

Síntese Rápida de Evidências



Redução ou cessação do uso de derivados de tabaco na APS

Quais são as estratégias efetivas utilizadas em contextos de Atenção Primária à Saúde (APS) para redução ou cessação do uso de produtos derivados de tabaco?

29 de setembro de 2021

Preparada para:

Departamento de Promoção da Saúde
(DEPROS/SAPS/MS), Brasília, DF

Preparada por:

Fiocruz Brasília, Brasília, DF
Instituto de Saúde de São Paulo, São Paulo, SP

Elaboração:

Jessica De Lucca Da Silva
Fernando Meirinho Domene
Lais de Moura Milhomens
Bruna Carolina de Araújo
Roberta Crevelário de Melo
Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva
Maritsa Carla de Bortoli
Tereza Setsuko Toma

Coordenação: Jorge Otávio Maia Barreto

Sumário

1 Contexto.....	3
2 Pergunta de pesquisa.....	4
3 Métodos.....	4
3.1 Critérios de inclusão e exclusão	4
3.2 Bases de dados e estratégias de busca	4
3.3 Seleção de evidências	5
3.4 Extração e análise dos dados.....	5
3.5 Avaliação da qualidade das evidências	5
3.6 Atalhos para a revisão rápida	5
4 Evidências	5
5. Síntese dos resultados e opções para políticas.....	6
Opção 1. Intervenções de aconselhamento conduzidas por profissionais de saúde.....	9
Opção 2. Intervenções comportamentais únicas ou combinadas.....	13
Opção 3. Apoio de registro médico e <i>feedback</i> motivacional personalizado sobre riscos biomédicos.....	15
Opção 4. Intervenções multicomponentes.....	17
6. Considerações finais.....	22
7 Referências	24
Apêndices.....	26
Apêndice 1. Termos e resultados das estratégias de busca de revisões sistemáticas.....	26
Apêndice 2. Estudos excluídos após leitura do texto completo, com justificativa.....	27
Apêndice 3. Características gerais das revisões sistemáticas incluídas.	29



Mensagens-chave

O problema

O uso contínuo do tabaco, por exposição direta ou indireta, é considerado um problema global de saúde pública, responsável por oito milhões de mortes ao ano. Cerca de 80% dos usuários da substância residem em países de baixa e média renda, como o Brasil. O principal problema de saúde decorrente do uso dos derivados de tabaco é o câncer de pulmão, terceiro tipo de câncer mais comum na população e o mais letal. Neste cenário é importante que equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) estejam preparados para fornecer ações de prevenção e controle do fumo.

Opções para enfrentar o problema

De 234 registros recuperados das bases de dados, após processo de seleção e elegibilidade, treze Revisões Sistemáticas (RS) foram incluídas nesta síntese narrativa. Os resultados foram organizados em quatro opções para políticas em contextos de APS. Efeitos positivos foram relatados nas RS para uma variedade de intervenções, no entanto, algumas incertezas também foram apontadas. Com relação à qualidade metodológica, uma RS foi classificada como de confiança moderada, duas de confiança baixa e dez de confiança criticamente baixa.

Opção 1. Intervenções de aconselhamento conduzidas por profissionais de saúde

Seis RS apresentaram efeitos das intervenções de aconselhamento para cessação do uso do tabaco, conduzidas por profissionais farmacêuticos, enfermeiros, profissionais com treinamento específico para lidar com o tabagismo e profissionais não especificados. Uma variedade de modalidades de aconselhamento mostrou-se efetiva na comparação com nenhuma intervenção, cuidado habitual ou intervenções menos intensivas. Incertezas foram apontadas com relação aos efeitos da entrevista motivacional e na comparação do aconselhamento com intervenções mistas.

Opção 2. Intervenções comportamentais únicas ou combinadas

Duas RS relataram que intervenções comportamentais se mostraram efetivas para lidar com o tabagismo em comparação a cuidados habituais, materiais educativos e aconselhamento breve. Incertezas foram relatadas em relação ao reforço contingente e com relação ao apoio comportamental para fumantes com sofrimento psíquico e jovens em diferentes situações de risco, sendo: adolescentes grávidas, adolescentes com doença mental, adolescentes em tratamento por uso abusivo de substâncias e estudantes residentes de comunidades socioeconomicamente vulneráveis (o risco e faixa etária não foi especificado em um estudo).

Opção 3. Apoio de registro médico e *feedback* motivacional personalizado sobre riscos biomédicos

Duas RS investigaram os efeitos do apoio de registro médico nas consultas, e o *feedback* dos riscos biomédicos. As evidências são escassas para afirmar se essas intervenções são ou não efetivas na cessação do tabagismo. O uso de registro médico tem como base apenas dois estudos primários, um dos quais sem grupo controle. O uso de resultados de exames mostrou-se efetivo com o feedback sobre danos relacionados ao fumo, mas não teve o mesmo efeito

quando esse feedback se referia à exposição ao fumo e ao risco de doenças relacionadas ao fumo.

Opção 4. Intervenções multicomponentes

Oito RS apresentaram efeitos de diversas intervenções combinadas para redução ou cessação do uso do tabaco. Algumas intervenções foram realizadas por profissionais de farmácia, enfermagem, médicos ou equipe clínica. As intervenções multicomponentes mostraram-se efetivas para a cessação do tabagismo, particularmente nos estudos em que foram comparadas a nenhuma intervenção, cuidados habituais ou intervenções mais comumente utilizadas. No entanto, é importante considerar algumas incertezas de maior magnitude apontadas nos estudos, como a adição do aconselhamento por entrevista motivacional ou apoio por telefone.

1 Contexto

O uso contínuo do tabaco, por exposição direta ou indireta, é considerado um problema global de saúde pública, responsável por oito milhões de mortes ao ano. O tabaco pode ser fumado, decorrente da fumaça gerada por meio de sua queima, mascado, inalado ou aplicado sobre a pele. Cerca de 80% dos usuários dessa substância residem em países de baixa e média renda, como o Brasil. Entre os vários agravos decorrentes do uso dos derivados de tabaco, que geram altos custos nos investimentos em saúde, o principal é o câncer de pulmão, terceiro tipo de câncer mais comum na população mundial e o mais letal¹.

Desde 2003 está em vigor a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT), um acordo internacional que, em 2021, reúne 181 países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS). A missão dos signatários é adotar uma série de medidas intersetoriais abrangentes para reduzir e controlar o uso de produtos derivados do tabaco em todo o mundo. Em 2007, a CQCT implementou o MPOWER, que é uma estratégia para monitorar as metas gerais e avançar na implementação de medidas preventivas. Considerando a alta incidência de pessoas tabagistas na população brasileira, a efetivação do MPOWER tem potencial de mudança da realidade nacional a partir do monitoramento anual de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) por causas evitáveis, da capacitação profissional para cessação do fumo, entre outras ações que contribuem para o enfrentamento da epidemia do tabaco por meio de políticas efetivas e abrangentes¹.

Dentre os objetivos acordados pela CQCT estão a oferta de estratégias para cessação do fumo e ações de educação para ampliar o conhecimento público sobre os impactos do uso de derivados de tabaco². Neste cenário a abrangência das equipes e serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) está em uma posição estratégica para a realização de ações para prevenção e controle do fumo bem como dos agravos decorrentes do uso contínuo do tabaco³.

2 Pergunta de pesquisa

Quais são as estratégias efetivas utilizadas em contextos de Atenção Primária à Saúde para redução do uso de produtos derivados de tabaco?

Quadro 1. Acrônimo PICOS de acordo com a pergunta de interesse.

P	População	Participantes com hábito de fumar ou em uso de derivados do tabaco.
I	Intervenção	Estratégias de atenção primária à saúde para reduzir ou cessar o fumo ou o uso de produtos de tabaco
C	Comparador	Nenhuma estratégia ou cuidado usual.
O	Desfechos (<i>outcomes</i>)	Diminuição da prevalência de tabagismo, redução do uso de produtos do tabaco, e cessação de tabagismo.
S	Desenho de estudo (<i>study design</i>)	Revisões sistemáticas

3 Métodos

Um protocolo de pesquisa foi elaborado previamente e submetido ao Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS/SAPS/MS). Um protocolo, em inglês, foi publicado na plataforma PROSPERO - International Prospective Register of Systematic Reviews (CRD42021275735).

3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas revisões sistemáticas (RS) de ensaios clínicos, de estudos observacionais ou de estudos qualitativos, com ou sem metanálise, publicadas em inglês, espanhol e português, que avaliaram intervenções realizadas em contextos de Atenção Primária à Saúde com o objetivo de reduzir o uso de derivados de tabaco. Foram excluídas intervenções realizadas em locais de trabalho não vinculados a serviços ou equipes de APS ou em outros níveis de atenção à saúde. Foram excluídos *overviews*, *scoping review*, revisão integrativa, síntese de evidências para políticas, estudos de avaliação de tecnologias de saúde, estudos de avaliação econômica e estudos primários.

3.2 Bases de dados e estratégias de busca

Foram realizadas buscas em 23 de agosto de 2021 nas bases eletrônicas da literatura: PubMed, LILACS - Literatura Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (via BVS), Cochrane Library, HSE - Health Systems Evidence, Social Systems Evidence, Epistemonikos e Embase. As estratégias de busca utilizadas foram desenvolvidas com base na combinação de palavras-chave estruturadas a partir do acrônimo PICOS, usando os termos MeSH na base PubMed, termos DeCS no LILACS e termos Emtree no Embase, adaptando-os às demais bases e termos livres quando necessário. Foram utilizados os filtros de revisão sistemática nas bases de dados, quando disponíveis. Não foram aplicados limites em relação ao ano de publicação (Apêndice 1).

3.3 Seleção de evidências

O processo de seleção das RS foi realizado por meio do aplicativo para gerenciamento bibliográfico Rayyan QCRI⁴. Os títulos e resumos foram lidos por dois revisores, de forma independente, e as discordâncias resolvidas por consenso ou por uma terceira revisora. Os estudos elegíveis foram lidos na íntegra por três revisores, porém não em duplicidade.

3.4 Extração e análise dos dados

Os dados foram extraídos em planilha eletrônica, sendo registradas informações relacionadas à autoria, ano, objetivo do estudo, último ano da busca, características da população e amostra, métodos utilizados, principais resultados, limitações do estudo, conclusões e conflitos de interesses.

3.5 Avaliação da qualidade das evidências

A avaliação da qualidade metodológica das revisões sistemáticas incluídas foi realizada com a ferramenta AMSTAR 2 – *Assessment of Multiple Systematic Reviews*⁵. Para determinar a confiança global nos resultados das revisões sistemáticas, os domínios avaliados como “parcialmente sim” foram computados como se representassem uma falha/fraqueza completa (i.e., avaliados como “não”). Os domínios utilizados como críticos foram aqueles determinados pelos autores no artigo original, com classificação da confiança nos resultados das revisões em alta, moderada, baixa ou criticamente baixa.

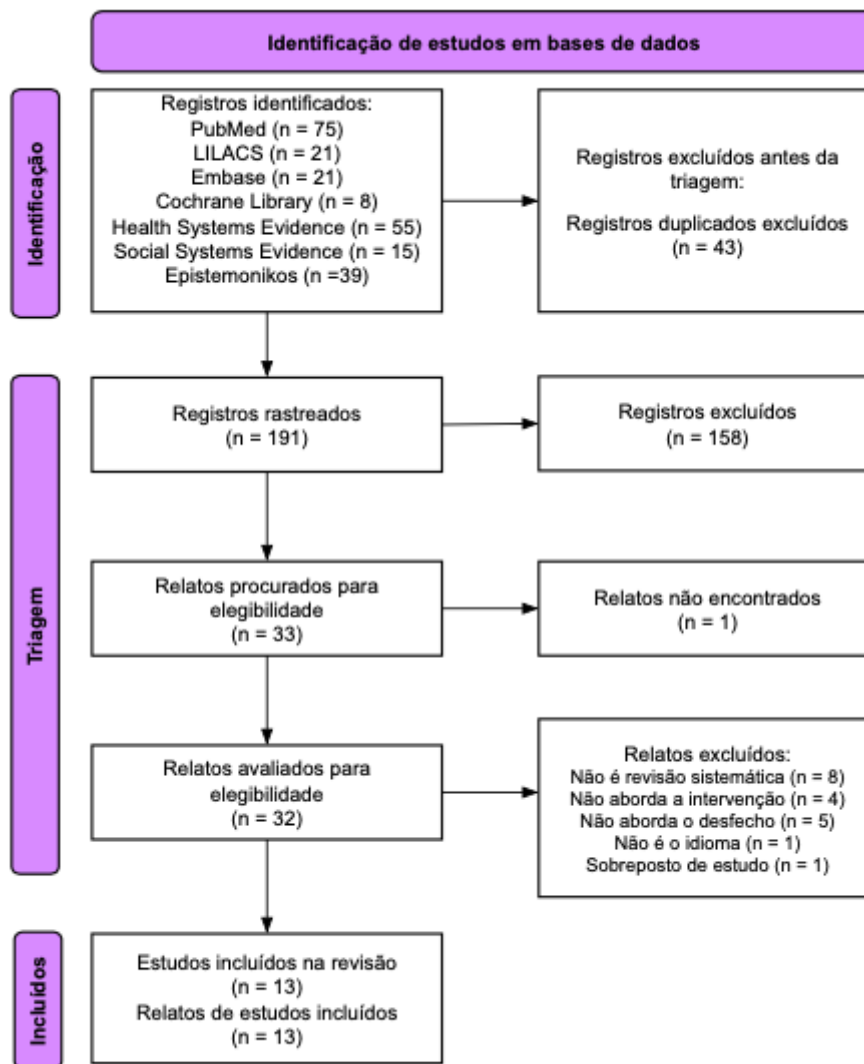
3.6 Atalhos para a revisão rápida

Por se tratar de uma revisão rápida produzida em 29 dias, apenas o processo de seleção de títulos e resumos foi realizado em duplicidade e de forma independente⁶. A avaliação da qualidade metodológica das revisões sistemáticas foi realizada por um revisor e conferida por outro. A leitura dos estudos completos e a extração dos dados foram realizadas por três revisores, porém não em duplicidade.

