

Fatores Associados à Cessação do Tabagismo em Pacientes Oncológicos do INCA

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2026v72n2.5538>

Factors Associated with Smoking Cessation in Oncological Patients at INCA

Factores Asociados al Cese del Tabaquismo en Pacientes Oncológicos del INCA

Gustavo Wagner Mello Ferreira Caboclo¹; Liz Maria de Almeida²; Neilane Berton dos Reis³

RESUMO

Introdução: O tabagismo em pacientes oncológicos acarreta consequências negativas, como redução da sobrevida, aumento do risco de complicações cirúrgicas, menor eficácia terapêutica e maior probabilidade de recidiva. Apesar disso, muitos pacientes com câncer continuam a fumar mesmo após o diagnóstico. Agravando-se esse cenário pelo fato de muitos pacientes não receberem orientações adequadas sobre os riscos relacionados à manutenção do tabagismo durante o tratamento oncológico. **Objetivo:** Avaliar os fatores sociodemográficos e clínicos associados à cessação do tabagismo entre pacientes oncológicos submetidos ao tratamento da dependência de nicotina, atendidos no Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Método:** Estudo de coorte retrospectiva utilizando dados do prontuário eletrônico do Centro de Estudos para Tratamento da Dependência de Nicotina do INCA. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, clínicas e relacionadas ao processo de tratamento. **Resultados:** De 211 pacientes analisados, 31,8% (n=67) alcançaram cessação, com odds ratio (OR) ajustada de 2,58 (IC 95% 1,31-5,11) para comparecimento a ≥ 4 consultas, com maior taxa de sucesso entre aqueles submetidos a procedimento cirúrgico. Indivíduos autodeclarados de raça/cor negra e aqueles que não viviam com companheiro(a) apresentaram menor probabilidade de interrupção do tabagismo. **Conclusão:** Os achados evidenciam a necessidade de sensibilizar e capacitar profissionais de saúde para a abordagem do tabagismo no contexto oncológico, reforçando sua relevância como componente essencial do cuidado integral. É fundamental considerar as desigualdades sociodemográficas no planejamento de estratégias terapêuticas personalizadas, respeitando a singularidade e a vulnerabilidade dos pacientes com câncer.

Palavras-chave: Tabagismo; Abandono do Hábito de Fumar; Demografia; Neoplasias.

ABSTRACT

Introduction: Smoking in oncological patients leads to negative consequences, such as reduced survival, increased risk of surgical complications, lower therapeutic efficacy, and higher probability of recurrence. Despite this, many cancer patients continue to smoke even after diagnosis. This scenario is aggravated by the fact that many patients do not receive adequate guidance about the risks related to continuing to smoke during oncological treatment. **Objective:** To evaluate the sociodemographic and clinical factors associated with smoking cessation among oncological patients undergoing treatment for nicotine dependence, treated at the National Cancer Institute (INCA). **Method:** Retrospective cohort study using data from the electronic medical records of the Center for Studies on Nicotine Dependence Treatment at INCA. Sociodemographic, clinical, and treatment process-related variables were analyzed. **Results:** Of 211 patients analyzed, 31.8% (n=67) achieved cessation, with an adjusted odds ratio (OR) of 2.58 (95% CI 1.31-5.11) for attendance at ≥ 4 consultations, with a higher success rate among those who underwent surgical procedures. Self-declared Black individuals and those not living with a partner showed a lower probability of smoking cessation. **Conclusion:** The findings highlight the need to raise awareness and train health professionals in addressing smoking in the oncological context, reinforcing its relevance as an essential component of comprehensive care. It is fundamental to consider sociodemographic inequalities in planning personalized therapeutic strategies, respecting the uniqueness and vulnerability of cancer patients.

Key words: Tobacco Use Disorder; Smoking Cessation; Demography; Neoplasms.

RESUMEN

Introducción: El tabaquismo en pacientes oncológicos acarrea consecuencias negativas, como reducción de la supervivencia, aumento del riesgo de complicaciones quirúrgicas, menor eficacia terapéutica y mayor probabilidad de recidiva. A pesar de ello, muchos pacientes con cáncer continúan fumando incluso después del diagnóstico. Este escenario se agrava por el hecho de que muchos pacientes no reciben orientaciones adecuadas sobre los riesgos relacionados con el mantenimiento del tabaquismo durante el tratamiento oncológico. **Objetivo:** Evaluar los factores sociodemográficos y clínicos asociados al cese del tabaquismo entre pacientes oncológicos sometidos al tratamiento de la dependencia de nicotina, atendidos en el Instituto Nacional del Cáncer (INCA). **Método:** Estudio de cohorte retrospectiva utilizando datos de la historia clínica electrónica del Centro de Estudios para el Tratamiento de la Dependencia de Nicotina del INCA. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el proceso de tratamiento. **Resultados:** De 211 pacientes analizados, el 31,8% (n=67) logró el cese, con *odds ratio* (OR) ajustado de 2,58 (IC 95% 1,31-5,11) para asistencia a cuatro o más consultas, con mayor tasa de éxito entre aquellos sometidos a procedimiento quirúrgico. Los individuos autodeclarados de raza/color negra y aquellos que no vivían con pareja presentaron menor probabilidad de interrupción del tabaquismo. **Conclusión:** Los hallazgos evidencian la necesidad de sensibilizar y capacitar a profesionales de salud para enfocar el tabaquismo en el contexto oncológico, reforzando su relevancia como componente esencial del cuidado integral. Es fundamental considerar las desigualdades sociodemográficas en la planificación de estrategias terapéuticas personalizadas, respetando la singularidad y vulnerabilidad de los pacientes con cáncer.

