICE provê diversas

ferramentas em seu site, úteis tanto para o profissional quanto textos de informação para o público. Apenas o NICE e o PHS provêm análises e estudos de custo-efetividade.

### **Independência editorial:**

Este domínio aborda a presença de viés na diretriz, avaliando se a esta abordou a questão de financiamento e de conflitos de interesses entre os formuladores.<sup>14</sup> A pontuação média neste domínio foi de 57,6%. A variação de notas foi a maior observada entre os domínios, com porcentagens de 2% (DC 10 e 12) até 98% (DC 13). Os textos sobre financiamento nas diretrizes são escassos, sendo que nenhuma provê informações detalhadas. A maioria das diretrizes apresenta declaração de conflito de interesse, sendo que apenas as diretrizes asiáticas e as brasileiras apresentaram pontuação muito baixa nesse domínio. A falta de declaração de conflitos de interesses e informações sobre financiamento de um documento pode levar à enviesamento do conteúdo do texto, levando à uma falta de confiabilidade nas recomendações.<sup>24</sup>

Na diretriz do MS, apesar de ser subentendido que o financiamento foi governamental, não há nenhuma menção tanto à influência tanto do órgão financiador sobre o conteúdo quanto à possíveis conflitos de interesse dos autores do texto.

### **Avaliação geral das diretrizes pelo Instrumento AGREE II**

Segundo os critérios adotados, quase metade das diretrizes clínicas foram consideradas recomendadas. As DC 2, DC 11 e DC 14 foram consideradas “recomendada, mas com modificações”. Já as DC 1, DC 3, DC 10, DC 12 e DC 15 foram consideradas não recomendadas.

A “aplicabilidade” mostrou-se como o domínio com menor pontuação média, seguida do “rigor do desenvolvimento”. O domínio de independência editorial apresentou a maior variação de nota entre as diretrizes. Dentre as diretrizes, 7 demonstraram uso de métodos sistemáticos para elaboração das recomendações, atingindo um rigor metodológico aceitável e apenas duas diretrizes apresentaram análise de recursos para implementação das recomendações; a maioria das diretrizes apresenta declaração de conflito de interesses, mas nenhuma detalhou informações de financiamento.

A DC 2 não apresentou a menor pontuação em nenhum dos domínios, mas nenhuma das diretrizes brasileiras obteve a maior pontuação em nenhum domínio. Também, nenhuma diretriz brasileira foi considerada recomendada segundo os critérios estabelecidos. A diretriz da SBPT, mesmo considerada “recomendada, mas com modificações”, já pode ser considerada ultrapassada, por ter sido divulgada há mais de 10 anos; este documento, apesar de mencionar o uso de métodos sistemáticos, falhou em descrever claramente quais os critérios utilizados nesta pesquisa e quais evidências dão suporte às recomendações abordadas. A DC 1 apresentou a menor pontuação apenas em um domínio – rigor do desenvolvimento; no entanto, um mal desempenho neste domínio é considerado especialmente preocupante, dado que é muito abordado como o principal indicador de qualidade da diretriz.<sup>23</sup>

## **Conclusão**

As recomendações para o tratamento do tabagismo parecem estar bem delineadas no aspecto mundial. Todas as diretrizes apontam a importância de sessões de acompanhamento, com ou sem apoio medicamentoso; o tratamento farmacológico mais indicado foi a TRN, seguido da vareniclina e bupropiona. As diretrizes brasileiras não se distanciam muito das internacionais neste quesito, exceto pela importância dada à terapia não-farmacológica como alicerce do tratamento.

No entanto, como especificado anteriormente, é importante a análise da qualidade das diretrizes a fim de medir a validade e a qualidade científica de suas recomendações. Quase metade das diretrizes (46%) apresentou um bom delineamento metodológico, explicitando um forte padrão de qualidade para desenvolvimento de diretrizes para o tabagismo. Em contrapartida, uma diretriz brasileira apresentou um delineamento mediano e outra obteve o pior desempenho neste domínio. Ademais, as diretrizes brasileiras, juntamente com as asiáticas, foram as únicas com um desempenho baixo em “independência editorial”. A baixa pontuação dos documentos brasileiros na “aplicabilidade” não parece significativamente divergente do restante das diretrizes, no

entanto, o baixo rigor metodológico destas e falta de transparência podem comprometer a qualidade e a confiabilidade das recomendações.<sup>21,26</sup>

Dado que quase metade das diretrizes foram consideradas recomendadas, é possível dizer que as diretrizes brasileiras se encontram abaixo do nível de qualidade observado na maioria dos países para o tratamento do tabagismo. A fim de aproximá-las do padrão observado no âmbito internacional, é necessário o desenvolvimento de diretrizes com maior foco nos princípios da SBE, objetivando entregar recomendações cientificamente comprovadas e atualizadas para a cessação do tabagismo, contextualizando-as à realidade nacional.

Além de maior atenção para recursos voltados à uma pesquisa sistemática e seleção eficiente da literatura, é importante que as diretrizes nacionais utilizem ferramentas a fim de garantir a qualidade tanto metodológica quanto das recomendações, como o próprio AGREE II ou sistemas de classificação do nível de evidência, como o GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) ou CEBM (*Oxford Centre for Evidence-Based Medicine*).

Este estudo apresenta algumas limitações em sua metodologia. A postagem de diretrizes, em sua grande maioria, é feita através de sites institucionais e governamentais específicos. Sendo assim, é correto assumir que certas diretrizes podem ter sido ignoradas pela análise devido à falta de conhecimento do autor sobre tais bases de dados. Este problema se reflete principalmente na análise das diretrizes brasileiras. Não foi encontrado nenhum documento brasileiro através da pesquisa nas diferentes bases utilizadas.

### **Referências bibliográficas**

1. Hernandez F, Rahaghi FF. Abandono do hábito de fumar. BMJ Best Pract [Internet]. Published 2018 [acesso em Mar 2020]. Disponível em: <http://brasil.bestpractice.bmj.com/bestpractice/monograph/411/basics/epidemiology.html>

2. Lande GR. Nicotine Addiction. Emedicine Medscape [Internet]. Published July 16, 2018 [acesso em Mar 2020]. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/287555-print>
3. IBGE. Pesquisa nacional de saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas [Internet]. Vol. 39, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2209. Rio de Janeiro; 2014. 174 p. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>
4. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2018: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquerito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 132 p. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2011\\_fatores\\_risco\\_doencas\\_cr\\_onicas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cr_onicas.pdf)
5. Rigotti NA. Benefits and risks of smoking cessation. In: Ted W. Post, editor. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2019 [acesso em Mar 2020]. Disponível em: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 6- García-Gomez L, Hernández-Pérez A, Noé-Díaz V, Riesco-Miranda JA, Jiménez-Ruiz C. Smoking Cessation Treatments: Current Psychological and Pharmacological Options. Rev Invest Clin. 2019;71(7):7-16. Available from: [https://www.clinicalandtranslationalinvestigation.com/frame\\_esp.php?id=198](https://www.clinicalandtranslationalinvestigation.com/frame_esp.php?id=198)
- 7- Quinyne KI, Kavanagh P. Appraisal of International Guidelines on Smoking Cessation using the AGREE II Assessment Tool. Irish Medical Journal. 2019;112(2):867.
8. Toklu H. Promoting evidence-based practice in pharmacies. Integr Pharm Res Pract. 2015;4:127–31.

9. Galvão CM, Sawada NO, Rossi LA. A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO NA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA. 2002;10(5):690–5.
10. Brasil. Diretrizes Metodológicas: Elaboração de Diretrizes Clínicas. Brasília; 2016.
11. Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are Guidelines Following Guidelines? Am Med Assoc. 1999;281(20):1900–5.
12. Cluzeau F, Burgers J, Brouwers M, Grol R, Mäkelä M, Littlejohns P, et al. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: The AGREE project. Qual Saf Heal Care. 2003;12(1):18–23.
13. Ribeiro RC. Diretrizes clínicas: como avaliar a qualidade. Rev Bras Clínica Médica. 2010;8(4):350–5.
14. AGREE Next Steps Consortium (2009). The AGREE II Instrument [versão eletrônica]. Acesso em <20/06/2020> de <http://www.agreetrust.org>.
- 15- Colpani V, Kowalski SC, Stein AT et al. Clinical Practice Guidelines in Brazil – developing a national programme. Health Research Policy and Systems. 2020;18(69):1-6
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 108 p.
17. Hoffmann-Eßer W, Siering U, Neugebauer EAM, Brockhaus AC, Lampert U, Eikermann M. Guideline appraisal with AGREE II: Systematic review of the current evidence

on how users handle the 2 overall assessments. PLoS One [Internet]. 2017;12(3):1–15.

Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0174831>

18. Govender P. AGREE-II appraisal of a clinical algorithm for hypotonia assessment. Afr Health Sci. 2018;18(3):790–8.

19- Santana RS, Lupatini EO, Zanghelini F, Ronsoni RM et al. The different clinical guideline standards in Brazil: High cost treatment diseases versus poverty -related diseases. PLoS One. 2017;13(10):1-12.

20- Sim J, Wright CC. The Kappa Statistic in Reliability Studies: Use, Interpretations and Sample Size Requirements. Physical Therapy. 2005;85(3):257-268

21- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : Rename 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 217 p.

22- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001 38p.

il

23- Alonso-Coello P, Irfan A, Solà I et al. The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies. Quality and Safety in Health Care. 2010;19(58):1-7.

24- Bekelman JE, MPhil YL, Gross CP. Scope and Impact of Financial Conflicts of Interest in Biomedical Research. JAMA Network Open. 2003;289(4):454-465



- 25- Siu AL. Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2015;622–34. DOI: 10.7326/M15-2023
- 26- van Zyl-Smit RN, Allwood B, Stickells D, Symons G, Abdool-Gaffar S, Murphy K, et al. South African tobacco smoking cessation clinical practice guideline. *South African Med J.* 2013;103(11):869–76. DOI: 10.7196/SAMJ.7484
- 27- Guillem FC, González-Gallarza RD, Jiménez LC, Muñoz JLDM, Polo AL, Ogué MCP. Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. *Med Clin (Barc).* 2013;140(6).
- 28- Covarlán MP, Véjar L, Bambs C, Pavié J, Zagolin M, Cerda J. Guías de Prática Clínica para el Tratamiento del Tabaquismo, Chile 2017. *Rev Med Chile,* 2017;145:1371-1479.
- 29- The Royal Australian College of General Practitioners (RACGP). Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. 2ed. East Melbourne, Vic: RACGP, 2019. 86p
- 30- CAN-ADAPTT. Canadian Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. Toronto, Canada: Canadian Action Network for the Advancement Dissemination and adoption of Practice-informed Tobacco Treatment, Centre for Addiction and Mental Health. 2011:52p
- 31- National Tobacco Control Programme (NTCP) Tobacco Dependence Treatment Guideline. India, New Delhi: Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare. 2011:22p.
- 32- Murohara T. Guidelines for Smoking Cessation. *Official Journal of the Japanese Circulation Society (JCS),* 2012,76:1024-1043.

- 33- Ministry of Health. The New Zealand Guidelines for Helping People to Stop Smoking. Wellington: Ministry of Health, 2014.
- 34- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Smoking: supporting people to stop (NICE Quality Standard No. 43) [publicado em 28 ago 2013; acesso em Mar 2020] Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs43>
- 35- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stop smoking interventions and services (NICE Guideline No. 92) [publicado em 28 mar 2018; acesso em Mar 2020] Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng92>
- 36- Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al; U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Clinical practice guideline: Treating tobacco use and dependence: 2008 update.
- 37- European Network for Smoking and Tobacco Prevention. Guidelines for treating tobacco dependence. Brussels, Belgium: ENSP, 2016.
- 38- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saude, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em Mar 2020]. 154 p. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_40.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf)
- 39- Reichert J, Araújo AJ, Gonçalves CMC, Godoy I, Chatkin JM, Sales MPU, Santo SRRAS. Diretrizes para cessação do tabagismo. J Bras Pneumol. 2008;34(10):845-880.
- 40- Molino C de GRC, Romano-Lieber NS, Ribeiro E, de Melo DO. Non-Communicable Disease Clinical Practice Guidelines in Brazil: A Systematic Assessment of Methodological Quality and Transparency. Gan SH, editor. PLoS One. 2016; 11(11):e0166367.

---

Capítulo II - Proposta de diretriz  
clínica para o Cuidado  
Farmacêutico na

# CESSAÇÃO DO TABAGISMO

---

## CAPÍTULO II – PROPOSTA DE DIRETRIZ CLÍNICA PARA O CUIDADO FARMACÊUTICO NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO

### 1. Breve descrição do transtorno e principais queixas

O tabagismo pode ser definido como o uso de tabaco, fumado ou não fumado, muitas vezes levando à dependência física e psicológica da nicotina. Pode ser de uso ativo, quando o próprio usuário utiliza o tabaco, ou passivo, com a exposição ambiental à fumaça.<sup>1, 2, 3</sup>

A dependência física caracteriza-se pelos efeitos da tolerância à nicotina e sintomas de abstinência na cessação do uso. Já a dependência psicológica se dá devido às sensações de bem-estar, melhora do desempenho cognitivo, além de fatores ambientais e sociais que condicionam o uso do tabaco.<sup>2, 3</sup>

O tabaco fumado inclui o uso de cachimbos, charutos, cigarros de palha, narguilé e, principalmente, o cigarro industrializado. Os usos de tabaco não fumado mais comuns são o rapé e o tabaco mascado.<sup>2</sup> (Figura 1) É importante salientar que o tabaco não fumado também apresenta risco de dependência e potenciais riscos para a saúde, como diversos tipos de câncer, doença periodontal, doenças cerebrovasculares, doenças cardíacas e morte prematura.<sup>4, 5</sup>

O tabagismo é a maior causa de morte prevenível no mundo.<sup>6, 7</sup> Está relacionado com doenças cardíacas, é a principal causa de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e diversos tipos de câncer, além de causar prejuízos socioeconômicos para o indivíduo e para o Estado.<sup>1, 2, 6, 7</sup>

No sistema cardiovascular, o tabaco pode levar à vasoconstrição coronariana, hipercoagulação e dislipidemia, além de progressão da aterosclerose e aumento da incidência de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Também, por seu efeito na diminuição da sensibilidade à insulina, a nicotina pode fazer com que tabagistas adquiram diabetes mellitus tipo 2 após um uso prolongado do tabaco além de aumentar o risco de complicações micro e macroangiopáticas.<sup>4, 8</sup>

Figura 1. Diferentes formas de uso do tabaco.<sup>4,5</sup>

## USO DO TABACO

### CACHIMBROS E CHARUTOS



POSSUEM MAIS NICOTINA E SUA FUMAÇA POSSUI SUBSTÂNCIAS CARCINOGENICAS E POLUENTES EM MAIOR PROPORÇÃO QUE DO CIGARRO. A PREVALÊNCIA DO USO ESTÁ DIMINUINDO MUNDIALMENTE.

### RAPE



FORMA DE TABACO NÃO FUMADO QUE CONSISTE NO TABACO MOÍDO E SECO, SENDO SEU USO FEITO PELA INALAÇÃO E ABSORÇÃO PELA MUCOSA NASAL.

### NARGUILÉ



O USO DO NARGUILÉ ESTÁ CRESCENTE ENTRE OS JOVENS. SUA FUMAÇA POSSUI MAIS MONÓXIDO DE CARBONO QUE A DO CIGARRO E A EXPOSIÇÃO A ESTA COSTUMA SER POR UM PERÍODO MAIS PROLONGADO, EM SESSÕES DE 20-80 MINUTOS

### TABACO MASCADO



UM DOS USOS MAIS ANTIGOS DO TABACO, TENDO AINDA UMA PREVALÊNCIA MAIOR NO AMBIENTE RURAL. HOJE EM DIA PODE SER PREPARADA DE DIVERSAS FORMAS ASSIM COMO PODE TER A ADIÇÃO DE DIFERENTES SABORES.