4 Evidências

De 234 registros recuperados das bases de dados, 191 foram avaliados após exclusão de duplicatas e trinta e três relatos elegíveis foram lidos na íntegra. Vinte relatos foram excluídos por não atenderem aos critérios desta revisão rápida (Apêndice 2). Dessa forma, treze revisões sistemáticas⁷⁻¹⁹ foram incluídas em síntese narrativa (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de estudos

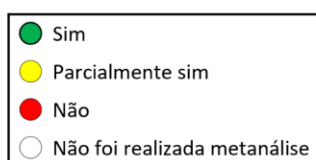


Fonte: Elaboração própria, adaptada da recomendação PRISMA 2020²⁰. Tradução livre dos autores.

5. Síntese dos resultados e opções para políticas

A confiança global nos resultados foi classificada como moderada em 1 RS⁸, baixa em 2 RS^{13,16} e criticamente baixa em 10 RS^{7,9-12,14,15,17-19}, conforme Figura 2.

Figura 2. Qualidade metodológica das revisões sistemáticas



	PICO	Protocolo do estudo*	Critérios de inclusão	Estratégia de busca abrangente*	Seleção em duplicata	Extração em duplicata	Lista de estudos excluídos com justificativa*	Descrição adequada dos estudos incluídos	Técnica adequada para avaliar o risco de viés dos estudos*	Fonte de financiamento dos estudos incluídos	Métodos apropriados para a metanálise*	Risco de viés de cada estudo na metanálise	Risco de viés de cada estudo ao interpretar os resultados*	Heterogeneidade dos estudos incluídos	Viés de publicação*	Conflito de interesse	Confiança
Boyle et al., 2010	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	CB
Brown et al., 2016	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	M
Bryant et al., 2011	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	CB
Cantera et al., 2015	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	CB
Carson et al., 2012	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	CB
Clair et al., 2019	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	CB
Lindson et al., 2019	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	B
Nagrebetsky et al., 2014	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	CB
Papadakis et al., 2010	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	CB
Rice et al., 2017	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	B
Silagy et al., 1994	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	CB
Stead et al., 2013	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	CB
Van Sluijs et al., 2004	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	CB

Nota: *domínios críticos para classificação; B: baixa; CB: criticamente baixa; M: moderada. **Fonte:** Elaboração própria.

As revisões sistemáticas incluídas abordaram diversas estratégias de tratamento ao tabagismo. Os resultados foram categorizados conforme o foco das estratégias utilizadas pelos estudos, abordando as seguintes intervenções: Aconselhamento conduzido por profissionais de saúde (6 RS)^{9,13,15-18}; comportamentais únicas ou combinadas (2 RS)^{9,10}; Apoio de registro médico e *feedback* motivacional personalizado sobre riscos biomédicos (2 RS)^{7,12}; e Multicomponentes (8 RS)^{8-11,13,14,16,19}.

Os estudos primários incluídos foram conduzidos em sua maioria em países de alta renda da América do Norte (n=124)⁷⁻¹⁸ e da Europa (n=81)^{8-10,12-16,18}, seguidos de Austrália e Nova Zelândia (n=19)^{8,9,11,13-16,18} e países da Ásia, incluindo Indonésia, Índia, China, Japão, Coreia do Sul e Hong Kong (n=15)^{8,10,12-14,16,18}. Da América do Sul e da África foram citados dois estudos do Brasil, um do Chile^{13,15}, um da África do Sul¹³ e um da Ilhas Seychelles¹². Uma RS¹⁹ não relatou os países dos estudos primários e outra RS não apresentou esta informação em três estudos incluídos¹⁸.

A faixa etária da população abordada variou de onze¹⁸ a oitenta e cinco anos¹⁰, entretanto, os efeitos foram majoritariamente analisados na população adulta. Oito RS

incluiram homens e mulheres^{8,9,11-14,16,18}. Três RS coletaram dados de raça/cor e etnia, sendo uma com 91% de participantes brancos⁸, uma incluiu populações indígenas¹¹ e outra com chineses e afroamericanos¹³. Três RS não informaram nenhuma característica sobre as populações analisadas^{7,15,17}.

Todas as revisões sistemáticas apresentaram estudos primários em APS, porém contextos semelhantes e outros níveis de atenção também estavam presentes: contexto hospitalar^{12-14,16,18}, ambulatorial^{9,12,16,18}, farmácia comunitária⁸, clínicas gerais¹², clínicas de saúde¹¹, clínica de saúde comunitária⁹, clínica de promoção de saúde¹², clínica de diabetes¹⁴, clínicas para cessação do tabagismo¹², clínicas em empresas¹⁸, comunidade^{11-13,16}, domicílios¹⁶, abrigos ou presídio¹³, local de trabalho^{12,16}, espaço externo ao serviço de APS¹⁵, por telefone¹¹, instituição de pesquisa¹², bem como prática comunitária, clínicas baseadas em hospitais e organizações de manutenção da saúde¹⁷.

Os seguintes métodos de medição de abstinência do tabagismo foram relatados em nove RS: monóxido de carbono (CO) exalado, cotinina de saliva e/ou cotinina urinária^{8,10-14,16-18} e autorrelato^{8,14,16-18}. Quatro revisões não informaram como foi medida a cessação do tabagismo^{7,9,15,19}.

O cigarro foi o produto mais referido como de uso pelos participantes^{8,10,11,13,14,16,18,19}, além do tabaco de mascar⁸, do fumo de rolo¹¹ e do cachimbo¹⁸. Cinco RS não citaram o tipo de derivado de tabaco utilizado pelos participantes dos estudos primários incluídos^{7,9,12,15,17}.

O último ano de busca realizada pelas revisões sistemáticas variou entre 1993¹⁷ e 2018¹³. Quatro RS não informaram os conflitos de interesse dos autores^{7,11,17,19}. O Apêndice 3 apresenta as características detalhadas das treze RS incluídas.

Considerando a grande quantidade de informações extraídas das RS, os resultados são apresentados em duas etapas para facilitar a compreensão. Primeiramente, a síntese dos resultados é apresentada de forma resumida conforme a estratégia utilizada. Depois, são apresentadas as quatro opções de estratégias separadamente, com seus potenciais benefícios e incertezas mais detalhados.

Quadro 2. Resumo dos resultados das intervenções destinadas à redução ou cessação do tabagismo.

Intervenção	Direção da associação	Resultados
Intervenções de aconselhamento conduzidas por profissionais de saúde	(+)	6 RS relataram efeito positivo na cessação do tabagismo utilizando aconselhamento comportamental ⁹ , entrevista motivacional de alta intensidade ¹³ , aconselhamento modelo 5As ¹⁵ , aconselhamento dado por enfermeiras ¹⁶ , aconselhamento realizado por profissionais de saúde com treinamento específico em tabagismo ¹⁷ e aconselhamento breve ¹⁸ .
	(?)	5 RS indicaram efeitos sem significância estatística com o uso de aconselhamento breve repetido ⁹ , entrevista motivacional ¹³ , aconselhamento modelo 5As ¹⁵ , aconselhamento por profissionais treinados ¹⁷ e aconselhamento breve ¹⁸ .
Intervenções comportamentais únicas ou combinadas	(+)	2 RS relataram efeito positivo de um programa de autoajuda da TCC para cessação do tabagismo ⁹ , e de uma intervenção comportamental de dois anos com base em entrevista motivacional ¹⁰ .
	(?)	1 RS apresentou incertezas nos resultados referentes ao apoio comportamental entre pessoas com sofrimento psíquico grave e jovens em diferentes situações de risco, sendo: adolescentes grávidas, adolescentes com doença mental, adolescentes em tratamento por uso abusivo de substâncias e estudantes residentes de comunidades socioeconomicamente vulneráveis (o risco e faixa etária não foi especificado em um estudo) ⁹ .
Apoio de registro médico e <i>feedback</i> motivacional personalizado sobre riscos biomédicos	(+)	2 RS mostraram resultados positivos quanto ao aumento na taxa de cessação do tabagismo por meio do uso de registros médicos eletrônicos como apoio à cessação ⁷ , e <i>feedback</i> sobre riscos biomédicos ¹² .
	(?)	1RS indicou efeitos incertos na taxa de cessação do tabagismo por meio do uso de <i>feedback</i> sobre a exposição ao fumo, risco de doenças relacionadas ao tabagismo, danos e formas múltiplas e únicas de medição ¹² .
Intervenções multicomponentes	(+)	5 RS indicaram efeitos positivos para a cessação do tabagismo com o uso de intervenções multicomponentes ^{8-11,16} .
	(?)	6 RS apontaram efeitos incertos na cessação do tabagismo com o uso de estratégias multicomponentes ^{9,10,13,14,16,19} .
	(-)	1 RS indicou um resultado melhor no grupo controle, em que foi realizada apenas uma sessão de enfermagem como adjuvante ao adesivo de nicotina, em comparação a quatro sessões ¹⁶ .

Fonte: Elaboração própria. **Nota:** (+): resultado favorável à intervenção; (?) resultado incerto; (-) resultado favorável ao comparador; 5As - Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange (Pergunte, Aconselhe, Avalie, Auxilie e Organize); RS - revisão sistemática; TCC - terapia cognitivo comportamental.

Opção 1. Intervenções de aconselhamento conduzidas por profissionais de saúde

Intervenções para cessação do tabagismo com foco em diversas modalidades de aconselhamento conduzidas por profissionais de saúde foram identificadas em 6

RS^{9,13,15,16,17,18} sendo ofertadas por farmacêuticos, enfermeiros, médicos, profissionais com treinamento específico para tabagismo e profissionais não especificados. Foram abordadas práticas de aconselhamento de diferentes metodologias, entre elas aconselhamento breve, intensivo, centrado no paciente, entrevista motivacional (EM) e modelo 5As (Pergunte, Aconselhe, Avalie, Auxilie e Organize). Quanto à qualidade metodológica 2 RS foram classificadas como de confiança baixa^{13,16} e as demais de confiança criticamente baixa^{9,15,17,18}.

As RS mostraram efeitos positivos de diversas modalidades de aconselhamento sobre a cessação do hábito de fumar. Algumas incertezas são apontadas particularmente com relação à intervenção envolvendo entrevista motivacional. Os resultados são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3. Benefícios e incertezas de aconselhamento conduzido por profissionais de saúde.

BENEFÍCIOS		
Intervenção	Controle	Resultado
Aconselhamento com entrevista motivacional (EM) de alta intensidade	Aconselhamento de EM de baixa intensidade	As taxas de cessação do tabagismo foram maiores com a intervenção de alta intensidade (RR= 1,23; IC 95% 1,11 a 1,37; I ² = 0%; GRADE baixo; 5 ECR; 5.620 participantes). Os cinco estudos forneceram farmacoterapia aos participantes: TRN (n=4), TRN e/ou vareniclina, e/ou bupropiona (n=1) ¹³ .
Aconselhamento com base no modelo 5As (<i>Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange</i>)	Diversos comparadores ou sem comparadores	A abstinência de fumar aumentou significativamente com o uso de 5As no aconselhamento durante as consultas realizadas por diversos profissionais de saúde, incluindo médicos (OR= 1,70; IC 95% 1,50 a 2,00; I ² = 37%; 23 estudos de desenhos variados, entre eles ECR, ECR em <i>cluster</i> e estudos transversais). Os efeitos da intervenção permaneceram significativos na análise de sensibilidade ¹⁵ .
Aconselhamento fornecido por enfermeiros	Nenhuma intervenção	A probabilidade de parar de fumar foi maior no grupo que recebeu aconselhamento de enfermeiros (RR= 1,29; IC 95% 1,21 a 1,38; I ² = 50%; GRADE moderado; 44 ECR, 20.881 fumantes). As intervenções envolveram instruções verbais para parar de fumar, por vezes acompanhadas de informações sobre os efeitos nocivos do tabagismo ¹⁶ .
Aconselhamento breve	Nenhum aconselhamento ou Cuidado habitual	Aconselhamento breve resultou em aumento nas taxas de abandono do fumo (RR= 1,66; IC 95% 1,42 a 1,94; I ² = 31%; 17 ECR; 13.724 participantes) ¹⁸ .
Aconselhamento intensivo	Nenhum aconselhamento ou Cuidado habitual	Aconselhamento intensivo resultou em aumento nas taxas de abandono do fumo (RR= 1,86; IC 95% 1,60 a 2,15; I ² = 50%; 11 ECR; 8.515 participantes) ¹⁸ .
Aconselhamento intensivo	Aconselhamento breve	Aconselhamento intensivo mostrou efeito maior do que aconselhamento breve (RR= 1,37; IC 95% 1,20 a 1,56; I ² = 32%; 15 ECR; 9.775 participantes) ¹⁸ .
Aconselhamento comportamental individual fornecido	Cuidados de estresse pós-traumático habituais e	O cuidado com relação ao tabagismo associado ao tratamento de estresse pós-traumático mostrou-se cinco vezes mais eficaz (p <0,002; 1 ECNR) ⁹ .

Redução ou cessação do uso de derivados de tabaco na APS

por profissionais de saúde mental associado a cuidados de estresse pós-traumático	encaminhamento para clínica externa de terapia comportamental	
Atendimento por profissionais de saúde treinados em promoção da cessação do tabagismo (palestras, vídeos, dramatização e discussão)	Profissionais de saúde sem nenhum treinamento; ou nenhuma intervenção; ou treinamento com menos intensidade ou intervenções com menos componentes	Houve um aumento na chance de parar de fumar no grupo atendido por profissionais com treinamento específico (OR 1,35; IC 95% 1,09 a 1,68; $X^2 = 8,52$; $p > 0,10$; 5 ECRs; 7.067 participantes). No entanto, no teste de sensibilidade a retirada de um estudo tornou o resultado estatisticamente não significativo ¹⁷ .
Atendimento por profissionais de saúde treinados em promoção da cessação do tabagismo com lembretes e instruções	Profissionais de saúde sem nenhum treinamento ou treinamento sem lembretes	A chances de parar de fumar aumentaram quando se utilizaram instruções e lembretes aos profissionais treinados (OR= 2,37; IC 95% 1,43 a 3,92; $X^2 = 6,06$, $p < 0,05$; 3 ECR; 1.682 participantes) ¹⁷ .
Atendimento por profissionais de saúde treinados para fornecer aconselhamento centrado no paciente associado ou não ao uso de goma de nicotina	Aconselhamento habitual	As taxas de prevalência pontuais de cessação do tabagismo durante seis meses foram melhores nos dois braços de aconselhamento centrado no paciente (OR= 1,65; IC 95% 1,16 a 2,34; 1 ECR; 1.286 participantes) ¹⁷ .
INCERTEZAS		
Aconselhamento breve repetido com base no modelo 5As	Tratamento usual	Não houve diferença nas taxas de abstinência do fumo (1 ECR) ⁹ .
Aconselhamento de EM	Nenhuma intervenção	Não houve diferença de benefício entre intervenção e controle (RR= 0,84; IC 95% 0,63 a 1,12; $I^2 = 0\%$; GRADE baixo; 4 ECR, 684 participantes). Dois estudos forneceram farmacoterapia aos participantes: TRN (n=1), TRN e/ou vareniclina, e/ou bupropiona (n=1) ¹³ .
Aconselhamento com EM	Intervenção para parar de fumar sem EM ou EM de menor intensidade	Não se observou diferença na estimativa pontual para cessação do fumo (RR= 1,24; IC 95% 0,91 a 1,69; $I^2 = 54\%$; GRADE baixo; 19 ECR, 5.192 participantes). Dez estudos forneceram farmacoterapia aos participantes em todos os braços dos estudos: TRN (n=8), bupropiona (n=1), TRN e/ou vareniclina e/ou bupropiona (n=1) ¹³ .
Aconselhamento breve	Cartas personalizadas	Não houve diferença no resultado entre os grupos (RR= 0,88; IC 95% 0,67 a 1,16; $I^2 = 0\%$; 2 ECR) ¹⁸ .
Aconselhamento com base no modelo 5As	Nenhuma intervenção ou	Não se observou diferença no resultado entre os grupos (OR 1,50; IC 95% 1,06 a 2,11; 1 ECR e 1 quase-ECR) ¹⁵ .