Palabras clave: Tabaquismo; Cese del Hábito de Fumar; Demografía; Neoplasias.

^{1,3}Instituto Nacional de Câncer (INCA). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mails: gustavo.caboclo@inca.gov.br; neilane.bertoni@inca.gov.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0009-0000-6661-4142>; Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2539-9965>

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: almeida_liz@hotmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-2359-0651>

Endereço para correspondência: Gustavo Wagner Mello Ferreira Caboclo. INCA, Hospital do Câncer I, Centro de Estudos para Tratamento da Dependência de Nicotina. Praça Cruz Vermelha, 23 – Centro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20230-130. E-mail: gustavo.caboclo@inca.gov.br



INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma doença crônica e a maior causa evitável de adoecimento e morte por câncer¹. Além disso, o tabagismo em pacientes oncológicos está associado a menor sobrevida global e a maior mortalidade específica por câncer², efeitos colaterais da radioterapia³, risco de desenvolvimento de outros tumores primários⁴, chance de complicações cirúrgicas⁵⁻⁷, fadiga, problemas emocionais, dores e pior qualidade de vida em comparação com pacientes que nunca fumaram ou ex-fumantes⁸. Apesar disso, muitos pacientes oncológicos fumam mesmo após o diagnóstico^{9,10}. Ademais, destaca-se que muitos pacientes não são alertados sobre os riscos de continuar fumando após o diagnóstico de câncer¹¹.

Em um estudo populacional, apenas 51,7% dos pacientes foram orientados a parar de fumar por profissionais de saúde¹². Não obstante, pacientes oncológicos enfrentam desafios na cessação do tabagismo, com altos níveis de dependência à nicotina¹³ e maiores dificuldades durante o tratamento¹⁴. Verifica-se, ainda, uma baixa percepção dos riscos associados ao tabagismo¹⁵. A prevalência de transtornos mentais, como ansiedade e depressão, nesses pacientes, é alta¹⁶. Os sobreviventes de câncer relacionado ao tabaco com sintomas depressivos têm mais chance de continuar fumando¹⁷. Assim, os resultados do tratamento do tabagismo podem ser afetados pela desatenção às necessidades específicas desses pacientes¹⁸, com baixas taxas de encaminhamento para serviços especializados, além da indisponibilidade de medicamentos auxiliares da cessação¹⁹, sendo importante destacar que o diagnóstico do câncer é um momento sensível e de oportunidade para a abordagem terapêutica visando à cessação do tabagismo^{20,21}.

Em 2002, o SUS implementou o tratamento do tabagismo, oferecendo métodos de primeira linha de acordo com o Consenso de Abordagem e Tratamento de Fumantes²². O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Tabagismo, de 2020, estabelece critérios para diagnóstico e tratamento do tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando intervenções precoces e combinação de abordagens comportamentais e medicamentosas, principalmente para pacientes oncológicos, sem estratégias específicas para esse grupo²³.

Até onde se sabe, nenhum estudo avaliou o tratamento do tabagismo em centros oncológicos do SUS. O objetivo deste estudo foi avaliar os fatores sociodemográficos e clínicos associados à cessação do tabagismo em pacientes oncológicos do Instituto Nacional de Câncer (INCA), considerando fatores como protocolo de tratamento, apoio familiar e questões socioeconômicas.

MÉTODO

Estudo observacional, de coorte retrospectiva, analítico, que utilizou dados de pacientes atendidos no Centro de Estudos para Tratamento da Dependência de Nicotina do INCA. Os dados foram coletados do prontuário eletrônico do Centro, prontuários gerais do INCA e do Registro Hospitalar de Câncer. Os critérios de inclusão foram: pacientes com câncer em qualquer localização segundo a 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)²⁴, em qualquer estágio segundo o TNM²⁵, em remissão ou não, independente da data do diagnóstico, que procuraram o Centro de Estudos para Tratamento da Dependência de Nicotina do INCA para tratamento do tabagismo entre 01/01/2019 e 28/02/2023 e que afirmaram ter usado pelo menos um cigarro ou outro produto derivado de tabaco nos últimos 30 dias^{26,27}.

Os critérios de exclusão foram: pacientes com registros apenas em prontuários físicos do Centro de Estudos do INCA; pacientes que faleceram em até 180 dias após a primeira consulta; e pacientes sem informação sobre o *status* de tabagismo seis meses após a consulta inicial. O tratamento dos pacientes seguiu o PCDT do Tabagismo de 2020²³ e consistiu em aconselhamento estruturado para todos, com apoio medicamentoso, se necessário. Todos os pacientes foram orientados a parar de fumar e iniciar o tratamento, independentemente do estágio motivacional²⁷. O aconselhamento estruturado foi realizado em quatro sessões semanais, seguidas de duas quinzenais e uma mensal, abordando dependência de nicotina e estratégias para parar de fumar. O tratamento indicado envolveu terapia de reposição de nicotina (TRN) e/ou bupropiona, com discussão sobre adesão e efeitos colaterais em cada sessão.