O hábito de fumar também está relacionado com o aumento do risco de desenvolver diversas doenças infecciosas, como tuberculose, pneumonia pneumocócica, Influenza, resfriados e infecções pela *Helicobacter pylori*.<sup>9</sup>

Outros prejuízos relacionados com o tabaco incluem a perda de massa óssea, podendo levar à osteoporose e fraturas, complicações na gravidez e outros transtornos reprodutivos, como disfunção erétil, menopausa prematura e perda da fertilidade, doença periodontal, complicações pós-operatórias e falência renal.<sup>8,9</sup> Além disso, o hábito de fumar também está relacionado com o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, como depressão, ansiedade, déficit de atenção e hiperatividade, pensamentos suicidas e abuso de outras substâncias.<sup>1, 7, 10</sup>

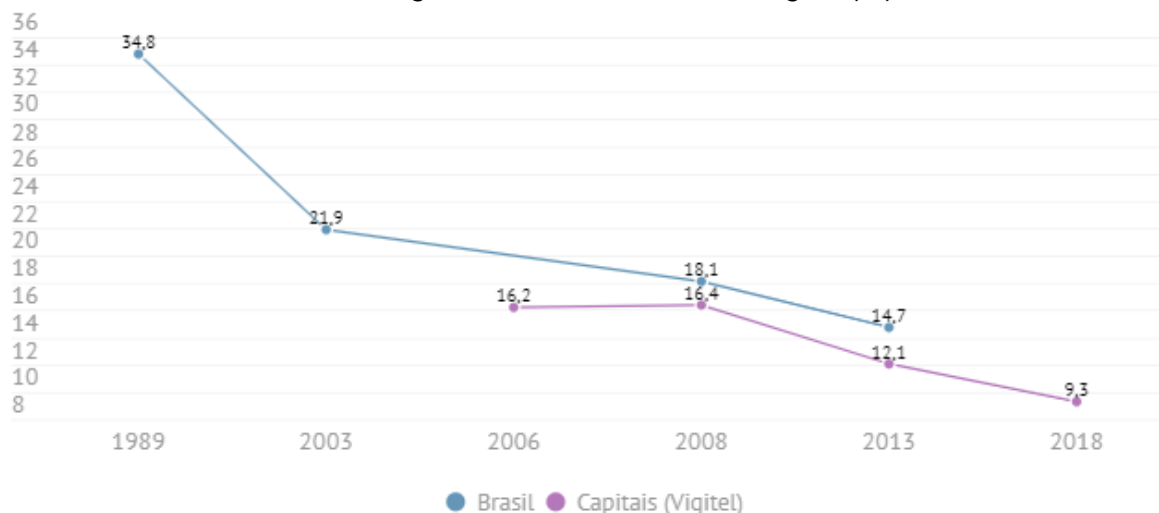
Estima-se que pelo menos metade dos tabagistas irão morrer por alguma doença relacionada ao tabaco.<sup>9</sup> A cessação do tabagismo pode levar à redução da mortalidade mesmo depois do desenvolvimento de doenças relacionadas ao tabagismo e possui benefícios para aqueles que desejam parar de fumar em qualquer idade, mesmo após os 80 anos.<sup>9</sup> O fim do hábito de fumar reduz em até 90% os riscos de câncer de pulmão após 10 anos da cessação e diminui até metade do risco de doenças cardiovasculares após 1 ano, independentemente da idade do paciente.<sup>2, 6</sup>

Mundialmente, há aproximadamente 1,2 bilhões de fumantes.<sup>7, 11</sup> Em 1989, a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) mostrou uma prevalência de fumantes no Brasil de 34,8%.<sup>12</sup> Dados do Global Adult Tobacco Survey (GATS) de 2003 mostram uma prevalência de 21,9% (24,8 milhões de fumantes); já em 2008, essa prevalência era de 18,1% (24 milhões de fumantes) em indivíduos de 18 anos ou mais nas áreas urbanas e rurais no país.<sup>11</sup> Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostrou uma quantidade de 14,7% de fumantes no Brasil.<sup>9</sup> Entre 1989 e 2010, observou-se uma diminuição do percentual de fumantes no Brasil em 46%.<sup>12</sup>

Também de acordo com a PNS de 2013, a região com menor prevalência do uso de tabaco entre adultos é o Norte, com 13,4%; em contrapartida, o Sul possui a maior prevalência, com 16,1% de tabagistas. No Nordeste, havia 14,7% de tabagistas; no Sudoeste, 15,1% e, no Centro-Oeste, 13,9%. Também pontua o tabagismo como mais presente na população rural, em homens e em pessoas com menor escolaridade.<sup>13</sup>

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) também realiza o monitoramento dos números de tabagismo nas 26 capitais brasileiras através de ligações telefônicas desde 2006. Nesta data, a Vigitel apontava um percentual de 16,2% de fumantes com 18 anos ou mais; já em 2018, este número caiu para 9,3%.<sup>12,14</sup>

**Gráfico 1.** Prevalência do Tabagismo no Brasil em Porcentagem (%)<sup>11,12,13,14</sup>



Com estes dados, é notável a diminuição da prevalência do tabagismo no país ao longo dos anos. Isso se dá, possivelmente, às ações macrorregulatórias do Estado em campanhas antitabaco pelas Políticas de Controle de Tabagismo, incluindo proibição de publicidades, advertências sobre os danos do tabagismo e aumento dos impostos.<sup>2, 8, 12</sup>

As farmácias comunitárias e o profissional farmacêutico se apresentam como uma oportunidade ideal para a promoção da saúde e prevenção de doenças devido ao seu contato amplo e acessível com pessoas tanto doentes quanto saudáveis. O treinamento de profissionais farmacêuticos na cessação do tabagismo está associado diretamente com o aumento das taxas de abstinência e um tratamento do tabagismo de forma mais efetiva. Sendo assim, o farmacêutico deve proativamente procurar oportunidades para promover a saúde mental e física dos pacientes, incluindo o aconselhamento e a educação dos pacientes tabagistas que forem identificados na farmácia, apoiando diretamente a diminuição da prevalência do tabagismo no país.<sup>15,16</sup>

Pacientes tabagistas no geral fazem tentativas para parar de fumar de forma desassistida. De acordo com um estudo de 2005 realizado nos Estados Unidos<sup>17</sup>, apenas 22,4% dos fumantes que tentaram a cessação obtiveram qualquer ajuda para parar de fumar, sendo que a maioria fez uso apenas dos medicamentos, sem aconselhamento comportamental. Segundo outro estudo<sup>18</sup>, estes pacientes possuem altos índices de recaída, sendo que em uma amostra de 135 fumantes, 62% voltaram a fumar em apenas 15 dias quando sem ajuda profissional e apenas 9% dos homens do estudo mantiveram a abstinência a longo prazo. Também já foi demonstrado<sup>19</sup> que as intervenções para a cessação do tabagismo realizadas por profissionais da saúde tendem a aumentar a satisfação do paciente em relação ao serviço fornecido. Conclui-se que o farmacêutico pode fazer uma diferença para a saúde do paciente mesmo com intervenções mínimas no hábito de fumar e o oferecimento desse serviço é altamente aceito pelos pacientes no geral.<sup>19,20</sup>

Um programa de cuidado farmacêutico no tabagismo realizado em Portugal<sup>21</sup> incluiu sete farmácias comunitárias e foi regido por um farmacêutico externo treinado para atendimento na cessação do tabagismo. Neste programa, os farmacêuticos e funcionários identificavam pacientes dispostos a participar de uma consulta farmacêutica, onde era feita a anamnese completa e elaboração de um plano terapêutico para a cessação com intervenções farmacológicas e não-farmacológicas, além de encaminhamentos quando necessário. O acompanhamento era feito tanto presencial quanto por telefone até a abstinência do uso do tabaco. Após seis meses de programa, 34,8% dos pacientes haviam atingido a abstinência, mostrando o potencial positivo na implementação de programas de cessação do tabagismo em farmácias comunitárias.

Outro programa semelhante feito em uma farmácia na Murcia, Espanha<sup>22</sup> também apresentou resultados satisfatórios com uma metodologia semelhante. O estudo também foi feito apenas com adultos, os quais foram convidados a participar do programa dado seu interesse em parar de fumar. Em uma amostra de 23 pacientes, 47,83% atingiram a



abstinência após 6 meses. O cuidado farmacêutico foi apontado como a principal causador do sucesso na terapia, dado o cuidado ativo e contínuo do farmacêutico.

Devido à maior prevalência de uso do tabaco fumado no Brasil, a cessação do fumo será o maior foco desta diretriz clínica. Este protocolo será direcionado aos profissionais farmacêuticos atuantes em farmácias comunitárias e na atenção básica para pacientes adultos que fazem uso do tabaco; o documento não explanará com especificidade o tratamento na presença de outras comorbidades relevantes, gravidez ou lactação.

## 2. Sinônimos e Descritores

**Sinônimos:** tabagismo; uso de tabaco; hábito de fumar; dependência de nicotina; consumo de tabaco; abuso de tabaco; dependência do tabaco continuada; usuário de tabaco.<sup>2,7</sup>

**Descritores Decs/Mesh:** tobacco use disorder; tabagismo.

**Categorias do CID-10 incluídos nessa diretriz:**<sup>23</sup>

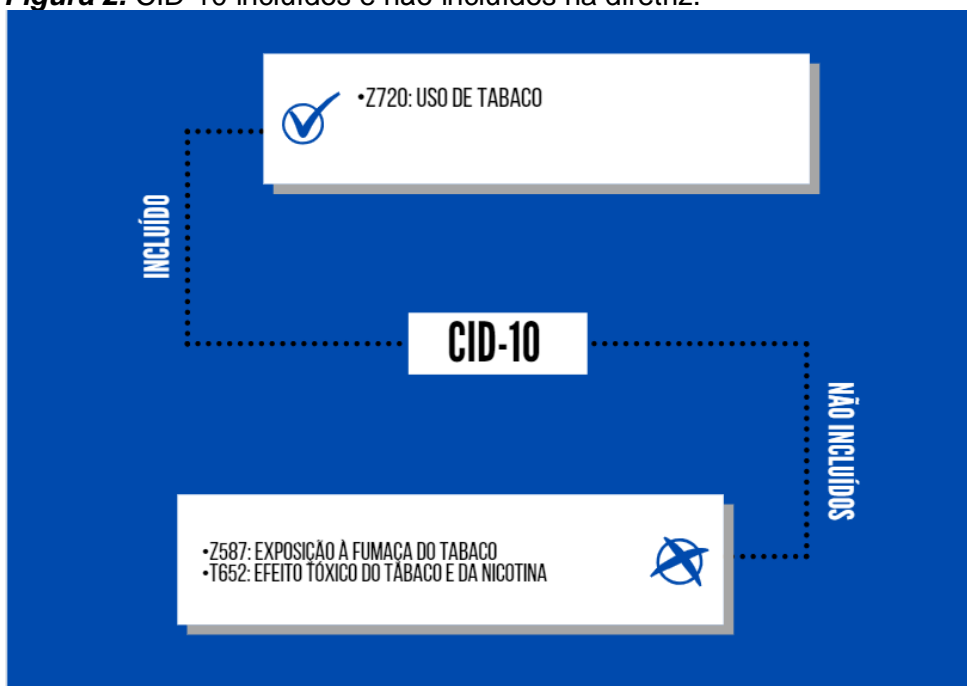
Z720: Uso de tabaco

**Categorias do CID-10 não incluídos nessa diretriz:**<sup>23</sup>

Z587: Exposição à fumaça do tabaco.

T652: Efeito tóxico do tabaco e da nicotina.

**Figura 2.** CID-10 incluídos e não incluídos na diretriz.<sup>23</sup>



### **3. Causas frequentes, Sinais, Sintomas e Anamnese Farmacêutica**

Os principais fatores que influenciam no uso do tabaco incluem a convivência com outros fumantes, baixa performance escolar ou status socioeconômico, influência genética, personalidade, doenças psiquiátricas, histórico de abuso de outras substâncias e começo do uso em idade precoce. Pessoas que vivem com HIV também tendem a ser tabagistas.<sup>1,</sup>

6

A nicotina é uma substância psicoativa presente no tabaco, sendo ela capaz de alterar diversos mecanismos cerebrais. A dependência à nicotina ocorre, principalmente, devido à sua ação no mecanismo de recompensa do cérebro. Atua através da ligação nos receptores colinérgicos e liberação de diversos neurotransmissores, como glutamato, GABA e, principalmente, dopamina, a qual é liberada no sistema mesolímbico relacionando-se com o desenvolvimento da dependência e os comportamentos abusivos.

1, 2, 7

A exposição contínua e à longo prazo à nicotina dessensibiliza os receptores colinérgicos, caracterizando, assim, o quadro de dependência física e a tolerância à droga, onde o indivíduo necessita de uma quantidade cada vez maior da substância para atingir os mesmos efeitos ou presença de um efeito menor com o uso contínuo da mesma quantidade de tabaco. Em contrapartida, após a cessação do uso, é comum que o paciente apresente a Síndrome de Abstinência, consequência da diminuição dos estímulos no sistema nervoso central.<sup>1,2, 10</sup>

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), a abstinência do tabaco se caracteriza pelo aparecimento de 4 ou mais dos sintomas a seguir no prazo de 24h após a cessação do tabagismo:<sup>6, 10</sup>

- Irritabilidade, frustração ou raiva;
- Ansiedade;
- Dificuldade de concentração;

- Aumento do apetite;
- Inquietação;
- Humor deprimido;
- Insônia.

Estes sintomas podem ter seu pico nos primeiros três dias após a cessação e devem ser discutidos com o paciente previamente.<sup>8,24</sup>

Ainda segundo o DSM-5, os critérios diagnósticos que podem ser utilizados para caracterizar um transtorno pelo uso do tabaco incluem:<sup>10</sup>

- Tabaco frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo que o pretendido;
- Desejo persistente ou esforços mal sucedidos para reduzir ou controlar o uso do tabaco;
- Muito tempo gasto em atividades para a obtenção ou uso do tabaco;
- Fissura e desejo forte de usar o tabaco;
- Uso recorrente do tabaco resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes;
- Importantes atividades sociais, profissionais e recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso do tabaco;
- Uso recorrente do tabaco em situações nas quais isso representa um perigo para a integridade física (p. ex. fumar na cama);
- Uso do tabaco mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado por ele;
- Tolerância;
- Abstinência, manifestada seja pela Síndrome de Abstinência ou pelo uso do tabaco a fim de aliviar seus sintomas.

O diagnóstico diferencial do tabagismo se dá através da identificação por meio da clínica do abuso de múltiplas substâncias psicoativas e dependências das mesmas, já que os sintomas de abstinência ao tabaco podem se sobrepor àqueles do abuso de outras

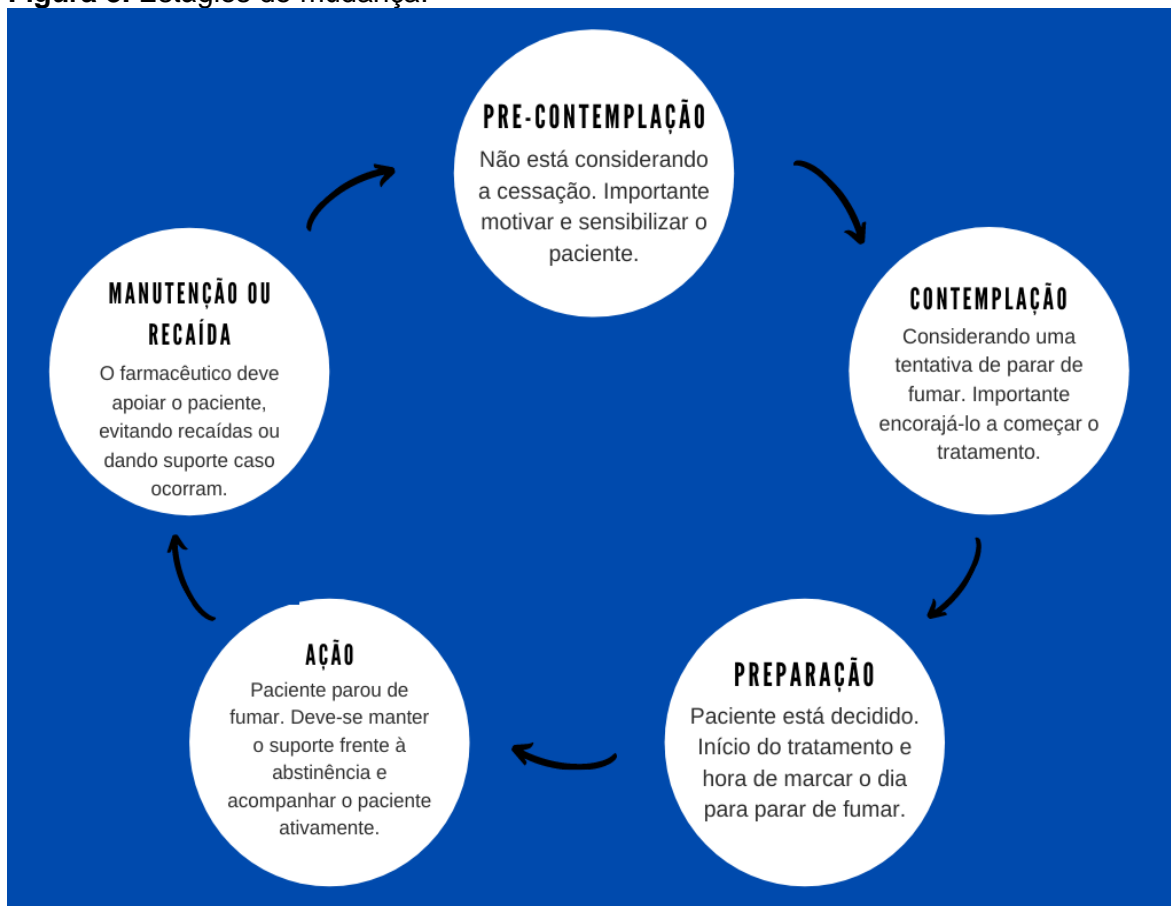
substâncias, como opioides, cafeína, ansiolíticos e álcool. Além disso, os sintomas da abstinência ao tabaco também se confundem com comorbidades causadas por outros transtornos mentais, como transtorno de ansiedade, depressivo, bipolar e transtornos do sono. O diagnóstico definitivo da abstinência do tabaco se dá pela diminuição dos sintomas com a utilização de medicamentos contendo a nicotina.<sup>6, 10</sup>

