



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

BACHARELADO EM MEDICINA

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE RECOMENDAÇÕES: PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO TABAGISMO DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (2020) E DIRETRIZ DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM ADULTOS (2024).

ADNAN GABRIEL CONCEIÇÃO MALTEZO

Foz do Iguaçu
2025



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS
DA VIDA E DA NATUREZA (ILACVN)**

BACHARELADO EM MEDICINA

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE RECOMENDAÇÕES: PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO TABAGISMO DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (2020) E DIRETRIZ DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM ADULTOS (2024).

ADNAN GABRIEL CONCEIÇÃO MALTEZO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Dra. Tatiana Consciência Rebelo da Costa

Foz do Iguaçu
2025

ADNAN GABRIEL CONCEIÇÃO MALTEZO

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE RECOMENDAÇÕES: PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO TABAGISMO DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (2020) E DIRETRIZ DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM ADULTOS (2024).

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Medicina.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Dra. Tatiana Consciência Rebelo da Costa
UNILA

Prof.

UNILA

Prof.

UNILA

Foz do Iguaçu, ____ de _____ de _____.

Dedico este trabalho a minha mãe, a quem sou grato por sempre acreditar nos meus sonhos e lutar com todas as forças para me dar as oportunidades que a ela foram negadas. Vencemos, mãe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço novamente a minha mãe Elisangela Conceição Maltezo por ser minha base durante todo esse árduo processo de graduação. Agradeço a João Lírio, meu artista, arte-educador e companhia preferida no mundo. Agradeço também a Henrique Rezende Fidelis, Murilo Alves Pereira e Arthur Dias Mendonça, grandes amigos e fontes importantes de apoio e aconselhamento no processo de desenvolvimento deste trabalho.

Por fim, agradeço a minha orientadora Tatiana Consciência Rebelo da Costa pelo apoio e pela paciência disponibilizados durante toda a construção deste trabalho, mesmo diante das várias mudanças de temática e revisões pelas quais ele passou.

Ah, comigo o mundo vai modificar-se. Não gosto do mundo como ele é.
Carolina Maria de Jesus

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo realizar uma análise comparativa entre as recomendações terapêuticas para cessação do tabagismo, presentes no Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Tabagismo, elaborado pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) em 2020 e a Diretriz de Tratamento Clínico para Cessação do Tabagismo em Adultos, publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2024. A pesquisa parte do reconhecimento do tabagismo como uma epidemia global, responsável por milhões de mortes anuais, sendo um dos principais fatores de risco evitáveis para doenças crônicas. A metodologia adotada consistiu na análise documental das duas diretrizes, considerando seus conteúdos normativos, fundamentos legais e bases científicas, com especial foco nos sete eixos de intervenção clínica definidos pela OMS: suporte comportamental, modalidades digitais de intervenção, intervenções farmacológicas, intervenções para usuários de tabaco sem fumaça, combinação de abordagens, terapias alternativas e intervenções sistêmicas e políticas. O trabalho avaliou o grau de alinhamento e divergência entre as diretrizes, assim como as atualizações e lacunas de cada uma. Constatou-se que o PCDT do INCA apresenta estrutura sólida e detalhada quanto à abordagem comportamental e ao uso da Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) e bupropiona, mas ainda não incorpora recomendações atualizadas como o uso da vareniclina e da citisina, ambas com forte evidência de eficácia. Além disso, o PCDT não contempla intervenções digitais nem apresenta recomendações específicas para usuários de tabaco sem fumaça. Por outro lado, a diretriz da OMS apresenta-se mais abrangente e atualizada, incorporando evidências recentes e propondo intervenções flexíveis para diferentes contextos. Os resultados indicam que, embora o PCDT do INCA atenda aos parâmetros mínimos exigidos pela Convenção-Quadro para o controle do tabaco, ele carece de atualização para incorporar avanços científicos e tecnológicos mais recentes, a fim de ampliar sua efetividade. Conclui-se que as diretrizes podem ser complementares e que a incorporação das recomendações da OMS ao contexto brasileiro pode fortalecer as ações de cessação do tabagismo, especialmente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo melhores desfechos para a saúde pública.

Palavras-chave: Cessação tabágica; Protocolo Clínico de Diretrizes terapêuticas para cessação do tabagismo; Diretriz OMS de tratamento clínico para cessação do tabaco em adultos; Políticas públicas em saúde; Análise-comparativa.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo realizar un análisis comparativo entre las recomendaciones terapéuticas para la cesación tabáquica presentadas en el Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas (PCDT) del Tabaquismo elaborado por el Instituto Nacional del Cáncer (INCA) de Brasil en 2020 y la Directriz de Tratamiento Clínico para la Cesación del Tabaquismo en Adultos publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2024. La investigación parte del reconocimiento del tabaquismo como una epidemia global, responsable de millones de muertes anuales y considerado uno de los principales factores de riesgo evitables de enfermedades crónicas. La metodología adoptada consistió en un análisis documental de ambas directrices, considerando sus contenidos normativos, fundamentos legales y bases científicas, con enfoque especial en los siete ejes de intervención clínica definidos por la OMS: apoyo conductual, modalidades digitales de intervención, intervenciones farmacológicas, intervenciones para usuarios de tabaco sin humo, combinación de estrategias, terapias alternativas e intervenciones a nivel sistémico y político. El trabajo evaluó el grado de alineación y divergencia entre las directrices, así como sus actualizaciones y vacíos. Se constató que el PCDT del INCA presenta una estructura sólida y detallada en lo que respecta al enfoque conductual y el uso de la Terapia de Reposición de Nicotina (TRN) y bupropión, pero aún no incorpora recomendaciones actualizadas como el uso de vareniclina y citisina, ambas con fuerte evidencia de eficacia. Además, no contempla intervenciones digitales ni ofrece orientación específica para usuarios de tabaco sin humo. En cambio, la directriz de la OMS se presenta como más amplia y actualizada, incorporando evidencia científica reciente y proponiendo intervenciones flexibles para diferentes contextos. Los resultados indican que, si bien el PCDT cumple con los parámetros mínimos exigidos por el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), necesita actualizarse para incorporar avances científicos y tecnológicos más recientes que mejoren su efectividad. Se concluye que ambas directrices pueden ser complementarias y que la incorporación de las recomendaciones de la OMS al contexto brasileño puede fortalecer las acciones de cesación tabáquica, especialmente en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), promoviendo mejores resultados en salud pública.

Palabras clave: cesación tabáquica; Protocolo Clínico de Directrices Terapéuticas para la cesación del tabaquismo; Directriz clínica de la OMS para la cesación del tabaco en adultos; políticas públicas de salud; análisis comparativo.

ABSTRACT

This study aims to conduct a comparative analysis between the therapeutic recommendations for smoking cessation outlined in the Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines (PCDT) for Smoking, developed by Brazil's National Cancer Institute (INCA) in 2020, and the Clinical Treatment Guideline for Smoking Cessation in Adults, published by the World Health Organization (WHO) in 2024. The research is based on the recognition of smoking as a global epidemic, responsible for millions of deaths annually and one of the main preventable risk factors for chronic diseases. The adopted methodology involved a documentary analysis of both guidelines, considering their normative content, legal frameworks, and scientific foundations, with a special focus on the seven clinical intervention axes defined by the WHO: behavioral support, digital intervention modalities, pharmacological interventions, approaches for smokeless tobacco users, combined strategies, alternative therapies, and systemic and policy-level actions. The study assessed the degree of alignment and divergence between the documents, as well as their respective updates and omissions. Findings indicate that INCA's PCDT presents a solid and detailed structure regarding behavioral approaches and the use of Nicotine Replacement Therapy (NRT) and bupropion, but does not yet include updated recommendations such as the use of varenicline and cytisine, both supported by strong evidence of efficacy. Additionally, it lacks guidance on digital interventions and smokeless tobacco users. In contrast, the WHO guideline appears broader and more current, incorporating recent scientific evidence and proposing flexible interventions adaptable to different contexts. Results suggest that although the PCDT meets the minimum requirements set by the WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), it requires updates to reflect the latest scientific and technological advancements and enhance its effectiveness. It is concluded that the two guidelines can be complementary, and the integration of WHO recommendations into the Brazilian context can strengthen smoking cessation strategies within the Unified Health System (SUS), leading to better public health outcomes.

Key words: smoking cessation; Clinical Protocol and Therapeutic Guidelines for smoking cessation; WHO clinical guideline for adult tobacco cessation; public health policies; comparative analysis.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CQCT	Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª Edição
FDA	Food and Drug Administration (Agência de Alimentos e Medicamentos dos EUA)
GABA	Ácido Gama-Aminobutírico
ILACVN	Instituto Latino-Americano de Ciências da Vida e da Natureza
IMAO	Inibidores da Monoaminoxidase
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
MS	Ministério da Saúde
MPOWER	Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce, Raise (Estratégia da OMS para controle do tabagismo)
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAAP	Perguntar e Avaliar, Aconselhar e Preparar
PAAPA	Perguntar e Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
SUS	Sistema Único de Saúde
TRN	Terapia de Reposição de Nicotina
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 DESENVOLVIMENTO.....	20
2.1 ANÁLISE DO PCDT DO TABAGISMO DO INCA.....	20
.....	30
2.2 ANÁLISE DA DIRETRIZ DE TRATAMENTO CLÍNICO OMS PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM ADULTO.....	31
2.3 ANÁLISE COMPARATIVA DO PCDT DO TABAGISMO INCA E DA DIRETRIZ DE TRATAMENTO CLÍNICO OMS PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM ADULTOS..	37
2.3.1 Eixo A: suporte comportamental disponível a nível clínico e comunitário.....	37
2.3.2 Eixo B: modalidades digitais de cessação de tabagismo.....	38
2.3.3 Eixo C: disponibilização de intervenções farmacológicas a nível clínico e comunitário.....	39
2.3.4 Eixo D: intervenções para usuários de tabaco não tabagistas.....	41
2.3.5 Eixo E: combinação de intervenções de nível comportamental e intervenções farmacológicas.....	42
2.3.6 Eixo F: terapias alternativas, complementares e tradicionais.....	43
2.3.7 Eixo G: intervenções a nível sistêmico e político.....	43
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45
4 REFERÊNCIAS.....	48

1 INTRODUÇÃO

Com o status de epidemia atribuído pela OMS desde a década de 1980 o tabagismo constitui, hoje, um problema global.