Redução ou cessação do uso de derivados de tabaco na APS

	apenas avaliação	
Atendimento por profissionais de saúde treinados em promoção da cessação do tabagismo (palestras, vídeos, dramatização e discussão)	Profissionais de saúde sem nenhum treinamento; ou nenhuma intervenção; ou treinamento com menos intensidade; ou intervenções com menos componentes	O resultado favorável anteriormente referido foi altamente sensível aos achados de um estudo, que quando excluído da metanálise, tornou o resultado estatisticamente não significativo (4 ECRs, 5.134 participantes, OR= 1,10; IC 95% 0, 83 a 1,40) ¹⁷ .
Atendimento por profissionais de saúde treinados em promoção da cessação do tabagismo com instruções e lembretes associado à goma de nicotina	Profissionais de saúde sem nenhum treinamento ou treinamento sem lembretes	Em dois ECRs, quando a goma de mascar de nicotina foi fornecida além do atendimento por profissionais treinados, as chances de deixar de fumar aumentaram, porém sem significância estatística (OR = 1,35; IC 95% 0,93 a 1,97; $X^2 = 1,68$, $p > 0,02$) ¹⁷ .
Atendimento por profissionais de saúde treinados para fornecer aconselhamento centrado no paciente sem uso de goma de nicotina	Aconselhamento habitual	Não houve diferença estatisticamente significativa entre os resultados dos dois grupos ¹⁷ .

Fonte: Elaboração própria. **Nota:** 5As - *Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange* (Pergunte, Aconselhe, Avalie, Auxilie e Organize); APS - atenção primária à saúde; ECR - ensaio clínico randomizado; ECR *cluster* - ensaios clínicos de alocação aleatória por grupos; ECNR – ensaio clínico não randomizado; EM - entrevista motivacional definida como um estilo de aconselhamento orientado e centrado no cliente para provocar mudanças de comportamento; GRADE - *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations*; I^2 - índice de heterogeneidade; IC - intervalo de confiança; OR - razão de chances; p - teste para heterogeneidade; quase-ECR - método de alocação com critérios de alternância conhecido e não aleatório; RR - risco relativo; RS - revisão sistemática; TRN - terapia de reposição de nicotina; X^2 - teste para heterogeneidade.

Opção 2. Intervenções comportamentais únicas ou combinadas

Intervenções comportamentais para cessação e abstinência do tabagismo foram identificadas em 2 RS^{9,10} de confiança criticamente baixa.

A opção apresenta benefícios para programa de autoajuda, entrevista motivacional (EM), terapia comportamental intensiva e apoio comportamental. No entanto, foram apresentadas incertezas para o apoio comportamental e o reforço contingente. Os resultados são apresentados no Quadro 4.

Quadro 4. Benefícios e incertezas de intervenções comportamentais.

BENEFÍCIOS		
Intervenção	Controle	Resultado
Programa de autoajuda da TCC	Materiais educativos	Em um ECR, os resultados foram favoráveis à intervenção entre fumantes de uma área pobre de Londres durante 6 meses de acompanhamento (17,20% intervenção vs 5,60% grupo controle; $p < 0,0001$), bem como após o acompanhamento de 12 meses (19,80% programa de autoajuda vs 5,70% controle; $p < 0,0001$) ⁹ .
Entrevista motivacional (EM)	Cuidado habitual	Um ECR acompanhou por dois anos fumantes com doença pulmonar obstrutiva crônica e obteve uma taxa de abstinência de 46,4% no grupo intervenção e 3,4% no grupo controle após 24 a 30 meses da intervenção ¹⁰ .
Terapia comportamental intensiva com base em um programa de cessação do tabagismo de cinco semanas	Aconselhamento breve	Um ECR mostrou que um programa intensivo de terapia comportamental teve como resultado a abstinência contínua de 42,8% em doze meses, comparados a 12,9% para o aconselhamento breve ¹⁰ .
Apoio comportamental	Folheto de autoajuda; ou 8 sessões de TCC padrão combinadas com dever de casa; ou uma sessão de EM; ou contato breve; ou oito sessões de uma hora em grupo com tratamento padrão; ou informações de saúde; ou gestão de medicamentos	Intervenções de apoio comportamental a fumantes com sofrimento psíquico, como esquizofrenia, transtornos esquizoafetivos, depressão, transtornos psicóticos e transtorno de estresse pós-traumático obtiveram resultados favoráveis no longo prazo, a partir de seis meses de acompanhamento (RR= 1,35; IC 95% 1,01 a 1,81; $I^2 = 0\%$; 4 ECRs e 3 ECNR) ⁹ .
INCERTEZAS		
Apoio comportamental	Folheto de autoajuda; ou 8 sessões de TCC padrão combinadas com dever de casa; ou uma sessão de EM; ou	Intervenções de apoio comportamental a fumantes com sofrimento psíquico, como esquizofrenia, transtornos esquizoafetivos, depressão, transtornos psicóticos e transtorno de estresse pós-traumático não encontrou

Redução ou cessação do uso de derivados de tabaco na APS

	contato breve; ou oito sessões de uma hora em grupo com tratamento padrão; ou informações de saúde; ou gestão de medicamentos	efeito significativo de curto prazo, ao longo de três meses (RR= 1,33; IC 95% 0,96 a 1,84; $I^2 = 18\%$; 4 ECRs e 3 ECNR) ⁹ .
Reforço contingente (incentivo financeiro à abstinência) com ou sem adesivo de nicotina	Incentivo para usar os recursos da comunidade disponíveis	Um ECNR examinou o uso de reforço contingente para cessação, com e sem TRN, em fumantes do sexo masculino com esquizofrenia, em que uma das condições foi recompensa em dinheiro progressiva à abstinência, variando de 20 a 80 dólares por visita. Os resultados não mostraram diferenças significativas em 20 ou 36 semanas de acompanhamento ⁹ .
Apoio comportamental	Tratamento usual; ou breve conselho; ou uma sessão de educação em tabagismo; ou lista de espera	Não se observou diferença entre os grupos de jovens em situação de risco no resultado de curto prazo, aos 3 meses (RR= 1,55; IC 95% 0,74 a 3,26; $I^2 = 21\%$; 4 ECNR), nem de longo prazo, aos seis meses de acompanhamento em diante (RR= 1,69, IC 95% 0,83 a 3,41; $I^2 = 0\%$; 3 ECNR) ⁹ .

Fonte: Elaboração própria. **Nota:** ECR - ensaio clínico randomizado; ECNR - ensaio clínico não randomizado; EM - entrevista motivacional definida como um estilo de aconselhamento orientado e centrado no cliente para provocar mudanças de comportamento; I^2 - índice de heterogeneidade; IC - intervalo de confiança; OR - razão de chances; p - teste para heterogeneidade; RR - razão de riscos; RS - revisão sistemática; TCC - terapia cognitivo comportamental; TRN - terapia de reposição de nicotina.

Opção 3. Apoio de registro médico e *feedback* motivacional personalizado sobre riscos biomédicos

Uma RS de confiança criticamente baixa analisou os efeitos do apoio de registro médico nas consultas, indicando benefícios para parar de fumar⁷. A apresentação de *feedback* dos riscos biomédicos (medição de monóxido de carbono (CO) exalado, resultados de espirometria, imagem de placa aterosclerótica e suscetibilidade genética a doenças relacionadas ao fumo) foi analisada em 1 RS de confiança criticamente baixa, que incluiu estudos realizados em diferentes contextos (local de trabalho, hospital, ambatório, clínicas de especialidades médicas)¹². O uso de registro médico eletrônico apresentou benefícios, enquanto o *feedback* dos riscos biomédicos apresentou benefícios e incertezas quanto ao aumento na taxa de cessação do tabagismo. Os resultados são apresentados no Quadro 5.

Quadro 5. Benefícios e incertezas de apoio de registro médico e *feedback* motivacional personalizado sobre riscos biomédicos.

BENEFÍCIOS		
Intervenção	Controle	Resultado
Uso de registro médico eletrônico para facilitar o apoio à cessação (por exemplo, fornecendo auditoria e <i>feedback</i>)	Sem o uso de registro	Um ECR em <i>cluster</i> relatou que mais pessoas pararam de fumar nas clínicas de intervenção em comparação às clínicas de controle (5,3% vs. 1,9%, $p < 0,001$) ⁷ .
Uso de registro médico eletrônico para facilitar o apoio à cessação (por exemplo, fornecendo auditoria e <i>feedback</i>)	Sem grupo controle	Um estudo observacional sem grupo controle, em que farmacêuticos documentaram o <i>status</i> de tabagismo no novo modelo de registro médico eletrônico e educaram as pessoas sobre os benefícios de parar de fumar e do uso dos medicamentos, indicou que 42% de 90 fumantes deixaram de fumar ⁷ .
<i>Feedback</i> sobre danos relacionados ao fumo	Sem <i>feedback</i>	Observou-se um efeito na cessação do tabagismo favorável à intervenção (RR 1,26; IC 95% 0,99 a 1,61; $I^2 = 34\%$; 11 ECR; 3.314 participantes). Na análise de sensibilidade, após remoção de três estudos com alto risco de viés, manteve-se um efeito a favor da intervenção (RR 1,36; IC 95% 1,07 a 1,74; $I^2 = 24\%$; $n = 2.710$; GRADE moderado; 8 ECR) ¹² .
INCERTEZAS		
<i>Feedback</i> sobre a exposição ao fumo	Sem <i>feedback</i>	Não houve evidência de um benefício significativo na taxa de cessação do tabagismo, com a demonstração dos níveis de CO exalado (RR 1,00; IC 95% 0,83 a 1,21; $I^2 = 0\%$; $n = 2.368$; GRADE moderado; 5 ECR) ¹² .
<i>Feedback</i> sobre o risco de doenças relacionadas ao tabagismo	Sem <i>feedback</i>	Não se encontrou evidências de um benefício na cessação do tabagismo com o uso de medidas de suscetibilidade genética ao câncer e à doença de Crohn (RR 0,80; IC 95% 0,63 a 1,01; $I^2 = 0\%$; GRADE baixo; 3 ECR; 2.064 participantes), nem quando analisados em subgrupos ¹² .

Redução ou cessação do uso de derivados de tabaco na APS

<i>Feedback</i> sobre danos relacionados ao fumo	Sem feedback	Não se observou benefício com relação a apresentar resultados de espirometria ou espirometria mais medidas de CO, ou de ultrassonografia das artérias carótidas e femorais ¹² .
<i>Feedback</i> de formas múltiplas de medição	<i>Feedback</i> de formas únicas de medição	Um ECR comparou diretamente várias formas de medição com uma única forma e não detectou uma diferença significativa no efeito sobre cessação do tabagismo ¹² .

Fonte: Elaboração própria. **Nota:** ECR - ensaio clínico randomizado; GRADE - *grading quality of evidence and strength of recommendations*; IC - intervalo de confiança; I² - índice de heterogeneidade; p - teste para heterogeneidade; RR - risco relativo.

Opção 4. Intervenções multicomponentes

As intervenções multicomponentes para redução e cessação do tabagismo foram exploradas por 8 RS^{8-11,13,14,16,19} que em relação à qualidade metodológica, 1 foi considerada de confiança moderada⁸, 2 baixa^{13,16} e 5 criticamente baixa^{9-11,14,19}.

A opção apresenta benefícios de uma variedade de intervenções fornecidas em farmácias comunitárias, aconselhamento breve fornecido por dentista, entrevista motivacional, diversas intervenções associadas ao uso de adesivo de nicotina. Alguns estudos trazem incertezas quanto aos resultados de intervenções direcionadas à população indígena, gestantes, e diversas modalidades de intervenções multicomponentes. Os resultados são apresentados no Quadro 6.

Quadro 6. Benefícios e incertezas de intervenções multicomponentes.

BENEFÍCIOS		
Intervenção	Controle	Resultado
Intervenções em farmácias comunitárias (Aconselhamento comportamental com ou sem TRN; aconselhamento personalizado gerado por computador; TRN sozinha; aconselhamento farmacêutico; serviço de fotoenvelhecimento; ambiente de farmácia; modelo PAS; treinamento de farmacêuticos e assistentes de farmácia no modelo de estágios de mudança de cessação do tabagismo)	Cuidados habituais ou Controle ativo (TRN com placebo; ou TRN; ou apoio comportamental; ou aconselhamento farmacêutico <i>ad hoc</i> ; ou ambiente não farmacêutico; ou carta de agradecimento)	Observou-se efeito positivo das intervenções em farmácias na cessação do tabagismo (OR 1,85; (IC 95% 1,25 a 2,75; $I^2 = 72\%$; 10 ECR; 9.714 participantes). O efeito das intervenções foi maior na comparação com cuidados habituais 2,56 (IC 95% 1,45 a 4,53; 6 ECR; 2.224 participantes) do que na comparação ao controle ativo (OR agrupado foi de 1,21 (IC 95% 0,86 a 1,71; 4 ECR; 7.490 participantes) ⁸ .
Aconselhamento breve conduzido por dentista com base no modelo 5As associado à TRN	Cuidado usual	Um ECR com 2.637 fumantes de baixa renda, atendidos em uma clínica odontológica pública, indicou melhor resultado no grupo intervenção, no acompanhamento de 7,5 meses (11,3% dos fumantes no grupo intervenção e 6,8% no grupo controle, $p < 0,05$) ⁹ .
Entrevista motivacional multicomponente	Cuidado habitual ou conselhos breves	Mulheres fumantes de baixa renda que acessaram clínicas pediátricas ou de parentalidade planejada obtiveram efeitos positivos para a intervenção no acompanhamento de 6 a 12 semanas (RR 1,68; IC 95% 1,21 a 2,33; $I^2 = 0\%$; 2 ECR e 1 ECNR) ⁹ .
Apoio comportamental combinado à TRN e apoio de pares	Apoio comportamental e cuidado habitual	Um ECR indicou efeitos positivos na adição de apoio de pares no programa de apoio em grupo de TCC para adolescentes grávidas, durante 8 semanas de acompanhamento ($p = 0,01$) ⁹ .