Devido ao aumento do apetite e diminuição da taxa metabólica, a abstinência pode levar ao ganho de peso, principalmente em mulheres, um dos principais fatores responsáveis pela desistência. Esta possibilidade também deve ser discutida com o paciente. É importante salientar que o aconselhamento comportamental e o tratamento farmacológico podem ajudar no problema do ganho de peso.<sup>8, 24, 20</sup>

O paciente tabagista passa por diferentes estágios de motivação quando considera a cessação. É possível identifica-los através do modelo dos “estágios de mudança”, o qual descreve os processos envolvidos na mudança de comportamento do indivíduo: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção ou recaída. Quando o paciente tem uma recaída, ele tende a voltar para os primeiros estágios de motivação, caracterizando um ciclo. (Figura 3) A identificação e compreensão do estágio em que o paciente se encontra é importante no planejamento da intervenção mais adequada.<sup>8, 24, 25</sup>

O grau de dependência da nicotina pode ser mensurado pelo Teste de Fagerström (Tabela 1) desenvolvido em 1978, mas ainda considerado o principal instrumento para avaliação do tabagista na prática clínica. Este teste consiste em um questionário respondido pelo paciente; no fim, tem-se uma nota de 0 a 10, sendo que, quanto maior a pontuação, maior o nível de dependência à nicotina. Uma nota maior que 6 indica um alto grau de dependência e pode estar relacionado com sintomas de abstinência mais intensos e necessidade de uma dose mais alta do medicamento.<sup>1, 2, 8, 26</sup> Outros indicativos de alto nível de dependência incluem o uso de >20 cigarros por dia, uso do primeiro cigarro do dia nos 30 minutos após acordar, hábito de fumar mais durante a manhã e dificuldade maior de se abster do primeiro cigarro do dia.<sup>1, 6, 8</sup>

**Figura 3.** Estágios de mudança.<sup>8,24</sup>

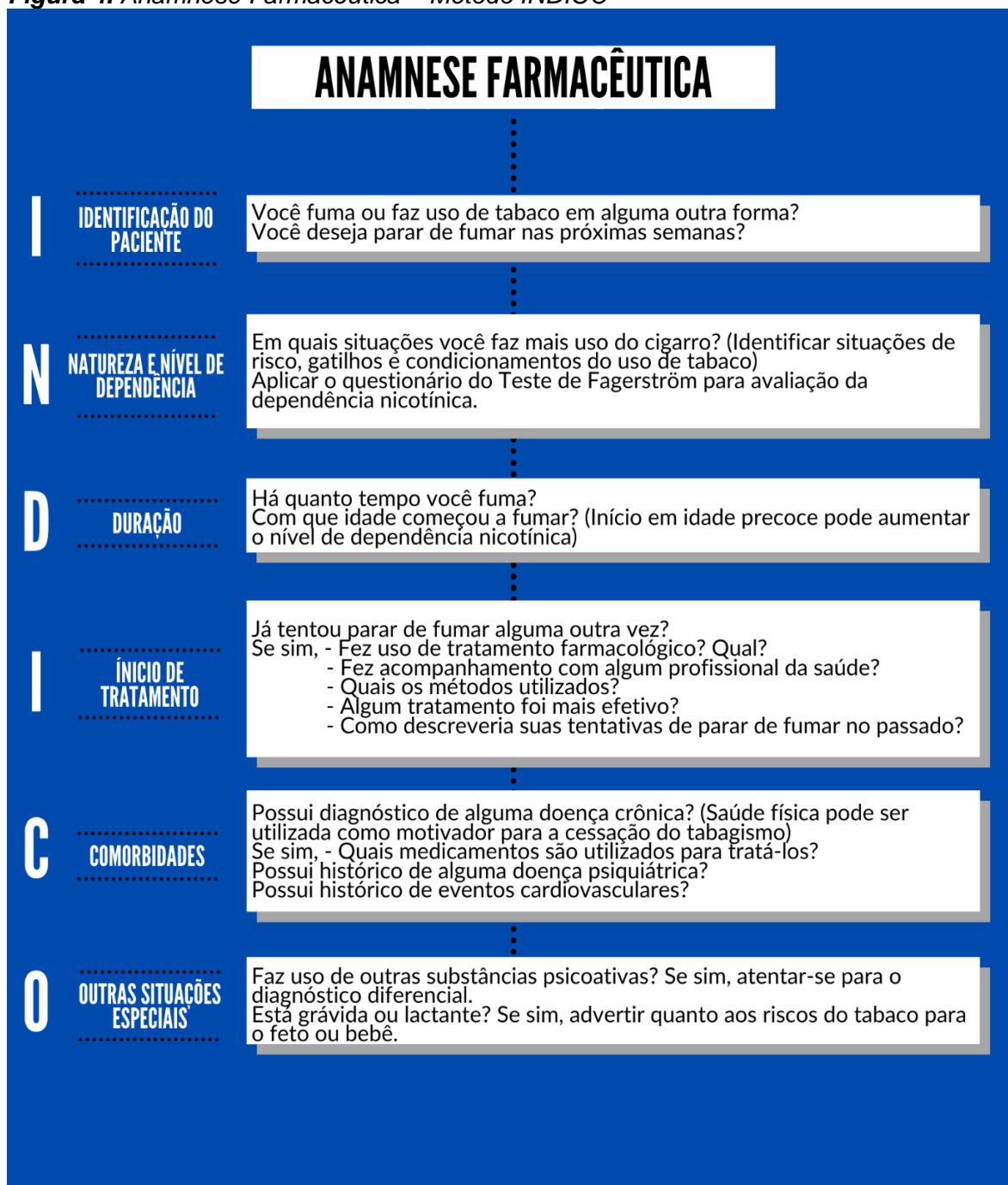


**Tabela 1.** Teste de Fagerström.

Teste de Fagerström <sup>8, 26</sup>		
Pergunta	Resposta	Pontuação
1. Quão cedo após acordar você fuma o primeiro cigarro?	( ) Dentro de 5 minutos	3
	( ) 6 - 30 minutos	2
	( ) 31 - 60 minutos	1
	( ) Após 60 minutos	0
2. Você acha difícil não fumar em lugares onde é proibido, por exemplo: igrejas, livrarias, cinema, etc?	( ) Sim	1
	( ) Não	0
3. Qual cigarro do dia você odiaria mais parar de fumar?	( ) O primeiro da manhã	1
	( ) Outros	0

4. Quantos cigarros você fuma por dia?	( ) 10 ou menos	0
	( ) 11-20	1
	( ) 21-30	2
	( ) 31 ou mais	3
5. Você fuma mais frequentemente durante as primeiras horas após acordar do que no resto do dia?	( ) Sim	1
	( ) Não	0
6. Você fuma mesmo quando está doente e precisa passar a maior parte do dia na cama?	( ) Sim	1
	( ) Não	0

**Figura 4.** Anamnese Farmacêutica – Método INDICO<sup>27,28</sup>



#### 4. Sinais de Alerta, precauções e encaminhamento a outros profissionais e serviços de saúde:

O farmacêutico deverá considerar o encaminhamento do paciente para outro profissional nas seguintes situações:<sup>2, 21, 22, 29, 30</sup>

- Gravidez ou lactação;
- Menores de 18 anos;

- Doenças cardíacas descompensadas;
- Doenças crônicas sem acompanhamento;
- Transtornos psiquiátricos ativos;
- Falha terapêutica dos tratamentos não-farmacológicos e farmacológicos sem prescrição.

Gestantes ou lactantes não devem ter o tratamento farmacológico como primeira opção, assim como adolescentes e crianças devido à falta de estudos de eficácia e segurança nessas populações.<sup>6, 20</sup> Para estas populações, recomenda-se o tratamento não-farmacológico e o encaminhamento para intervenções intensivas comportamentais e psicológicas.<sup>6</sup> A gestante deve também ser advertida quanto aos riscos que o tabaco pode causar ao feto: aborto, parto prematuro, baixo peso e natimortos.<sup>2, 6</sup>

Em pacientes com doenças cardiovasculares, uma revisão sistemática<sup>31</sup> não mostrou um risco aumentado de eventos danosos ou aumento na mortalidade naqueles pacientes que fizeram tratamento com TRN quando comparado com placebo. Apesar da taxa de efeitos adversos cardíacos ser levemente mais alta quando em uso da TRN, estes não incluem episódios mais graves, como infarto agudo do miocárdio ou derrames. Sendo assim o tratamento com TRN é considerado seguro em pessoas com doenças cardiovasculares estáveis.<sup>32</sup>

No entanto, em pacientes com doenças crônicas ou cardiovasculares descompensadas ou que não fazem acompanhamento, recomenda-se fazer um encaminhamento médico para controle de suas patologias antes de realizar tratamento na farmácia.<sup>8, 22</sup> A diabetes, por exemplo, é uma preocupação devido ao fato de que tanto o tabagismo quanto a Terapia de Reposição Nicotínica podem aumentar a resistência insulínica.<sup>6</sup>

Pacientes com doenças psiquiátricas ativas como depressão se beneficiaram de medicamentos antidepressivos prescritos, como a bupropiona e a nortriptilina, ambos também utilizados para a cessação do tabagismo.<sup>6</sup> Uma revisão da Cochrane<sup>33</sup> apontou que, embora existam poucos estudos da bupropiona com pacientes com depressão como



subgrupo, há evidência de benefício do tratamento para estes pacientes. A análise de 5 estudos incluindo 410 pacientes com diagnóstico atual de depressão mostrou que é possível que haja um maior benefício da bupropiona nesta população. (RR = 1.37)\*; o benefício foi ainda maior compilando outros 5 estudos com 404 participantes com história prévia de depressão (RR = 2,04). Um estudo em específico<sup>34</sup> mostrou que em pacientes sem histórico de depressão, as taxas de abstinência com TRN e bupropiona foram semelhantes (26,1% e 27,2%, respectivamente); no entanto, em pacientes com história prévia de depressão, as taxas foram 29,8% com bupropiona e 18,5% com TRN após 26 semanas. Isso pode se dar pelo fato de que a bupropiona pode ajudar a aliviar sintomas depressivos causados pela cessação do tabagismo, facilitando a abstinência principalmente em pacientes altamente dependentes. A recomendação neste caso é oferecer aconselhamento para o paciente e encaminhar para um especialista.<sup>20, 33</sup>

Outros sinais de alerta relacionadas com patologias que podem ter sido desenvolvidas ou podem ser agravadas pelo uso do tabaco incluem:<sup>1,9</sup>

- Câncer;
- Doenças pulmonares, incluindo Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), asma e bronquite;
- Doenças infecciosas;
- Osteoporose;
- Disfunção erétil;
- Úlcera gástrica ou duodenal;
- Doença periodontal;
- Complicações pós-operatórias;

\**Risk ratio* ou *relative risk*: o risco é calculado pelo número de pacientes em um grupo que atingem um determinado desfecho dividido pelo número total de participantes do estudo. O *risk ratio* se dá pela razão de dois “riscos”, normalmente a razão daqueles no grupo intervenção por aqueles no grupo controle. Exemplo: no grupo intervenção 7 em 10

pacientes atingiram o desfecho (sucesso no tratamento) dando um risco de 0,7; no grupo controle, 3 pacientes atingiram o desfecho, risco = 0,3; o *risk ratio* então é  $0,7/0,3 = 2,3$ . Um *risk ratio* acima de 1 sugere uma maior probabilidade que o desfecho aconteça no grupo intervenção, mostrando uma efetividade do tratamento analisado: os pacientes no grupo intervenção tem um risco 2,3 maior de atingir o desfecho esperado.<sup>35,36</sup>

## **5. Objetivos do Cuidado Farmacêutico:**<sup>6, 15, 22, 24, 29, 37, 38</sup>

- Identificar o paciente tabagista sempre que houver oportunidade.
- Educar os tabagistas quanto aos benefícios da cessação à longo prazo, realizando a motivação do paciente para a cessação do tabagismo;
- Fornecer assistência e acompanhamento aos pacientes que apresentam desejo de parar de fumar, manejando os sintomas da abstinência e assegurando o uso correto das gomas, pastilhas e adesivos de nicotina;
- Identificar e manejar os possíveis efeitos adversos da terapia farmacológica;
- Fornecer aconselhamento e suporte emocional ao paciente, ajudando-o com identificação de gatilhos e resolução de problemas que podem levar à uma recaída;

## **6. Prevenção e Recomendações de Tratamento Não-farmacológicas**

A prevenção primária do tabagismo é feita à nível populacional através de políticas de controle do tabaco. O Brasil, como já mostrado anteriormente, também desenvolveu programas de controle do tabaco na década de 80, levando à uma diminuição da prevalência de uso no país.<sup>2, 6</sup> Tais programas podem incluir campanhas antitabaco nas grandes mídias, restrições de fumo em lugares públicos e aumento dos impostos sobre os produtos. Estudos anteriores demonstraram que tais medidas são capazes de diminuir o uso do tabaco na adolescência; o aumento dos preços nos produtos derivados de tabaco também mostrou relação com diminuição da prevalência do uso de tabaco entre adultos de 18 a 24 anos e naqueles acima de 40 anos entre os anos de 1985 e 2003 nos Estados Unidos.<sup>39</sup>

Já o farmacêutico encontra-se em posição de atuar neste problema através da educação dos pacientes quanto aos malefícios do uso do cigarro e aconselhamento de crianças e adolescentes, sendo o acesso à informação uma ferramenta eficiente na prevenção do tabagismo.<sup>1, 2</sup>

O conselho para parar de fumar vindo do profissional da saúde é fortemente recomendado para qualquer tabagista identificado nas farmácias, até mesmo em forma de intervenções breves (menos de 3 minutos)<sup>1, 40, 41</sup>, sendo que apenas o conselho breve quando comparado com nenhuma intervenção, pode aumentar as taxas de abstinência em até 3% (RR = 1.66).<sup>42</sup>

As intervenções breves podem levar de 30 segundos até poucos minutos e têm como objetivo educar o paciente quanto o problema, motivá-lo para a mudança de comportamento e oferecer o suporte profissional para tal. Dependendo de como o paciente responde à intervenção, o farmacêutico pode encaminhá-lo ou fornecer serviços adicionais para a cessação do tabagismo.<sup>43</sup>

A maioria dos fumantes contemplam a ideia de parar de fumar, porém, por vários motivos, não tomam ações para tal.<sup>24</sup> A entrevista motivacional (EM) é uma abordagem útil para pacientes desmotivados (estado pré-contemplativo), que envolve um diálogo entre o profissional de saúde e o paciente, e pode aumentar as taxas de abstinência.<sup>1, 2, 3</sup> No caso de pacientes que não estejam prontos para parar de fumar, é importante oferecer o conselho para a cessação de qualquer forma.<sup>24</sup>

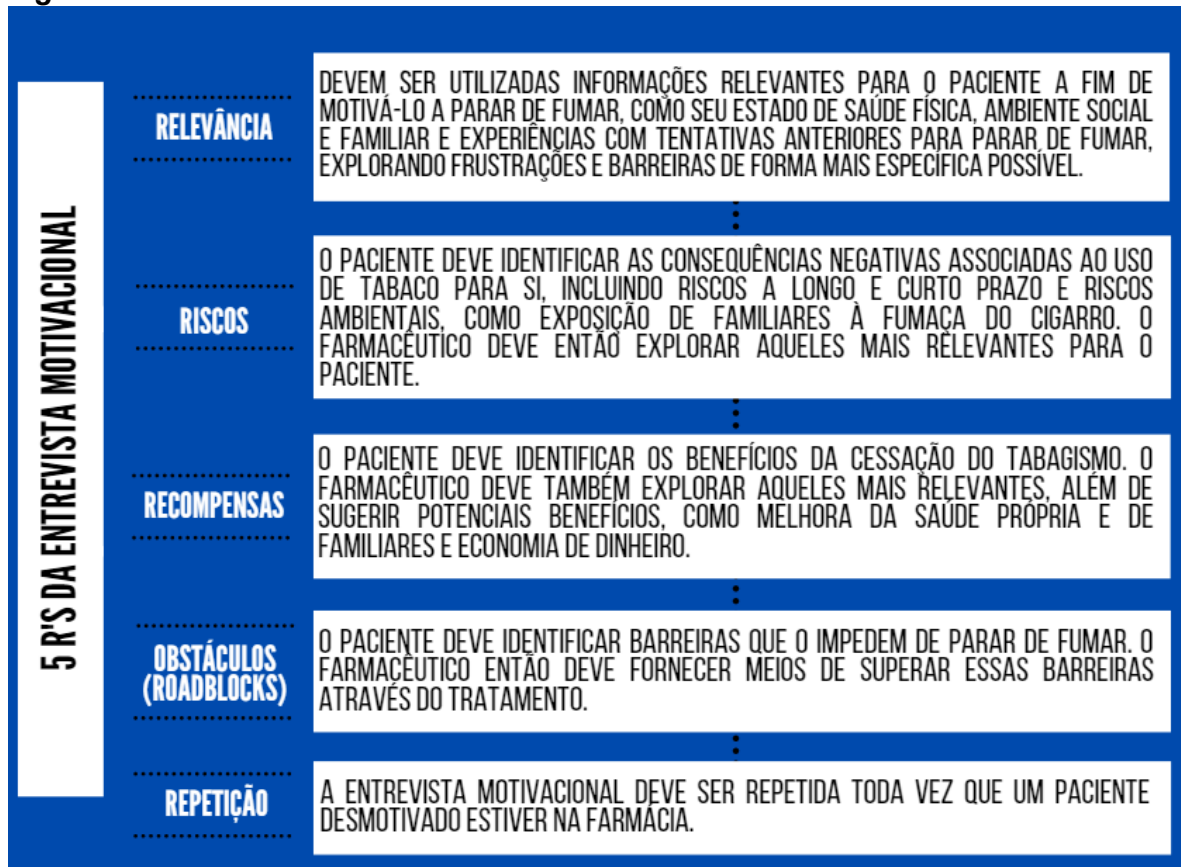
De acordo com uma revisão da Cochrane<sup>44</sup>, a EM possui um efeito modesto na cessação do tabagismo quando comparado com aconselhamento breve (RR = 1.26). Tal estudo também sugeriu que uma sessão de EM curta deve ser o suficiente para aumentar a motivação do paciente quando comparado com sessões longas e múltiplas.