Conforme a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, no Brasil, 82,5% da população consumidora de tabaco o faz através de cigarros. REYNOLDS (2021) nos aponta que entre adultos maiores de 18 anos com histórico de doença cardiovascular nos Estados Unidos a forma mais prevalente de consumo do tabaco é por meio de cigarros, constituindo este o método de consumo optado por 80% da população.

Conforme STEAD et al (2012), a nicotina é a principal molécula associada à sensação de bem-estar e à dependência induzida pelo consumo de derivados de tabaco consistindo em uma substância psicoativa com atuação sobre o sistema nervoso central no sistema mesolímbico, sendo esta parte do cérebro associada à motivação, sexualidade, atenção, prazer e recompensa. Cahill (2013) aponta que o risco de dependência associado à nicotina é decorrente da velocidade de ação da substância no sistema nervoso central dado que o seu pico de disponibilidade ocorre em poucos segundos na sua ingestão por via inalatória. A substância age pela ativação do sistema de recompensa, levando a liberação de grande quantidade de neurotransmissores em vias neurais monoaminérgicas, em especial a dopamina, induzindo assim sensação de prazer, melhora cognitiva, promoção de controle de estímulos e emoções negativas, redução do stress e do apetite.

A nicotina atua também induzindo inibição das vias neurais centrais baseadas em GABA (ácido gama-aminobutírico), a inibição do sistema gabaérgico se associa a prolongamento e aumento da intensidade da sensação de recompensa associada ao uso da substância.

Este processo de rápidos picos de ativação do sistema recompensa e inibição do sistema GABA, associado à necessidade de repetição do uso da substância e desenvolvimento de tolerância e necessidade de doses maiores ao longo do tempo, é o mecanismo central de desenvolvimento da dependência química em nicotina.

De fato, a abstinência do uso da substância leva a queda dos níveis plasmáticos da mesma, induzindo sensação de irritabilidade, depressão, ansiedade e aumento de apetite, dificultando, desta forma, a abstinência e induzindo o tabagista a fumar mais.

Conforme CICC0 (2016), as primeiras evidências de malefício do tabagismo datam de 1950 quando, através de um estudo caso-controle no Reino Unido, o médico e cirurgião Richard Doll e o estatístico Austin Bradford Hill demonstraram que, em relação à população em geral, fumantes com consumo de tabaco superior a 25 cigarros ao dia apresentavam uma taxa de câncer de pulmão 25 vezes mais alta. No mesmo ano, Doll e Hill dariam início a um estudo prospectivo do tipo coorte para avaliar o impacto do tabagismo na saúde da população. Este estudo acompanhou uma população inicial de aproximadamente 34 mil homens britânicos maiores de 35 anos e se estendeu por 50 anos, entre 1950 e 2001.

Através da coorte iniciada por Doll e Hill, descobriu-se uma importante associação entre tabagismo e 12 tipos diferentes de cânceres, em especial câncer de pulmão e cânceres do trato respiratório superior e digestivo, além de bronquite crônica, tuberculose pulmonar, doença coronariana sem hipertensão, úlcera péptica, doença pulmonar obstrutiva crônica e várias doenças vasculares. Foram identificadas uma maior incidência de câncer de pulmão em tabagistas pesados e uma redução da incidência do quadro entre pessoas que cessaram o tabagismo, além de uma taxa de mortalidade 50% mais alta na população tabagista entre 35 e 64 anos em relação à população não

tabagista. O estudo em questão permitiu concluir que entre metade e um terço dos fumantes morreriam devido a consequências do tabagismo. A coorte em questão também permitiu identificar que pessoas que cessaram o tabagismo antes dos 35 anos conseguiram atingir um grau de expectativa de vida equivalente ao de não fumantes.

Conforme OMARE (2022), estimativas da OMS indicam que o tabagismo é diretamente responsável por aproximadamente oito milhões de mortes todos os anos e está associado a uma redução de dez anos na expectativa de vida da população tabagista. OMARE (2022) também nos lembra que, conforme dados da Organização Pan-Americana da Saúde(2019), metade da população tabagista terá morte precoce associada ao tabagismo, estabelecendo associação direta entre o consumo de tabaco e o aumento da prevalência de mais de 50 doenças, entre doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias, doenças orais e impotência sexual, sendo o tabagismo um fator de risco modificável na prevenção de múltiplas patologias.

Conforme BARRETO (2018), é na década de 1960, diante do crescente grau de evidência de malefícios do tabagismo à saúde e rápida expansão da população tabagista, que, sob liderança da OMS, começa a se propagar uma visão condenatória do tabagismo baseada em um discurso médico-científico. Em 1964, é publicado um relatório de 387 páginas do Ministério da Saúde dos EUA indicando a associação do tabagismo ao câncer de pulmão, sendo este o primeiro documento oficial do governo americano indicando malefícios à saúde associados ao tabagismo.

Conforme CAMPOS (2015), no Brasil, a história da luta contra o tabagismo se inicia com a criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) em 1986, uma iniciativa do Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer (INCA), que visou reduzir a prevalência de fumantes e a morbimortalidade relacionada ao consumo de produtos derivados do tabaco no Brasil. Através da

articulação de ações educativas, de comunicação e de atenção à saúde, além de medidas legislativas e econômicas, o PNCT buscou prevenir a iniciação do tabagismo, promover a cessação do fumo e garantir a proteção da população em geral da exposição à fumaça do tabaco.

Conforme ROEMER (2005), diante deste contexto histórico em que se proliferam dados referentes a danos e malefícios relacionados ao tabagismo, associado ao agravamento da epidemia de tabagismo no mundo e crescente preocupação internacional com o tabagismo, é em 1994, na Nona Conferência Mundial sobre Tabaco e Saúde, sediada em Paris, sob liderança da ativista anti-tabagismo e professora da Universidade da Califórnia de Los Angeles, Ruth Roemer, que se propõe o desenvolvimento de um tratado internacional multilateral para o controle do tabagismo. A ideia foi então levada em 1995 à Assembleia Mundial da Saúde, levando a recomendação para o desenvolvimento de uma convenção quadro sobre tabagismo, no intuito de promover a cooperação global e coordenação de ações nacionais para controle do tabagismo.

Dá-se então, em 2001, o início das atividades para desenvolvimento da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT). As discussões se estenderam até 2003, quando ela foi assinada, sendo, finalmente, homologada em 2005 por um total de 168 países membros da Organização das Nações Unidas (ONU), incluindo o Brasil. O texto final da CQCT é composto por 38 artigos em que os participantes estabelecem compromissos com o desenvolvimento de políticas públicas para prevenção do tabagismo em não fumantes, proteção de não fumantes da exposição passiva à fumaça do tabaco e tratamento da dependência em tabaco em tabagistas ativos. Este foi o primeiro acordo internacional sobre regulação do tabagismo.

O Artigo 14 da CQCT merece especial atenção por se tratar do mais relevante na abordagem terapêutica do tabagismo. Este artigo, denominado "Medidas de redução de demanda relativas à dependência e ao abandono do tabaco", trata do tratamento do tabagismo, sendo composto por dois parágrafos.

No primeiro parágrafo, se estabelece que cada nação signatária do acordo deve elaborar e divulgar diretrizes para tratamento do tabagismo fundamentadas nas melhores práticas e evidências científicas, levando em conta circunstâncias e prioridades nacionais, adotando medidas eficazes para promover o abandono do consumo do tabaco e tratamento da dependência em tabaco.

O segundo parágrafo detalha medidas a serem cumpridas na busca deste objetivo, sendo listadas: estabelecer programas eficazes de promoção do abandono do uso do tabaco em múltiplos locais de convívio coletivo; incluir programas de tratamento de tabagismo e aconselhamento para abandono de uso do tabaco no planejamento de estratégias nacionais de saúde e educação com participação de profissionais capacitados para tais abordagens; estabelecer em centros de saúde programas de diagnóstico, aconselhamento, prevenção e tratamento de dependência em tabaco; colaborar de forma multilateral para facilitar o acesso e exequibilidade dos tratamentos de dependência do tabaco.

De fato, o artigo 14 consiste na base legal que justifica a existência das diretrizes nacionais para controle do tabagismo nos países signatários da CQCT incluindo o Brasil e a diretriz de tratamento clínico do tabagismo, elaborada pela OMS posteriormente.

No intuito de facilitar a operacionalização das metas estabelecidas pela convenção quadro, a OMS desenvolveu em 2007 a estratégia MPOWER, com o objetivo de auxiliar os países na implementação prática da CQCT. Enquanto a Convenção

estabelece os compromissos legais assumidos pelos países, o método MPOWER traduz esses compromissos em ações diretas, concretas e mensuráveis para o controle eficaz do tabagismo, atuando como um guia operacional para que os países possam transformar os compromissos assumidos na CQCT em políticas públicas efetivas e salvadoras de vidas.

Cada uma das seis letras da sigla MPOWER representa uma medida fundamental de saúde pública, que está diretamente relacionada a artigos específicos da Convenção:

“Monitor” (Monitorar o uso do tabaco e políticas públicas) está ligado ao Artigo 20 da Convenção, que trata da vigilância, pesquisa e intercâmbio de informações. Este artigo orienta os países a coletarem e analisarem dados sobre o consumo de tabaco e os efeitos das políticas adotadas.

“Protect” (Proteger contra a exposição à fumaça do tabaco) corresponde ao Artigo 8, que exige a criação de ambientes 100% livres de fumo em locais públicos, protegendo a população da exposição passiva.