O desfecho adotado foi a proporção de pacientes com autorrelato de cessação do tabagismo nos últimos sete dias, aos seis meses, obtida de registros e contatos telefônicos^{28,29}. Esse resultado foi obtido a partir dos registros das fontes de dados. Os pacientes também foram contatados por telefone para obtenção do desfecho. Não foram realizados testes bioquímicos para verificação da abstinência de produtos do tabaco, como monóxido de carbono exalado ou medição de cotinina em fluidos corporais³⁰.

As variáveis independentes utilizadas foram: a) Sociodemográficas: sexo, idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, ocupação e renda; b) História neoplásica: localização dos tumores (CID-10), estadiamento e tipo, com foco em tumores associados ao tabagismo²⁷, tratamento oncológico prévio (cirurgia, radioterapia

ou quimioterapia); c) História clínica: presença de comorbidades como doenças pulmonares (asma, bronquite, doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC, enfisema, tuberculose), cardiovasculares (hipertensão, infarto, angina), diabetes, depressão e ansiedade; d) História tabagística: idade de início, tempo de tabagismo, tentativas de cessação, dependência de nicotina (teste de Fagerström), cigarros por dia, estágio motivacional e presença de fumantes no domicílio.

O teste de Fagerström para dependência de nicotina³¹ estima a gravidade da dependência e é composto por seis questões referentes ao comportamento de fumar do paciente. A soma dos pontos indica o grau de dependência à nicotina, variando entre 0 e 10: entre 0 e 2 indicam dependência muito leve, entre 3 e 4 indicam dependência leve, 5 indica dependência moderada, 6 e 7 indicam dependência intensa e, entre 8 e 10, indicam dependência muito intensa.

O estágio motivacional foi adaptado do modelo de Prochaska, DiClemente & Norcross³². Esses autores propõem que a superação da dependência envolve cinco estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção, com os indivíduos geralmente reciclando por esses estágios várias vezes. Os estágios foram definidos da seguinte forma: na pré-contemplação, não consideram parar de fumar. Já na contemplação, consideram parar eventualmente. Na preparação, iniciaram mudanças ou revisaram tentativas passadas. Na ação, investiram tempo e energia para parar de fumar. Nesse sentido, cabe reforçar que, no estudo, os estágios de motivação foram categorizados em “pré-contemplação/contemplação” e “preparação/ação”³³.

A população do estudo foi descrita por meio de tabelas de frequência. O teste qui-quadrado de Pearson comparou variáveis categóricas, enquanto o teste de Kolmogorov-Smirnov avaliou a normalidade das variáveis contínuas. Variáveis com distribuição normal foram descritas por média e desvio-padrão, e as não normais por mediana e intervalo interquartil. Análises de regressão logística bivariada e multivariada estimaram a associação entre as variáveis e o desfecho, com cálculo de *odds ratio* (OR) bruto e ajustado e intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Variáveis com $p \leq 0,20$ na análise bivariada foram incluídas no modelo final. As variáveis foram agrupadas para a regressão logística: idade, raça/cor e comparecimento às consultas. O teste de Hosmer-Lemeshow foi realizado para avaliar o ajuste do modelo de regressão logística multivariada. Para todas as análises, foi adotado nível de significância (α) de 5%.

As análises estatísticas foram feitas com o *software* R³⁴ (versão 4.1.3). Uma análise de sensibilidade descritiva comparou os pacientes excluídos ($n=44$) com o grupo

analisado ($n=211$) para verificar se as perdas foram seletivas. Em adendo, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do INCA sob o número de parecer 6606693 (CAAE: 75771623.0.00005274), em conformidade com as diretrizes éticas relacionadas a estudos envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução nº. 466/2012³⁵ do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A taxa de desistência do tabagismo foi de 31,8% ($n=67$). Entre os 211 pacientes que participaram do estudo, 114 (54%) eram do sexo feminino. Aproximadamente 40% se identificaram como brancos ($n=90$, 43,3%), 85 (40,8%) como pardos e 33 (15,9%) como pretos, sendo essa característica estatisticamente relacionada ao *status* de fumante aos seis meses ($p<0,001$). Cerca de metade dos pacientes tinha 60 anos ou mais ($n=106$, 50,2%). Um pouco mais de um terço era casado ou coabitava com um parceiro ($n=79$, 37,6%) (Tabela 1).

Um pouco mais de um quarto dos pacientes apresentava câncer de cabeça e pescoço ($n=58$, 27,5%). Cerca de um quinto ($n=38$, 18,0%) tinha tumores geniturinários, 30 (14,2%) apresentavam tumores do trato digestivo, 30 (14,2%) tinham neoplasias de brônquios e pulmões, 17 (8,1%) tinham câncer de mama e 15 (7,1%) apresentavam tumores hematológicos. Mais de dois terços dos pacientes estavam em estágios avançados da doença (III ou IV) ($n=122$, 67,8%). Observou-se uma associação estatisticamente significativa entre a realização de cirurgia e a cessação do tabagismo ($p=0,016$) (Tabela 2).

Um pouco mais de um quinto dos pacientes autorrelatou depressão ($n=45$, 21,3%) e 83 (39,3%) autorrelataram ansiedade (Tabela 3).