Na EM, é importante utilizar informações relevantes e personalizadas para cada paciente e entender suas perspectivas sobre o fumo. O paciente deve refletir e identificar os riscos do hábito de fumar, à curto e longo prazo, e os benefícios da abstinência, além de utilizar técnicas para resolução de problemas a fim de superar as barreiras que o

impedem de parar de fumar. É importante repetir a EM sempre que o paciente voltar desmotivado para a farmácia e encorajá-lo a procurar ajuda.<sup>24, 40, 41, 45</sup> A principal ideia é envolver o paciente e motivá-lo ao em vez de dizer a ele o que deve ou não fazer, promovendo vínculo e colaboração no tratamento.<sup>46</sup>

A EM pode ser realizada seguindo o modelo dos 5 R's apresentado na Figura 5.

**Figura 5.** 5 R's da Entrevista Motivacional.<sup>8, 40, 41</sup>



As abordagens cognitivo-comportamentais se mostram importantes para pacientes que desejam parar de fumar e deve ser utilizado sempre que possível, considerando as preferências individuais, situação socioeconômica, experiências pessoais, histórico e crenças do tabagista.<sup>2, 8, 24, 41</sup> Podem ser tanto sessões em grupo ou individuais quanto materiais escritos de autoajuda, contato por telefone ou mensagens de texto, podendo aumentar o sucesso do tratamento de 10% para cerca de 25%.<sup>6, 47</sup>

De acordo com uma revisão da Cochrane<sup>48</sup>, o aconselhamento comportamental individual está relacionado com uma efetividade aumentada do tratamento quando relacionado com um conselho breve e usual, podendo aumentar as taxas de abstinência

de 40% até 80%. As intervenções avaliadas nos estudos incluíam revisão do histórico do paciente, motivação e identificação e resolução de problemas e eram feitas presencialmente em sessões de pelo menos 10 minutos. Intervenções mais longas também estão relacionadas com aumento na cessação do tabagismo quando relacionadas com intervenções breves.<sup>40, 48</sup>

Formas alternativas de realizar o aconselhamento do paciente incluem aconselhamento em grupo e por telefone. Ambas estas formas também são recomendadas para o tratamento e acompanhamento do paciente com resultados positivos em estudos anteriores caso o aconselhamento individual não seja viável.<sup>20,49</sup> O aconselhamento por telefone aumentou a cessação do tabagismo segundo meta-análise de 51 estudos<sup>50</sup> (RR = 1,27), bem como as terapias comportamentais em grupo, segundo análise de 9 estudos<sup>51</sup> (RR = 2,60). As terapias comportamentais em grupo, no entanto, não demonstraram superioridade em relação ao aconselhamento individual (RR = 0,99).

O aconselhamento cognitivo-comportamental geralmente acontece em múltiplas sessões e envolve educação quanto aos benefícios de parar de fumar, estabelecimento de um dia D (*quit date*), elucidação dos sintomas da abstinência e, principalmente, identificação de gatilhos, como situações e ambientes que condicionam o fumo, e perspectivas do paciente para o desenvolvimento de técnicas de resolução de conflitos e problemas. Além disso, é importante o suporte emocional e oferecimento de técnicas de relaxamento a fim de garantir a cessação à longo prazo e reduzir o estresse.<sup>2, 8, 24, 41</sup>

A acupuntura também é uma possível medida não-farmacológica para a cessação do tabagismo, embora possua evidências de seu uso mais limitadas e sua efetividade não seja bem comprovada.<sup>24, 52</sup> Uma revisão da Cochrane<sup>53</sup> comparando acupuntura com acupuntura “falsa” (*sham*) mostrou um aumento da cessação do tabagismo em menos de 6 meses em 16 ensaios (RR = 1.22); no entanto, não há diferenças significativas a longo prazo. Ademais, os estudos analisados não puderam ser avaliados como livres de viés, além de possuírem problemas metodológicos que não possibilitam conclusões concretas, segundo o autor.

Como alternativa mais acessível da acupuntura corporal, a auriculoterapia também já foi testada para a cessação do tabagismo, podendo ser aplicada principalmente como acupuntura auricular, com uso de agulhas, ou acupressão auricular, sem uso de agulhas. Uma meta-análise<sup>54</sup> incluindo 10 estudos comparativos para essas diferentes formas de auriculoterapia em relação ao controle mostrou resultados positivos. (RR = 1.77), sendo as taxas de abstinência 22,7% na intervenção contra 12,6% no controle. O benefício também parece ser mais significativo apenas no curto prazo.

A hipnoterapia também é uma intervenção que possui uma evidência limitada; houveram estudos que demonstraram aumento das taxas de abstinência em até 6 meses, porém a evidência é de baixa qualidade.<sup>1, 46</sup> De acordo com uma revisão da Cochrane<sup>55</sup> os resultados de efetividade da hipnoterapia são conflitantes quando comparados com diferentes controles. Apenas dois estudos demonstraram uma vantagem para a hipnoterapia em uma amostra com 11 ensaios, sendo um deles de 45% a taxa de abstinência contra 0% do controle sem tratamento e outro demonstrando 53% o tratamento com hipnoterapia e aconselhamento contra 13% no controle apenas com aconselhamento, porém estes resultados não foram confirmados em outros ensaios randomizados controlados. Sendo assim, não há evidências suficientes que provam que a hipnoterapia é melhor que outras intervenções ou nenhuma intervenção em um período de seis meses.<sup>52</sup>

As intervenções chamadas “mindfulness” ou “mind-body” também possuem evidências, embora limitadas, de melhorar a taxa de cessação em adultos. O estresse é considerado uma barreira na cessação do tabagismo, pois seus sintomas podem ser um gatilho para o fumo. Tais técnicas, por exemplo a respiração profunda, alongamentos ou meditação podem ajudar em sintomas relacionados ao estresse, como tensão muscular, irritabilidade, dificuldade de concentração e uso do álcool.<sup>41, 52</sup> Uma revisão sistemática<sup>56</sup> mostrou o yoga e a meditação como possíveis intervenções para auxiliar na cessação do tabagismo. Em uma amostra de 14 estudos, 5 demonstraram uma taxa de abstinência de 21% a 56% após o tratamento, 6 estudos reportaram uma diminuição nos sintomas de abstinência e 2 estudos mostraram uma diminuição de 20% a 26% na quantidade de

cigarros fumados por dia. Uma meta-análise de 10 estudos controlados randomizados<sup>57</sup>, no entanto, não demonstrou benefícios significativos desta intervenção para o tabagismo, evidenciando também a falta de estudos de boa qualidade.

As terapias de aversão são utilizadas de forma a combater diferentes tipos de dependência e levam a premissa de condicionamento comportamental, onde um estímulo repetitivo negativo associado à uma conduta reduz o prazer que o indivíduo obtinha com ela. No tabagismo, foi utilizada principalmente a técnica do “fumo rápido” (*rapid smoking*), onde o indivíduo traga o cigarro a cada poucos segundos, consumindo pelo menos 3 cigarros ou até que não aguarde mais; neste processo, são aconselhados a focarem nas sensações negativas do fumo. Outros métodos diferentes de terapias de aversão incluem administração de choques ou administração de acetato de prata, que em combinação com a saliva do fumante causa um sabor desagradável.<sup>52, 58</sup>

Tal terapia, no entanto, possui evidência limitada de sua eficácia. Os estudos encontrados pela Cochrane<sup>58</sup> sobre *rapid smoking*, em sua maioria, mostram resultados positivos, mas são pequenos, enviesados e possuem problemas metodológicos; apenas um estudo mais recente e com uma amostra maior mostrou 38% de abstinentes no grupo intervenção contra 30% no controle. Com isso, conclui-se que o *rapid smoking* possui uma efetividade ainda desconhecida, necessitando de estudos futuros para comprovação de efetividade. Outras terapias de aversão analisadas em 9 diferentes estudos não obtiveram diferenças em relação ao controle, sendo assim consideradas ineficazes para o tratamento do tabagismo.<sup>52</sup>

**Tabela 3.** *Condutas mais recomendadas e com maior grau de evidência.*

<b>CONDUTA</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA E GRAU DE RECOMENDAÇÃO</b>
Conselho breve	O conselho simples possui efeito na cessação do tabagismo e é recomendado para todos os pacientes tabagistas. <sup>1, 40, 41</sup> Uma revisão sistemática <sup>51</sup> analisou 17	Evidência 1A. <sup>42</sup> GRADE: Alto Recomendação Forte.

	<p>ensaios sobre o conselho breve por parte de um profissional da saúde, associando-o à um aumento da cessação do tabagismo. (RR = 1.66). Em comparação com uma cessação desassistida, apenas o conselho breve pode aumentar a taxa de abstinência em até 3%.<sup>40, 42</sup></p>	
Entrevista motivacional	<p>A Entrevista Motivacional deve ser fornecida para pacientes desmotivados.<sup>40</sup> Revisão sistemática da Cochrane<sup>44</sup> incluindo 28 ensaios clínicos randomizados comparando entrevista motivacional vs controle por &gt; 6 meses em adultos mostrou associação da EM com aumento da abstinência quando comparado com apenas conselho breve e aconselhamento usual. (RR = 1.26)<sup>40</sup></p>	<p>Evidência 1A.<sup>44</sup> GRADE: Moderado Recomendação Forte</p>
Abordagens cognitivo-comportamentais	<p>Os pacientes podem participar de sessões de aconselhamento para suporte durante a cessação do tabagismo.<sup>41</sup> Revisão sistemática da Cochrane com 33 ensaios comparando o aconselhamento comportamental individual com conselho breve e intervenções mínimas mostrou vantagem para esta abordagem mesmo sem uso de farmacoterapia. (RR = 1.57) A adição do aconselhamento</p>	<p>Evidência 1A.<sup>48, 50, 51</sup> GRADE: Alto. Recomendação Forte</p>



	<p>comportamental pode aumentar as taxas de abstinência de 40% até 80%. O aconselhamento mais intenso, em sessões mais longas, parece ser mais efetivo. (RR = 1.29).<sup>40, 48</sup> O aconselhamento por telefone e por terapia em grupo também mostraram benefício na abstinência dos pacientes. (RR = 1.27 e 2.60, respectivamente)<sup>50, 51</sup></p>	
--	--	--

**Tabela 4.** *Conduitas menos recomendadas e com menor grau de evidência.*

<b>CONDUTA</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>NÍVEL DE EVIDÊNCIA E GRAU DE RECOMENDAÇÃO</b>
Acupuntura e auriculoterapia	<p>A acupuntura pode aumentar a cessação do tabagismo a curto prazo quando comparada com acupuntura “falsa”. Revisão sistemática<sup>53</sup> com 23 ensaios randomizados avaliando a acupuntura mostrou um aumento da cessação do tabagismo em menos de 6 meses (RR = 1.22) quando comparado com acupuntura falsa, embora sem diferenças significativas a longo prazo (RR = 1.10).<sup>52</sup> (Nível de evidência 1A)<sup>53</sup> A auriculoterapia também mostrou benefícios para a cessação do tabagismo à curto prazo (RR = 1.77), embora estudos específicos e com melhor qualidade sejam necessários.</p>	<p>Evidência 1A.<sup>53, 54</sup> GRADE: Moderado. Recomendação Fraca.</p>

Hipnoterapia	<p>A hipnoterapia possui efeito limitado na redução das taxas de abstinência.<sup>1, 46</sup> A Cochrane realizou uma revisão sistemática avaliando os efeitos da hipnoterapia<sup>55</sup>, mas nota-se que os dados apresentam baixa qualidade. Seis estudos comparando a hipnoterapia com conselho breve não demonstraram vantagens no tratamento, bem como em outros estudos com comparação com tratamentos psicológicos.<sup>52</sup></p>	<p>Evidência 1A.<sup>55</sup>          GRADE: Baixo.          Recomendação Fraca</p>
<p>“Mindfulness” ou “mind-body”</p>	<p>Intervenções como meditação, yoga, alongamentos e respiração profunda sugerem um benefício no alívio do estresse, podendo auxiliar no tratamento do tabagismo.<sup>41, 52</sup> Uma revisão sistemática<sup>56</sup> agrupou 14 ensaios clínicos, sendo 8 randomizados controlados, e mostrou que em 5 estudos a taxa de abstinência aumentou de 21% até 56% após a intervenção, 6 estudos reportaram a diminuição dos sintomas de abstinência e 2 estudos mostraram redução de 20% a 26% na quantidade de cigarros fumados por dia. Uma meta-análise<sup>57</sup> de estudos randomizados, no entanto, não evidenciou</p>	<p>Evidência 1A.<sup>57</sup>          GRADE: Baixo.          Recomendação Fraca</p>

	benefícios significativos desta terapia para o tabagismo.	
Terapia de Aversão	As terapias de aversão são utilizadas de modo a promover aversão à um hábito por meio de uma associação negativa criada pelo indivíduo. As evidências que apoiam o <i>rapid smoking</i> são limitadas, possuindo resultados positivos em 12 ensaios analisados, porém são estudos pequenos, enviesados e com problemas metodológicos. Outras terapias de aversão não demonstraram resultados diferentes do controle. <sup>52, 58</sup>	Evidência 1A. <sup>58</sup> GRADE: Baixo. Recomendação Fraca

## 7. Recomendações de Tratamento Farmacológico

### 7.1. Condutas Iniciais

A Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) é efetiva para o tratamento da cessação do tabagismo e faz parte da farmacoterapia de primeira linha, podendo dobrar as taxas de sucesso do tratamento.<sup>1, 6, 7, 24, 59</sup>

A TRN funciona principalmente através da redução dos sintomas de abstinência através da substituição parcial da nicotina sem o uso e queima de tabaco, diminuindo o risco cardiovascular e carcinogênico.<sup>2, 3, 6, 7</sup> Podem ser de ação rápida ou de ação longa. No Brasil, os TRN estão disponíveis como medicamentos isentos de prescrição (MIPs) em forma de adesivos (ação longa) ou gomas e pastilhas (ação curta).<sup>2, 8</sup> São feitas de forma a serem absorvidas pela mucosa oral ou através da pele.

Uma meta-análise da Cochrane<sup>31</sup> incluindo 131 estudos, com cerca de 64000 participantes evidenciou que o uso de qualquer apresentação da TRN aumenta as taxas

de abstinência de 50% até 60% quando comparado com controle, não havendo diferença nas taxas de abstinência quando se compara as diferentes formas farmacêuticas.