“Offer” (Oferecer ajuda para cessação do tabagismo) se relaciona ao Artigo 14, que recomenda aos países que disponibilizem serviços de apoio para quem deseja parar de fumar, incluindo aconselhamento e tratamentos médicos.

“Warn” (Advertir sobre os perigos do tabaco) se vincula a dois artigos: o Artigo 11, que trata da rotulagem e embalagem de produtos de tabaco, exigindo advertências de saúde nos maços; e o Artigo 12, que fala sobre educação, comunicação e conscientização pública sobre os malefícios do tabagismo.

“Enforce” (Fazer cumprir proibições de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco) está associado ao Artigo 13, que determina a proibição total da publicidade e promoção de produtos de tabaco como forma de reduzir sua atratividade, especialmente entre jovens.

“Raise” (Aumentar os impostos sobre o tabaco) está diretamente ligado ao Artigo 6, que recomenda o uso de políticas de preços e impostos como forma eficaz de reduzir o consumo.

Com base na CQCT, em 2004, através da portaria 442/04 - SAS/MS, é divulgado pelo Ministério da Saúde o primeiro PCDT, que foi elaborado pelo INCA. O PCDT passa por diversas atualizações e revisões ao longo das duas décadas seguintes com a versão mais recente tendo sido promulgada pela Portaria Conjunta Nº 10, de 16 de Abril de 2020, sendo esta a versão vigente do PCDT aprovada pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Em 2024, foi publicada pela OMS a “Diretriz OMS de tratamento clínico para cessação do tabagismo em adultos”. Como já citado, o artigo 14 da CQCT define que cada um dos países signatários deveria elaborar uma diretriz de tratamento para tabagismo levando em conta as particularidades do seu território e de sua população e as melhores evidências científicas disponíveis sobre o tema. Entretanto, como nos informa a própria diretriz OMS de tratamento clínico para cessação do tabagismo em adultos, até 2024, 60% dos países signatários da CQCT não possuíam diretriz própria.

Desta forma, no intuito de disponibilizar uma base científica e orientações aplicáveis a gestores e profissionais da saúde que trabalhem a cessação do tabagismo, especialmente nos países signatários da CQCT onde não existe diretriz própria, a OMS construiu a própria diretriz para uso opcional dos países signatários da CQCT. Esta diretriz define 12 recomendações ao tratamento do tabagismo organizadas em 7 eixos de recomendação, sendo: Eixo A - suporte comportamental disponível a nível clínico e comunitário; Eixo B - modalidades digitais de cessação de tabagismo; Eixo C - disponibilização de intervenções farmacológicas a nível clínico e comunitário; Eixo D - intervenções para usuários de tabaco não tabagistas; Eixo E - combinação de

intervenções de nível comportamental e intervenções farmacológicas; Eixo F - terapias alternativas, complementares e tradicionais e, por fim, Eixo G - intervenções a nível sistêmico e político.

Diante da existência dessas duas fontes de orientações maciças sobre tratamento do tabagismo, o presente trabalho se propõe a construir uma análise do PCDT do tabagismo INCA de 2020 em comparação com a Diretriz própria da OMS de 2024. Discorrendo sobre diferenciações nas orientações de ambos os documentos e sua complementaridade.

Diante da necessidade de um método de organização para pareamento e análise dos documentos, optou-se por realizar a avaliação individual de cada um dos documentos de forma separada e, posteriormente, realizar uma análise comparativa de ambos. Optou-se pelo uso dos sete eixos de orientação para tratamento do tabagismo definidos pela Diretriz da OMS como método organizacional para a análise comparativa das recomendações de ambos os documentos. Comparando assim as recomendações do PCDT do tabagismo INCA com as recomendações da diretriz da OMS cabíveis a cada eixo.

Optou-se por esse método de organização para construção desta análise, pois os sete eixos de organização da diretriz da OMS são construídos tendo por base a estratégia MPOWER e o artigo 14 da CQCT, sendo esta base comum a construção da diretriz do tabagismo do INCA. Desta forma, considerou-se que a extensão dos sete eixos de organização da diretriz da OMS a avaliação da diretriz do INCA consiste no método organizacional mais eficiente para comparar as recomendações de ambos os documentos, além de ser capaz de produzir uma análise que abranja a totalidade de ambos de forma justa e eficiente dada a raiz comum de ambos os documentos.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 ANÁLISE DO PCDT DO TABAGISMO DO INCA

As diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no Brasil são produzidas pelo INCA com a última atualização do PCDT publicada em 2020 através da Portaria Conjunta MS/MCTI N° 10 de 2020. O PCDT se propõe a conceitualizar tabagismo; definir critérios diagnósticos e critérios de inclusão e exclusão do tabagismo; discorrer sobre tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação do tabagismo.

Trata-se de documento com peso de recomendação oficial do Ministério da Saúde para tratamento da cessação do tabagismo em território nacional particularmente dirigido à abordagem do tabagismo dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

A organização do documento é dividida nos seguintes capítulos: Introdução; Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde; Diagnóstico de dependência em nicotina; Critérios de inclusão; Critérios de exclusão; Casos especiais; Tratamento; Monitorização; Regulação, controle e avaliação pelo gestor.

O PCDT define tabagismo como uma doença epidêmica decorrente da dependência em nicotina, tratando-se de um transtorno mental de comportamento devido ao uso de substância psicoativa. Sendo fator causal de aproximadamente outras 50 doenças incapacitantes.

O PCDT compreende como tabagismo as condições de saúde descritas dentro da Classificação Internacional de Doenças 10ª edição nos códigos: F17.1 Transtornos devido ao uso do fumo - uso nocivo para a saúde; F17.2 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do fumo - síndrome de dependência; F17.3 Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso do fumo - síndrome (estado) de abstinência; T65.2 Efeito tóxico do tabaco e da nicotina; Z72.0 Uso de tabaco.

O PCDT define o tabagismo pela apresentação conjunta de 3 de um total de 7

critérios, sendo estes: 1- Desejo forte e compulsivo para consumir a substância (fissura ou *craving*); 2- Dificuldade para controlar o uso (início, término e níveis de consumo); 3- Estado de abstinência fisiológica diante da suspensão ou redução; 4- evidência de tolerância, ou seja, necessidade de doses crescentes da substância para obter os efeitos produzidos anteriormente com doses menores; 5- Abandono progressivo de outros prazeres em detrimento do uso de substâncias psicoativas; 6- Aumento do tempo empregado para conseguir ou consumir a substância ou recuperar-se de seus efeitos; 7- Persistência no uso apesar das evidentes consequências.

Conforme o PCDT, o diagnóstico da dependência em nicotina deve ser feito de forma clínica, sem benefício comprovado do uso de exame físico, exames de imagem ou exames laboratoriais para diagnóstico do tabagismo.

Para avaliação do grau de dependência em nicotina pode-se, conforme o PCDT indica, usar o teste de Fagerström, que avalia por meio de 6 questões perguntadas ao paciente qual o nível de dependência em nicotina que ele apresenta. A primeira questão investiga em quanto tempo após acordar a pessoa fuma o primeiro cigarro: se for dentro de 5 minutos recebe 3 pontos; de 6 a 30 minutos, 2 pontos; de 31 a 60 minutos, 1 ponto; e após 60 minutos, 0 pontos. A segunda questão pergunta se o fumante acha difícil não fumar em locais onde o consumo é proibido, atribuindo 1 ponto para a resposta “sim” e 0 pontos para “não”. Na sequência, pergunta-se qual cigarro do dia seria o mais difícil de deixar: se for o primeiro da manhã, soma-se 1 ponto; caso seja qualquer outro, 0 pontos. Em relação à quantidade de cigarros fumados por dia, as respostas variam de 0 pontos para 10 ou menos, 1 ponto para 11 a 20, 2 pontos para 21 a 30 e 3 pontos para 31 ou mais. Outro aspecto considerado é se a pessoa fuma com maior frequência nas primeiras horas após acordar em comparação ao restante do dia; se a resposta for “sim”, recebe 1 ponto, e se for “não”, 0 pontos. Por fim, avalia-se se o fumante continua fumando mesmo

quando está doente e acamado durante a maior parte do dia; neste caso, a resposta “sim” vale 1 ponto e “não” vale 0 pontos.

Através das respostas apresentadas pelos pacientes pode-se classificá-los em 3 categorias; de 0 a 2 pontos considera-se o grau de dependência em nicotina como muito baixo, de 3 a 4 pontos considera-se o nível de dependência como baixo, 5 pontos considera-se média dependência, 6 a 7 pontos considera-se elevada dependência, 8 a 10 pontos considera-se muito elevada dependência.

O PCDT considera como apto a inclusão no tratamento para tabagismo na rede pública todo paciente tabagista atendido em qualquer nível de complexidade da rede pública de saúde, ressaltando-se que em pacientes menores de 18 anos o aconselhamento estruturado em grupo é mais indicado que o individual. Não discrimina-se no PCDT qualquer grupo a ser excluído do acesso à terapia não farmacológica, baseada em aconselhamento estruturado.

Quanto à terapia farmacológica, consistindo essa na Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) e no tratamento com bupropiona, se contraindica: uso de TRN e bupropiona em menores de 18 anos, gestantes e nutrízes. Em idosos acima de 65 anos se indica o uso de bupropiona em dose matinal única de 150 mg/dia.

Em pacientes com história prévia de depressão se indica fortemente a terapia anti-tabágica com bupropiona e TRN, em pacientes com depressão ativa não há evidência de benefício do uso de bupropiona isolada ou combinada. Pacientes com história prévia de esquizofrenia tem indicação de TRN e bupropiona em todos os estágios da doença.

Pacientes em internação hospitalar tem indicação de TRN e aconselhamento estruturado logo na alta com acompanhamento de ao menos um mês após a internação, sem evidências de benefício do uso de bupropiona a esta população.

Pacientes internados em instituições de média e longa permanência, como clínicas e presídios, não possuem contraindicação a qualquer método de abordagem terapêutica.