Redução ou cessação do uso de derivados de tabaco na APS

Uso de adesivos de nicotina associado à intervenção breve	Uso de adesivos de placebo	Um ECR mostrou maior taxa de abstinência contínua do tabaco em seis meses (18,5% vs 10,3%) e doze meses (14,7% vs 8,7%), respectivamente nos grupos intervenção e controle ¹⁰ .
Aconselhamento médico associado ao uso de adesivos de nicotina	Aconselhamento médico	Um ECR indicou que a abstinência contínua em pacientes com dependência moderada-alta de nicotina que usaram TRN foi de 30,8% em um ano, em comparação com 11% no grupo que recebeu apenas aconselhamento médico ¹⁰ .
Intervenções intensivas (intervenção motivacional mais seis visitas a um profissional de saúde)	Cuidado usual	Um ECR em <i>cluster</i> relatou efeitos positivos em um ano de acompanhamento, alcançando 8,1% de abstinência contínua no grupo intervenção, em comparação com 5,8% no grupo de controle ¹⁰ .
Treinamento com base no modelo transteórico de mudança associado à medicamento gratuito (nicotina e / ou bupropiona); Treinamento com base no modelo transteórico de mudança associado à incentivo econômico para médicos	Cuidado usual	Um ECR em <i>cluster</i> mostrou que a abstinência do tabagismo aos 12 meses foi de 12% quando os fumantes receberam medicamentos gratuitamente, 3% na intervenção com incentivo econômico para médicos e 3% no grupo controle ¹⁰ .
Intervenção individual (treinamento prévio dos profissionais de saúde mais seis visitas semanais padronizadas - primeira visita de 20 min e o restante 10 min) <i>versus</i> Intervenção em grupo (treinamento prévio dos profissionais de saúde mais seis visitas semanais padronizadas com duração de 60 minutos cada)	Intervenção motivacional associada a preparação e formação de profissionais de saúde	Um ECR observou taxas de abstinência de 7,4%, 5,4% e 1%, respectivamente para intervenção individual, intervenção em grupo e grupo controle ¹⁰ .
Terapia comportamental intensiva realizada por um psicólogo clínico (com base no programa de cessação do tabagismo Becoña)	Aconselhamento breve associado a manual de autoajuda e acompanhamento telefônico <i>versus</i> Aconselhamento breve	Em um ECR, a intervenção comportamental intensiva obteve taxas mais altas de abstinência contínua em 12 meses (42,8%) do que o braço de aconselhamento breve mais manual de autoajuda (27,5%) e do que o braço de aconselhamento breve (12,9%) ¹⁰ .
Farmacoterapia para parar de fumar (bupropiona e TRN) associada ao aconselhamento; investigação de cessação do tabagismo por meio de mensagens de texto no celular; modelo 'Doctors Helping Smokers' (onde médicos e equipes clínicas	Intervenções variadas (Nenhuma informação relacionada ao fumo; ou nenhuma restrição a outras estratégias de cessação do tabagismo; placebo mais	Nesta RS sobre intervenções em população indígena, o resultado foi favorável à intervenção (RR 1,43; IC 95% 1,03 a 1,98; I ² = 30%; GRADE muito baixo; 4 ECR; 1.081 participantes), que incluiu 3 estudos que avaliaram a prevalência pontual e

Redução ou cessação do uso de derivados de tabaco na APS

foram treinados em técnicas de aconselhamento e cessação do tabagismo)	aconselhamento; intervenção breve sem adesivo transdérmico	1 abstinência contínua ¹¹ .
Intervenção de alta intensidade (contato inicial de 10 minutos ou mais, materiais adicionais, mais de um contato de acompanhamento com ou sem <i>feedback</i> biomédico com ou sem terapia de redução de nicotina e/ou bupropiona) ou Intervenção de baixa intensidade (aconselhamento com ou sem folheto fornecido em uma única consulta de 10 minutos ou menos, com até uma visita de acompanhamento)	Nenhuma intervenção	Fumantes orientados por profissional de enfermagem (aconselhamento de alta e baixa intensidade) apresentaram maior probabilidade de parar de fumar (RR 1,29; IC 95%, 1,21 a 1,38; I ² = 50%; GRADE moderado; 44 ECR; 20.881 participantes) ¹⁶ .
INCERTEZAS		
Programa de computador interativo	Folheto de autoajuda	Um ECNR examinou um programa de prevenção e cessação do tabagismo baseado em computador, entre alunos fumantes, de ensino médio em contextos vulneráveis, e nenhum efeito significativo foi encontrado no acompanhamento de 18 meses ⁹ .
Sessões de entrevista motivacional individual com foco no comportamento e barreiras para parar de fumar combinadas com sessões de apoio educacional em grupo, passeios em grupo de apoio e um curso de oito semanas de TRN	Sessões de entrevista motivacional individual com foco nos comportamentos de fumar, sem abordar barreiras	Um ECR analisou intervenções para pessoas em situação de rua e não foram encontradas diferenças significativas em 8 semanas (17,4% para a intervenção e 13% para o comparador), nem durante 26 semanas de acompanhamento (17,4% para a intervenção e 8,7% para o controle) ⁹ .
Intervenções para população indígena: Mensagens de texto de apoio para parar de fumar; Aconselhamento face a face, quatro ligações telefônicas, um vídeo com histórias pessoais de cessação e um guia sobre abstinência para mulheres fumantes	Mensagens de texto não relacionadas ao fumo	Um ECR e um ECNR examinaram intervenções direcionadas às populações indígenas. O primeiro ensaio envolveu 355 fumantes Maori e não encontrou diferenças significativas entre intervenção e controle relacionadas ao tabagismo durante 6 meses de acompanhamento. Um ECNR examinou a eficácia de uma intervenção de múltiplos componentes entre mulheres grávidas nativas do Alasca. A combinação dos dois estudos em um acompanhamento de curto prazo não obteve efeito significativo (RR 1,34; IC 95%, 0,91 a 1,96, I ² = 0%) ⁹ .
Intervenções para mulheres grávidas fumantes: Fornecimento de	Intervenção breve de cinco minutos e entrega de	Três estudos (um ECR e dois ECNR) abordaram intervenções direcionadas

Redução ou cessação do uso de derivados de tabaco na APS

materiais educacionais, 15 minutos de aconselhamento individual, apoio verbal da equipe clínica e cartas de incentivo <i>versus</i> Conselho breve; Apoio social intensivo e guia de cessação <i>versus</i> Livreto de cessação; Três visitas domiciliares com EM, <i>feedback</i> sobre os níveis de nicotina domiciliar e entrega de materiais de autoajuda	materiais de autoajuda na clínica pré-natal	para mulheres grávidas fumantes. Dois estudos não observaram efeito no terceiro trimestre de acompanhamento (RR 1,04; IC 95% 0,66 a 1,63; $I^2 = 0\%$) para cessação do tabagismo. O mesmo desfecho foi analisado após o parto, em dois estudos com acompanhamento após 6 meses do parto e um terceiro nas 6 semanas seguintes ao parto e também não houve diferença nos resultados entre os grupos ⁹ .
Entrevista motivacional multicomponente	Cuidado habitual ou conselhos breves	Não se observou diferença entre os grupos nos resultados de longo prazo (RR 1,28; IC 95% 0,96 a 1,72; $I^2 = 17\%$; 2 ECR e 1 ECNR) ⁹ .
Intervenções comportamentais variadas	Comparador não especificado	Os resultados não foram diferentes entre os grupos no curto prazo (RR 1,87; IC 95% 0,91 a 3,83; $I^2 = 13\%$; 2 ECR e 2 ECNR), nem no longo prazo (RR 1,58; IC 95% 0,79 a 3,14; $I^2 = 8\%$) ⁹ .
Treinamento com base no modelo transteórico de mudança associado a incentivo econômico aos médicos	Cuidado usual	Um ECR em <i>cluster</i> obteve as mesmas taxas de abstinência de tabagismo para os dois grupos (3%).
Quatro cartas personalizadas de <i>feedback</i> associadas a sessões de aconselhamento personalizado conduzidas por enfermeiras	Cuidado usual associado a recomendações	A intervenção proposta por um ECR combinando estas duas metodologias mostrou não haver diferença no resultado entre os grupos ¹⁰ .
Farmacoterapia para parar de fumar (bupropiona e TRN) associada ao aconselhamento; ou investigação de cessação do tabagismo por meio de mensagens de texto no celular; ou modelo ' <i>Doctors Helping Smokers</i> ' (onde médicos e equipes clínicas foram treinados em técnicas de aconselhamento e cessação do tabagismo)	Intervenções variadas (Nenhuma informação relacionada ao fumo; ou nenhuma restrição a outras estratégias de cessação do tabagismo; placebo mais aconselhamento; intervenção breve sem adesivo transdérmico)	Nesta RS sobre intervenções em população indígena, na análise de sensibilidade, com a exclusão de um estudo o resultado deixou de ser estatisticamente significativo (RR 1,33; IC 95% 0,95 a 1,85; $I^2 = 0\%$) ¹¹ .
Aconselhamento de EM em adição a outro tratamento para parar de fumar	Outro tratamento para parar de fumar	Não se observou diferença entre os grupos (RR 1,07; IC 95% 0,85 a 1,36; $I^2 = 47\%$, GRADE baixo; 12 ECR; 4.167 participantes). Sete desses estudos forneceram farmacoterapia aos participantes em todos os seus braços: TRN (n=5), TRN e/ou vareniclina e/ou bupropiona (n=2) ¹³ .
Intervenção mais intensiva (Pacote de conselhos e informações do médico seguido de uma visita domiciliar por um visitante de saúde;	Intervenção menos intensiva (Conselho médico de rotina; Cuidados habituais,	Não se observou diferença estatisticamente significativa nos resultados entre pacientes que receberam intervenção mais intensiva

Redução ou cessação do uso de derivados de tabaco na APS

Entrevista realizada pelo enfermeiro com acompanhamento por telefone, correios e visitas; TRN opcional; Aconselhamento presencial seguido de aconselhamento telefônico repetido e TRN ou bupropiona opcional; Dez sessões comportamentais semanais por um terapeuta com TRN opcional)	incluindo conselhos para parar de fumar; Cuidados padrão, incluindo encaminhamento para programas de cessação; Uma sessão não estruturada por um médico com TRN opcional)	em comparação com intervenção menos intensiva (RR 1,32; IC 95% 0,23 a 7,43, $I^2 = 76\%$; 4 ECR) ¹⁴ .
Quatro sessões de enfermagem associada a adesivo de nicotina	Uma sessão de enfermagem associada a adesivo de nicotina	Um ECR com 157 participantes mostrou que o grupo de controle apresentou uma taxa de abandono do tabaco significativamente maior (RR 0,43; IC 95% 0,21 a 0,89) ¹⁶ .
Sessões presenciais adicionais com apoio por telefone	Menos sessões clínicas com ou sem apoio por telefone	Não houve diferença no efeito de fornecer sessões clínicas adicionais para a cessação do tabagismo (RR 0,92; IC 95% 0,65 a 1,31, $I^2 = 0\%$; 3 ECR; 1.335 participantes) ¹⁶ .
Uma sessão de aconselhamento com apoio adicional por telefone	Menos ou nenhum apoio por telefone	Não se observou diferença nos resultados entre os grupos (RR 1,25; IC 95% 1,00 a 1,56; $I^2 = 0\%$; 3 ECR; 1.220 participantes) ¹⁶ .
Intervenções no estilo de vida baseadas no TTM ou modelo de estágios de mudança	Cuidado usual (não especificado); ou breve conselho para parar de fumar, ou treinamento de residentes ou nenhum treinamento (período anterior ao treinamento), ou feedback enviado por correio (apenas informações de risco) ou sem <i>feedback</i> , ou carta não adaptada ou carta de agradecimento, ou carta de saúde padrão, ou lembrete	O TTM identifica cinco estágios de mudança: pré-contemplação (sem intenção de mudar), contemplação (com intenção de mudar dentro de 6 meses), preparação (com intenção de mudar dentro de 1 mês e já fazendo pequenas mudanças), ação (alterado por um curto período) e manutenção (trocada por 6 meses ou mais). Os resultados foram inconsistentes quanto às taxas de abandono do tabagismo, nos seguimentos de curto prazo (< 6 meses), de médio prazo (6 meses), e de longo prazo (> 6 meses) ¹⁹ .

Fonte: Elaboração própria. **Nota:** 5As - *Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange* (Pergunte, Aconselhe, Avalie, Auxilie e Organize); CT - *controlled trial*/Ensaio controlado ; CO - monóxido de carbono; EC - ensaio clínico; ECNR - ensaio clínico não randomizado; ECR - ensaio clínico randomizado; EM - entrevista motivacional; GRADE - *Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations*; I^2 - índice de heterogeneidade; IC - intervalo de confiança; OR - razão de chance (*odds ratio*); p - teste para heterogeneidade; PAS - *Pharmacist Action on Smoking*; RR - razão de riscos; RS - revisão sistemática; TCC - terapia cognitivo comportamental; TRN - terapia de reposição de nicotina; TTM - modelo transteórico.