Os efeitos adversos mais comuns dos TRN dependem de sua forma farmacológica e via de administração, mas no geral são considerados seguros.<sup>6, 32</sup> Eventos adversos comuns a todos os TRN incluem sintomas gastrointestinais (náusea, vômito, dor abdominal), cefaleia e irritação local.<sup>6, 7, 32</sup> Os eventos adversos da goma incluem dor mandibular, soluços, hipersalivação, dispepsia e úlceras.<sup>2, 31, 60</sup> As pastilhas podem causar soluços, tosse, flatulência, insônia e irritação bucal.<sup>8, 59</sup> Já os adesivos transdérmicos estão principalmente associados com irritação dérmica, mas podem causar também insônia e sonhos vívidos.<sup>31, 32</sup>

Apesar da preocupação dos TRN com problemas cardíacos, uma revisão sistemática incluindo 21 ensaios randomizados comparando TRN com placebo mostrou que há uma relação deste tratamento com eventos cardiovasculares (RR = 2.29), porém incluindo apenas consequências leves, como dores no peito e palpitações. A presença de eventos adversos graves não foi significativa em uma grande variedade de estudos.<sup>31</sup>

A terapia combinada com o TRN de longo prazo + TRN de curto prazo aumenta as taxas de abstinência quando comparadas com o tratamento isolado.<sup>6, 52</sup> Uma revisão da Cochrane<sup>61</sup> mostrou que o uso do adesivo de nicotina junto com goma ou pastilha tornou 15% a 36% mais provável a cessação do tabagismo. Porém, dependendo do custo-benefício e preferência do paciente, o uso de apenas um TRN também é efetivo.<sup>32</sup> Ainda segundo a revisão citada<sup>61</sup>, as chances de parar de fumar são as mesmas para a monoterapia com adesivo, goma ou pastilha. Também é importante que o tratamento com TRN seja feito por pelo menos 8 semanas e no máximo 12 semanas, segundo estudos de segurança e eficácia.<sup>52, 61, 62, 63</sup>

A bupropiona é o medicamento antidepressivo mais utilizado para a cessação do tabagismo e a recomendada para tratamento no Brasil como primeira linha, em comprimidos de 150 mg.<sup>6, 7, 52, 60</sup> A bupropiona possui ação dopaminérgica e adrenérgica e parece atuar através do bloqueio dos efeitos da nicotina.<sup>33, 62</sup> Em um estudo<sup>33</sup> comparando

o uso da bupropiona contra placebo, foram encontrados 44 ensaios com acima de 13000 participantes e os resultados foram a favor da bupropiona (RR = 1.62); as taxas de abstinência foram em média 18% para a bupropiona contra 9% do placebo.

Os efeitos adversos mais comuns com a bupropiona incluem xerostomia e náusea. Também são reportadas reações alérgicas e insônia.<sup>7, 32, 33</sup> Segundo estudos anteriores<sup>33</sup>, a bupropiona não parece estar relacionada com efeitos adversos neuropsiquiátricos, mostrando frequências de 0,4% e 0,7% nos grupos intervenção e placebo, respectivamente. O mesmo para efeitos cardiovasculares, com percentagens 0,5% para bupropiona e 0,4% para placebo. No entanto, parece ser relacionada com aumento do risco de convulsões em pacientes de risco.<sup>32, 52</sup>

A cessação do tabagismo geralmente é após uma semana de tratamento e o tratamento completo geralmente é feito por um curso de 8 semanas. É utilizado 150 mg uma vez por dia, aumentando a dose até 150 mg duas vezes ao dia.<sup>6, 52, 62</sup>

A vareniclina é um medicamento prescrito e primeira linha para o tabagismo e pode duplicar as taxas de abstinência.<sup>6, 7, 20, 32, 52, 65</sup> É um agonista parcial do receptor de nicotina, podendo liberar de forma lenta a dopamina no sistema mesolímbico, diminuindo os sintomas de abstinência.<sup>45</sup> Revisão recente da Cochrane<sup>66</sup> com 12625 participantes demonstrou que a vareniclina aumenta as chances de cessação do tabagismo bem sucedida quando comparada com placebo (RR = 2,24). Um estudo em específico mostra que em pacientes saudáveis as taxas de abstinência com a vareniclina foram de 25,5% contra 10,5% no placebo.

O efeito adverso mais comum com a vareniclina é a náusea, mas ela pode causar também cefaleia, vômito e distúrbios do sono. A vareniclina já foi associada com possíveis efeitos neuropsiquiátricos graves, como depressão e ideação suicida, porém estudos recentes<sup>66</sup> descartam essa probabilidade, concluindo que não há relação entre vareniclina e desenvolvimento de depressão e outros distúrbios. A mesma conclusão foi encontrada para efeitos cardiovasculares graves.<sup>32, 52</sup>

O tratamento deve começar pelo menos 1 semana antes do paciente parar de fumar, no máximo 2 semanas. A dosagem começa em 0,5 mg diárias até aumentar para o uso padrão de 1 mg duas vezes ao dia por até doze semanas.<sup>6, 32, 45, 52</sup>

À longo prazo, o uso de bupropiona não possui diferenças nas taxas de sucesso quando comparado com qualquer forma de TRN segundo análise de 12 diferentes ensaios comparando os dois tratamentos; dois estudos analisaram a bupropiona contra a combinação de pastilha e adesivo de nicotina e encontraram resultados desfavoráveis para a bupropiona (RR = 0,74), indicando que a combinação de TRN é mais efetiva que o tratamento com bupropiona.<sup>33</sup> Uma revisão da Cochrane<sup>66</sup>, no entanto, mostra vantagem nas taxas de sucesso da vareniclina quando comparada com a bupropiona, segundo análise de 5 estudos (RR = 1.39). Um estudo em específico demonstrou que, em pacientes saudáveis, as taxas de abstinência com vareniclina foram de 25,5% contra 18,3% com bupropiona. Em comparação com TRN, 8 ensaios também mostraram vantagem para a vareniclina (RR = 1.25). A bupropiona pode ser utilizada junto com adesivo transdérmico caso o paciente sinta necessidade.<sup>30, 52, 59</sup>

Tratamentos combinados com abordagens comportamentais e farmacoterapias aumentam as chances de o paciente parar de fumar e deve-se garantir que ambas as opções estejam disponíveis para o tabagista.<sup>2, 45, 62</sup> Em uma revisão sistemática incluindo 47 estudos<sup>47</sup> foi feita a comparação de intervenções comportamentais mais intensas comparadas com tratamento farmacológico sozinho, a maioria utilizando TRN, mostrando uma vantagem para os grupos com intervenções comportamentais adicionais (RR = 1.17). Uma vantagem ainda maior foi mostrada quando o paciente possuía pelo menos 4 consultas de acompanhamento presenciais quando comparado com um tratamento farmacológico desassistido (RR = 1.25). O aconselhamento via telefone também demonstrou um aumento do sucesso na terapia (RR = 1.28).

O mais importante para a escolha do tratamento, tanto farmacoterapêutico quanto comportamental, é o histórico do paciente e suas preferências individuais, considerando

possíveis contraindicações, surgimento de reações adversas e efetividade e falhas terapêuticas prévias.<sup>2, 32, 45, 59</sup>

**Tabela 5. Fármacos de primeira linha para tratamento do tabagismo.**

<b>Fármacos e apresentações</b>	<b>Grau de Recomendação /Nível de Evidência</b>	<b>Uso/Posologia em Adultos</b>	<b>Precauções, Contraindicações e Situações Especiais</b>	<b>Orientações ao Paciente</b>
Nicotina – Goma de 2 mg e 4 mg	Nível de evidência 1A <sup>31,61</sup> GRADE: Alto Recomendação Forte	Fumantes altamente dependentes devem utilizar 4 mg. <sup>59, 63, 68</sup> Mascar uma goma sempre que o paciente sentir desejo de fumar, com máximo de 2 tabletes por hora. Gradualmente reduzir a dose no decorrer do tratamento, até no máximo 12 semanas. <sup>32, 59,</sup> 63	Contraindicado em casos de doença da articulação temporomandibular, dentição inadequada, uso de aparelho dentário ou dentaduras. <sup>8, 32, 59</sup> Precaução no período pós infarte do miocárdio, angina, arritmias graves e hipertensão descontrolada. <sup>52, 59,</sup> 63, 68 Contraindicado na gravidez; lactação e para menores de 18 anos. <sup>63, 68</sup>	Mascar lentamente até que sabor ou formigament o apareça. Depois, colocar a goma entre a bochecha e a gengiva. Mascar novamente após a diminuição do sabor, repetindo o processo, por um período de até 30

			<p>Não ultrapassar 24 tabletes de 4 mg por dia. Se for necessário mais que 15 tabletes de 2 mg, aumentar a dose.<sup>2, 59, 63</sup></p>	<p>minutos. Isso evita dor mandibular e efeitos gastrointestinais por excesso de liberação da nicotina.<sup>59, 63, 68</sup></p> <p>Evitar bebidas ácidas antes e durante o uso.<sup>32</sup></p>
<p>Nicotina – Pastilha de 2 mg e 4 mg</p>	<p>Nível de evidência 1A<sup>31, 61</sup> GRADE: Alto Recomendação Forte</p>	<p>Usar 4 mg para pacientes altamente dependentes.<sup>5, 9, 68</sup></p> <p>Seguir esquema:<sup>59, 69</sup> 1 pastilha a cada 1h-2h por 6 semanas</p>	<p>Precaução no período pós infarto do miocárdio, angina, arritmias graves e hipertensão descontrolada.<sup>59, 69</sup></p> <p>Não ultrapassar 20 pastilhas por dia.<sup>59, 69</sup></p>	<p>Evitar beber água e comer por 15 minutos antes e depois do seu uso. Não mastigar ou engolir a pastilha.<sup>7, 59</sup></p>



		1 pastilha a cada 2h-4h por 3 semanas 1 pastilha a cada 4h-8h por 3 semanas		
Nicotina – Adesivo transdérmico de 7 mg, 14 mg e 21 mg	Nível de evidência 1A <sup>31, 61</sup> GRADE: Alto Recomendação Forte	Seguir esquema: <sup>59, 68, 70</sup> Mais de 10 cigarros por dia: 21 mg por 6 semanas 14 mg por 2 semanas 7 mg por 2 semanas Menos de 10 cigarros por dia: 14 mg por 6 semanas 7 mg por 2 semanas	Contraindicado em casos de dermatite e gravidez. <sup>59, 70</sup> Precaução no período pós infarto do miocárdio, angina, arritmias graves e hipertensão descontrolada. <sup>59, 68, 70</sup>	Colocar o adesivo em uma área sem pelos e fazer a rotatividade do sítio de aplicação para evitar irritação local. À noite, deve ser feita a troca do adesivo na hora de dormir. <sup>32</sup> A remoção do adesivo transdérmico ao deitar pode diminuir

				<p>os efeitos no sono, possibilitando um uso de 16h por dia.<sup>8, 32, 70</sup></p> <p>Não aplicar em pele vermelha, machucada ou irritada.<sup>70</sup></p> <p>Pode ser utilizado nos braços, pernas, costas ou nádegas.<sup>70</sup></p> <p>Após aplicar o adesivo na pele, comprimir o local por 10 segundos e lavar as mãos após aplicação e remoção.<sup>68, 70</sup></p>
--	--	--	--	---

<p>Cloridrato de Bupropiona – Comprimido SR de 150 mg</p>	<p>Nível de evidência 1A<sup>33</sup> GRADE: Alto Recomendação Forte</p>	<p>150 mg uma vez ao dia por 3 dias; 150 mg duas vezes ao dia por 8-12 semanas.<sup>32, 52, 60</sup></p>	<p>Contraindicado em casos de convulsões, transtornos alimentares e uso de inibidores de monoamino oxidase nas últimas duas semanas.<sup>32, 52, 68</sup></p>	<p>O tratamento deve começar pelo menos 1 semana antes do paciente parar de fumar.<sup>6, 52, 32</sup></p>
<p>Tartarato de Vareniclina – Comprimido de 0,5 mg e 1 mg</p>	<p>Nível de evidência 1A<sup>66</sup> GRADE: Alto Recomendação Forte</p>	<p>0,5 mg por dia durante 3 dias; 0,5 mg duas vezes por dia durante 4 dias; 1 mg duas vezes por dia até 12 semanas de tratamento.<sup>32, 52</sup></p>	<p>Precaução em pacientes com histórico de convulsões. Possíveis reações cutâneas e de hipersensibilidade já foram relatadas. Precaução na gravidez e lactação.<sup>71</sup></p>	<p>O tratamento deve começar pelo menos 1 semana antes do paciente parar de fumar.<sup>6, 32, 52</sup> A vareniclina pode estar associada com dificuldades em operar veículos.<sup>32, 71</sup></p>

				<p>A náusea pode ser aliviada pelo uso do medicamento junto de alimentos. Os sonhos perturbadores também podem ser aliviados não tomando a segunda dose muito perto do horário de ir dormir.<sup>32</sup></p>
--	--	--	--	---

## 7.2. Condutas Posteriores e casos especiais

Os agentes de segunda linha para o tratamento do tabagismo incluem principalmente a nortriptilina e a clonidina.<sup>6, 7, 8, 20</sup> Outros medicamentos já testados, porém com menos resultados também incluem a cistisina, inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS), inibidores da monoamina oxidase (iMAO), vacinas de nicotina, erva de são-joão e lobelina.<sup>32, 52</sup> A nortriptilina e a clonidina devem ser consideradas para o tratamento apenas quando o paciente apresentar contraindicações ou intolerância aos agentes de primeira linha.<sup>6, 20</sup>

A nortriptilina é um antidepressivo tricíclico que demonstra um benefício nos testes randomizados para tratamento do tabagismo. É considerada de segunda linha provavelmente pelo fato de levar a efeitos adversos mais intensos do que com o uso de bupropiona.<sup>6, 8, 32</sup> Em uma revisão sistemática<sup>33</sup>, foi analisado em 6 estudos os efeitos da nortriptilina contra placebo, mostrando um efeito benéfico deste medicamento para a cessação do tabagismo (RR = 2.03); já 4 ensaios comparando a combinação de nortriptilina com TRN não mostrou benefício pela adição da nortriptilina. Os estudos com análise da nortriptilina em pacientes com depressão ou história prévia são limitados. Em uma comparação com a bupropiona, 3 ensaios foram analisados e todos pareciam favorecer a bupropiona, mas quando agrupados a diferença não pareceu estatisticamente significativa (RR = 1.30).

Os eventos adversos relacionados com a nortriptilina incluem xerostomia, tontura, hipotensão postural e constipação. Um possível evento adverso grave foi relatado em relação a palpitações e colapso cardíaco.<sup>7, 33</sup>

A clonidina é um agonista alfa2-adrenérgico usado no tratamento da hipertensão e já foi demonstrado que pode diminuir os sintomas da abstinência de opioides e álcool, porém possui uma efetividade aparentemente moderada para tratamento do tabagismo.<sup>7, 8, 32</sup> Em uma revisão sistemática<sup>72</sup> com 6 estudos envolvendo o uso da clonidina para o tabagismo, todos os estudos apontaram benefícios com o uso da clonidina, mas apenas um apresentou resultados estatisticamente positivos. Agrupando todos os ensaios, o RR foi de 1.63 com aumento de até 9% na taxa de abstinência, concluindo uma possível efetividade deste tratamento. Tal estudo também apontou que os efeitos adversos relacionados com a clonidina limitam seu uso como farmacoterapia de primeira linha, porém seus efeitos sedativos podem ter benefícios quando o paciente apresenta sintomas de abstinência muito intensos.<sup>23</sup> Alguns destes efeitos adversos incluem xerostomia, sedação, tontura, fadiga e constipação.<sup>7, 32, 52, 72</sup>

A revisão da Cochrane sobre antidepressivos<sup>33</sup> também avaliou os efeitos dos ISRS, 7 estudos, e iMAO, 6 estudos, e nenhuma das análises revelou benefícios da terapia

com esses agentes. A cistisina é também um agonista parcial do receptor de nicotina, como a vareniclina, que demonstrou resultados modestos na cessação do tabagismo em dois ensaios recentes<sup>66</sup>, porém não é comercializada no Brasil.