Pacientes com história prévia de recaídas, portadores de tuberculose, portadores de câncer e retorno ao tabagismo não têm qualquer contraindicação à terapia farmacológica, indicando-se retomada da terapia medicamentosa nestes grupos e aplicação de aconselhamento estruturado.

Pacientes com história prévia de menor nível de dependência (conforme estratificação pelo teste de Fagerström) apresentam maior taxa de sucesso na cessação. Já a história prévia de doenças psiquiátricas é um complicador para a cessação do quadro. Outros fatores complicadores que tendem a dificultar a cessação do quadro são: baixa motivação, ausência de atividade física, ausência de doenças relacionadas ao tabagismo, tempo de tabagismo menor ou igual a 20 anos, início do tabagismo após os 18 anos, falha na participação nas sessões de manutenção presença de gatilhos, ser solteiro e ter alta escolaridade.

Entende-se pelo PCDT a necessidade de ampla disponibilidade do tratamento ao tabagismo na rede pública, devendo este tratamento ser facilmente acessível e inclusivo a qualquer grupo social. Sendo orientado o uso do máximo de recursos disponíveis na rede pública durante o tratamento e o acesso de todos os pacientes a, no mínimo, um breve aconselhamento estruturado na rede pública. O PCDT entende também que todo profissional da saúde deve receber ao menos um breve treinamento, sendo capacitado a questionar os pacientes sobre uso de tabaco, registrar as respostas em prontuário, aconselhar sobre medidas de cessação e encaminhar o paciente dentro da rede para acessar o melhor tratamento disponível localmente dentro do SUS.

Indica-se pelo PCDT o uso da abordagem breve/mínima (PAAP, sigla para

Perguntar e Avaliar, Aconselhar e Preparar) por qualquer profissional da saúde em atendimentos de rotina, dentro e fora da APS, para identificar pacientes tabagistas, estratificar o grau de dependência, aconselhar o paciente a parar de fumar e prepará-lo para o processo, sendo uma abordagem de fácil execução, podendo ser aplicada em três minutos, com potencial comprovado de auxílio no processo de cessação tabágica.

O PCDT discrimina também a indicação da abordagem básica (PAAPA – sigla para Perguntar e Avaliar, Aconselhar, Preparar e Acompanhar). Esta se diferencia da primeira pelo acompanhamento a longo prazo do paciente, revisitando a temática discutida ao longo de múltiplos acompanhamentos do paciente, indica-se que a PAAPA seja aplicada em no mínimo 3 minutos e no máximo 5 minutos. O PAAPA é indicado a serviços de saúde em que é possível manter acompanhamento regular do paciente.

A diretriz sugere o uso das seguintes perguntas para abordagem do paciente tabagista:

Você fuma? Há quanto tempo? (Permite diferenciar a experimentação do uso regular.)

“Quantos cigarros fuma por dia?” (Pacientes que fumam 20 cigarros ou mais por dia provavelmente terão uma maior chance de desenvolverem fortes sintomas de síndrome de abstinência na cessação de fumar.).

“Quanto tempo após acordar acende o 1º cigarro?” (Pacientes que fumam nos primeiros 30 minutos após acordar provavelmente terão uma maior chance de desenvolver fortes sintomas de síndrome de abstinência na cessação de fumar.).

“O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar?” (Permite avaliar se o fumante está pronto para iniciar o processo de cessação de fumar.) Em caso de resposta afirmativa, perguntar: “Quando?”.

“Já tentou parar?” (Se a resposta for afirmativa, faça a próxima pergunta.).

“O que aconteceu?” (Permite identificar o que ajudou e o que atrapalhou a deixar de fumar, de modo que esses dados sejam trabalhados na próxima tentativa.).

A partir das informações obtidas com esta avaliação, indica-se aconselhar o paciente tabagista a deixar de fumar conforme informações obtidas e estágio de mudança de comportamento identificado na avaliação, adaptando a mensagem ao perfil do paciente.

Em pacientes em que foi identificado o interesse em cessar o tabagismo deve-se iniciar a sua preparação para isto. Indica-se: Orientar o paciente a marcar uma data para parar de fumar, explicar sobre sintomas de abstinência, sugerir estratégias para controle da vontade de fumar e evitar estímulos ao tabagismo levando em conta as experiências pessoais dos pacientes e do profissional que o está atendendo.

O PCDT indica a todos os pacientes tratados no SUS o acesso ao aconselhamento estruturado/abordagem intensiva auxiliado, se houver critério, pela farmacoterapia nos paciente que apresentem interesse em sua utilização e que não apresentem nenhuma das contraindicações à farmacoterapia previamente descritas neste trabalho.

A farmacoterapia para cessação do tabagismo é composta pela Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) isolada ou combinada associada ou não ao uso de cloridrato de bupropiona. O tempo de tratamento previsto é de 12 meses e é formado pelas etapas de avaliação (que se constitui nas consultas prévias ao início da terapia); intervenção (com duração indicada de 1 mês) e manutenção (com duração indicada de 11 meses).

Conforme o PCDT, na etapa de avaliação deve-se identificar: história tabagística (como idade de iniciação e tentativas para deixar de fumar), histórico patológico (presença ou não de doenças relacionadas ao tabaco), avaliação do grau de dependência da

nicotina (Teste de Fagerström) e estágios de motivação para cessação do tabagismo. Através desta avaliação inicial, é possível ao profissional definir se além da abordagem cognitivo comportamental o paciente também terá indicação da farmacoterapia.

De acordo com o PCDT, é indicado o aconselhamento estruturado como abordagem terapêutica isolada aos pacientes que apresentem uma ou mais das seguintes características: relato de ausência de sintomas de abstinência, nº de cigarros consumidos diariamente igual ou inferior a 5, consumo do primeiro cigarro do dia igual ou superior a 1 hora após acordar, pontuação no teste de Fagerström igual ou inferior a 4.

Entende-se pelo PCDT que o sucesso da abordagem terapêutica se constitui na completa cessação do tabagismo, sendo considerada falha terapêutica o não alcance da cessação do tabagismo ao fim do tratamento.

Conforme o PCDT define, o aconselhamento terapêutico estruturado consiste na abordagem cognitiva-comportamental buscando entender a problemática associada ao tabagismo além de melhora e controle dos sintomas de abstinência associados, sendo indicado que o formato de aconselhamento utilizado seja modelado conforme disponibilidade e viabilidade horária dos profissionais e pacientes envolvidos, devendo ser realizado em sessões estruturada em grupos terapêuticos ou de forma individual.

Deve-se abordar durante os encontros temas como: riscos do tabagismo, benefícios da cessação do mesmo, autocontrole e autocuidado na administração do ciclo da dependência.

O aconselhamento estruturado deve ser conduzido por profissional de saúde de nível superior capacitado, sendo indicado 4 sessões semanais no início do tratamento, compondo estas a fase de intervenção do tratamento.

Indica-se que na sessão 1 seja abordado o porquê de o paciente fumar e como isso afeta sua saúde. Na sessão 2, deve-se abordar as mudanças identificadas nos

primeiros dias sem fumar e os desafios e benefícios à saúde identificáveis. Na sessão 3, indica-se abordar como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar. Na sessão 4, sugere-se abordar os benefícios obtidos após parar de fumar. Para estas sessões, o Ministério da Saúde disponibiliza material didático de apoio passível de solicitação pela equipe que conduzirá o aconselhamento estruturado.

Após as 4 sessões iniciais que compõem a fase de intervenção, deve-se iniciar a fase de manutenção. Nesta fase é necessário realizar duas sessões iniciais com intervalo de 15 dias e, posteriormente, uma sessão mensal até que se complete um ano de tratamento do paciente. As sessões de manutenção não tem formato especificado pelo PCDT, sendo o seu objetivo a abordagem de dificuldades e experiências pessoais dos participantes com o processo de cessação do tabagismo e o desenvolvimento de auto-apoio coletivo.

Conforme o PCDT, a farmacoterapia para cessação do tabagismo pode consistir em: TRN isolada, composta exclusivamente por formas de liberação prolongado de nicotina (adesivos transdérmicos de 7, 14 e 21 mg de nicotina) e TRN combinada, em que se associam formas de liberação prolongada de nicotina com formas de liberação rápida em momentos de fissura (goma ou pastilha de 2 e 4 mg), podendo associar-se o cloridrato de bupropiona a TRN para uma abordagem mais eficiente da dependência em nicotina.

O PCDT indica que a TRN seja realizada com dose inicial de reposição de 1 mg de nicotina ao dia para cada cigarro fumado pelo paciente por dia, não sendo ultrapassada a dose máxima de 42 mg de nicotina ao dia.

No consumo de até 5 cigarros ao dia indica-se TRN com uso isolado de goma ou pastilha apenas em momentos de fissura na dose de até 5 gomas ou pastilhas de 2 mg ao dia ou 3 gomas ou pastilhas de 4 mg ao dia.

Para tabagistas que consomem entre 6 e 10 cigarros ao dia recomenda-se

iniciar a TRN com adesivo de 7 mg de nicotina sem associação de goma ou pastilha.

Para tabagistas que consomem entre 11 a 19 cigarros ao dia indica-se iniciar TRN com adesivo de 14 mg ao dia sem associação de goma ou pastilha.

Para tabagistas que consomem mais de 20 cigarros ao dia indica-se iniciar a TRN com o adesivo de 21 mg.

Tabagistas que fumam mais de 20 cigarros ao dia e tem dificuldade em reduzir o número de cigarros fumados ao dia podem ser abordados com doses de reposição diária de nicotina maiores que 21 mg, sendo indicado: associação de um adesivo de 21 mg e um adesivo de 7 mg para tabagistas que fumam entre 21 a 30 cigarros ao dia, associação de um adesivo de 21 mg e um adesivo de 14 mg para tabagistas que fumam entre 31 e 40 cigarros ao dia, associação de dois adesivos de 21 mg para tabagistas que fumam mais de 40 cigarros ao dia.