6. Considerações finais

Esta síntese rápida de evidências identificou 13 revisões sistemáticas que analisaram intervenções para redução ou cessação de derivados de tabaco para o contexto da Atenção Primária à Saúde. Foram incluídas revisões em que a maioria dos estudos envolveu o contexto de APS ou se enquadraram neste contexto. As RS apresentaram intervenções de (1) aconselhamento conduzidas por profissionais de saúde, (2) comportamentais únicas ou combinadas, (3) apoio de registro médico e *feedback* motivacional personalizado sobre riscos biomédicos e (4) multicomponentes para o controle, abstinência e cessação do tabagismo. Todos os estudos envolveram adultos, cinco envolveram adolescentes e um incluiu participantes com mais de 11 anos.

Estas intervenções foram realizadas por: conselheiro para cessação; profissionais da saúde (médicos, pediatras, farmacêuticos e equipe de farmácia, equipe multidisciplinar, enfermeiras, psicólogas e equipe clínica); membros da equipe de pesquisa; conselheiros especialistas em cessação do tabagismo.

Em síntese, os principais resultados são apresentados a seguir.

Opção 1. Intervenções de aconselhamento conduzidas por profissionais de saúde: A maioria dos resultados mostrou que as modalidades de aconselhamento realizadas por diferentes profissionais de saúde foram efetivas para o controle do tabagismo, particularmente quando comparadas ao cuidado habitual, nenhuma intervenção ou intervenções menos intensivas. Incertezas foram apontadas com relação aos efeitos da entrevista motivacional e na comparação com intervenções mistas.

Opção 2. Intervenções comportamentais únicas ou combinadas: As intervenções comportamentais mostraram-se efetivas para lidar com o tabagismo em comparação a cuidados habituais, materiais educativos e aconselhamento breve. Incertezas foram relatadas com relação ao apoio comportamental para fumantes com sofrimento psíquico e jovens em situação de risco, e em relação ao reforço contingente.

Opção 3. Apoio de registro médico e *feedback* motivacional personalizado sobre riscos biomédicos: As evidências são escassas para afirmar se essas intervenções são ou não efetivas na cessação do tabagismo. O uso de registro médico tem como base apenas dois estudos primários, um dos quais sem grupo controle. O uso de resultados de exames mostrou-se efetivo com o *feedback* sobre danos relacionados ao fumo, mas não teve o mesmo efeito quando esse *feedback* se referia à exposição ao fumo e ao risco de doenças relacionadas ao fumo.

Opção 4. Intervenções multicomponentes: As intervenções multicomponentes mostraram-se efetivas para a cessação do tabagismo, particularmente nos estudos em que foram comparadas a nenhuma intervenção, cuidados habituais ou intervenções mais comumente

utilizadas. No entanto, é importante considerar algumas incertezas de maior magnitude apontadas nos estudos, como a adição do aconselhamento por entrevista motivacional ou apoio por telefone.

Quanto à qualidade metodológica, as RS foram classificadas como de confiança moderada (n=1), baixa (n=2) e criticamente baixa (n=10). A maioria dos estudos primários incluídos nas RS foi realizada em países de alta renda, apenas duas RS analisaram países da América do Sul, como Chile e Brasil.

As RS apresentaram uma variedade de intervenções com efeitos positivos para lidar com o problema do tabagismo na APS. No entanto, a heterogeneidade das intervenções contribuiu para a dificuldade de compreensão dos resultados. Algumas incertezas foram apontadas e devem ser consideradas na tomada de decisão.

7 Referências

1. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Tabaco. OPAS [internet]. [acesso em: 07 mai. 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/4968>
2. World Health Organization - WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2019. Geneva: WHO; 2019.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : o cuidado da pessoa tabagista. 2015.
4. Silva MT, Silva EN da, Barreto JOM. Rapid response in health technology assessment: a Delphi study for a Brazilian guideline. *BMC Med Res Methodol* 2018; 18: 51.
5. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* 2016; 5: 210.
6. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017; 358: j4008.
7. Boyle RG, Solberg LI, Fiore MC. Electronic medical records to increase the clinical treatment of tobacco dependence: A systematic review. *Am J Prev Med* 2010; 39: S77-82.
8. Brown TJ, Todd A, O'Malley CL, et al. Community pharmacy interventions for public health priorities: a systematic review of community pharmacy-delivered smoking, alcohol and weight management interventions. *Public Heal Res* 2016; 4: 1–162.
9. Bryant J, Bonevski B, Paul C, et al. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups. *Addiction* 2011; 106: 1568–1585.
10. Cantera CM, Puigdomènech E, Ballvé JL, et al. Effectiveness of multicomponent interventions in primary healthcare settings to promote continuous smoking cessation in adults: A systematic review. *BMJ Open* 2015; 5: e008807.
11. Carson K V, Brinn MP, Peters M, et al. Interventions for smoking cessation in Indigenous populations. *Cochrane Database Syst Rev*. Epub ahead of print 2012. DOI: 10.1002/14651858.cd009046.pub2.
12. Clair C, Mueller Y, Livingstone-Banks J, et al. Biomedical risk assessment as an aid for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*; 2019. Epub ahead of print 26 de março de 2019. DOI: 10.1002/14651858.CD004705.pub5.
13. Lindson N, Thompson TP, Ferrey A, et al. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 2019: CD006936.
14. Nagrebetsky A, Brettell R, Roberts N, et al. Smoking cessation in adults with diabetes: A systematic review and meta-analysis of data from randomised controlled trials. *BMJ Open* 2014; 4: e004107.
15. Papadakis S, McDonald P, Mullen KA, et al. Strategies to increase the delivery of smoking cessation treatments in primary care settings: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med (Baltim)* 2010; 51: 199–213.
16. Rice VH, Heath L, Livingstone-Banks J, et al. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*; 2017. Epub ahead of print 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub5.
17. Silagy C, Lancaster T, Gray S, et al. Effectiveness of training health professionals to provide smoking cessation interventions: systematic review of randomised controlled trials. *Qual Health Care* 1994; 3: 193–198.
18. Stead LF, Buitrago D, Preciado N, et al. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2017: CD000165.
19. Van Sluijs EMF, Van Poppel MNM, Van Mechelen W. Stage-based lifestyle interventions in primary care: Are they effective? *Am J Prev Med* 2004; 26: 330–343.
20. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Syst Rev* 2021; 10: 89.

Responsáveis pela elaboração

Elaboradores

Jessica De Lucca Da Silva

Psicóloga, especialista em Saúde Coletiva
Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde - SES/SP
<http://lattes.cnpq.br/0778220737989360>

Fernando Meirinho Domene

Psicólogo, especialista em Saúde Coletiva
Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde - SES/SP
<http://lattes.cnpq.br/3288793666561127>

Lais de Moura Milhomens

Psicóloga, especialista em Saúde Coletiva
Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde - SES/SP
<http://lattes.cnpq.br/652379396477603>

Bruna Carolina de Araújo

Fisioterapeuta, especialista em Micropolítica da Gestão e do Trabalho em Saúde, pós-graduada em Saúde Coletiva e Avaliação de Tecnologias em Saúde
Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde - SES/SP
<http://lattes.cnpq.br/3259907478560577>

Roberta Crevelário de Melo

Gerontóloga, pós-graduada em Saúde Coletiva e Avaliação de Tecnologia em Saúde e especialista em Informática em Saúde.
Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde - SES/SP
<http://lattes.cnpq.br/3707606192544178>

Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva

Obstetriz, especialista em Saúde Coletiva
Assistente de pesquisa, Instituto de Saúde - SES/SP
<http://lattes.cnpq.br/0923884031059013>

Maritsa Carla de Bortoli

Diretora do Centro de Tecnologias de Saúde para o SUS-SP
Instituto de Saúde - SES/SP
<http://lattes.cnpq.br/7215886815063954>

Tereza Setsuko Toma

Pesquisadora Científica VI
Instituto de Saúde - SES/SP
<http://lattes.cnpq.br/3621675012351921>

Coordenação

Jorge Otávio Maia Barreto

Pesquisador em Saúde Pública, Fiocruz Brasília
<http://lattes.cnpq.br/6645888812991827>

Declaração de potenciais conflitos de interesse dos elaboradores

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

Financiamento

Esta revisão rápida foi comissionada e subsidiada pelo Ministério da Saúde, no âmbito do projeto GEREB-010-FIO-20.

Link de acesso ao protocolo desta Revisão Rápida

https://www.dropbox.com/s/60u7lisioxszwyc/30_Protocolo_Prevencao_Tabaco_APS.pdf

Apêndices

Apêndice 1. Termos e resultados das estratégias de busca de revisões sistemáticas

Data da busca: 23/08/2021

Base	Estratégia	Resultado
PubMed	((((((((("Smoking"[Mesh] OR "Smoking Behaviors" OR "Smoking Habit") OR ("Tobacco Smoking"[Mesh])) OR ("Tobacco Use Disorder"[Mesh] OR "Nicotine Addiction" OR "Nicotine Dependence" OR "Nicotine Use Disorder" OR "Tobacco Dependence" OR "Tobacco-Use Disorder")) OR ("Tobacco Use"[Mesh] OR "Tobacco Uses" OR "Tobacco Chewing" OR "Tobacco Consumption")) OR ("Water Pipe Smoking"[Mesh] OR "Waterpipe Smoking" OR "Hookah Smoking")) OR ("Smoking Water Pipes"[Mesh] OR "Smoking Water Pipe" OR Hookas OR Hooka OR Hookahs OR Hookah OR Shishas OR Shisha OR Sheeshas OR Sheesha OR "Smoking Waterpipes" OR "Smoking Waterpipe" OR Narghiles OR Narghile)) OR ("Electronic Nicotine Delivery Systems"[Mesh] OR "Electronic Cigarettes" OR E-Cigs OR "E Cigs" OR E-Cig OR "E Cig" OR E-Cigarettes OR "E Cigarettes" OR E-Cigarette OR "E Cigarette" OR "Electronic Cigarette")) AND (("Smoking Cessation"[Mesh] OR "Giving Up Smoking" OR "Quitting Smoking" OR "Stopping Smoking") OR (Cessations OR Stopping OR "Giving Up" OR Quitting))) AND ("Primary Health Care"[Mesh] OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare") Interface: Advanced search Filters: Systematic Review	75
LILACS (BVS)	"Abandono do Hábito de Fumar" OR "Smoking Cessation" OR "Cese del Hábito de Fumar" AND (db:("LILACS") AND type_of_study:("systematic_reviews"))	21
Embase	('primary health care'/exp OR 'first line care' OR 'health care, primary' OR 'primary care nursing' OR 'primary health care' OR 'primary healthcare' OR 'primary nursing care') AND ('smoking'/exp OR 'behavior, smoking' OR 'behaviour, smoking' OR 'reverse smoking' OR 'smoker' OR 'smokers' OR 'smoking' OR 'smoking behavior' OR 'smoking behaviour' OR 'tobacco smoking' OR 'tobacco use'/exp OR 'tobacco usage' OR 'tobacco use' OR 'water pipe smoking'/exp OR 'arghile smoking' OR 'goza smoking' OR 'hookah smoking' OR 'narghile smoking' OR 'shisha smoking' OR 'water pipe smoking' OR 'electronic cigarette'/exp OR 'e cigarette' OR 'e cigarettes' OR 'electronic cigarette' OR 'electronic cigarettes' OR 'electronic nicotine delivery system' OR 'electronic nicotine delivery systems') AND ('smoking cessation'/exp OR 'cessation, smoking' OR 'dehabitation, smoking' OR 'nicotine cessation' OR 'nicotine withdrawal' OR 'quit smoking' OR 'smoking cessation' OR 'smoking dehabitation' OR 'smoking, stopping' OR 'stop smoking' OR 'stopping smoking' OR 'tobacco use cessation') AND [embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) AND 'systematic review'/de Interface: PICO	21
Cochrane Library	"smoking cessation incentive program" in Title Abstract Keyword OR "smoking cessation treatment" in Title Abstract Keyword OR "smoking-cessation treatment" in Title Abstract Keyword OR "smoking-cessation treatments" in Title Abstract Keyword AND "primary health care" in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched) Interface: Advanced search Filter: Cochrane Reviews	8
Health Systems Evidence	"smoking cessation" AND "primary care" Publication type: Systematic review of effects	55
Social Systems Evidence	"smoking cessation" AND "primary care" Publication type: Systematic review of effects	15
Epistemonikos	(title:(("smoking cessation") OR abstract:("smoking cessation")) AND (title:("primary care") OR abstract:("primary care"))) OR abstract:((title:("smoking cessation") OR abstract:("smoking cessation")) AND (title:("primary care") OR abstract:("primary care"))) Interface: Advanced search Publication type: Systematic review	11
Total		234

Fonte: elaboração própria. Nota: Foi utilizado o filtro de revisão sistemática nas bases de dados.

Apêndice 2. Estudos excluídos após leitura do texto completo, com justificativa

Estudo
Não apresenta intervenções
- Bernstein SL, Becker BM. Preventive Care in the Emergency Department: Diagnosis and management of smoking and smoking-related illness in the emergency department: A systematic review. Acad Emerg Med 2002; 9: 720–729. - Free C, Phillips G, Galli L, et al. The Effectiveness of Mobile-Health Technology-Based Health Behaviour Change or Disease Management Interventions for Health Care Consumers: A Systematic Review. PLoS Med; 10. Epub ahead of print 2013. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001362. - Hosseinzadeh H, Shnaigat M. Effectiveness of chronic obstructive pulmonary disease self-management interventions in primary care settings: A systematic review. Aust J Prim Health 2019; 25: 195–204. - Manolios E, Sibeoni J, Teixeira M, et al. When primary care providers and smokers meet: a systematic review and metanalysis. npj Prim Care Respir Med 2021; 31: 31.
Não aborda os desfechos
- Anderson P, Jané-Llopis E. How can we increase the involvement of primary health care in the treatment of tobacco dependence? A meta-analysis. Addiction 2004; 99: 299–312. - Bartsch AL, Härter M, Niedrich J, et al. A systematic literature review of self- reported smoking cessation counseling by primary care physicians. PLoS One 2016; 11: e0168482. - Edmiston EK, Donald CA, Sattler AR, et al. Opportunities and Gaps in Primary Care Preventative Health Services for Transgender Patients: A Systematic Review. Transgender Heal 2016; 1: 216–230. - Lopes ALM. Processos de educação em saúde na cessação do tabagismo: revisão sistemática e metassíntese. 2008; 226. - Taggart J, Williams A, Dennis S, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. BMC Fam Pract 2012; 13:
Não é revisão sistemática
- Agyapong V, K. Farren C, M. McLoughlin D. Mobile Phone Text Message Interventions in Psychiatry - What are the Possibilities? Curr Psychiatry Rev 2011; 7: 50–56. - Bully P, Sánchez Á, Zabaleta-del-Olmo E, et al. Evidence from interventions based on theoretical models for lifestyle modification (physical activity, diet, alcohol and tobacco use) in primary care settings: A systematic review. Prev Med (Baltim) 2015; 76: S76–S93. - Patnode CD, et al. Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: A systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. 2012. - Patnode CD, O'Connor E, Whitlock EP, et al. Primary care-relevant interventions for tobacco use prevention and cessation in children and adolescents: A systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 2013; 158: 253–260. - Patnode CD, Henderson JT, Coppola EL, et al. Interventions for Tobacco Cessation in Adults, including Pregnant Persons: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA - J Am Med Assoc 2021; 325: 280–298. - Robson N. Varenicline: A new pharmacotherapy for smoking cessation in primary care practice. South African Fam Pract 2011; 53: 217–222. - Selph S, Patnode C, Bailey SR, et al. Primary Care-Relevant Interventions for Tobacco and Nicotine Use Prevention and Cessation in Children and Adolescents: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA - J Am Med Assoc 2020; 323: 1599–1608. - Education and practice-based support helps primary health care workers to successfully encourage smoking cessation. Evidence-Based Healthc Public Heal 2004; 8: 276–277.
Sobreposição de estudos
Brown TJ, Todd A, O'malley C, et al. Community pharmacy-delivered interventions for public health priorities: A systematic review of interventions for alcohol reduction, smoking cessation and weight management, including meta-analysis for smoking cessation. BMJ Open 2016; 6: e009828.