As vacinas de nicotina possuem anticorpos que se ligam à nicotina e impedem sua ligação nos receptores do cérebro. Apesar de seguras e bem toleradas, estudos anteriores demonstraram que não há diferenças significativas nas taxas de abstinência do grupo placebo e do grupo vacinado após 6 e 12 meses.<sup>6, 52</sup>

Dois compostos naturais também já foram testados para a cessação do tabagismo. A Erva de São João (*Hypericum perforatum*) foi estudada devido à suas possíveis propriedades reguladoras de neurotransmissores, porém dois diferentes ensaios randomizados não apresentaram resultados; um deles envolvia 143 pacientes randomizados para o tratamento com 900 mg da erva; o grupo intervenção apresentou uma taxa de abstinência de 8,5% enquanto o placebo obteve 12,5%. A lobelina (*Lobelia inflata*) é um alcaloide com afinidade com os receptores nicotínicos; não há estudos randomizados de boa qualidade (com acompanhamento superior a 6 meses) identificados e, portanto, seu uso não possui comprovação confiável de eficácia.<sup>8, 52</sup>

**Tabela 6. Fármacos de segunda linha para tratamento do tabagismo.**

<b>Fármacos e apresentações</b>	<b>Grau de Recomendação/Nível de Evidência</b>	<b>Uso/Posologia em Adultos</b>	<b>Precauções, Contraindicações e Situações Especiais</b>	<b>Orientações ao Paciente</b>
Cloridrato de Nortriptilina – Cápsula de 10 mg, 25 mg, 50 mg e 75 mg	Nível de evidência 1A <sup>33</sup> GRADE: Alto Recomendação Forte	25 mg uma vez ao dia e aumento gradual até 75-100 mg. <sup>52</sup>	Contraindicado na gravidez e lactação. <sup>52, 73</sup> Atentar-se a efeitos neuropsiquiátricos como: ansiedade,	Deve começar o uso 10-28 dias antes da cessação. <sup>6, 52</sup>

		<p>Pode ser dado 1 vez ao dia até 4 doses divididas.<sup>52</sup></p> <p>O tratamento normalmente tem duração de 12 semanas.<sup>6, 52</sup></p>	<p>agressividade, e outras mudanças de humor e comportamento.<sup>73</sup></p>	
<p>Cloridrato de Clonidina – Comprimido de 100mcg, 150 mcg e 200 mcg</p>	<p>Nível de evidência 1A<sup>72</sup></p> <p>GRADE: Moderado</p> <p>Recomendação Forte</p>	<p>Começar com 100mcg duas vezes ao dia e aumentar 100mcg todos os dias caso necessário. A dose pode chegar de 150mcg- 750mcg diárias.<sup>52</sup></p> <p>O tratamento se estende até o fim dos sintomas da síndrome de abstinência,</p>	<p>Precaução em pacientes com bradiarritmia, transtornos de perfusão cerebral ou periférica, depressão, polineuropatia e constipação.<sup>74</sup></p> <p>Pode diminuir a pressão arterial do paciente. Deve ser feito o monitoramento da pressão arterial durante o tratamento.<sup>6, 52</sup></p>	<p>O tratamento pode começar no dia da cessação ou 3 dias antes.<sup>52</sup></p> <p>O paciente não deve interromper o tratamento de forma abrupta, podendo ter efeitos de rebote.<sup>6, 74</sup></p> <p>Paciente deve ter</p>

		sendo em média 4 semanas. <sup>72</sup>	Deve-se ter precaução quando em uso concomitante de outros anti-hipertensivos. <sup>74</sup>	cuidado em atividades que exigem atenção devido à efeitos de sedação. <sup>74</sup>
--	--	---	--	---

Pacientes com abuso de outras substâncias devem ser encorajados a parar de fumar junto com tratamento para tratar a dependência das outras substâncias. Deve-se atentar para uma possibilidade de recaídas em pacientes com histórico de alcoolismo após o começo do tratamento do tabagismo, apesar de que, geralmente, a cessação do tabagismo está relacionada com um efeito positivo no uso de substâncias no geral.<sup>6, 24</sup> Uma revisão sistemática<sup>77</sup> mostrou que, em 3 ensaios com 635 pacientes, o uso de TRN nesta população aumentou as taxas de abstinência significativamente (RR = 7.74). O tratamento combinado farmacoterapia + aconselhamento também foi associado com abstinência (RR = 1.74) segundo análise de 12 estudos. O aconselhamento sozinho não parece ter efeito significativo nesta população segundo análise de 11 diferentes estudos.<sup>52</sup>

São poucos os estudos que testam a efetividade do tratamento de tabagismo para usuários de tabaco não fumado. Segundo uma revisão sistemática<sup>78</sup>, a vareniclina pode aumentar as taxas de abstinência nesta população (RR = 1.34); a bupropiona, por outro lado, não apresentou resultados benéficos estatisticamente relevantes (RR = 0.89), assim como adesivos transdérmicos (RR = 1.13) e goma de nicotina (RR = 0.99). Estudos utilizando a pastilha de nicotina obtiveram resultados positivos (RR = 1.36), porém os estudos foram considerados de baixa qualidade por ausência de uso do placebo. Os resultados para tratamentos não-farmacológicos também foram inconclusivos devido à grande heterogeneidade dos estudos. Conclui-se que a vareniclina, pastilhas nicotínicas e



abordagens comportamentais podem ser úteis nesta população, porém as evidências científicas ainda são limitadas.<sup>52</sup>

A literatura para o tratamento de fumantes leves é extremamente escassa e com pouco consenso entre as evidências. Até mesmo a definição é variada, apontando como fumantes leves aqueles que fazem uso de 9-15 cigarros ao dia, sendo o consenso maior para 10 cigarros.<sup>6,24</sup> De acordo com uma revisão sistemática<sup>79</sup>, alguns estudos mostraram que fumantes leves podem ter a mesma dificuldade em parar de fumar que fumantes pesados, sendo o tratamento dado de forma similar. Algumas diretrizes sugerem o uso de TRN de curta ação em doses menores caso o paciente sinta necessidade. No entanto, para esses pacientes o tratamento comportamental é indicado como primeira opção em evidências mais consolidadas.<sup>6, 20, 24</sup>

## **8. Evolução, Avaliação e Acompanhamento**

Pacientes que cessaram o uso do tabaco estão em constante risco de recaída. O aconselhamento nas primeiras semanas deve ser mais intenso, pois é o período de maior risco, porém o farmacêutico deve tentar se encontrar 4 vezes ou mais com este paciente no processo do tratamento.<sup>6, 52</sup>

O ideal para o acompanhamento do tabagismo são consultas semanais começando antes da data estabelecida para parar de fumar até pelo menos 3 meses após o início do tratamento, período em que será possível a avaliação da farmacoterapia e realização de possíveis ajustes. Idealmente, deve haver acompanhamento do paciente até 1 ano após a cessação.<sup>24, 41</sup> As consultas podem ser feitas tanto presencialmente quanto por telefone, com a maior duração e frequência possível até que o paciente esteja seguro que não terá mais risco de recaída.<sup>20, 24, 32</sup> Estudos anteriores realizados em farmácias comunitárias<sup>80</sup> demonstram que consultas mais frequentes, de 3 ou mais visitas, e mais longas, de 15 a 30 minutos, possuem taxas de sucesso terapêutico até 7 vezes mais altas.

Dois tópicos importantes a serem discutidas durante o acompanhamento do paciente incluem os lapsos e o ganho de peso, por serem importantes barreiras para a cessação total do tabagismo.

Ex tabagistas estão em risco de ter recaída mesmo anos após terem sucesso na cessação do tabagismo e atingirem abstinência completa. Tal assunto deve ser abordado em todas as consultas de acompanhamento, no entanto, as duas primeiras semanas de tratamento são as mais perigosas.<sup>1, 6, 20, 24</sup> Os fatores de risco para a recaída incluem: alta dependência nicotínica, exposição ambiental, uso de álcool ou outras substâncias, comorbidades psiquiátricas, estresse, suporte comportamental fraco, fortes sintomas de abstinência ou ganho de peso.<sup>1, 24, 80</sup>

Em casos de recaída, identifique os problemas enfrentados pelo paciente e avalie o uso da farmacoterapia; é importante identificar a causa a fim de manejar o tratamento farmacológico e não-farmacológico de maneira adequada, avaliando se o uso está correto, problemas relacionados aos medicamentos e a efetividade do tratamento. Se necessário, faça ajustes nos medicamentos utilizados e intensifique possíveis abordagens cognitivo-comportamentais. Informe os pacientes que a maioria dos fumantes necessitam de mais de uma tentativa para conseguir parar de fumar, sendo que a recaída durante o primeiro ano pode ocorrer com 50% dos pacientes, e os motive a fazer uma nova tentativa. Considere encaminhamento médico para tratamento mais intensivo caso o paciente esteja motivado e se considere necessário o uso de medicamentos prescritos e terapia comportamental específica.<sup>6, 7, 8, 20, 24</sup>

Pacientes mais jovens, com maior nível de dependência e do sexo feminino apresentam mais risco de ganhar peso com a cessação do tabagismo. Este ganho de peso pode chegar a até 30 kg, mas a maioria dos pacientes não ganha mais de 10 kg. O ganho de peso ocorre aparentemente tanto pelo aumento do consumo de alimentos quanto pela diminuição do metabolismo. O farmacêutico deve discutir abertamente com o paciente as alternativas disponíveis para minimizar este problema.<sup>6, 20</sup>

Alguns conselhos que podem ser dados aos pacientes incluem a limitação da ingestão de calorias e alimentação saudável, porém sem encorajar dietas restritivas, o início ou aumento das atividades físicas e, se necessário, fazer o encaminhamento do paciente para um nutricionista.<sup>6, 24</sup> Um estudo recente demonstrou que a realização de atividades físicas pode melhorar a abstinência em mulheres e diminuir o ganho de peso quando combinado com abordagens comportamentais<sup>20, 52</sup>. Segundo uma revisão da Cochrane<sup>81</sup>, a realização de atividades físicas reduziu o ganho de peso dos pacientes a longo prazo em uma média de 2 kg. Também mostrou que o uso de TRN, bupropiona e vareniclina pode atenuar o ganho de peso nos primeiros meses de tratamento, sem diferença significativa nas diferentes formas de TRN.

Pacientes com diabetes devem ter seu nível glicêmico monitorado durante e após o uso da TRN. Após interrupção do uso da farmacoterapia, manter-se atento para possível hipoglicemia devido à diminuição da resistência insulínica. A monitorização da pressão arterial também é recomendada para pacientes com doenças cardiovasculares em tratamento com TRN.<sup>6</sup>

Uma forma quantitativa de avaliar o progresso da terapia para o tabagismo é a utilização de medidores de carbono exalado portáteis. O tabagismo causa aumento do monóxido de carbono sérico e tal aparelho mostra a melhoria do transporte de carbono pelos pulmões através da diminuição de monóxido de carbono no ar exalado pelo paciente (COex). Tal ferramenta é utilizada principalmente para monitorar se o paciente está seguindo o tratamento adequadamente e atingiu a abstinência. Caso se mostre pertinente, o farmacêutico pode utilizar desta ferramenta para motivar o paciente, mostrando os resultados do tratamento nas consultas de acompanhamento.<sup>8, 52</sup> Pacientes abstinentes normalmente possuem um valor de COex inferior à 10ppm e fumantes contínuos apresentam > 20ppm.<sup>8, 64</sup> No entanto, importante salientar que a utilização de tal método para demonstrar os efeitos negativos do tabagismo antes da cessação do tabagismo não possui efetividade e pode desmotivar o paciente.<sup>6, 52</sup>

Portanto, nas consultas para acompanhamento, é importante abordar os seguintes tópicos:<sup>6, 8, 20, 24, 32, 52</sup>

- Fornecer suporte e motivação constantes ao paciente, encorajando a abstinência e a adesão ao tratamento;
- Repetir a entrevista motivacional para pacientes desmotivados;
- Avaliar sintomas de abstinência;
- Monitorar a resposta farmacológica e manejar possíveis efeitos adversos e falha terapêutica, fazendo ajustes na farmacoterapia conforme necessário;
- Identificar problemas e desafios enfrentados pelo paciente;
- Identificar preocupações quanto ao ganho de peso;
- Identificar possíveis sintomas depressivos e fazer encaminhamento para um especialista caso seja necessário;
- Parabenizá-lo a cada etapa de sucesso do tratamento.

**Tabela 7. Resumo da revisão da farmacoterapia na cessação do tabagismo.**

RESUMO DA REVISÃO DA FARMACOTERAPIA NA CESSAÇÃO DO TABAGISMO	
<b>NECESSIDADE</b>	<p>Pacientes com doenças psiquiátricas ativas se beneficiam do uso de medicamentos antidepressivos no tratamento do tabagismo.<sup>6,33</sup></p> <p>A Terapia de Reposição Nicotínica, a bupropiona e a vareniclina são os medicamentos utilizados em primeira linha para o tratamento do tabagismo.<sup>1,6,7,24,52</sup></p> <p>A TRN deve ser utilizada por pelo menos 8 semanas e no máximo 12 semanas.<sup>52,61,62</sup></p> <p>Para fumantes leves, algumas diretrizes recomendam o uso de TRN de curta ação em pequenas doses caso o paciente sinta necessidade.<sup>6,20,24</sup></p> <p>O tempo de tratamento com a bupropiona é de pelo menos 8 semanas.<sup>6,52,62</sup></p>

	<p>O tempo de tratamento com a vareniclina é de pelo menos 12 semanas.<sup>5,32,45,52</sup></p> <p>A bupropiona pode ser utilizada junto com adesivo transdérmico caso o paciente sinta necessidade.<sup>30,52,59</sup></p> <p>Se o paciente estiver utilizando mais que 15 tabletes de goma nicotínica de 2 mg por dia, é necessário um aumento da dose.<sup>2, 59, 63</sup></p> <p>A nortriptilina e a clonidina devem ser consideradas para o tratamento apenas quando o paciente apresentar contra-indicações ou intolerância aos agentes de primeira linha.<sup>6, 20</sup></p> <p>Os efeitos sedativos da clonidina podem ser benéficos caso o paciente apresente sintomas de abstinência intensos e persistentes.<sup>52</sup></p> <p>O tratamento com a nortriptilina normalmente possui duração de 12 semanas.<sup>6,52</sup></p>
<b>EFETIVIDADE</b>	<p>A TRN possui evidências de aumentar as taxas de abstinência de 50% até 60% quando comparado com o controle.<sup>31</sup></p> <p>A terapia combinada com o TRN de longo prazo + TRN de curto prazo aumenta as taxas de abstinência quando comparadas com o tratamento isolado em até 36%.<sup>6,52,61</sup></p> <p>A bupropiona pode dobrar as taxas de abstinência quando comparada com o placebo.<sup>33</sup></p> <p>A vareniclina aumenta as chances de tabagismo bem sucedida quando comparada com o placebo.<sup>66</sup></p> <p>A combinação de TRN curto prazo + longo prazo é mais efetiva que o tratamento</p>

com bupropiona na maioria dos pacientes.<sup>33</sup>

A vareniclina possui uma maior taxa de sucesso no tratamento quando comparada com a bupropiona e com a TRN.<sup>66</sup>

Tratamentos combinados com abordagens comportamentais e farmacoterapia aumentam as chances de o paciente parar de fumar.<sup>55, 62</sup>

A nortriptilina possui um benefício moderado para o tratamento do tabagismo. No entanto, sua combinação com TRN não traz benefícios adicionais.<sup>6,8,32,33</sup>

A clonidina possui uma efetividade moderada no tratamento do tabagismo, levando a um aumento de em média 9% das taxas de abstinência.<sup>7,32,72</sup>

O uso de ISRS e iMAO se mostraram ineficazes no tratamento do tabagismo.<sup>33</sup>

A cistisina possui um efeito promissor na cessação do tabagismo.<sup>66</sup>

O uso de vacinas nicotínicas não apresentou benefícios nos estudos mais recentes.<sup>6,52</sup>

A erva-de-são-joão não apresentou resultados positivos para o tratamento do tabagismo.<sup>6,52</sup>

Pacientes que possuem dependência por múltiplas substâncias podem se beneficiar com o tratamento com TRN e combinação de farmacoterapia + aconselhamento, porém não com aconselhamento sozinho.<sup>52,77</sup>

A vareniclina aumenta as taxas de abstinência em usuários de tabaco não fumado.