O PCDT indica que a redução da dose de nicotina diária repostada deve ser paulatina, retirando-se 7 mg de nicotina diária a cada semana, avaliando-se a apresentação de síndrome de abstinência e sintomas associados pelo paciente e adequando o ritmo de retirada da TRN conforme a resposta individual, até retirada completa da medicação.

Quanto ao cloridrato de bupropiona, indica-se o uso da medicação na dose inicial de 1 comprimido de liberação prolongada de 150 mg ao dia, podendo-se progredir para dose máxima de 1 comprimido de liberação prolongada de 150 mg a cada 12 horas. Em pacientes com nefropatia ou hepatopatia crônica, indica-se o uso de dose máxima diária de 150 mg, em idosos a dose máxima diária deve ser de 150 mg matinal após desjejum, trabalhadores noturnos devem tomar o primeiro comprimido no horário que despertam após desjejum, pacientes com história prévia de gastrite ou apresentação de desconforto gástrico no uso do cloridrato de bupropiona devem tomar a medicação após

alimentação.

O PCDT discrimina como principais efeitos adversos do uso dos adesivos de nicotina: prurido, exantema, eritema, cefaleia, tontura, náusea, vômitos, dispepsia, distúrbios do sono (sonhos incomuns e insônia), tremores e palpitações, sendo estes mais frequentes em dose excessivas de nicotina, sendo um indício de superdosagem e indicação de redução da quantidade de nicotina reposta.

Na apresentação de irritação cutânea associada ao uso de adesivos, o PCDT indica o uso de corticóide tópico antes e depois da aplicação, no caso desta e de outras reações cutâneas também é indicado fazer limpeza com água e sabão da região antes da aplicação do adesivo.

As reações adversas ao uso de goma ou pastilha de nicotina discriminadas no PCDT são tosse, soluços, irritação na garganta, estomatite, boca seca, diminuição ou perda do paladar, parestesia, indigestão, flatulência, desconforto digestivo e dor abdominal.

As reações adversas ao uso de cloridrato de bupropiona discriminadas no PCDT são: boca seca, insônia, dor de cabeça, náusea, tontura, depressão, ansiedade, pânico, dor torácica, reações alérgicas, desorientação, perda de apetite e risco de convulsão de 1:1.000 pessoas que tomam a dose máxima diária recomendada (300 mg). O PCDT indica que a dose da TRN e do cloridrato de bupropiona deve ser ajustada ou suspensa conforme critério clínico na apresentação de algum dos efeitos colaterais discriminados.

São contraindicações específicas do adesivo de nicotina discriminadas pelo PCDT: história recente de IAM (nos últimos 15 dias), arritmias cardíacas graves (fibrilação atrial), angina pectoris instável, doença vascular isquêmica periférica, úlcera péptica, doenças cutâneas, gravidez e lactação.

São contraindicações específicas da goma de nicotina discriminadas pelo PCDT:

Incapacidade de mascar, lesões na mucosa bucal, úlcera péptica, sub-luxação na articulação temporomandibular (ATM) e uso de próteses dentárias móveis.

São contraindicações específicas da pastilha de nicotina discriminadas pelo PCDT: lesões na mucosa bucal, úlcera péptica, uso de próteses dentárias móveis e edema de corda vocal (edema de Reinke).

São contraindicações específicas do cloridrato de bupropiona discriminadas pelo PCDT: epilepsia, convulsão febril na infância, tumor do sistema nervoso central, histórico de traumatismo crânio-encefálico, anormalidades no eletroencefalograma e uso concomitante de inibidores da monoamino-oxidase (IMAO), devendo-se observar um período de 15 dias entre a suspensão do IMAO e o início do cloridrato de bupropiona.

O cloridrato de bupropiona também pode apresentar interações medicamentosas com os seguintes medicamentos: carbamazepina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, corticoides e hipoglicemiantes, sendo importante monitorar efeitos colaterais advindos destas interações no uso concomitante destes medicamentos.

Medidas auxiliares como canais telefônicos de suporte a dependência em nicotina, materiais de auto-ajuda, materiais impressos de aconselhamento, práticas integrativas e complementares em saúde são medidas terapêuticas auxiliares indicadas pelo PCDT.

Conforme o PCDT, a monitorização do tratamento do tabagismo deve ser feita pelas unidades de saúde que ofertam esse tratamento.

2.2 ANÁLISE DA DIRETRIZ DE TRATAMENTO CLÍNICO OMS PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM ADULTO

Conforme a diretriz OMS nos aponta, a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco, da OMS, em seu artigo 14 indica que todos os países participantes tenham diretrizes a nível nacional para cessação do tabagismo, indicando neste artigo a infraestrutura básica destes documentos. Entretanto, em aproximadamente 60% dos países aderidos a OMS não há uma diretriz nacional para cessação do tabagismo, desta forma a diretriz OMS tem por objetivo estabelecer orientações técnicas que podem ser adotadas por todos os países membros da Organização, incentivando o uso de intervenções comportamentais baseadas em evidências e tratamentos farmacológicos como parte de uma abordagem abrangente da cessação do tabagismo.

Conforme a diretriz OMS nos informa, seu desenvolvimento se deu com base na versão mais recente da diretriz para desenvolvimento de diretrizes publicada pela OMS, tendo autoria de 13 especialistas no tema de diferentes nações e com diferentes abordagens sobre o processo de cessação do tabagismo, baseando as orientações dadas pela diretriz em 20 revisões sistemas sobre o tema atualizadas.

O grau de evidência das orientações dadas pela diretriz foi organizado conforme metodologia GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation) definindo-se 4 graus de evidências para as recomendações oferecidas. Alto grau de evidência - recomendações em que entende-se ser muito improvável que pesquisas futuras tenham um impacto importante em nossa confiança no efeito da intervenção ou venham alterar a estimativa de seu grau de benefício. Moderado grau de evidência - sendo estas as recomendações oferecidas onde entende-se que: é provável que pesquisas futuras tenham um impacto importante em nossa confiança no efeito da intervenção e venham a alterar a estimativa de seu grau de benefício. Baixo grau de

evidência - sendo estas as recomendações oferecidas onde entende-se que: é muito provável que pesquisas futuras tenham um impacto importante em nossa confiança no efeito da intervenção e venham a alterar a estimativa de seu grau de benefício. Muito baixo grau de evidência - sendo estas as intervenções onde as estimativas do impacto das mesmas são muito incertas.

Com base no grau de evidência das recomendações orientadas pela diretriz, as mesmas foram divididas em recomendações fortes e recomendações condicionais. A diretriz entende que as recomendações fortes devem ser aplicadas a maior parte da população, sendo estas do interesse da maior parte da população, podendo ser adotadas como políticas públicas na maior parte das situações. A diretriz entende que as recomendações condicionais podem não ser aplicáveis a uma parcela importante da população, cabendo ao profissional de saúde responsável pela orientação do tratamento identificar quando elas são recomendáveis, sendo indicado que elas políticas públicas apenas com amplo debate de todas as partes interessadas na sua execução.

Conforme a diretriz OMS esclarece, seu público alvo primário consiste em provedores de cuidados em saúde que executam trabalho clínico e comunitário em que tabagistas podem se apresentar e ser manejados. Conforme a diretriz OMS nos informa, as recomendações de intervenções a nível sistêmico são dirigidas a gestores ou diretores de serviços de saúde, buscando orientar como produzir abordagens e serviços de cessação do tabagismo mais efetivos.

A diretriz se propõe a fornecer recomendações relativas a suporte comportamental; atenção ao tabagismo a nível individual e comunitário, abrangendo intervenções farmacológicas, sistêmicas e no âmbito de políticas públicas. A mesma se isenta de indicar recomendações baseadas em tratamentos tradicionais, complementares e associados a terapias alternativas, justificando esta isenção com base em uma

identificação de nível insuficiente de evidências disponíveis para construir recomendações sobre o tema.

As recomendações da diretriz se dividem em sete eixos, sendo eles:

Primeiro eixo de intervenção (eixo A): suporte comportamental disponível a nível clínico e comunitário, em que se recomenda:

Recomendação 01: a OMS recomenda a realização de breve aconselhamento (entre 30 segundos e 3 minutos por consulta) de forma consistente pelos profissionais de saúde como prática de rotina a todos os usuários de tabaco que acessam qualquer ambiente de saúde, a recomendação está classificada pela diretriz como forte com moderado nível de evidência.

Recomendação 02: a OMS recomenda que seja oferecido apoio comportamental mais intensivo (aconselhamento estruturado/abordagem intensiva) a todos os usuários de tabaco interessados em parar de fumar. As opções de apoio comportamental incluem aconselhamento individual presencial; aconselhamento presencial em grupo ou aconselhamento por telefone; múltiplas opções de apoio comportamental devem ser oferecidas, sendo esta recomendação classificada pela diretriz como forte com nível de evidência classificado forte para o aconselhamento individual e moderado para o aconselhamento em grupo e telefônico.

Segundo eixo de intervenção (eixo B): modalidades digitais de cessação de tabagismo. Sendo disponibilizadas neste eixo as seguintes recomendações:

Recomendação 03: a OMS recomenda modalidades digitais para cessação do tabagismo (mensagens de texto, aplicativos para smartphones, intervenções baseadas em inteligência artificial ou intervenções baseadas na internet), estas podem ser disponibilizadas para usuários de tabaco interessados em parar de fumar individualmente ou de forma combinada como um complemento a outros apoios para cessação do

tabagismo ou como uma ferramenta de autogestão. Sendo esta recomendação condicional, apresentando moderado nível de evidência para mensagens de texto, baixo nível de evidência para aplicativos de telefone e intervenções baseadas em inteligência artificial e muito baixo nível de evidência para intervenções baseadas em internet.