No estudo, 75,5% dos pacientes ($n=157$) já haviam tentado parar de fumar; 99,1% ($n=209$) usavam cigarro industrializado; 45,4% ($n=94$) tinham dependência intensa à nicotina; 44% ($n=91$) fumavam o primeiro cigarro em até 5 minutos após acordar; 79,6% ($n=160$) estavam nos estágios de preparação e ação; 27,8% ($n=58$) conviviam com fumantes em casa. Destaca-se que comparecer a quatro ou mais consultas esteve associado à cessação do tabagismo em seis meses ($p<0,001$). Em relação aos tratamentos, destaca-se que: 47,4% ($n=100$) receberam TRN, 47,4% ($n=100$) receberam bupropiona, e 5,2% ($n=11$) não receberam medicamentos (Tabela 4).

A mediana de comparecimento às consultas foi 2. Nas análises bivariadas, destacaram-se as seguintes variáveis: raça/cor preta associou-se à menor cessação (OR bruta 0,28; $p=0,001$), cirurgia à maior (OR 2,51; $p=0,018$) e ≥ 4 consultas a um maior sucesso (OR 3,02; $p=0,001$) (Tabela 5).



Tabela 1. Distribuição dos pacientes oncológicos atendidos no Instituto Nacional de Câncer para tratamento do tabagismo, por *status* de cessação em seis meses, segundo características sociodemográficas, 2019-2023

Característica	Fumando após 6 meses		Não fumando após 6 meses		p
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	64	44,4	33	49,0	0,514
Feminino	80	55,6	34	51,0	
Idade (anos)					
Até 44	20	13,9	3	4,5	0,162
45-54	23	16,0	11	16,4	
55-64	65	45,1	30	44,8	
65 ou mais	36	25,0	23	34,3	
Raça/cor					
Branca	47	33,3	43	64,0	<0,001*
Parda	71	50,4	14	21,0	
Preta	23	16,3	10	15,0	
Grau de escolaridade^b					
Até nível fundamental completo	72	51,8	33	52,0	0,975
Ensino médio incompleto e acima	67	48,2	31	48,0	
Situação conjugal^c					
Casado ou vive com companheiro	48	33,3	31	47,0	
Outros	96	66,7	35	53,0	
Situação ocupacional^d					
Aposentado	38	30,6	21	33,3	0,414
Desempregado	49	39,5	23	36,5	
Licenciado	13	10,5	11	17,5	
Empregado	24	19,4	8	12,7	
Renda^e					
Até 1 salário-mínimo	62	65,3	31	77,5	0,161
Mais de 1 salário-mínimo	33	34,7	9	22,5	

Legendas: ^aSem informação n=3 (1,4%); ^bSem informação n=8 (3,8%), ^cSem informação n=1 (0,5%), ^dSem informação n=24 (11,4%); ^eSem informação n=76 (36,0%); *p<0,05.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes oncológicos atendidos no Instituto Nacional de Câncer para tratamento do tabagismo, por *status* de cessação em seis meses, segundo características da história neoplásica, 2019-2023

Característica	Fumando após 6 meses		Não fumando após 6 meses		p
	n	%	n	%	
Localização do tumor					
Cabeça e pescoço	34	23,6	24	35,8	0,508
Geniturinários	29	20,1	9	13,4	
Digestivos	21	14,6	9	13,4	
Traqueia, brônquios e pulmões	21	14,6	9	13,4	
Mama	12	8,3	5	7,5	
Hematológicos	9	6,3	6	9,0	
Outros	18	12,5	5	7,5	
Estadiamento^a					
0 - I - II	40	32,8	18	31,0	0,966
III	36	29,5	18	31,0	
IV	46	37,7	22	38,0	
Tumor associado ao tabagismo^b					
Não	60	41,7	24	35,8	0,419
Sim	84	58,3	43	64,2	
Mais de 1 tumor primário^c					
Não	130	90,9	60	89,6	0,755
Sim	13	9,1	7	10,4	
Cirurgia					
Não	128	88,9	51	76,1	0,016*
Sim	16	11,1	16	23,9	
Quimioterapia					
Não	74	51,4	32	47,8	0,624
Sim	70	48,6	35	52,2	
Radioterapia					
Não	121	84,0	49	73,1	0,063
Sim	23	16,0	18	26,9	

Legendas: ^aSem informação n=31 (14,7%); ^bPulmão, cabeça e pescoço, estômago, rim, pâncreas, fígado, bexiga, colo do útero, colorretal e leucemia mieloide aguda; ^cSem informação n=1 (0,5%); *p<0,05.



Tabela 3. Distribuição dos pacientes oncológicos atendidos no Instituto Nacional de Câncer para tratamento do tabagismo, por *status* de cessação em seis meses, segundo características da história clínica, 2019-2023

Característica	Fumando após 6 meses		Não fumando após 6 meses		p
	n	%	n	%	
	144	68,2	67	31,8	
Comorbidade pulmonar^a					
Não	122	84,7	51	76,1	0,130
Sim	22	15,3	16	23,9	
Comorbidade cardiovascular^b					
Não	88	61,1	41	61,2	0,991
Sim	56	38,9	26	38,8	
Diabetes					
Não	125	86,8	61	91,0	0,375
Sim	19	13,2	6	9,0	
Depressão					
Não	111	77,1	55	82,1	0,409
Sim	33	22,9	12	17,9	
Ansiedade					
Não	86	59,7	42	62,7	0,682
Sim	58	40,3	25	37,3	

Legendas: ^aAsma, bronquite, doença pulmonar obstrutiva crônica, enfisema, tuberculose; ^bHipertensão arterial sistêmica, infarto agudo do miocárdio, angina pectoris.