A bupropiona, adesivos transdérmicos e goma nicotínica não apresentaram benefícios.<sup>78</sup>

A realização de atividades físicas pode reduzir o ganho de peso ocasionado pela

	<p>cessação do tabagismo a longo prazo, bem como o tratamento com TRN, bupropiona e vareniclina.<sup>52,20,81</sup></p>
<b>SEGURANÇA</b>	<p>Os medicamentos para tabagismo não devem ser considerados como primeira opção de tratamento em mulheres grávidas, lactantes e pessoas menores de 18 anos.<sup>6,20,70</sup></p> <p>Eventos adversos comuns a todos os TRN incluem sintomas gastrointestinais, cefaleia e irritação local.<sup>6, 7, 32</sup> As gomas podem causar dor mandibular, soluços, hipersalivação, dispepsia e úlceras.<sup>2, 59, 60</sup> As pastilhas podem causar soluços, tosse, flatulência, insônia e irritação bucal.<sup>8, 59</sup> Já os adesivos transdérmicos podem causar irritação local, insônia e sonhos vívidos.<sup>31, 32</sup></p> <p>A TRN não possui relação com eventos cardíacos graves, sendo considerada segura nessa população de uma forma geral.<sup>31</sup></p> <p>A TRN deve ser utilizada com precaução no período pós infarte agudo do miocárdio, presença de angina, arritmias graves e hipertensão descontrolada.<sup>59,68,70</sup></p> <p>A bupropiona está relacionada com ocorrência de xerostomia, náusea, reações alérgicas e insônia.<sup>7,32,33</sup></p> <p>A bupropiona não está relacionada com eventos neuropsiquiátricos ou cardiovasculares.<sup>33</sup></p> <p>A bupropiona pode piorar casos convulsivos e é contraindicada nesta população de risco, bem como em pessoas com transtornos alimentares e uso de iMAO nas últimas duas semanas.<sup>32,33,45,52</sup></p> <p>A vareniclina pode causar náusea, cefaleia, vômito e distúrbios do sono.<sup>32,52,66</sup></p>

	<p>Os efeitos neuropsiquiátricos e cardiovasculares da vareniclina foram descartados em estudos recentes.<sup>66</sup></p> <p>A vareniclina e a clonidina estão relacionadas com dificuldade em operar veículos devido a possível sedação do paciente.<sup>32,71,74</sup></p> <p>Outros efeitos adversos relacionados com a clonidina incluem xerostomia, tontura, fadiga e constipação.<sup>7, 32, 52, 72</sup></p> <p>O tratamento com a clonidina não pode ser interrompido de forma abrupta, pois pode levar à efeitos de rebote na pressão arterial.<sup>6,74</sup></p> <p>A nortriptilina está relacionada com efeitos adversos mais intensos que a bupropiona, são eles: xerostomia, tontura, hipotensão postural e constipação e, possivelmente, palpitações e colapso cardíaco.<sup>6,7,8,32,33</sup></p>
--	--

## 9. Lista de Medicamentos Disponíveis no Brasil:

**Tabela 8.** Lista de medicamentos disponíveis no Brasil

Fármacos	Apresentações	NE	Nomes Comerciais	Faixa de Preço Médio do TTO	Incluído na diretriz?	MIP?
Nicotina	Adesivos transdérmicos 7, 14 e 21 mg	I/A	Niquitin; Nicotinell;	Mais de 10 cigarros por dia: R\$ 659,14 – R\$ 838,62  Menos de 10 cigarros por dia: R\$ 511,24 – R\$ 651,66	<b>SIM</b>	<b>SIM</b>



Nicotina	Gomas mastigáveis 2 e 4 mg	I/A	Nicorette.	Tratamento com 2 mg: R\$ 1.769,60*  Tratamento com 4 mg: R\$ 3.219,54*	<b>SIM</b>	<b>SIM</b>
Nicotina	Pastilhas 2 e 4 mg	I/A	Niquitin.	Tratamento com 2 mg: R\$ 2.245,12 – R\$ 2.473,84*  Tratamento com 4 mg: R\$ 2.422,72 – R\$ 2.645,44*	<b>SIM</b>	<b>SIM</b>
Tartarato de vareniclina	Comprimidos revestidos 0,5 e 1 mg	I/A	Champix.	R\$ 1.081,40	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Cloridrato de bupropiona	Comprimidos revestidos e liberação lenta ou prolongada 150 mg	I/A	Zetron; BUP; Buene; Alpes; Noradop; Bupogran; INIP;	Para 8 semanas de tratamento: R\$ 272,20 – R\$ 766,00  Para 12 semanas de tratamento:	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>

			Bupium; Deradop; Seth; Zyban; Wellbutrin.	R\$ 411,30 – R\$ 1.146,00		
Cloridra to de nortripti lina	Cápsulas de 10, 25, 50 e 75 mg e Solução oral 2 mg/mL	I/A	Pamelor.	R\$ 181,41 – R\$ 294,85**	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Cloridra to de Clonidi na	Comprimido s de 0.10, 0.15 e 0.5 mg	I/B	Atensina	R\$ 9,95 – R\$ 47,00***	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>

**Fonte:** ANVISA. Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/listas-de-precos>. Atualizado em 01/07/2020. Utilizado Preço Máximo ao Consumidor com ICMS 18%.

NE: Nível de Evidência; TTO: tratamento; MIP: Medicamento Isento de Prescrição. I: Nível de evidência 1A (Oxford). A: GRADE - Alto. B: GRADE - Moderado.

\* Considerando uso da dose máxima por 6 semanas com redução gradual de 50% a cada 3 semanas durante 12 semanas de tratamento. Para as gomas de 2 mg, 15 tabletes foi considerada a dose máxima.

\*\* Considerando 75 mg por 12 semanas de tratamento.

\*\*\* Faixa referente à menor dosagem do tratamento (150mcg) até a maior dosagem do tratamento (750 mcg) em um período de 4 semanas.

## **10. Metodologia de Busca e Literatura Eleita/Recomenda:**

- As buscas foram realizadas entre julho e novembro de 2019.
- Foram utilizados os descritores Decs/Mesh: tobacco use disorder, tobacco use cessation; smoking cessation; abandono do tabagismo; tabagismo; abandono do uso de tabaco.
- Foram excluídos estudos focados na prevenção de adolescentes e crianças; com abordagem específica para pacientes com outras condições (doenças psiquiátricas, HIV, câncer, doença cardíaca, hospitalizados, doenças pulmonares, uso de outras substâncias, diabetes, obesidade); programas restritivos para populações específicas; com foco em tratamentos não disponíveis no Brasil (cistisina, quitlines, TRN inalatórios, cigarros eletrônicos); intervenções em ambientes específicos (trabalho, escola, universidades, controle de mídia); específicos para outros profissionais que não o farmacêutico; estratégias com foco e resultados muito específicos para outros países que não o Brasil. Na etapa de leitura na íntegra, foram excluídos estudos que se tratavam de revisões comuns, com baixa qualidade científica, ou com foco em tratamentos emergentes com poucas evidências e considerados irrelevantes.
- Foram incluídos estudos que abordam intervenções para cessação do tabagismo em adultos e do papel do farmacêutico no processo. Intervenções consideradas: TRN utilizadas no Brasil, medicamentos de primeira e segunda linha ou alternativas isentas de prescrição, prevenção de recaídas e intervenções possíveis de serem realizadas, acompanhadas ou encaminhadas pelo farmacêutico.
- Foram realizadas buscas em:
  - Bases de Síntese de Evidências
    - BMJ Best Practice;
    - Dynamed;
    - UpToDate;
    - Medscape.
  - Sites de Diretrizes e Protocolos multinacionais
    - Guidelines International Network: <https://g-i-n.net/>

- Agency for Healthcare Research and Quality: <https://www.ahrq.gov>
  - Australian Government National Health: <https://www.nhmrc.gov.au/>
  - Australian Government National Health and Medical Research Council: [www.nhmrc.gov.au](http://www.nhmrc.gov.au)
  - Biblioteca de Guias de Prática Clínica do Sistema Nacional de Saúde, Espanha: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/catalogo-gpc>
  - Canada Agency for Drugs and Technologies in Health: <http://www.cadth.ca>
  - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS CONITEC: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>
  - eGuidelines: <https://www.mgp.co.uk/>
  - Geneva Foundation for Medical Education and Research: [https://www.gfmer.ch/000\\_Homepage\\_En.htm](https://www.gfmer.ch/000_Homepage_En.htm)
  - Finnish Current Care: <http://www.kaypahoito.fi/web/english/home>
  - Guias da Organização Mundial de Saúde: <https://www.who.int/publications/guidelines/en/>
  - Guidelines Advisory Committee: [http://www.gacguidelines.ca/index.cfm?pagePath=GAC\\_Endorsed\\_Guidelines&id=21080](http://www.gacguidelines.ca/index.cfm?pagePath=GAC_Endorsed_Guidelines&id=21080)
  - Institute for Clinical Systems Improvement: <https://www.icsi.org/>
  - National Institute for Health and Clinical Excellence: <https://www.nice.org.uk/>
  - Public Health Agency of Canada: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/reports-publications/disease-prevention-control-guidelines.html>
  - Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Cadernos da Atenção Básica: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index>
  - ABRAFARMA: <https://www.assistenciafarmaceutica.far.br/publicacoes/>
- Bases de Dados
- 1) Pesquisa por Revisões Sistemáticas:
- Medline via PubMed (“review” + “5 anos” + descritor “systematic review”)

- Biblioteca Virtual de Saúde (“Artigo” + “2014-2019” + “Inglês, Espanhol e Português” + descritor “systematic review”)

- Scopus (Filtro “2014-2019” + “Inglês, Espanhol e Português” + descritor “systematic review”)

- *The Cochrane Library* (Filtro “2014-2019” + “tobacco, drugs & alcohol”)

## 2) Pesquisa por Diretrizes e Protocolos:

- Medline via PubMed (Filtro “guideline” + “10 anos”)

- Biblioteca Virtual de Saúde (Filtro “Guia de Prática Clínica” + “2009-2019” + “Inglês, Português e Espanhol”)

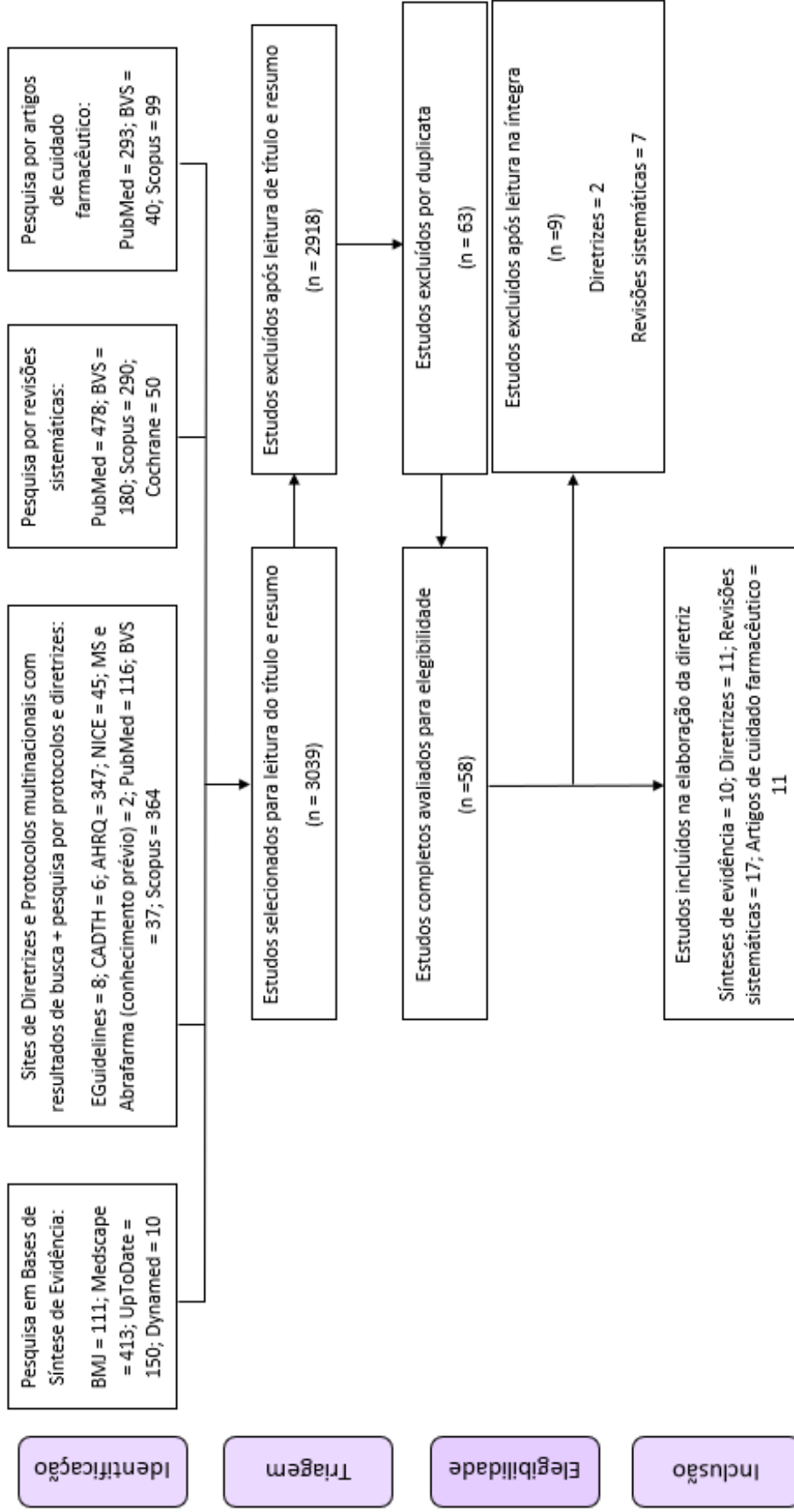
- Scopus (Filtro “2009-2019” + Practice Guideline” + “Inglês, Português, Espanhol”)

## 3) Pesquisa por Artigos de Cuidado Farmacêutico

- Medline via PubMed (Filtro “10 anos” + descritores “pharmaceutical services” OR “pharmaceutical care”)

- Biblioteca Virtual de Saúde (Filtro “2009-2019” + “Inglês, Português, Espanhol” + descritores “pharmaceutical servires OR pharmaceutical care”)

- Scopus (Filtro “2009-2019” + “Inglês, Português, Espanhol” + descritores “pharmaceutical servires OR pharmaceutical care”)



## 11. Referências bibliográficas

- 1- DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995. Record No.T114788, Tobacco Use; [atualizado em 04 Dez 2018, acesso em Mar 2020]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114788>. Registro e login necessários.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saude, Departamento de Atenção Básica. Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em Mar 2020]. 154 p. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_40.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf)
- 3- Guillem FC, González-Gallarza RD, Jiménez LC, Muñoz JLDM, Polo AL, Ogué MCP. Documento de consenso para la atención clínica al tabaquismo en España. Med Clin (Barc). 2013;140(6).
- 4- Viegas CA de A. Formas não habituais de uso do tabaco. J Bras Pneumol. 2008;34(12):1069–73. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n12/v34n12a13.pdf>
- 5- Nethan ST, Sinha DN, Chandan K, Mehrotra R. Smokeless tobacco cessation interventions: A systematic review. Indian J Med Res [Internet]. 2018;396–410. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23144490>
- 6- Hernandez F, Rahaghi FF. Abandono do hábito de fumar. BMJ Best Pract [Internet]. Published 2018 [acesso em Mar 2020]. Disponível em: <http://brasil.bestpractice.bmj.com/bestpractice/monograph/411/basics/epidemiology.html>

7- Gregory L. Nicotine Addiction. Emedicine Medscape [Internet]. Published July 16, 2018 [acesso em Mar 2020]. Disponível em: <https://emedicine.medscape.com/article/287555-print>

8- Correr CJ. Manual 07: Parar de fumar. 1st ed. Correr CJ, Reis WC. Vol. 85. Curitiba: Practice Ed.; 2016 [acesso em Mar 2020]. 108 p. Disponível em: <https://www.assistenciafarmaceutica.far.br/publicacoes/>

9- Rigotti NA. Benefits and risks of smoking cessation. In: Ted W. Post, editor. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2019 [acesso em Mar 2020]. Disponível em: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

10- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5. American Psychiatric Association tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. Porto Alegre: Artmed; 2014. 948 p.

11- Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde. Global adult tobacco survey Brazil 2008 [acesso em Mar 2020]. Cancer IN de, editor. Rio de Janeiro: INCA; 2010. 208 p Disponível em: [https://www.who.int/tobacco/surveillance/en\\_tfi\\_gats\\_2010\\_brazil.pdf](https://www.who.int/tobacco/surveillance/en_tfi_gats_2010_brazil.pdf)

12- Instituto Nacional de Câncer (INCA) [homepage] Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco – Dados e números da prevalência do tabagismo [última modificação em ago de 2018; acesso em abril de 2020] Disponível em: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo>

13- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Vol. 39, Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2209. Rio de Janeiro; 2014. 174 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>



14- Brasil. Ministério da Saúde. Vigilatel Brasil 2018: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquerito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018 [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 132 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2011\\_fatores\\_risco\\_doencas\\_cr\\_onicas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011_fatores_risco_doencas_cr_onicas.pdf)

15- Sinclair HK, Bond CM, Stead LF. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2019; (1) DOI: 10.1002/14651858.CD003698.pub2

16- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Community pharmacies: promoting health and wellbeing (NICE Guideline No. 102) [published 2018 aug 2; cited 2020 apr] Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng102>

17- Cokkinides VE, Ward E, Jemal A, Thun MJ. Under-Use of Smoking-Cessation Treatments. Am J Prev Med. 2005;28(1):119–22.

18- Ward KD, Klesges RC, Zbikowski SM, Bliss RE, Garvey AJ. Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation attempt. Addict Behav. 1997;22(4):521–33.

19- Solberg LI, Boyle RG, Davidson G, Anne Magnan S, Carlson CL. Patient satisfaction and discussion of smoking cessation during clinical visits. Mayo Clin Proc. 2001;76(2):138–43.

20- Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al; U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service. Clinical practice guideline: Treating tobacco use and dependence: 2008 update.

- 21- Condinho M, Fernández-Llimos F, Figueiredo I V., Sinogas C. Smoking cessation in a community pharmacy: Preliminary results of a pharmaceutical care programme. *Vitae*. 2015;22(1):42–6. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.vitae.v22n1a05>
- 22- Armero AMÍN, Hernandez MAC, Perez-Vicente S, Martinez-Martinez F. Pharmaceutical care in smoking cessation. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:209–15. DOI: <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S67707>
- 23- Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. Disponível em: <https://www.cid10.com.br/>
- 24- Rigotti NA. Overview of smoking cessation management in adults. In: Ted W. Post, editor. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2019 [acesso em Mar 2020]. Available from: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- 25- DiClemente CC, Prochaska JO, Fairhurst SK, Velicer WF, Velasquez MM, Rossi JS. The Process of Smoking Cessation: An Analysis of Precontemplation, Contemplation, and Preparation Stages of Change. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59(2):295–304.
- 26- Heatherton TD, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86:1119–27.
- 27- Correr CJ. Manual 06: Autocuidado. 1st ed. Correr CJ, Reis WC. Vol. 85. Curitiba: Practice Ed.; 2016 [acesso em Jul 2020]. 136 p. Disponível em: <https://www.assistenciafarmaceutica.far.br/publicacoes/>
- 28- Correr CJ, Otuki MF. A Prática Farmacêutica na Farmácia comunitária. Artmed Editora; 2013. 454 p.