Terceiro eixo de intervenção (eixo C): disponibilização de intervenções farmacológicas a nível clínico e comunitário. Recomendando-se neste sentido:

Recomendação 04: a OMS recomenda vareniclina, Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), bupropiona e citisina como opções de tratamento farmacológico para usuários de tabaco que fumam e estão interessados em parar de fumar. Vareniclina, TRN ou bupropiona são recomendadas como opções de primeira linha; a TRN combinada (um adesivo mais uma forma de ação curta, como goma de mascar ou pastilha) é uma opção para usuários de tabaco interessados em parar de fumar e que usarão a TRN. Sendo esta recomendação forte com alta evidência de benefício do benefício associado ao uso da vareniclina, TRN e bupropiona e moderado nível de evidência de benefício para o uso de TRN combinada e citisina.

Recomendação 05: bupropiona em combinação com TRN ou vareniclina pode ser oferecida a usuários de tabaco interessados em parar quando houver resposta inadequada aos tratamentos de primeira linha. Sendo esta recomendação condicional com moderado nível de evidência para a recomendação da bupropiona associada à vareniclina e baixo nível de evidência da recomendação da TRN associada a bupropiona.

Quarto eixo de intervenção (eixo D): intervenções para usuários de tabaco não tabagistas (usuários de rapé, sachês orais de nicotina etc...), sendo recomendado neste sentido:

Recomendação 06: a OMS recomenda o fornecimento de intervenções intensivas de apoio comportamental (aconselhamento individual presencial, aconselhamento em

grupo presencial ou aconselhamento por telefone) para usuários de tabaco sem fumaça interessados em parar de fumar. Sendo esta uma forte recomendação com nível moderado de evidência.

Recomendação 07: a OMS recomenda vareniclina ou TRN como opções farmacológicas para usuários de tabaco não tabagistas interessados em parar de fumar. Sendo esta uma forte recomendação com moderado nível de evidência para a vareniclina e baixo nível de evidência para a TRN.

Quinto eixo de intervenção (eixo E): combinação de intervenções de nível comportamental e intervenções farmacológicas. Sendo indicado neste sentido:

Recomendação 08: a OMS recomenda combinar farmacoterapia e intervenções comportamentais para apoiar usuários de tabaco interessados em parar de fumar. Sendo esta uma recomendação forte com alto nível de evidência.

Sexto eixo de intervenção (eixo F): terapias alternativas, complementares e tradicionais, sendo compreendido pela OMS sobre este tema:

Recomendação 09: as evidências são insuficientes para fazer uma recomendação a favor ou contra terapias tradicionais, complementares e alternativas para usuários de tabaco interessados em parar de fumar. Se essas terapias forem utilizadas por usuários de tabaco interessados em parar de fumar, certifique-se de que eles recebam uma abordagem abrangente para apoiar a cessação do tabagismo, incluindo suporte comportamental e/ou farmacoterapia.

Sétimo eixo de intervenção (eixo G): intervenções a nível sistêmico e político. Sendo recomendado neste sentido:

Recomendação número 10: a OMS recomenda que todas as unidades de saúde incluam o status do uso de tabaco e o uso de intervenções para cessação do tabagismo em seus registros médicos (incluindo registros eletrônicos de saúde), para facilitar a

interação do profissional com pacientes tabagistas e aumentar a adoção e a manutenção de intervenções de tratamento baseadas em evidências. Sendo esta uma recomendação forte com moderado nível de evidência.

Recomendação número 11: a OMS recomenda o treinamento de todos os profissionais de saúde sobre a implementação de intervenções de cessação baseadas em evidências, com incentivo e feedback contínuos, em suas práticas médicas de rotina em todos os níveis de atendimento à saúde. Sendo esta uma forte recomendação com moderado nível de evidência.

Recomendação número 12: a OMS recomenda que intervenções para cessação do tabagismo baseadas em evidências sejam oferecidas sem custo ou com custo reduzido a todos os usuários de tabaco interessados em parar. A ausência de custo é fortemente preferida em relação ao custo reduzido. Sendo esta uma recomendação forte com nível moderado de evidência.

2.3 ANÁLISE COMPARATIVA DO PCDT DO TABAGISMO INCA E DA DIRETRIZ DE TRATAMENTO CLÍNICO OMS PARA CESSAÇÃO DO TABAGISMO EM ADULTOS

2.3.1 Eixo A: suporte comportamental disponível a nível clínico e comunitário

Como vimos neste eixo de intervenção, a Diretriz OMS indica a realização de breve aconselhamento (entre 30 segundos e 3 minutos por consulta) de forma consistente pelos profissionais de saúde como prática de rotina a todos os usuários de tabaco que acessam qualquer ambiente de saúde.

Neste sentido, as recomendações indicadas são essencialmente concordantes com as indicadas pelo PCDT do tabagismo INCA. Como vimos, este protocolo indica o uso da abordagem PAAP por qualquer profissional da saúde em qualquer ambiente de atendimento com duração de até 3 minutos. Entretanto, o PCDT do tabagismo INCA vai além e discrimina também o uso e da abordagem PAAPA por profissionais da APS e serviços com contato regular com o paciente com duração de 3 a 5 minutos. Como vimos, esta consiste em uma forma expandida de aconselhamento com um acompanhamento adicional dos hábitos de tabagismo em relação à abordagem PAAP. De fato, o PCDT do tabagismo INCA apresenta recomendações de maior especificidade e completude neste sentido, orientando inclusive opções de perguntas específicas para abordagem do tema de forma integral facilitando a execução prática destas recomendações.

A diretriz OMS também recomenda, nesse eixo de intervenção, que seja oferecido aconselhamento intensivo a toda pessoa interessada em parar de fumar, citando diversas modalidades possíveis de acompanhamento, como aconselhamento individual presencial, aconselhamento presencial em grupo ou aconselhamento por telefone, sendo orientado pela diretriz que múltiplas opções de apoio comportamental devem ser oferecidas.

O PCDT do Tabagismo INCA recomenda neste sentido como primeira linha terapêutica a oferta de modalidades presenciais de intervenção discriminando a

possibilidade de aconselhamento intensivo individual ou coletivo. É citado no PCDT o apoio a oferta de canais telefônicos de suporte a dependência em nicotina, entretanto, nenhum mecanismo de execução prática destes canais é discriminado. É importante ressaltar neste eixo de intervenção a forte organização do método de aconselhamento intensivo ofertado pelo PCDT do tabagismo INCA, havendo recomendações bem estruturadas a quantidades de encontro, frequência e sendo disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde o material de apoio “Parando de fumar sem mistérios”, para guiar as primeiras 4 sessões de aconselhamento estruturado do processo de aconselhamento intensivo à cessação do tabagismo. Mas vale ressaltar que o material em questão foi desenvolvido em 2004, sem atualização de conteúdo ou organização das sessões no período entre sua publicação e o presente ano de 2025.

2.3.2 Eixo B: modalidades digitais de cessação de tabagismo

Em relação a esse eixo de intervenção, a diretriz OMS recomenda que modalidades digitais de intervenção podem ser disponibilizadas de forma isolada ou combinada como um complemento para outros apoios a cessação do tabagismo, citando a possibilidade do uso de mensagens de texto, aplicativos para smartphones, intervenções baseadas em inteligência artificial ou intervenções baseadas na internet.

Neste eixo de intervenção, podemos detectar uma importante omissão de recomendações por parte do PCDT, dado que não há citação de orientações ao uso de intervenções digitais no documento, tratando-se este eixo de intervenção uma temática em que se faz necessário o desenvolvimento de recomendações baseadas nas melhores evidências disponíveis em futuras versões do PCDT.

2.3.3 Eixo C: disponibilização de intervenções farmacológicas a nível clínico e comunitário

Como vimos anteriormente em relação a este eixo de intervenção, a OMS recomenda a disponibilização de vareniclina, Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), bupropiona e citisina como opções de tratamento farmacológico para o tabagismo, assim como TRN combinada e TRN associada a vareniclina, bupropiona ou cisticiclina em pacientes refratários a TRN.

Em relação a farmacoterapia para cessação do tabagismo, podemos identificar uma importante desatualização e omissão informativa por parte do PCDT do tabagismo INCA dado que apesar deste documento apresentar recomendações sólidas e bem estruturadas para uso de TRN isolada, combinada e associada a bupropiona, discriminando de forma clara os públicos alvos e com contraindicações para uso desse tipo de terapia. Não há no PCDT do tabagismo INCA protocolos ou recomendações ao uso de vareniclina ou citisina na terapia farmacológica para tratamento do tabagismo.

Conforme Livingstine-Bankes et all (2023) demonstrou em sua revisão sistemática de 75 ensaios clínicos com 45.049 participantes, a vareniclina tem importante efeito na cessação do tabagismo, demonstrando-se superior ao placebo, a bupropiona e a citisina na terapia de cessação tabágica e apresentando taxas de abandono do tabagismo semelhantes a de pessoas que fizeram uso de TRN combinada. Sendo, portanto, a bupropiona a farmacoterapia com evidências de maior efetividade na cessação do tabagismo junto a TRN.

Entretanto, conforme Corrêa et all (2023), a vareniclina está indisponível no mercado brasileiro desde 2021, quando a farmacêutica Pfizer (única farmacêutica autorizada pela ANVISA a comercializar a medicação no país), sob o nome comercial Champix, solicitou recall voluntário dos lotes da medicação disponíveis no mercado

brasileiro por suspeita de altos níveis de nitrosamina na medicação, em específico o N-nitroso-vareniclina (NNV), substância com efeito cancerígeno baixo demonstrado em exposições por longos períodos, sem retorno da disponibilização da medicação no mercado brasileiro até o presente momento. Conforme CORRÊA et al (2023) reitera desde a remoção do Champix do mercado brasileiro, o mesmo ficou desabastecido de vareniclina, mesmo havendo outras farmacêuticas internacionais que produzem a medicação como a canadense Apotex com seu apo-varenicline e a americana PAR Pharmaceutical com a sua forma de tartarato de vareniclina genérico.