A variável renda foi excluída do modelo em razão da alta ausência de dados (36%). O modelo indicou que pacientes negros tiveram 63% menos chance de parar de fumar que brancos (OR=0,37; $p=0,003$); os sem companheiro, 54% menos que casados (OR=0,46; $p=0,030$); pacientes submetidos à cirurgia e os que participaram de quatro ou mais consultas tiveram maior chance de cessar o tabagismo (OR=2,48; $p=0,040$; OR=2,58; $p=0,006$). Viver com fumantes reduziu essa chance, sem significância estatística (OR=0,48; $p=0,069$). O teste de Hosmer-Lemeshow indicou bom ajuste ($p=0,306$). A análise de perdas entre os 211 casos estudados e os 44 excluídos não mostrou diferenças significativas nas variáveis avaliadas ($p\leq 0,05$).

DISCUSSÃO

Este estudo analisou fatores associados à efetividade do tratamento para cessar o tabagismo em pacientes oncológicos, grupo com desafios específicos. O tabagismo agrava o prognóstico e a qualidade de vida, tornando o tema essencial. A pesquisa, baseada em autores que abordam a relação entre câncer e tabagismo, reforça a relevância do tema e contribui para estratégias terapêuticas mais eficazes.

Tabela 4. Distribuição dos pacientes oncológicos atendidos no Instituto Nacional de Câncer para tratamento do tabagismo, por *status* de cessação em seis meses, segundo características da história tabagística, 2019-2023

Característica	Fumando após 6 meses		Não fumando após 6 meses		p
	n	%	n	%	
	144	68	67	31,8	
Idade de início do tabagismo (anos)^a					
Até 14	56	40,0	21	31,8	0,257
Mais de 14	84	60,0	45	68,2	
Tempo total de tabagismo (anos)^a					
Até 39	50	35,7	19	28,8	0,326
Mais de 39	90	64,3	47	71,2	
Tentativas anteriores de cessação^b					
Nunca	37	26,1	14	21,2	0,450
1 ou mais	105	73,9	52	78,8	
Teste de Fagerström^c					
Até 5	79	55,2	34	53,1	0,777
Mais de 5	64	44,8	30	46,9	
Tempo para fumar o 1º cigarro após acordar^c					
Até 5 min	64	44,7	27	42,2	0,602
6 - 30 min	54	37,8	22	34,4	
Mais de 30 min	25	17,5	15	23,4	
Cigarros por dia^{c,d}					
Até 20	109	76,2	49	76,6	0,958
Mais de 20	34	23,8	15	23,4	
Estágio motivacional^e					
Pré-contemplação/contemplação	31	22,3	10	16,1	0,316
Preparação/ação	108	77,7	52	83,9	
Outros fumantes no domicílio^f					
Não	99	69,2	52	78,8	0,152
Sim	44	30,8	14	21,2	
Comparecimento às consultas					
1	58	40,3	13	19,4	<0,001*
2 - 3	51	35,4	21	31,3	
4 ou mais	35	24,3	33	49,3	
Tratamento proposto					
Apenas aconselhamento	6	4,2	5	7,5	0,578
Aconselhamento + TRN isolada/combinada	70	48,6	30	44,8	
Aconselhamento + bupropiona (± TRN isolada/combinada)	68	47,2	32	47,7	

Legendas: TRN = terapia de reposição de nicotina (adesivos, gomas e/ou pastilhas); ^aSem informação n=5 (2,4%); ^bSem informação n=3 (1,4%); ^cSem informação n=4 (1,9%); ^dUso exclusivo de cachimbo n=2 (1,0%); ^eSem informação n=10 (4,7%); ^fSem informação n=2 (1,0%); * $p<0,05$.



Tabela 5. Razão de chances bruta e ajustada de cessação de tabagismo em seis meses de pacientes oncológicos atendidos no Instituto Nacional de Câncer, 2019-2023

Característica	OR bruta	IC 95%	P	OR ajustada	IC 95%	P
Idade (anos)						
Até 60	1,00	-		1,00	-	
61 ou mais	1,46	0,82 - 2,64	0,200	1,25	0,63 - 2,49	0,515
Raça/cor						
Branca	1,00	-		1,00	-	
Negra	0,28	0,15 - 0,51	<0,001*	0,37	0,19 - 0,72	0,003*
Situação conjugal						
Casado ou vive com companheiro	1,00	-		1,00	-	
Outros	0,56	0,31 - 1,02	0,060	0,46	0,23 - 0,92	0,030*
Comorbidade pulmonar^a						
Não	1,00	-		1,00	-	
Sim	1,74	0,84 - 3,57	0,133	1,36	0,57 - 3,19	0,476
Cirurgia						
Não	1,00	-		1,00	-	
Sim	2,51	1,16 - 5,43	0,018*	2,48	1,04 - 5,96	0,040*
Radioterapia						
Não	1,00	-		1,00	-	
Sim	1,93	0,95 - 3,89	0,065	2,05	0,92 - 4,56	0,077
Outros fumantes no domicílio						
Não	1,00	-		1,00	-	
Sim	0,61	0,30 - 1,18	0,154	0,48	0,21 - 1,03	0,069
Comparecimento às consultas						
Até 3	1,00	-		1,00	-	
4 ou mais	3,02	1,64 - 5,61	<0,001*	2,58	1,31 - 5,11	0,006*

Legendas: OR = odds ratio; IC 95% = intervalo de confiança 95%; ^aAsma, bronquite, doença pulmonar obstrutiva crônica, enfisema, tuberculose; *p<0,05.