Idioma
19 Lous J, Bredesen H. Smoking cessation with special focus on primary health care. Ugeskr Laeger 2009; 171: 683–688.
Texto completo indisponível
20 Vázquez FL. Key issues in research on the treatment for smoking cessation Cuestiones principales en la investigación del tratamiento del tabaquismo. Psicol Conductual 2006; 14: 247–271.

Fonte: Elaboração própria.

Apêndice 3. Características gerais das revisões sistemáticas incluídas.

Acrônimos: 5As - Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange (Pergunte, Aconselhe, Avalie, Auxilie e Organize); AIDS: *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida); APS: atenção primária à saúde; C: controle; CO: monóxido de carbono; DP: desvio padrão; EC: ensaio clínico; ECR: ensaio clínico randomizado; EM: entrevista motivacional; EMR: Registros médicos eletrônicos; I: Intervenção; IC - intervalo de confiança; EUA: Estados Unidos da América; GC: grupo controle; GI: grupo intervenção; OR: RR - razão de riscos; RS - revisão sistemática; SES - nível socioeconômico; TCC - terapia cognitivo comportamental; TRN - terapia de reposição de nicotina; TTM - modelo transteórico.

Estudo Objetivo Último ano da busca	Estudos incluídos Países Contexto	Participantes Tipo de produto	Período Intervenção e Controle	Conclusões dos autores	Limitações da revisão sistemática	Conflitos de interesse
Boyle et al., 2010 Objetivo: O uso expandido de EMRs pode fornecer uma oportunidade para aumentar o uso e o impacto das diretrizes clínicas para promover o tratamento para a cessação do tabagismo em ambientes de atenção primária. O objetivo desta revisão sistemática é avaliar as evidências para tal efeito. Último ano da busca: 2009.	Estudos incluídos: (n=10) estudos: ECR cluster (n=2) e estudos observacionais (n=8). Destes, 2 abordaram o desfecho de interesse, foram: ECR cluster (n=1) e estudo observacional (n=1). País: EUA (n=2). Contexto: APS.	Nº de participantes: 26 clínicas de cuidados primários (I: 12, C: 14) e 90 participantes no estudo observacional. Idade: não informado. Gênero: não informado. Tipo de produto: Não informado.	Não informado.	Esta revisão encontrou apenas dois estudos que testaram adequadamente o efeito dos EMRs no tratamento do tabagismo na atenção primária. Parece que adicionar o status de tabagismo como um sinal vital aumenta algumas ações recomendadas pelas diretrizes clínicas, principalmente a documentação do status de tabagismo. Há grande necessidade de pesquisas adicionais para aprofundar a compreensão do efeito dos EMRs nos comportamentos do provedor e no tabagismo do paciente.	A ausência de dados suficientes de ECRs significa que nenhuma inferência causal pode ser feita. Esta é a limitação mais importante da revisão. Qualquer revisão não pode descartar a possibilidade de que a pesquisa tenha perdido alguns estudos publicados ou de que estudos com resultados negativos não tenham sido publicados. Por causa do pequeno número de estudos randomizados publicados, a escolha foi feita para também descrever os poucos estudos não controlados como uma representação da literatura geral e para ver se poderia haver algumas lições potenciais de tais estudos.	Nos últimos 5 anos, MCF atuou como investigador em estudos de pesquisa na Universidade de Wisconsin que foram financiados pela <i>Pfizer</i> , <i>GlaxoSmithKline</i> e <i>Nabi Biopharmaceuticals</i> . Nenhuma outra divulgação financeira foi relatada pelos autores. O documento foi apoiado pela ClearWay Minnesota como parte de um suplemento intitulado ClearWay Minnesota: Advancing Tobacco Control Through Applied Research (Am J Prev Med 2010; 39).
Brown et al., 2016 Objetivo: Avaliar os efeitos das intervenções de farmácia comunitária	Estudos incluídos: (n=24) estudos (n=19) ECR, (n=3) EC não randomizados, (n=2) estudos controlados antes e depois).	Nº de participantes: 12.177 (variação de 28 a 6.987). Idade: a média	Variou de 1 a 12 meses.	As intervenções para cessação do tabagismo baseadas na farmácia, incluindo suporte comportamental e/ou TRN, são eficazes e custo-efetivas para parar de fumar, especialmente quando comparadas	Dois estudos eram piloto e, embora atendessem aos critérios de elegibilidade, são inerentemente diferentes dos estudos completos. Uma área de debate contínuo entre as listas de	Declaram não possuir. Financiamento: Fornecido pelo programa de Pesquisa em Saúde Pública do

nos comportamentos de saúde e saúde em relação ao uso indevido de álcool, cessação do tabagismo e controle de peso. Explorar se e como o nível socioeconômico, sexo, etnia e idade moderam o efeito das intervenções. Descrever como as intervenções incluídas na revisão foram organizadas, implementadas e entregues. Último ano da busca: 2014.	(n=10) ECR, (n=1) EC não randomizado e (n=1) estudo controlado abordaram o desfecho de interesse. Países: EUA (n=2), Canadá (n=1), Reino Unido (n=4), Holanda (n=1), Dinamarca (n=1), Austrália (n=2), Japão (n=1). Contexto: Farmácia comunitária, definida como uma farmácia instalada na comunidade que é acessível a todos.	variou de 24,7 a 51 anos. Gênero: 1% a 62,5% de mulheres. Tipo de produto: Cigarro. Tabaco de mascar.	aos cuidados habituais. Também apoia a contratação de serviços de cessação do tabagismo em farmácia comunitária ao mostrar uma variedade de tipos de intervenções para parar de fumar que são viáveis neste contexto, incluindo suporte comportamental e/ou TRN, mas não informa quais tipos específicos de intervenções e componentes são mais eficazes. Poucos estudos foram direcionados a grupos populacionais desfavorecidos, esses tipos de estudos podem fornecer informações úteis sobre o recrutamento e a retenção desses grupos de alto risco. Dado o alcance potencial da rede de farmácias comunitárias, é necessário mais trabalho para averiguar como a contratação de serviços de cessação do tabagismo pode impactar as desigualdades em saúde. É necessária uma variedade de tipos de intervenções em vários ambientes diferentes para atender diferentes adultos que desejam controlar a ingestão de álcool, parar de fumar ou perder peso. Desigualdades em relação às intervenções podem resultar tanto da captação diferenciada de serviços farmacêuticos quanto da eficácia diferencial por demografia e SES.	ensaios é sobre a unidade de randomização em ECRs, ou seja, se é ou não mais apropriado randomizar um cluster, neste caso farmácias, em vez de randomizar o cliente da farmácia individual. Dos 19 ECRs incluídos, 17 foram de clientes de farmácia individuais randomizados e apenas dois de farmácias randomizadas. Na grande maioria dos estudos incluídos não foi possível avaliar a fidelidade devido a falta de relato das medidas utilizadas. Em estudos nos quais os participantes que usam a mesma farmácia foram randomizados para grupos de intervenção ou controle, existe um risco aumentado de contaminação. Esse foi o caso de muitos dos estudos incluídos nesta revisão, mas, apesar disso, apenas dois dos ensaios relataram a possibilidade de contaminação cruzada entre os grupos de intervenção e controle. Poucos estudos relataram informações detalhadas sobre as estratégias de mudança de comportamento empregadas para realizar as intervenções, a fim de permitir uma codificação mais específica das intervenções. As descrições gerais foram pobres na maioria dos estudos incluídos, de conteúdo, mecanismos e procedimentos de intervenção, limitando o potencial para a implementação do conhecimento e replicação das intervenções em análise. Para a revisão não foram buscados artigos dos estudos	Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde.
---	--	--	--	--	---

Redução ou cessação do uso de derivados de tabaco na APS

					incluídos que relataram separadamente avaliações de processo e muitos estudos também foram feitos em processos fora de avaliações.	
Bryant et al. 2011 Objetivo: Avaliar a qualidade metodológica e a eficácia das intervenções comportamentais de cessação do tabagismo direcionadas a seis grupos vulnerabilizados: pessoas em situação de rua, privados de liberdade, indígenas, jovens em situação de risco, pessoas com baixa condição socioeconômica e portadores de transtorno mental. Último ano da busca: 2010	Estudos incluídos: (n=32) estudos, destes, (n=31) abordaram o desfecho de interesse, foram: ECR (n=13) e EC (n=16). Países: EUA (n=27); Austrália (n=1); Nova Zelândia (n=1); Inglaterra (n=2). Contexto: Clínicas de saúde primárias e comunitárias.	Nº de participantes: 13.966 (variou de 35 a 2.637). Idade: adolescentes e adultos. Gênero: homens e mulheres (10 estudos 100% mulheres). Tipo de produto: Não informado.	Não informado.	O aumento das taxas de cessação entre grupos vulnerabilizados dará uma contribuição significativa para a redução das desigualdades de saúde relacionadas ao tabaco. Os resultados indicam que as intervenções comportamentais mostram algum benefício entre os subgrupos. Mais pesquisas com recursos e energia adequados são necessárias para estabelecer as intervenções de cessação mais eficazes para grupos vulneráveis de alto risco.	Pequeno número de estudos elegíveis para inclusão na revisão e na metanálise. Não foi possível comparar intervenções com base na intensidade, duração ou formato de aplicação da intervenção. É possível que estudos relevantes não tenham sido localizados, grande heterogeneidade, realizados em países desenvolvidos, a qualidade metodológica não foi critério de exclusão para metanálise.	Declaram não possuir.
Cantera et al., 2015 Objetivo: Realizar uma revisão sistemática com foco em intervenções multicomponentes, com o objetivo de oferecer uma ferramenta que possa ser útil para pesquisadores e clínicos	Estudos incluídos: (n= 9) estudos incluídos, foram: ensaio não randomizado (n=1), ECR (n=5), ECR cluster (n=3) Países: Espanha (n=5), Holanda (n=1), Alemanha (n=1), EUA (n=1), China (n=1)	Nº de participantes: 10.197 (variou de 89 a 3.562). Idade: variou de 14 a 85 anos. Gênero: não informado.	- Seguimento variou de 6 a 48 meses	Poucos estudos avaliaram intervenções complexas / multicomponentes no ambiente de atenção primária que são projetadas para promover a cessação do tabagismo, embora esta abordagem seja útil, eficaz, segura e alcance maior cessação contínua de longo prazo (entre 7% e 40%) do que cuidados usuais e aconselhamento apenas (o que também é eficaz). As	Uma das principais limitações da presente revisão é o viés de publicação que, neste caso, tentamos controlar pesquisando dados no Boletim STAN, que publica todos os tipos de notícias e outras informações. Além disso, não foi possível incluir referências de apresentações em congressos e encontros, e foram incluídos apenas os estudos publicados em	Declaram não possuir Financiamento: O projeto recebeu financiamento de uma bolsa Rede de Prevenção e Promoção da Saúde na Atenção Básica (redIAPP, RD12 / 0005) e uma bolsa de projeto de pesquisa