Conforme Corrêa et al (2023) também nos informa, a citisina ainda se apresentava em fase de estudo inicial em 2023 para liberação comercial pela agência americana Foods and Drugs Administration (FDA). Em pesquisa realizada pelo próprio autor deste trabalho no banco de dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). em 26 de Julho de 2025. se identificou a ausência de qualquer formulação comercial com a substância citisina autorizada pela ANVISA no Brasil, embora no mercado europeu já sejam disponibilizadas diversas formulações comerciais para venda de citisina como o Tabex, da farmacêutica búlgara Sopharma AD; O Citidaron, da farmacêutica britânica Consilient Health e o Desmoxan, da farmacêutica polonesa Aflofarm.

Conforme Walker et al (2014), quando combinada com apoio comportamental breve, a citisina foi superior à TRN em ajudar os fumantes a parar de fumar. Sobre a efetividade da citisina em relação a vareniclina, Courtney et al (2017) em seu estudo de não inferioridade não foi capaz de demonstrar não inferioridade da citisina em relação a vareniclina no tratamento do tabagismo.

Desta forma, tendo em mente a importância da diversificação das medicações para tratamento do tabagismo, a superioridade da vareniclina nos diversos estudo e o

grande potencial identificado para a citisina no tratamento do tabagismo, a inexistência de protocolos para uso destas medicações no PCDT do tabagismo INCA consiste em uma importante deficiência do documento em questão, levando a inutilização de duas medicações com importante potencial terapêutico ao tratamento do tabagismo.

Ressalta-se que o PCDT do tabagismo INCA usa como justificativa para não incorporação de recomendações associadas ao uso de vareniclina o fato de o medicamento em questão ter sido avaliado e não recomendado pela CONITEC, conforme o Relatório de Recomendação 468 – Julho de 2019 (4), e a Portaria No 41/SCTIE/MS, de 24 de julho de 2019 (5) para incorporação ao SUS e não faz qualquer citação ao uso de citisina na terapia para tabagismo.

2.3.4 Eixo D: intervenções para usuários de tabaco não tabagistas

Como vimos, a diretriz OMS discrimina os usuários de tabaco não fumantes e recomenda a esta população a disponibilização tanto da terapia comportamental intensiva quanto das terapias medicamentosas indicadas ao tabagista. A diretriz usa como base para estas recomendações a meta-análise desenvolvida por Livingstone-Banks (2025) cujos dados ainda não haviam sido publicados na data de publicação da diretriz. Esta identificou que técnicas como aconselhamento para cessação, aconselhamento breve mínimo e uso de vareniclina provavelmente ajudam mais pessoas a parar de usar tabaco sem fumaça do que apoio nenhum, ou placebo, utilizando como método terapêutico as doses e esquemas terapêuticos padrões para o tabagista.

Conforme o III Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas pela População Brasileira, realizado em 2025 pela Fundação Oswaldo Cruz, 5,6% da população com 14 anos ou mais utiliza dispositivos eletrônicos para consumo de nicotina no Brasil; na população entre 14 a 17 anos, a prevalência do uso deste tipo de dispositivo chega a 8,7%; entre adultos 5,4% da população relatou uso regular de dispositivos eletrônicos

para consumo de nicotina. De fato, conforme levantamento realizado pelo Instituto Inteligência e Pesquisa em Consulta, o número de usuários de cigarros eletrônicos no Brasil chegou a 2,8 milhões de pessoas em 2023, representando um crescimento de aproximadamente 600% em relação ao número de usuários deste tipo de dispositivo em 2018. Diante da alta taxa de crescimento no consumo de derivados de tabaco além do cigarro no Brasil, o desenvolvimento de políticas públicas específicas para este tipo de usuário se faz essencial ao futuro da luta antitabágica.

Entretanto, não há menções ao tabagismo sem cigarro no PCDT do tabagismo INCA ou a terapias específicas para esta população. Apesar da diretriz OMS manter recomendações indiferenciadas ao tabagismo com e sem cigarro, trata-se de um importante avanço a inclusão desta população como candidata a terapia antitabagismo.

De forma que podemos identificar na ausência de citações sobre a população usuária de tabaco sem fumaça, e na ausência de recomendações a terapia de dependência em nicotina para esta população no PCDT do tabagismo, uma importante deficiência nas orientações ao tratamento do tabagismo no documento em questão.

2.3.5 Eixo E: combinação de intervenções de nível comportamental e intervenções farmacológicas

Como vimos, a diretriz OMS recomenda a disponibilização conjunta de intervenções comportamentais e farmacológicas a pacientes interessados em cessar o tabagismo, sendo esta recomendação comum ao PCDT do tabagismo INCA, este recomenda a intervenção de nível comportamental a todos os pacientes e a associação de farmacoterapia aos paciente com nível mais alto de dependência que não apresentem critérios de contraindicação a farmacoterapia.

De forma que identificamos um consenso entre os dois documentos na benesse dessa associação entre intervenções de nível comportamental e farmacoterapia, embora

o PCDT do INCA indique as terapias de nível comportamental isoladas como tratamento de primeira linha a tabagistas com baixo grau de dependência, orientando a associação da farmacoterapia nos pacientes com baixo grau de dependência e refratariedade as intervenções de nível comportamental isoladas.

2.3.6 Eixo F: terapias alternativas, complementares e tradicionais

A diretriz OMS não recomenda a favor ou contra terapias alternativas, complementares ou tradicionais no tratamento do tabagismo, indicando que na recomendação deste tipo de abordagem seja associado abordagem comportamental e medicamentosa adequada.

O PCDT do Tabagismo INCA é concordante com as recomendações da OMS neste eixo de intervenção, não indicando o uso de terapias alternativas, complementares ou tradicionais de forma isolada no tratamento do tabagismo embora ressalte que Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) disponibilizadas por profissionais capacitados são seguras e podem ser associadas ao tratamento do tabagismo quando disponíveis e de interesse do paciente.

2.3.7 Eixo G: intervenções a nível sistêmico e político

Como vimos, a OMS recomenda a pesquisa e registro médico sobre hábitos de tabagismo para facilitar a interação interprofissional e paciente-profissional nos serviços.

Esta recomendação é parcialmente consoante às orientações do PCDT do tabagismo INCA, que orienta a monitorização do tratamento do tabagismo pelas unidades de saúde que ofertam esse tratamento, registrando número de pacientes atendidos, de sua situação em relação ao uso do tabaco a cada consulta e o registro de abandono de tratamento até que se completem os 12 meses preconizados. Entretanto, não há orientações específicas ao registro em prontuário sobre hábitos de tabagismo de todos os

pacientes no PCDT do tabagismo INCA, dado o benefício ao acompanhando geral do tabagismo na rede pública e possibilidade de melhor avaliação dos indicadores sobre o tema com um acompanhamento dos hábitos de tabagismo de todos os pacientes implementar esta orientação no PCDT do tabagismo apresenta visível potencial benéfico.

Além disso, a OMS recomenda neste eixo de intervenção que todos os profissionais de saúde sejam treinados sobre a implementação de intervenções de cessação baseadas em evidências, com incentivo e feedback contínuos, em suas práticas médicas de rotina em todos os níveis de atendimento à saúde, orientação que é consonante com as indicações do PCDT do tabagismo INCA, este orienta ser fundamental a capacitação e participação de profissionais da saúde de nível superior (médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, assistente social, educador físico, terapeuta ocupacional, odontólogo ou fonoaudiólogo) que procederão ao tratamento do tabagismo nas unidades de saúde prestadoras do SUS, tendo como referencial o modelo terapêutico do tabagismo do Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

A OMS também recomenda, como já citado, que intervenções para cessação do tabagismo baseadas em evidências sejam oferecidas sem custo ou com custo reduzido, sendo a ausência de custo fortemente preferida em relação ao custo reduzido. O tratamento do tabagismo é preconizado dentro do SUS pelo PCDT do tabagismo INCA, sendo o aconselhamento intensivo e a terapia medicamentosa disponibilizada de forma gratuita dentro da rede pública como preconizado no PCDT do tabagismo INCA e na Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise comparativa entre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do tabagismo do INCA e a Diretriz da OMS para tratamento clínico da cessação do tabagismo em adultos revela importantes convergências e discrepâncias entre as duas abordagens normativas. Ambos os documentos reconhecem o papel central das intervenções comportamentais e farmacológicas no apoio à cessação do tabagismo, sustentando recomendações baseadas em evidências quanto à eficácia do aconselhamento breve, intensivo e da terapia combinada como estratégias de primeira linha. No entanto, a análise por eixo evidencia que o PCDT do INCA, embora apresente diretrizes estruturadas e adaptadas à realidade do SUS, ainda carece de atualização em áreas cruciais.

No que tange ao apoio comportamental (Eixo A), o PCDT se destaca pela detalhada operacionalização da abordagem PAAP e PAAPA, promovendo uma aplicação mais prática e contextualizada das recomendações da OMS. Contudo, no Eixo B, referente às intervenções digitais, observa-se uma omissão crítica por parte do PCDT, frente ao potencial dessas ferramentas na ampliação do acesso ao tratamento.

A maior defasagem, no entanto, reside no Eixo C, que trata das intervenções farmacológicas. A ausência de protocolos para uso de vareniclina e citisina, ambas com robustas evidências de eficácia, limita o arsenal terapêutico disponível aos profissionais de saúde brasileiros, especialmente considerando a superioridade da vareniclina em comparação a outras terapias e o crescente reconhecimento internacional da citisina. A justificativa da não incorporação da vareniclina baseada em pareceres de 2019 ignora avanços científicos e mudanças no contexto regulatório internacional, apontando para a urgência de revisão do PCDT com base nas evidências mais recentes.

No Eixo D, a ausência de recomendações específicas para usuários de tabaco não fumado, como os dispositivos eletrônicos de nicotina, configura uma lacuna importante, especialmente diante da crescente prevalência desses produtos entre adolescentes e jovens. Já no Eixo E, há concordância entre os documentos quanto à efetividade da combinação entre intervenções comportamentais e farmacológicas, ainda que o PCDT opte por uma abordagem mais gradual para pacientes com baixa dependência.