A proporção de cessação do tabagismo em seis meses foi de 31,8%. Pacientes brancos, operados durante o tratamento, que viviam com companheiro e compareceram a pelo menos quatro consultas tiveram maior chance de parar de fumar. Em um estudo prospectivo com 71 pacientes com câncer que utilizou abordagem comportamental consistente em sessões semanais de aconselhamento em conjunto com farmacoterapia (TRN ou bupropiona), a taxa de abstinência observada em seis meses foi de 32%. Assim como neste estudo, a maioria dos pacientes tinha tumores associados ao tabagismo, já tinha tentado parar de fumar ao menos uma vez e estava nos estágios motivacionais de preparação ou ação³⁶.

Em outro estudo com pacientes oncológicos que utilizou acompanhamento telefônico e TRN, a proporção de cessação foi de 26%. Nesse trabalho, somente 16% dos pacientes completaram quatro ou mais consultas³⁷. Já nesta pesquisa, 32,2% dos pacientes compareceram a quatro ou mais consultas, o que explica a maior proporção de cessação encontrada.

Um estudo em um centro oncológico nos EUA encontrou uma proporção de cessação do tabagismo de 30,5% entre os pacientes tratados. Mais de 60% receberam pelo menos duas sessões de aconselhamento, o que aumentou a chance de parar de fumar após seis meses²⁸.

Um estudo norte-americano com 2.652 pacientes com câncer encontrou proporção de cessação de tabagismo em seis meses de 45,8%. Os participantes receberam uma consulta inicial presencial e seis a oito consultas adicionais, principalmente por telefone, durante 8 a 12 semanas, além de farmacoterapia por até 12 semanas. Diferente do presente estudo, a maioria era branca (82,1%), tinha menor dependência nicotínica (Fagerström: 4,5 vs. 5,16) e menos anos de tabagismo (34,5 vs. 42,94). Mais de 90% recebeu farmacoterapia. O número de consultas pode ter contribuído para a taxa de abstinência superior a deste estudo¹⁴.

Um estudo norte-americano entre pacientes com câncer observou que pacientes de raça/cor branca apresentaram uma chance maior de parar de fumar³⁸. Outros estudos em populações oncológicas não observaram associação entre raça/cor e cessação do tabagismo^{28,39,40}. Uma revisão sistemática observou que, comparados à raça branca, indivíduos de raça negra apresentavam piores níveis de comunicação e de decisão compartilhada com os profissionais de saúde⁴¹. Já foi descrito em populações não oncológicas que os indivíduos de raça/cor negra foram menos incentivados a parar de fumar⁴², compareceram menos à consulta inicial em ensaios clínicos de cessação do tabagismo⁴³ e tiveram maior chance de sofrer discriminação por parte de profissionais de saúde^{44,45}.

quando comparados com pacientes de raça/cor branca, o que pode impactar a adesão ao tratamento. Indivíduos que sofreram práticas discriminatórias dentro ou fora dos sistemas de saúde podem reagir com ansiedade e reações de esquiva a situações estressantes, gerando até mesmo subutilização dos sistemas de saúde.

A situação conjugal é uma variável relacionada ao apoio social. Os parceiros dos pacientes fumantes podem desempenhar papel fundamental no processo de mudança de comportamento dos pacientes que tentam parar de fumar⁴⁰. Os resultados deste estudo vão ao encontro de outros estudos que revelaram que pacientes oncológicos que moram com companheiro tiveram maior chance de parar de fumar^{39,40}. Pacientes sem companheiro são considerados de alto risco para continuar fumando e devem receber atenção especial durante o tratamento do tabagismo³⁹.

A realização de cirurgia aumentou a chance de cessação do tabagismo. Essa associação já foi mostrada por Hawari et al. em trabalho com 350 pacientes em um centro oncológico na Jordânia, onde ser submetido a cirurgia reduziu a chance de o paciente continuar fumando após o diagnóstico de câncer⁴⁶. Em outro estudo, pacientes submetidos à cirurgia tiveram chance 70% menor de parar de fumar¹⁰. Carroll et al. não encontraram associação entre o tratamento recebido para o câncer e o desfecho do tratamento do tabagismo³⁸. Possíveis explicações são que os pacientes submetidos à cirurgia são fortemente encorajados a parar de fumar pela equipe multiprofissional, em virtude da maior ocorrência de complicações pós-cirúrgicas em pacientes tabagistas⁵, ou não fumam em razão da própria internação ou de incapacidade temporária para fumar após o procedimento⁴⁷.

A intensidade e a frequência das intervenções para cessação do tabagismo têm sido descritas como essenciais para aumentar as taxas de abstinência^{29,39}. Estudos prévios observaram que o comparecimento a um maior número de consultas de cessação do tabagismo aumentou a chance de parar de fumar^{28,38}. Em pacientes com câncer de pulmão submetidos a tratamento cirúrgico, o comparecimento a um maior número de consultas pré-operatórias aumentou as chances de cessação do tabagismo⁴⁸.