29- Watanabe F, Shinohara K, Dobashi A, Amagai K, Hara K, Kurata K, et al. Assessment of assistance in smoking cessation therapy by pharmacies in collaboration with medical institutions - implementation of a collaborative drug therapy management protocol based on a written agreement between physicians and pharmacists. *Yakugaku Zasshi*. 2016;136(9):1243–54.

30- Siu AL. Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2015;622–34. DOI: 10.7326/M15-2023

31- Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, YeW, Bullen C, Lancaster T. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation ( Review ). *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(5):233. DOI: 10.1002/14651858.CD000146.pub5.

32- Rennard SI, Rigotti NA, Daughton DM, Editors S, Stoller JK, Fletcher RH, et al. Pharmacotherapy for smoking cessation in adults. In: Ted W. Post, editor. *UpToDate*. Waltham (MA): UpToDate; 2019. 2019 [acesso em Mar 2020]. Disponível em: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

33- Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas KH, Fanshawe TR, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation ( Review ). *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(1):177. DOI: 10.1002/14651858.CD000031.pub4.

34- Stapleton J, West R, Hajek P, Wheeler J, Vangeli E, Abdi Z, et al. Randomized trial of nicotine replacement therapy (NRT), bupropion and NRT plus bupropion for smoking cessation: Effectiveness in clinical practice. *Addiction*. 2013;108:2193–201. DOI: 10.1111/add.12304

35- Boston University School Of Public Health [homepage] Measures of Association. Risk Ratios and Rate Ratios (Relative Risk). [acesso em maio de 2020]. Disponível em:

[http://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPHModules/EP/EP713\\_Association/EP713\\_Association3.html](http://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPHModules/EP/EP713_Association/EP713_Association3.html)

36- Akobeng AK. Understanding randomised controlled trials. Arch Dis Child. 2005;90(8):840–4. DOI: 10.1136/adc.2004.058222

37- Dent LA, Harris KJ, Noonan CW. Randomized trial assessing the effectiveness of a pharmacist-delivered program for smoking cessation. Ann Pharmacother. 2009;43:194–201. DOI: 10.1345/aph.1L556

38- Peletidi A, Nabhani-Gebara S, Kayyali R. Smoking cessation support services at community pharmacies in the UK: A systematic review. Hell J Cardiol. 2016;57:7–15.

39- Farrelly MC, Pechacek TF, Thomas KY, Nelson D. The impact of tobacco control programs on adult smoking. Am J Public Health. 2008;98(2):304–9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2376884/pdf/0980304.pdf>

40- DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. T576484, Counseling for Tobacco Cessation; [atualizado em 30 Nov 2018, acesso em Mar 2020]. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T576484> Registro e login necessários.

41- Park ER. Behavioral approaches to smoking cessation. In: Ted W. Post, editor. UpToDate [Internet]. Waltham (MA): UpToDate; 2019 [acesso em Mar 2020]. Disponível em: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)

42- Stead\_LF, Buitrago\_D, Preciado\_N, Sanchez\_G, Hartmann-Boyce\_J, Lancaster\_T.. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(5):63. DOI: [10.1002/14651858.CD000165.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000165.pub4).

43- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Behaviour Change: individual approaches (NICE Public Health Guideline No. 49) [publicado em 02 jan 2014; acesso em Jun 2020] Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph49>

44- Lumig M Van. Motivational interviewing for smoking cessation (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2015;(3):65. DOI: 10.1002/14651858.CD006936.pub3.

45- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stop smoking interventions and services (NICE Guideline No. 92) [publicado em 28 mar 2018; acesso em Mar 2020] Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng92>

46- van Zyl-Smit RN, Allwood B, Stickells D, Symons G, Abdool-Gaffar S, Murphy K, et al. South African tobacco smoking cessation clinical practice guideline. South African Med J. 2013;103(11):869–76. DOI: 10.7196/SAMJ.7484

47- Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation (Review). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2015(3):93. DOI: 10.1002/14651858.CD009670.pub3

48- Lancaster T, Stead LF.. Individual behavioural counselling for smoking cessation ( Review ). Cochrane Database Syst Rev. 2017;(3):81. DOI: 10.1002/14651858.CD001292.pub3.

49- Mottillo S, Filion KB, Bélisle P, Joseph L, Gervais A, O’Loughlin J, et al. Behavioural interventions for smoking cessation: A meta-analysis of randomized controlled trials. Eur Heart J. 2009;30(6):718–30.

50- Stead\_LF, Hartmann-Boyce\_J, Perera\_R, Lancaster\_T. Telephone counselling for smoking cessation ( Review ). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013;(8):118. DOI: [10.1002/14651858.CD002850.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002850)

51- Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. ( Review ). Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2017;(3):96. DOI: [http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001007.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001007)

52- DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. T905141, Treatment for Tobacco Use; [atualizado em 30 Nov 2018, acesso em Mar 2020]. Disponível em <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T905141> Registro e login necessários.

53- White AR, Rampes H, Liu JP, Stead LF, Campbell J. Acupuncture and related interventions for smoking cessation ( Review ). Cochrane Database Syst Rev. 2014;(1):74. DOI: 10.1002/14651858.CD000009.pub4.

54- Di YM, May BH, Zhang AL, Zhou IW, Worsnop C, Xue CCL. A meta-analysis of ear-acupuncture, ear-acupressure and auriculotherapy for cigarette smoking cessation. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2014;142:14–23. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.002>

55- Barnes J, McRobbie H, Dong CY, Walker N, Mehta\_M, Stead\_LF.. Hypnotherapy for smoking cessation ( Review ). Cochrane Database Syst Rev. 2010;(10):33. DOI: [10.1002/14651858.CD001008.pub2](http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001008.pub2).

56- Carim-Todd L, Mitchel SH, Oken BS. Mind-body practices: an alternative, drug-free treatment for Drug Alcohol Depend smoking cessation? A systematic review of the literature. Drug Alcohol Depend. 2013;132(3):399–410. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2013.04.014.

57- Maglione MA, Maher AR, Ewing B, Colaiaco B, Newberry S, Kandrack R, et al. Efficacy of mindfulness meditation for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. Addict Behav [Internet]. 2017;69:34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.01.022>

58- Hajek P, Stead LF. Aversive smoking for smoking cessation ( Review ). Cochrane Database Syst Rev. 2001;(3):30. DOI: [10.1002/14651858.CD000546.pub2](http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000546.pub2)

59- DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 - . Record No. T361003, Nicotine Replacement Therapy for Tobacco Cessation; [atualizado em 30 Nov 2018, acesso em Mar 2020]. Disponível em <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T361003>. Registro e login necessários.

60- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. Portaria Nº 761, de 21 de junho de 2016. Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde. Brasília, 2016. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0761\\_21\\_06\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0761_21_06_2016.html)

61- Lindson\_N, Chepkin\_SC, Ye\_W, Fanshawe\_TR, Bullen\_C, Hartmann-Boyce\_J.. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation (Review). Cochrane Database Syst Rev. 2019;(4):137. DOI: 10.1002/14651858.CD01330

62- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Smoking: supporting people to stop (NICE Quality Standard No. 43) [publicado em 28 ago 2013; acesso em Mar 2020] Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs43>

63 – Nicorette® Gomas mastigáveis. [Bula] Suécia: Mc Neil AB. Bula aprovada pela ANVISA em ago de 2019. Acesso em maio de 2020.

64- Santos UP, Gannam S, Abe JM, Esteves PB, Freitas Filho M, Wakassa TV, et al. Emprego da determinação de monóxido de carbono no ar exalado para a detecção do consumo de tabaco. J Pneumol. 2001;27(5):231–6.

65- Cañas A, Alba LH, Becerra N, Murillo R, Páez N, Mosquera C, et al. Eficacia y seguridad del uso de medicamentos para la cesación de la adicción al tabaco: Revisión de guías de práctica clínica. Rev Salud Publica. 2014;16(5):772–85. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n5.40762>

66- Cahill K, Lindson-Hawley N, Thomas K, Fanshawe T, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation ( Review ). Cochrane Database Syst Rev. 2016;(5):211.

67- Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(10):77. DOI: [10.1002/14651858.CD008286.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008286.pub2).

68- Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2nd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 1135

69 – NiQuitin® Pastilhas. [Bula] Estados Unidos da América: Avara Aiken Pharmaceuticals Services. Bula aprovada pela ANVISA em maio de 2020. Acesso em maio de 2020.

70- NiQuitin® Adesivos Transdérmicos. [Bula] Irlanda: GlaxoSmithKline Dungarvan Ltd. Bula aprovada pela ANVISA em jul de 2019. Acesso em maio de 2020.

71 – Champix® Vareniclina. [Bula] Alemanha: R-Pharm Germany GmbH. Dez de 2019. Acesso em maio de 2020.

72- Gourlay\_SG, Stead\_LF, Benowitz\_N. Clonidine for smoking cessation ( Review ). Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):14. DOI: [10.1002/14651858.CD000058.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000058.pub2).

73 – Pamelor® Nortriptilina. [Bula] São Paulo: Cellera Farmacêutica S.A. Acesso em maio de 2020.

74 – Atensina® Clonidina. [Bula] São Paulo: Boehringer Ingelheim do Brasil Quím. e Farm. Ltda. Acesso em maio de 2020.



75- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Lista A de Medicamentos de Referência. Publicado em 06 de maio de 2020. Acesso em maio de 2020. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33836/4412457/Lista+A+Inclu%C3%ADdos+06+05+2020.pdf/133aac0c-528c-469b-a2bc-40ce0884f9e5>

76- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Bulário Eletrônico. 2007. Acesso em maio de 2020. Disponível em:

[http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/index.asp](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp)

77- Apollonio D, Philipps R, Bero L. Interventions for tobacco use cessation in people in treatment for or recovery from substance use disorders (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(11)66. DOI: 10.1002/14651858.CD010274.pub2.

78- Ebbert\_JO, Elrashidi\_MY, Stead\_LF. Interventions for smokeless tobacco use cessation [Review]. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(10):54. DOI: 10.1002/14651858.CD004306.pub5.

79- Formagini TDB, Machado NM, Richter KP, Ronzani TM. Intervenções de Cessação de Tabagismo em Fumantes Leves: Uma Revisão Sistemática. *Psicol em Estud.* 2015;20(2):201–11.

80- Shen X, Bachyrycz A, Anderson JR, Tinker D, Raisch DW. Improving the Effectiveness of Pharmacist-Assisted Tobacco Cessation: A Study of Participant- and Pharmacy-Specific Differences in Quit Rates. *Ann Pharmacother.* 2015;49(3):303–10. DOI: 10.1177/1060028014563949

81- Farley AC, Hajek P, Lycett D, Aveyard P. Interventions for preventing weight gain after smoking cessation ( Review ). *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(1):152. DOI: 10.1002/14651858.CD006219.pub3.

82- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas : ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p. ISBN 978-85-334-2181-3.



—

# CONSIDERAÇÕES FINAIS

—

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É possível notar com este trabalho que a área do tabagismo possui uma ampla gama de evidência científica. Através da análise das diretrizes, percebeu-se uma boa conformidade entre as recomendações, mostrando que os tratamentos tanto farmacológicos quanto não farmacológicos para o tabagismo se encontram já bem estabelecidos. Já para a elaboração da diretriz clínica adaptada para o cuidado farmacêutico, mostrou-se fácil de encontrar estudos com um alto delineamento científico responsáveis por dar o suporte às principais recomendações. Além disso, há uma boa disponibilidade de diretrizes clínica já publicadas sobre o tema com um bom padrão de qualidade.

Em contrapartida, as diretrizes clínicas nacionais não mostraram um padrão de qualidade condizente com a literatura internacional. Apesar da ampla disponibilidade de evidência de alta qualidade sobre o tema, os documentos brasileiros analisados ainda demonstram uma baixa efetividade na aplicação da SBE para elaboração de diretrizes e protocolos clínicos. Há um déficit na utilização de evidências científicas para sustentar as recomendações feitas e na descrição efetiva do processo de busca, além de ter sido observada baixa transparência.

Somando-se a presença de diretrizes clínicas de alta qualidade sobre o tema no âmbito internacional, com a escassez de documentos elaborados seguindo a SBE dentro do contexto nacional, é clara a importância do método ADAPTE na elaboração da proposta de diretriz clínica para a cessação do tabagismo feita neste trabalho. Além disso, a utilização de métodos da SBE mostrou-se fundamental para o aumento da validação e confiabilidade dos dados apresentados.

Por fim, a proposta de diretriz clínica elaborada neste trabalho deve ser validada por profissionais específicos, passando primeiramente pela fase de finalização do ADAPTE a fim de ser utilizada na prática clínica.



—

# REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

—

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- AL-QUTEIMAT, Osama Mohammad; AMER, Amer Mostafa. Evidence-based pharmaceutical care: The next chapter in pharmacy practice. **Saudi Pharmaceutical Journal**, Riade, v. 24, p. 447-451, 2016.
- 2- BRASIL. **Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013**. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Conselho Federal de Farmácia, 2013
- 3- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas : ferramentas para adaptação de diretrizes clínicas**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 108 p. ISBN 978-85-334-2181-3.
- 4- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p. ISBN 978-85-334-2339-8. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40)
- 5- BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 107p.
- 6- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2018: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.**  
132.: il.

- 7- BURKIEWICZ, Jill S; ZGARRICK, David P. Evidence-Based Practice by Pharmacists: Utilization and Barriers. **The Annals of Pharmacotherapy**, Paris, v. 39, p. 1214-1219, 26 ago. 2005
- 8- DJULBEGOVIĆ, Benjamin; GUYATT, Gordon H. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. **The lancet**. [Internet] 2017.
- 9- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. ISBN 978-85-240-4334-5.
- 10- GALVÃO, Cristina Maria; SAWADA, Namie Okino; LÍDIA APARECIDA, Rossi. A PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO NA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo, v. 10, p. 690-695, 2002
- 11- LACERDA, Rúbia Aparecida et al. Práticas Baseadas em Evidências publicadas no Brasil: identificação e análise de suas vertentes e abordagens metodológicas. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v.45, p.777-86, 2011
- 12- LANDE, Gregory. Nicotine Addiction. **Emedice Medscape**, p. 1-21, 26 ago. 2018.
- 13- SERAFIN, Claudia. **Perfil do farmacêutico no Brasil: relatório**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. v. 44. ISBN 978-85-89924-16-0.
- 14- SINCLAIR, H.K.; BOND, C.M.; STEAD, L.F. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, p. 1-15, 2004
- 15- SOLBERG, Leif I *et al*. Patient Satisfaction and Discussion of Smoking Cessation During Clinical Visits. **Mayo Foundation for Medical Education and Research**, Minneapolis, v. 76, p. 138-143, 2001.
- 16- STEAD, L.F. *et al*. Physician advice for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], p. 1-61, 2013
- 17- TOKLU, Hale Zerrin. Promoting evidence-based practice in pharmacies. **Integrated Pharmacy Research and Practice**, Gainesville, v. 4, p. 127-131, 2015

18- WANNMACHER, Lenita. **Conduas Baseadas em Evidências sobre Medicamentos Utilizados em Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 7 p.

19- WHO. **Report on the Global Tobacco Pandemic, 2019 – Offer Help to quit tobacco use**. Geneva: World Health Organization, 2019.



## 5. ANEXOS

ANEXO A – Resumo das especificações por tipo de artigo para a submissão dos manuscritos principais no Jornal Brasileiro de Pneumologia.

	Artigo Original	Revisão sistemática e Meta-análise	Artigo de revisão	Ensaio Pictórico	Comunicação Breve	Carta ao Editor	Correspondência	Editorial	Imagens em Pneumologia
N.º máximo de autores	10	6	6	6	5	5	3	3	3
Resumo									
N.º máximo de palavras	250 com estrutura	250 com estrutura	250 sem estrutura	250 sem estrutura	100 sem estrutura	sem resumo	sem resumo	sem resumo	sem resumo
N.º máximo de palavras	3.000	5.000	5.000	3.000	1.500	1.000	500	1.000	200
N.º máximo de referências	40	80	80	30	20	10	3	12	3
N.º de tabelas e figuras	6	8	8	12	2	1	-	1	1

FONTE: Jornal Brasileiro de Pneumologia. Instruções Redatoriais, 2020. Disponível em: <<https://www.jornaldepneumologia.com.br/conteudo.asp?cont=9>> Acesso em: 16/09/2020.