Redução ou cessação do uso de derivados de tabaco na APS

gerais na atenção primária. O objetivo específico deste estudo é determinar a eficácia dessas intervenções para alcançar a abstinência contínua do tabaco em fumantes com 18 anos ou mais no ambiente de atenção primária. Último ano da busca: 2014	Contexto: APS	Tipo de produto: Cigarro.	intervenções comportamentais são eficazes e têm efeito dose-resposta. Na verdade, quanto mais apoio o fumante recebe - mais componentes, mais acompanhamento do profissional de saúde, maior duração - e quanto mais personalizada for a intervenção, maior será a cessação contínua do tabagismo alcançada. No entanto, não foram observadas diferenças entre os diferentes tipos de intervenção. As estratégias multicomponentes são mais eficazes quando o fumante define um 'dia D' e medicamentos são prescritos. Os medicamentos utilizados nos estudos analisados (TRN e bupropiona) são úteis, seguros e eficazes, não sendo observadas diferenças entre eles. O uso de outras estratégias, como fornecer medicamentos gratuitos aos pacientes, pode aumentar o sucesso desses tratamentos. Portanto, uma intervenção complexa para ajudar os fumantes a deixar de fumar deve incluir: várias visitas de monitoramento, períodos mais longos de acompanhamento dos pacientes, componentes comportamentais e possibilidade de definir um 'dia D' e prescrever medicamentos. Apesar das evidências de que as intervenções multicomponentes são eficazes, não está claro qual dos componentes das diferentes intervenções é a chave. Mais pesquisas são necessárias para determinar quais combinações são mais eficientes.	inglês ou espanhol, alta heterogeneidade dos resultados, pode ter ocorrido algum viés de seleção devido ao fato de terem incluído apenas estudos com verificação bioquímica da cessação do tabagismo. Outro possível viés nesta revisão é a perda de seguimento; três dos estudos relataram perda de seguimento superior a 40% (um deles relatou perda de 76%). Deve-se levar em consideração o aumento da motivação para parar de fumar, normalmente presente em fumantes que concordam em participar de estudos clínicos. Esta revisão provavelmente subestimou a eficácia de algumas das intervenções multicomponentes: Em muitos ECRs, o grupo de controle recebe aconselhamento breve por profissionais de saúde, o que por si só aumenta a cessação do tabagismo. Outra limitação dos estudos incluídos é a falta de intervenções cegas, mas é importante lembrar que a própria natureza das intervenções comportamentais em muitos casos impede os esforços para alcançar uma intervenção cega. A pesquisa terminou em fevereiro de 2014 e pode ser antiga, a análise e as etapas subsequentes demoraram mais do que o esperado. No entanto, acredita-se que o número de publicações não terá mudado e os resultados não terão mudado significativamente. A estratégia de pesquisa incluiu o	(PI12 / 01914) do Instituto de Salud Carlos III (Instituto de Saúde Carlos III) de Ministério da Economia e Competitividade (Espanha), cofinanciado com fundos FEDER da União Europeia.
---	-----------------------------	---	--	--	--

					termo 'intervenção complexa'; consequentemente, foram revisados artigos que mencionam os termos 'complexo' ou 'múltiplo' em seu título ou resumo. Essa estratégia de busca levou à seleção de nove ensaios, conduzidos principalmente na Espanha e em periódicos com fator de impacto baixo. Talvez a questão da pesquisa seja um tema de preocupação na comunidade espanhola de atenção primária. Além disso, não há um consenso claro sobre o que é uma 'intervenção complexa'. Consequentemente, pode-se ter omitido a análise de alguns dos componentes que definem uma intervenção como complexa, como a participação de algumas disciplinas, mudanças no ambiente ou o efeito de diferentes profissionais. Todos esses aspectos poderiam ser esclarecidos em revisões futuras, mas a maioria dos estudos não oferece essas informações em suas publicações.	
Carson et al., 2012 Objetivo: Avaliar a eficácia das intervenções de cessação do tabagismo em populações indígenas e resumir essas abordagens para futuros programas e pesquisas de cessação. Último ano da busca:	Estudos incluídos: (n=4) estudos incluídos: ECR (n=2), EC controlado (n=2). *6 publicações. Países: Nova Zelândia (n=2), Austrália (n=1), EUA (n=1). Contexto: telefone, clínicas de saúde, comunidade.	Nº de participantes: 1.201 (variou de 111 a 601). Idade: variou de 19 a 51 anos. Gênero: variou de 46% a 74% de mulheres. Tipo de produto:	Os períodos de acompanhamento geral variaram de seis a doze meses após a coleta de dados de linha de base, embora a coleta de dados intermediários também tenha ocorrido em dois estudos e variou de três semanas a nove meses do início da intervenção. A duração da intervenção foi de	Existe uma disparidade significativa de saúde, pela qual as populações indígenas, uma minoria, estão super-representadas na carga de morbimortalidade relacionada ao tabagismo. Esta revisão destaca a escassez de evidências disponíveis para avaliar a eficácia das intervenções de cessação do tabagismo, apesar do conhecido sucesso dessas intervenções em populações não indígenas. Devido a essa falta de investigações	O número limitado de estudos incluídos e pequenos tamanhos de amostras desses ensaios limitam a capacidade de tirar conclusões confiáveis dos resultados. A abrangência e aplicabilidade geral das evidências encontradas destaca a escassez de dados para avaliar as intervenções para cessação do tabagismo para populações indígenas em todo o mundo. Apesar disso, uma escassez de evidências usando	Não informado

2011.	cigarros e fumo de rolo.	sete semanas, dez semanas e seis meses para três estudos , respectivamente, um estudo teve dois dias de treinamento para médicos e equipe clínica, sem dados fornecidos sobre a duração da intervenção recebida pelos pacientes.	publicadas, a validade externa desta revisão é limitada, assim como a capacidade de tirar conclusões confiáveis dos resultados. As evidências limitadas, mas disponíveis, relatadas indicam que intervenções de cessação do tabagismo direcionadas especificamente a populações indígenas podem produzir abstinência tabágica. No entanto, essa base de evidências não é forte, com um pequeno número de ensaios metodologicamente sólidos investigando essas intervenções. Ensaio mais rigorosos são agora necessários para ajudar a preencher a lacuna entre as disparidades de saúde relacionadas ao tabaco em populações indígenas e não indígenas. Implicações para a Prática As evidências desta revisão sugerem que os indígenas estão dispostos a tentar parar de fumar por meio de intervenções direcionadas, fornecendo recursos adequados e educação culturalmente apropriada.	avaliações metodologicamente rigorosas para avaliar as intervenções para parar de fumar foi identificada para a população indígena, o que foi confirmado por muitos pesquisadores. Como resultado, a validade externa desta revisão é limitada pela falta de investigações publicadas sobre as quais se possa tirar uma conclusão. Não só há uma falta de evidências examinando os diferentes tipos de intervenções (por exemplo, farmacológicas, comportamentais, etc.), há também uma falta de investigação para os vários subconjuntos de populações indígenas (por exemplo, nativos Alaskan, M ori, Aboriginal Australian, American Indian etc.). Existem algumas evidências limitadas para apoiar o uso de intervenções comportamentais por meio de mensagens de saúde culturalmente adequadas, transmitidas por profissionais de saúde ou por meio de mensagens de texto e o uso de farmacoterapias na forma de terapia de reposição de nicotina e Zyban (bupropiona). No entanto, a interpretação desses resultados e a eficácia desses estudos precisam ser consideradas com cautela devido ao pequeno tamanho das amostras e às limitações metodológicas. Mais evidências são necessárias para determinar claramente quais intervenções e componentes de intervenções são
-------	--------------------------	--	---	---

					mais eficazes para a cessação do tabagismo.	
Clair et al., 2019	Estudos incluídos: (n=20) ECRs.	Nº de participantes: 9.262 (variou de 189 a 2.368) .	21 tipos de <i>feedback</i> sobre a exposição ao fumo: Cinco estudos testaram o feedback sobre o risco de doenças relacionadas ao fumo; destes, quatro testaram o feedback sobre a suscetibilidade genética ao câncer e um testou o feedback sobre a suscetibilidade genética à doença de Crohn. Um estudo em que a intervenção foi o feedback sobre a suscetibilidade genética combinada com a medição de CO, que poderia ser comparado a um grupo de controle de medição de CO sozinho, ou a um grupo de controle sem feedback de biomarcador, testando assim a combinação das duas intervenções. Onze estudos avaliaram o feedback sobre os danos relacionados ao fumo: quatro testaram a combinação de medição de CO exalado e espirometria, cinco testaram o efeito da espirometria sozinha ou com a adição de feedback sobre a idade	Foram detectadas evidências limitadas pelo risco de viés sobre o efeito do <i>feedback</i> sobre a exposição ao fumo pelo monitoramento de CO.	Devido a natureza das intervenções, houveram dificuldades em encontrar evidências adequadas. É possível que as mudanças nos estágios motivacionais induzidos pela avaliação de risco biomédico sejam sutis demais para serem caracterizadas como levando diretamente a uma tentativa de abandono bem-sucedida, os dados não permitem a verificação dessa hipótese.	Declaram não possuir. Um autor declarou que foi autor de um dos estudos incluídos na revisão.
Objetivo: Determinar a eficácia de fornecer <i>feedback</i> aos fumantes sobre a medição de CO exalado, resultados de espirometria, imagem de placa aterosclerótica e suscetibilidade genética a doenças relacionadas ao fumo para ajudá-los a parar de fumar.	País: EUA (n=7), Inglaterra (n=6), Japão (n=2), Itália (n=1), Bélgica (n=1), Ilhas Seychelles (n=1), Suécia (n=1) e Espanha (n=1).	Idade: Variou de 31 a 53 anos.				
Último ano da busca: 2008.	Contexto: (n=11) estudos ocorreram em clínicas gerais ou ambulatoriais, (n=1) estudo foi realizado na comunidade, (n=2) ocorreram em clínicas de cessação do tabagismo, (n=1) foi realizado em uma clínica de promoção de saúde para veteranos do exército, (n=1) foi realizado em um ambulatorio de saúde mental, (n=1) foi realizado em uma empresa e (n=3) em instituições de pesquisa.	Gênero: Homens e mulheres.	Tipo de produto: Não informado.			

			pulmonar, dois testaram o efeito de se submeter a uma ultrassonografia das artérias carótidas (e artérias femorais para um estudo) com demonstração fotográfica de placas ateroscleróticas quando presentes em dois estudos.			
Lindson et al., 2019 Objetivo: Avaliar a eficácia da entrevista motivacional (EM) para a cessação do tabagismo em comparação com nenhum tratamento, além de outra forma de tratamento para cessação do tabagismo, e em comparação com outros tipos de tratamento para cessação do tabagismo. Também investigamos se a EM mais intensa é mais eficaz do que a EM menos intensiva para a cessação do tabagismo. Exploramos se a entrevista motivacional para a cessação do tabagismo poderia melhorar o bem-estar. Último ano de busca: 2018	Estudos incluídos: (n=37) estudos, (n=7) em APS: ECR (n=30), ECR cluster (n=4), ECR fatorial (n=3). Países: Austrália (n=2), Brasil (n=2), EUA (n=28), China (n=1), Índia (n=1), África do Sul (n=1), Espanha (n=1), Reino Unido (n=1). Contexto: APS, comunidade, abrigos, hospital, prisão.	Nº de participantes: Mais de 15.000 (variou de 200 a 846). Idade: média variou de 15 a 63 anos. Gênero: variou de 0 a 100% mulheres Tipo de produto: Cigarro.	Não informado	Implicações para a Prática Não há evidências suficientes para avaliar se a EM para promover a cessação do tabagismo aumenta a cessação em comparação com nenhuma intervenção, e outras evidências podem alterar a estimativa do efeito. A EM pode aumentar modestamente a probabilidade de cessação do tabagismo em longo prazo quando usada em adição a outros componentes de intervenção para cessação ou quando comparada com intervenções de cessação do tabagismo sem EM; no entanto, também existe a possibilidade de que a EM pode reduzir as taxas de abandono em relação a outras intervenções para parar de fumar. É provável que mais evidências fortaleçam ou enfraqueçam esse efeito. Não há evidências claras que sugiram que o efeito da EM seja moderada pelo provedor de intervenção, idade do participante, motivação dos participantes para parar no início do estudo, se a EM é feita pessoalmente ou se o monitoramento da fidelidade da EM	Apenas um estudo investigou o efeito de uma intervenção EM para parar de fumar no bem-estar dos participantes. Os estudos foram em sua maioria conduzidos em países de alta renda e populações específicas diversas, o que aumentou a heterogeneidade em todas as comparações. Normalmente, as populações estudadas representam o que pode ser referido como grupos de "difícil acesso" (pessoas com transtornos por uso de substâncias, adolescentes, infratores, pacientes internados e ambulatoriais) e isso deve ser considerado na interpretação dos resultados. Os estudos normalmente forneceram uma explicação limitada do conteúdo das intervenções de EM, isso dificultou a diferenciação entre os estudos com base na natureza do suporte de EM fornecida, o que poderia ter dado mais informações sobre por que existia heterogeneidade entre os estudos. Houve variação substancial na intensidade do suporte em ambos	AF é contratado pela University of Oxford para trabalhar como Pesquisador Sênior no grupo Health Behaviors em projetos relacionados ao consumo de nicotina. Anne recebeu um subsídio financiado pela Cancer Research UK para explorar as atitudes dos médicos em relação aos cigarros eletrônicos. Não é considerado conflito de interesses. JL não tem conflitos de interesse conhecidos. NL é contratado pela Universidade de Oxford para trabalhar como Editor Gerente do Cochrane Tobacco Addiction Group (TAG). A infraestrutura da TAG é financiada pelo NIHR. Nicola recebeu pagamento por palestras sobre

Redução ou cessação do uso de derivados de tabaco na APS

				ocorre. A EM de maior intensidade pode aumentar as taxas de cessação do tabagismo em relação à EM de menor intensidade; no entanto, devido aos riscos de viés nos estudos existentes, pesquisas adicionais podem fortalecer ou enfraquecer esse efeito.	os grupos de intervenção e comparador. A maioria dos estudos não tentou monitorar e/ou melhorar a fidelidade das intervenções de EM e quando relatado, eles geralmente não indicaram os resultados. A inconsistência das técnicas e padrões de monitoramento para definir a fidelidade aceitável entre os estudos significa que foi impossível relatar a fidelidade geral da implementação. Finalmente, a EM é uma intervenção projetada para ajudar as pessoas a mudar seu comportamento, aumentando a motivação para parar de fumar, no entanto, apenas uma minoria dos estudos recrutou especificamente fumantes que não estavam motivados para parar de fumar, é provável que apenas pessoas motivadas a parar de fumar participassem de um estudo sobre a cessação do tabagismo.	metodologia de revisão sistemática e foi candidata a financiamento de projetos para realizar a definição de prioridades e revisões sistemáticas na área de controle do tabagismo (financiado pelo NIHR). Não é considerado conflito de interesses. PA não tem conflitos de interesse conhecidos. TT não tem conflitos de interesse conhecidos.
Nagrebetsky et al., 2014 Objetivo: Avaliar os efeitos de intervenções mais intensivas para a cessação do tabagismo em comparação com intervenções menos intensivas na cessação do tabagismo em pessoas com diabetes tipo 1 ou tipo 2.	Estudos incluídos: (n=7) artigos relatando (n=8) ensaios clínicos. Meta-análise (n=4) Países: Reino Unido (n=1); *Espanha (n=1); Alemanha (n=1). Indonésia (n=1); Índia (n=1). Austrália (n=2); EUA (n=1). negrito: estudos com dados agrupados. *estudo na APS.	Nº de participantes: 872 participantes 543 (meta-análise) 280 (estudo Canga et al. APS). Idade: 29 (DP 7) - 55 (DP 15). Gênero: 48-86% homens (referente aos 4 estudos incluídos na metanálise).	Não informado.	Há uma ausência de evidências de eficácia para intervenções mais intensivas de cessação do tabagismo em pessoas com diabetes. As estratégias mais intensivas testadas em ensaios até o momento incluem intervenções usadas na população em geral, acrescentando educação específica para diabetes sobre aumento do risco. Pesquisas futuras devem se concentrar em intervenções multicomponentes para a cessação do tabagismo realizadas durante um período de pelo menos 1 ano, e também avaliar o impacto no	O poder estatístico das tentativas de reunir dados é limitado pelo pequeno número de ensaios publicados até o momento e um número relativamente pequeno de participantes nos ensaios publicados. As intervenções oferecidas e os grupos estudados são heterogêneos. As evidências disponíveis para informar as estratégias de tratamento para a cessação do	Financiamento: Este estudo foi financiado com o apoio da Escola Nacional de Pesquisa em Saúde (NIHR) (subsídio BZRUVU2). Interesses concorrentes: AF é Pesquisador Sênior do NIHR e também recebe financiamento do Oxford NIHR Biomedical Research Centre.