O protocolo de tratamento do tabagismo inicia com quatro sessões semanais intensivas, onde o paciente define uma data para parar de fumar e recebe apoio medicamentoso, se necessário. Comparecer a menos de quatro sessões pode comprometer o resultado. No entanto, durante o tratamento do câncer, que pode incluir internação e terapias concomitantes, comparecer às sessões semanais é um desafio. Flexibilizar o intervalo entre consultas e realizar teleconsultas pode aumentar a adesão ao tratamento.

Este estudo possui limitações. A primeira é que o estudo foi retrospectivo e pode ter ocorrido viés de classificação

por erros de registro no prontuário, em estudo de coorte retrospectiva. As taxas de cessação foram autorreferidas e não foi realizada a validação bioquímica da cessação do tabagismo. Contudo, um trabalho revelou que até 91,9% dos pacientes que afirmaram ter parado de fumar em questionários autoperenchidos realmente haviam parado de fumar de acordo com a validação bioquímica. Dessa forma, a validação bioquímica demonstra que as taxas autorrelatadas podem ser ligeiramente superestimadas⁴⁹.

Não foi investigada a intenção do tratamento oncológico, se curativo ou paliativo, o que poderia influenciar no engajamento ao programa⁵⁰ e, por conseguinte, nas taxas de cessação³¹. Também não foi avaliada a possível associação entre internações hospitalares durante o tratamento do tabagismo e o desfecho. Um estudo mostrou que os pacientes que foram hospitalizados apresentaram uma maior chance de cessação do uso de tabaco. Possivelmente, os pacientes têm menores oportunidades de usar o tabaco durante a internação e podem não se sentir bem fisicamente para fumar. Além disso, possuem mais contatos com profissionais de saúde durante a internação, o que pode estimulá-los a permanecer sem fumar³⁷.

Ademais, o INCA é uma instituição oncológica vinculada ao SUS, cujos resultados se aplicam a populações semelhantes. O número reduzido de pacientes pode ter ocultado diferenças estatisticamente significativas. Portanto, estudos com populações maiores são necessários para estimar melhor as associações entre as variáveis e a cessação do tabagismo em pacientes com câncer.

CONCLUSÃO

O estudo identificou fatores associados à cessação do tabagismo em pacientes oncológicos. Indivíduos negros e sem companheiro tiveram menor chance de cessar o tabagismo, enquanto aqueles submetidos à cirurgia e com maior presença nas sessões apresentaram maior probabilidade de parar de fumar.

Os resultados destacam a importância de os profissionais de saúde encaminharem e incentivarem pacientes oncológicos fumantes a aderirem ao tratamento, já que a frequência às sessões foi decisiva. Também é essencial considerar desigualdades sociodemográficas que afetam o acesso, a adesão e o prognóstico desses pacientes.

CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram na concepção e no delineamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica; e aprovaram a versão final do manuscrito.



DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todos os conteúdos subjacentes ao texto do artigo estão contidos no manuscrito.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

REFERÊNCIAS

1. Islami F, Goding Sauer A, Miller KD, et al. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(1):31-54. doi: <https://www.doi.org/10.3322/caac.21440>
2. Schaefer C, Seidel C, Bokemeyer F, et al. The prognostic impact of the smoking status of cancer patients receiving systemic treatment, radiation therapy, and surgery: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer*. 2022;172:130-7. doi: <https://www.doi.org/10.1016/j.ejca.2022.05.027>
3. Bergman M, Fountoukidis G, Smith D, et al. Effect of smoking on treatment efficacy and toxicity in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Cancers (Basel)*. 2022;14(17):4117. doi: <https://www.doi.org/10.3390/cancers14174117>
4. Lu D, Zhou X, Sun H, et al. Risk of second primary cancer in patients with head and neck squamous cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*. 2023;27(9):4897-910. doi: <https://www.doi.org/10.1007/s00784-023-05066-3>
5. Badiani S, Diab J, Woodford E, et al. Impact of preoperative smoking on patients undergoing right hemicolectomies for colon cancer. *Langenbecks Arch Surg*. 2022;407(5):2001-9. doi: <https://www.doi.org/10.1007/s00423-022-02486-9> Erratum in: *Langenbecks Arch Surg*. 2022;407(8):3889. doi: <https://www.doi.org/10.1007/s00423-022-02528-2>
6. Townsend AN, Denton A, Gohel N, et al. An association between comorbidities and postsurgical complications in adults who underwent esophagectomy. *Cureus*. 2023;15(3):e36395. doi: <https://www.doi.org/10.7759/cureus.36395>
7. Chen M, Liang H, Chen M, et al. Risk factors for surgical site infection in patients with gastric cancer: a meta-analysis. *Int Wound J*. 2023;20(9):3884-97. doi: <https://www.doi.org/10.1111/iwj.14264>
8. Price SN, Palmer AM, Fucito LM, et al. Tobacco use and cancer-related symptom burden: analysis of the us population assessment of tobacco and health study. *Cancer*. 2023;129(15):2385-94. doi: <https://www.doi.org/10.1002/cncr.34746>
9. Gali K, Aryal S, Bokemeyer F, et al. Determinants of persistent smoking among breast cancer survivors. *Prev Med Rep*. 2024;48:102913. doi: <https://www.doi.org/10.1016/j.pmedr.2024.102913>
10. Taborelli M, Dal Maso L, Zucchetto A, et al. Prevalence and determinants of quitting smoking after cancer diagnosis: a prospective cohort study. *Tumori*. 2022;108(3):213-22. doi: <https://www.doi.org/10.1177/03008916211009301>
11. Burke L, Miller LA, Saad A, et al. Smoking behaviors among cancer survivors: an observational clinical study. *J Oncol Pract*. 2009;5(1):6-9. doi: <https://www.doi.org/10.1200/JOP.0912001>
12. Ramaswamy AT, Toll BA, Chagpar AB, et al. Smoking, cessation, and cessation counseling in patients with cancer: a population-based analysis. *Cancer*. 2016;122(8):1247-53. doi: <https://www.doi.org/10.1002/cncr.29851>
13. Chang EHE, Braith A, Hitsman B, et al. Treating nicotine dependence and preventing smoking relapse in cancer patients. *Expert Rev Qual Life Cancer Care*. 2017;2(1):23-39. doi: <https://www.doi.org/10.1080/23809000.2017.1271981>
14. Cinciripini PM, Karam-Hage M, Kypriotakis G, et al. Association of a comprehensive smoking cessation program with smoking abstinence among patients with cancer. *JAMA Netw Open*. 2019;2(9):e1912251. doi: <https://www.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.12251>
15. Schnoll RA, Rothman RL, Newman H, et al. Characteristics of cancer patients entering a smoking cessation program and correlates of quit motivation: implications for the development of tobacco control programs for cancer patients. *Psychooncology*. 2004;13(5):346-58. doi: <https://www.doi.org/10.1002/pon.756>
16. Linden W, Vodermaier A, Mackenzie R, et al. Anxiety and depression after cancer diagnosis: prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J Affect Disord*. 2012;141(2-3):343-51. doi: <https://www.doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.025>
17. Berg CJ, Thomas AN, Mertens AC, et al. Correlates of continued smoking versus cessation among survivors of smoking-related cancers. *Psychooncology*. 2013;22(4):799-806. doi: <https://www.doi.org/10.1002/pon.3077>