Em relação às terapias alternativas (Eixo F), os dois documentos mantêm uma postura semelhante, reconhecendo a possibilidade de uso complementar desde que associado a intervenções com respaldo científico. Finalmente, no Eixo G, que trata das intervenções em nível sistêmico e político, o PCDT do INCA se mostra parcialmente alinhado às recomendações da OMS, especialmente no que diz respeito à capacitação de profissionais e à gratuidade do tratamento, mas falha ao não integrar de forma sistemática o registro dos hábitos tabágicos de todos os pacientes atendidos.

Diante desse cenário, conclui-se que o PCDT do tabagismo INCA apresenta uma base sólida e valiosa, mas carece de atualizações estruturais e conceituais para alinhar-se plenamente às diretrizes mais recentes da OMS. A incorporação de intervenções digitais, a inclusão de novos fármacos com eficácia comprovada, a ampliação do escopo terapêutico para usuários de tabaco não fumado e a padronização do registro clínico do hábito tabágico são elementos centrais que, se aprimorados, podem ampliar significativamente o impacto do PCDT no enfrentamento do tabagismo no Brasil.

Sugestões para futuras edições do PCDT do tabagismo incluem a atualização do material de apoio utilizado nos grupos intensivos, com revisão de conteúdo baseada em evidências recentes e adaptação a formatos digitais, permitindo maior alcance e aderência. Além disso, recomenda-se que o PCDT passe a contemplar explicitamente

modalidades digitais de suporte, em consonância com a OMS, incluindo aplicativos móveis, plataformas online e teleatendimento estruturado, como alternativas viáveis para ampliar a cobertura da cessação tabágica no território nacional.

Outro ponto de aprimoramento consiste na reavaliação da inclusão da vareniclina e da citisina no escopo terapêutico, considerando a crescente robustez das evidências científicas e a disponibilidade internacional dessas terapias. A incorporação de protocolos que contemplem usuários de tabaco não fumado, como cigarros eletrônicos e outros dispositivos emergentes, também é urgente, dado o aumento de sua prevalência no Brasil. Essas mudanças podem tornar o PCDT mais responsivo às transformações epidemiológicas e ao avanço das práticas internacionais de controle do tabagismo, fortalecendo seu papel estratégico na política pública de saúde.

4 REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL.** Consumo de cigarro eletrônico cresce 600% em seis anos, aponta Ipec [Internet]. 2024. Disponível em:
<<https://agenciabrasil.ebc.com.br/radioagencia-nacional/saude/audio/2024-01/consumo-de-cigarro-eletronico-cresce-600-em-seis-anos-aponta-ipecc>>. Acesso em: 25 set. 2024.
- BARRETO, Ivan Farias.** *Tabaco: a construção das políticas de controle sobre seu consumo no Brasil. História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, n. 3, p. 693–710, jul.–set. 2018.
DOI: 10.1590/S0104-59702018000400011. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/gR3wzXhzp5mWtvqXchfKG6x/>>. Acesso em: 27 jul. 2025.
- BRASIL.** Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: tabagismo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:
<<https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/pcdt/2023/pcdt-tabagismo-2023.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2025.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).** *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. Brasília: SENAD; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em:
<<https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/e424c1e9-eb08-4474-80be-8640150b4719/content>>
. Acesso em: 27 jul. 2025.
- BURNS, Eric.** *The smoke of the gods: a social history of tobacco*. Philadelphia: Temple University Press, 2006. 296 p. ISBN 1592134807 (ISBN-13: 978-1592134809). Disponível em:
<csc-indonesia.org/wp-content/uploads/2012/11/ebooksclub.org__The_Smoke_of_the_Gods__A_Social_History_of_Tobacco.pdf> Acesso em: 27 jul. 2025.
- CAHILL, Kate; STEVENS, Simon; PERERA, Rafael; LANCASTER, Tim.** Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [S.l.], n. 5, art. CD009329, 2013. DOI:
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009329.pub2>. Disponível em:
<<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009329.pub2/full>>. Acesso em: 27 jul. 2025.

COURTNEY, R. J.; McROBBIE, H.; TUTKA, P.; WEAVER, N. A.; PETRIE, D.; MENDELSON, C. P.; et al. *Effect of Cytisine vs Varenicline on Smoking Cessation: A Randomized Clinical Trial.* *JAMA*, v. 326, n. 1, p. 56–64, 2021. DOI: 10.1001/jama.2021.7621. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2787797>>. Acesso em: 27 jul. 2025.

CORRÊA, PCRP. *APO-vareniclina e citisina poderiam ser soluções para a escassez de vareniclina no Brasil? Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 49, n. 3, p. e20230185, 2023. DOI: 10.36416/1806-3756/e20230185. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/6YbYrgSBkdzKvtC37bnVXZk/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jul. 2025.

DI CICCIO, Maria Elisa; RAGAZZO, Vincenzo; JACINTO, Tiago. *Mortality in relation to smoking: the British Doctors Study. Breathe (Sheff)*, v. 12, n. 3, p. 275-276, set. 2016. DOI: 10.1183/20734735.013416. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5298160/>>. Acesso em: 27 jul. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: texto oficial. 2ª reimpressão. Rio de Janeiro: INCA, 2015. 59 p. ISBN 978-85-7318-155-5 (versão impressa) / 978-85-7318-263-7 (versão eletrônica). Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/convencao-quadro-para-contr-ole-do-tabaco-texto-oficial.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2025.

JAQUES, Tiago Alves; GONÇALVES, Huener Silva. O Ministério da Saúde adverte: origem e consolidação do Programa Nacional de Combate ao Fumo no Brasil (1985–1998). In: ANPUH – XXV SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 2009, Fortaleza. Anais [...]. Fortaleza: ANPUH, 2009. p. 1–10. Disponível em: <http://www.anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548772192_ede8aff340c3772ffbf5e38e6cd023cf.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2025.

LIVINGSTONE-BANKS, J.; FANSHAW, T. R.; THOMAS, K. H.; THEODOULOU, A.; HAJIZADEH, A.; HARTMAN, L.; et al. *Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation.* *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023, n. 5, CD015314. DOI: 10.1002/14651858.CD015314.pub2. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD015314.pub2/full#CD015314-abs-0001>>. Acesso em: 27 jul. 2025.

MALDONADO-FERNÁNDEZ, Miguel. *Historia del tabaco. De panacea a pandemia. Medicina Clínica (Barcelona)*, vol. 125, n. 19, p. 745–747, 26 nov. 2005.

DOI: 10.1016/S0025-7753(05)72175-8. Disponível em:

<https://www.academia.edu/101004099/Historia_del_tabaco_De_panacea_a_pandemia>. Acesso em: 27 jul. 2025.

MAZZUOLI, Valerio de Oliveira. *Curso de Direito Internacional Público*. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2025. ISBN 9788530996550. Disponível em:

<<https://www.grupogen.com.br/e-book-curso-de-direito-internacional-publico-16-edicao-2025-valerio-mazzuoli-editora-forense-9788530996550/>>. Acesso em: 27 jul. 2025.

MICHELI, Alfredo de. *El tabaco a la luz de la historia y la medicina. Archivos de Cardiología de México*, Cidade do México, vol. 85, n. 4, p. 318-322, out.–dez. 2015.

DOI: 10.1016/j.acmx.2014.12.012. Disponível em:

<https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-99402015000400318&script=sci_arttext>.

Acesso em: 27 jul. 2025.

MONTEVERDE, H. Rubio. *Breves comentarios sobre la historia del tabaco y el tabaquismo en México. Revista Mexicana de Historia de la Medicina*, v. 20, n. 4, p. x–x, 2006. Disponível em:

<https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-75852006000400013&script=sci_arttext>.

Acesso em: 27 jul. 2025.

OMARE, M. O.; KIBET, J. K.; CHERUTOI, J. K.; KENGARA, F. O. A review of tobacco abuse and its epidemiological consequences. *Journal of Public Health*, Heidelberg, v. 30, n. 6, p. 1485–1500, 2022. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10389-020-01443-4>> Acesso em: 26 jul. 2025.

REYNOLDS, Lindsay M.; ZAMORA, Cristian; LEE, Un Jung; STOKES, Andrew C.; BENJAMIN, Emelia J.; BHATNAGAR, Aruni; PAYNE, Thomas J.; RODRIGUEZ, Carlos J. *Tobacco Use Prevalence and Transitions From 2013 to 2018 Among Adults With a History of Cardiovascular Disease. Journal of the American Heart Association*, v. 10, n. 12, e021118, 15 jun. 2021. DOI: 10.1161/JAHA.121.021118. Disponível em: <<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.121.021118>>. Acesso em: 27 jul. 2025.

ROEMER, Ruth; TAYLOR, Ailyn; LARIVIERE, Jean. *Origins of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. American Journal of Public Health*, v. 95, n. 6, p. 936–938, jun. 2005.

DOI: 10.2105/AJPH.2003.025908. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15914812/>>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SILVA, Maria Clara da; SOUZA, João Paulo de; PEREIRA, Ana Beatriz. *O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social. Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 4, p. 241–250, out.–dez. 2015.

DOI: 10.1590/1414-462X201500040241. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/n9STw983jyhfhfwyz9k5gDzk/?lang=pt>>. Acesso em: 27 jul. 2025.

STALLONES, R. A. The association between tobacco smoking and coronary heart disease. *International Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 44, n. 3, p. 735–743, jun. 2015. DOI: 10.1093/ije/dyv124. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ije/article/44/3/735/633393>>. Acesso em: 27 jul. 2025.

STEAD, Lindsay F. et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [S.l.], n. 11, art. CD000146, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000146.pub4>. Disponível em: <<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000146.pub4/full>>. Acesso em: 27 jul. 2025.

WALKER, N.; HOWE, C.; GLOVER, M.; McROBBIE, H.; BARNES, J.; NOSA, V.; et al. *Cytisine versus nicotine for smoking cessation. New England Journal of Medicine*, v. 371, n. 25, p. 2353–2362, 2014. DOI: 10.1056/NEJMoa1407764. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1407764>>. Acesso em: 27 jul. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults*. Geneva: World Health Organization, 2024. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/377825>. Acesso em: 27 jul. 2025.