Último ano de busca: 2013.	Contexto: clínica de diabetes; atenção primária; hospitais.	Tipo de produto: Cigarro.	controle glicêmico.	tabagismo no diabetes tipo 2 são limitadas.	
Papadakis et al., 2010 Objetivo: Avaliar a eficácia de estratégias que aumentam a oferta de intervenções para cessação baseadas em evidências, bem como aumentam a taxa de cessação do tabagismo entre pacientes em ambientes de cuidados primários. Último ano de busca: 2008	Estudos incluídos: (n=38), estudos no total, destes, (n=23) abordaram o desfecho de interesse, foram: ECR (nível do paciente) (n=9), ECR cluster (nível médico) (n=2), ECR cluster (nível de prática) (n=8) e estudo controlado (n= 4). Países: EUA (n=11), Austrália (n=2), Inglaterra (n=2), Alemanha (n=2), Escócia (n=2), Países Baixos (n=1), Espanha (n=1), Chile (n=1). Contexto: espaço exterior ao serviço de APS.	Nº de participantes: Profissionais: I: Variou de 1 a 8908. C: Variou de 1 a 9407. Pacientes: I: Variou de 93 a 54003. C: Variou de 110 a 48912. Idade: Não informado. Gênero: Não informado. Tipo de produto: Não informado	Período: Variou de 4 semanas a 5 anos. Esta revisão fornece novas informações sobre o valor das estratégias para melhorar a integração das intervenções clínicas para a cessação do tabagismo na prática de cuidados primários. A revisão sugere que não existe uma estratégia de intervenção única que possa ajudar a melhorar a aplicação de todos os 5As. Intervenções de múltiplos componentes parecem promissoras para melhorar os resultados. Estudos futuros devem tentar isolar quais componentes das intervenções de múltiplos componentes são necessários para otimizar o custo-benefício e validar o valor de intervenções específicas de um único componente, como aconselhamento adjunto, <i>feedback</i> do provedor, avisos do provedor em tempo real e sem custos médicos. As evidências são insuficientes para apoiar as intervenções baseadas em treinamento para influenciar os comportamentos do médico ou a abstinência de fumar quando administradas isoladamente.	Os estudos incluídos usaram definições não homogêneas de abstinência do fumo. Os dados da metanálise foram apresentados usando ORs brutos, vários estudos incluídos nesta revisão documentam as diferenças entre os grupos no início do estudo e ajustaram essas diferenças em suas análises. A revisão foi limitada a publicações em inglês. É importante notar que vários desses ensaios não documentaram um efeito significativo. Houve variabilidade no grupo de pacientes relatados nos estudos que avaliam o aconselhamento adjunto.	Declaram não possuir. Financiamento: A pesquisa foi financiada pelo Ontario Tobacco Research Unit and the Canadian Institute of Health Research Strategic Training Program in Tobacco Research and Population Intervention in Chronic Disease Prevention.
Rice et al., 2017 Objetivo: Determinar a eficácia das intervenções de cessação do tabagismo realizadas por enfermeiras em	Estudos incluídos: ECRs (n=58), (n=13) em APS. Países: EUA (n=17), Reino Unido (n=11), Holanda, (n=5) Canadá (n=4), Austrália (n=3), Dinamarca (n=3), Espanha (n=3), China (n=2), Japão (n=2),	Nº de participantes: total: aproximadamente 20.000 (variou de 25 a 2.700). Idade: adultos com mais de 18 anos.	Não informado. Implicações para a Prática O apoio de uma enfermeira para a cessação do tabagismo leva a uma melhora modesta na abstinência do tabaco. A maioria dessas intervenções foi realizada por enfermeiras com uma função especializada em promoção da saúde e não havia evidências suficientes	No geral, esses resultados da meta-análise precisam ser interpretados cuidadosamente à luz das limitações metodológicas da revisão e dos ensaios clínicos. Em termos de revisão, é possível que tenha havido um viés de seleção de publicação devido ao uso apenas de dados tabulados	VHR foi o investigador principal em um dos estudos incluídos nesta revisão. Outros autores declaram não possuir. Fontes de apoio Fontes internas: Wayne State University College

Redução ou cessação do uso de derivados de tabaco na APS

adultos. Para estabelecer se as intervenções de cessação do tabagismo fornecidas pela enfermagem são mais eficazes do que nenhuma intervenção; são mais eficazes se a intervenção for mais intensiva; diferem em eficácia com o estado de saúde e ambiente dos participantes; são mais eficazes se incluírem acompanhamentos; são mais eficazes se incluírem ajudas que demonstrem o efeito fisiopatológico do tabagismo.	Noruega (n=2), Coréia do Sul (n=2), Bélgica (n=1), Grécia (n=1), Suécia (n=1), vários países europeus (n=1).	Gênero: variou de 0 a 100% mulheres. Tipo de produto: Principalmente cigarro.		para saber se enfermeiras generalistas podem alcançar os mesmos benefícios. Os comissários e prestadores de serviços de cessação do tabagismo precisam considerar a qualidade da prestação dos serviços de cessação do tabagismo, se estes forem fornecidos por enfermeiras generalistas. Implicações para a pesquisa Mais estudos de intervenções de enfermagem são necessários, com consideração mais cuidadosa do tamanho da amostra, seleção de participantes, recusas, desistências, acompanhamento de longo prazo e verificação bioquímica. Além disso, são necessários estudos controlados que examinem cuidadosamente os efeitos do 'conselho breve da enfermagem', pois esse tipo de aconselhamento profissional pode refletir com mais precisão o padrão atual de cuidado. Agora é necessário trabalhar para sistematizar as intervenções, de modo que comparações mais rigorosas possam ser feitas entre os estudos. Nenhum dos ensaios revisados foi um estudo de replicação; este é um método muito importante para fortalecer a ciência e deve ser incentivado.	derivados de trabalhos publicados. Os dados dos estudos não publicados ou perdidos ou de ambos poderiam ter mostrado resultados mais ou menos favoráveis, embora um gráfico de funil para a comparação principal não sugerisse a presença de viés de relatório. Para atualizações recentes, também pesquisamos registros de ensaios clínicos e literatura "cinza" para identificar estudos relevantes não publicados. Em segundo lugar, encontrar heterogeneidade estatística entre as incidências de cessação em diferentes estudos limita qualquer suposição de que as intervenções em qualquer ambiente clínico e com qualquer tipo de participante são igualmente eficazes.	of Nursing, Adult Health & Administration, EUA. Departamento de Ciências da Saúde de Atenção Primária de Nuffield, Universidade de Oxford, Reino Unido. Fontes externas: American Heart Association, EUA. Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde (NIHR), Reino Unido.
Último ano de busca: 2017						
Silagy et al., 1994 Objetivo: Avaliar a eficácia de intervenções que capacitaram profissionais de saúde	Estudos incluídos: ECRs (n= 8). Países: EUA (n=7), Canadá (n=1). Contexto: Programa de treinamento de residência em cuidados primários,	Nº de participantes: total: profissionais de saúde: 878, participantes fumantes: 11.228 (variou de 44 a 250 nos profissionais, e	Não informado	O treinamento de profissionais de saúde para fornecer intervenções para parar de fumar tem um impacto mensurável no desempenho profissional. Um efeito modesto, mas não robusto, no resultado do paciente também foi encontrado, sugerindo que o treinamento por si	A análise foi baseada em dados tabulados disponíveis em relatórios publicados, em vez de dados de pacientes individuais, o que pode levar a problemas associados a viés de publicação, exclusão de pacientes e duração do acompanhamento de pacientes.	Não informado.

em métodos para melhorar a qualidade do atendimento a pacientes fumantes. Último ano de busca: 1993	APS (diversidade de ambientes, incluindo prática comunitária, clínicas baseadas em hospitais e organizações de manutenção da saúde).	variou de 916 a 2.056 nos participantes. Idade: não informado. Gênero: não informado. Tipo de produto: não informado	só não é uma estratégia eficaz para melhorar a qualidade do atendimento, a menos que fatores organizacionais e outros também sejam considerados.	Além disso, todos, exceto um dos estudos, foram relacionados ao treinamento de médicos, colocando em falta outros tipos de profissionais de saúde que também podem estar em posição de fornecer o aconselhamento. Dada a importância que atribuímos em nossas conclusões aos fatores organizacionais e fiscais no apoio às intervenções de treinamento, os programas de treinamento que levam em consideração especificamente as circunstâncias do ambiente de cuidados, como a clínica geral britânica, requerem avaliação. O treinamento pode ser caro, e simplesmente fornecer programas para profissionais de saúde, sem abordar as restrições impostas pelas condições em que praticam, dificilmente será um uso inteligente dos recursos de saúde.
Stead et al., 2013 Objetivo: Avaliar a eficácia dos conselhos dos médicos na promoção da cessação do tabagismo; comparar intervenções mínimas de médicos com intervenções mais intensivas; avaliar a eficácia de vários auxílios ao aconselhamento na promoção da cessação	Estudos incluídos: EC (n=42). Países: (n=7) Reino Unido; (n=1) Hong Kong; (n=1) Escócia; (n=9) EUA; (n=5) Canadá; (n=1) Noruega, (n=1) Japão; (n=1) Países Baixos; (n=2) Alemanha; (n=1) Espanha; (n=1) Holanda; (n=4) Inglaterra; (n=3) Austrália; (n=1) Itália; (n=1) França. Não informado (n=3). Contexto: APS, enfermarias hospitalares e ambulatorios e clínicas	Nº de participantes: Total: mais de 31.000 participantes. Idade: > 11 anos a 74 anos. Gênero: variou de 0 a 100% mulheres. Tipo de produto: cigarro e cachimbo.	Acompanhamento: pelo menos seis meses após o início da intervenção. Conselhos simples têm um pequeno efeito nas taxas de cessação. Assumindo uma taxa de desistência não assistida de 2 a 3%, uma breve intervenção de aconselhamento pode aumentar a desistência em mais 1 a 3%. Componentes adicionais parecem ter apenas um pequeno efeito, embora haja um pequeno benefício adicional de intervenções mais intensivas em comparação com intervenções muito breves (resumo).	Embora a qualidade metodológica dos ensaios tenha sido mista, com um número usando métodos pouco claros ou insatisfatórios de alocação de tratamento, nossas análises de sensibilidade não sugeriram que a inclusão desses ensaios tenha levado a qualquer superestimativa dos efeitos do tratamento. Embora tenhamos observado heterogeneidade em alguns subgrupos, em geral os ensaios mostraram efeitos relativos consistentes. Como observado acima, a falta de cessação bioquimicamente validada foi a outra possível limitação metodológica.

do tabagismo e determinar o efeito do aconselhamento antitabagismo na mortalidade específica da doença e por todas as causas. Último ano de busca: 2013						
Van Sluijs et al., 2004 Objetivo: Esta revisão sistemática da literatura visa avaliar a eficácia do modelo transteórico (TTM, ou modelo de estágios de mudança) no comportamento alimentar, tabagismo e atividade física. Último ano de busca: 2002	Estudos incluídos: (n=29) estudos no total: ECR (n=21), ensaio controlado - CT (n=8). Destes, 14 estudos abordaram o desfecho de interesse, foram: ECR (n=11), CT (n=3). Países: Não informado. Contexto: APS (todos os estabelecimentos médicos que oferecem cuidados de saúde diretamente acessíveis à população em geral - incluindo cuidados de primeiro contacto e continuidade dos cuidados ao longo do tempo - foram definidos como cuidados primários).	Nº de participantes: total: 11.421 (variou de 72 a 3.079). Idade: 17-65 anos. Gênero: não informado. Tipo de produto: cigarro.	Não informado.	Nas análises qualitativas dos dados, concluiu-se que não havia evidências de um efeito das intervenções de cessação do tabagismo baseadas em estágios nas taxas de abandono e nos estágios de mudança. A análise quantitativa mostrou uma tendência positiva em todas as medidas de acompanhamento. Com base nesses dados, os autores concluem que parece haver um efeito pequeno, mas positivo, das intervenções baseadas em estágios na atenção primária nas taxas de cessação do tabagismo. Olhando mais de perto os estudos, pode-se concluir que enviar uma carta personalizada uma vez não é eficaz para a cessação do tabagismo. Além disso, o aconselhamento pessoal do médico de cuidados primários, com aconselhamento de acompanhamento durante as visitas subsequentes (principalmente não planejadas para a cessação do tabagismo) parece ser a estratégia mais eficaz.	É possível que a busca não tenha identificado todos os ensaios publicados, o que pode levar a um viés de seleção, o mesmo se aplica aos critérios de elegibilidade usados. A organização da APS difere em todo o mundo, e não há uma definição clara e aceita mundialmente. No entanto, as conclusões da maioria das análises são comparáveis às conclusões desta análise; ou seja, parece haver um efeito marginal nas taxas de abandono do tabagismo, e as intervenções de atividade física têm sucesso variável. Nenhuma revisão anterior está disponível sobre a eficácia do aconselhamento dietético na atenção primária. Devido à heterogeneidade das intervenções e medidas de resultado usadas, os autores decidiram não calcular e comparar os tamanhos de efeito. As informações fornecidas nas tabelas e no texto fornecem informações suficientes sobre a eficácia dos estudos incluídos.	Não informado.

Embora tenha sido estabelecido que todas as intervenções foram baseadas no modelo TTM, até que ponto este foi o caso não foi sistematicamente avaliado e incluído nas conclusões. Algumas intervenções foram baseadas exclusivamente no modelo TTM, enquanto outras usaram o modelo TTM em combinação com outras teorias. No entanto, devido à heterogeneidade das intervenções, não foi possível chegar a uma conclusão sobre se as intervenções mais precisamente baseadas no modelo TTM produzem melhores resultados.

Fonte: elaboração própria.