18. Bokemeyer F, Lebherz L, Bokemeyer C, et al. Smoking patterns and the intention to quit in German patients with cancer: study protocol for a cross-sectional observational study. *BMJ Open* 2023;13:e069570. doi: <https://www.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069570>
19. Fitzpatrick P, Bhardwaj N, Masalkhi M, et al. Provision of smoking cessation support for patients following a diagnosis of cancer in Ireland. *Prev Med Rep.* 2023;32:102158. doi: <https://www.doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102158>
20. Cox LS, Africano NL, Tercyak KP, et al. Nicotine dependence treatment for patients with cancer. *Cancer.* 2003;98(3):632-44. doi: <https://www.doi.org/10.1002/cncr.11538> Erratum in: *Cancer.* 2003;98(5):1104.
21. Sharp L, Johansson H, Fagerström K, et al. Smoking cessation among patients with head and neck cancer: cancer as a 'teachable moment'. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2008;17(2):114-9. doi: <https://www.doi.org/10.1111/j.1365-2354.2007.00815.x>
22. Mendes ACR, Toscano CM, Barcellos RMS, et al. Custos do programa de tratamento do tabagismo no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2016;50:66.
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria Conjunta nº 10, de 16 de abril de 2020. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2020 abr 24 [acesso 2023 nov 15]; Edição 78; Seção 1:214. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/relatorios/portaria/2020/portariaconjunta_sctie_saes_10_2020.pdf
24. Organização Mundial da Saúde. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems tenth revision [Internet]. 2. ed. Geneva: World Health Organization; 2004 [acesso 2024 maio 15]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42980/9241546530_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Brierley JD, Gospodarowicz MK, Wittekind C. *TNM classification of malignant tumours.* 8. ed. Oxford; Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.; 2017.
26. Burris JL, Borger TN, Shelton BJ, et al. tobacco use and tobacco treatment referral response of patients with cancer: implementation outcomes at a National Cancer Institute-Designated Cancer Center. *JCO Oncol Pract.* 2022;18(2):e261-70. doi: <https://www.doi.org/10.1200/OP.20.01095>
27. Taylor KL, Webster MA, Philips JG, et al. Integrating tobacco use assessment and treatment in the oncology setting: quality improvement results from the georgetown lombardi smoking treatment and recovery program. *Curr Oncol.* 2023;30(4):3755-75. doi: <https://www.doi.org/10.3390/curroncol30040285>
28. Park ER, Perez GK, Regan S, et al. Effect of sustained smoking cessation counseling and provision of medication vs shorter-term counseling and medication advice on smoking abstinence in patients recently diagnosed with cancer: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2020;324(14):1406-18. doi: <https://www.doi.org/10.1001/jama.2020.14581>
29. Pluta K, Hohl SD, D'Angelo H, et al. Data envelopment analysis to evaluate the efficiency of tobacco treatment programs in the NCI Moonshot Cancer Center Cessation Initiative. *Implement Sci Commun.* 2023;4(1):50. doi: <https://www.doi.org/10.1186/s43058-023-00433-3>
30. Westergaard SA, Rupji M, Franklin LE, et al. Engagement and outcomes of cancer patients referred to a tobacco cessation program at a National Cancer Institute-designated cancer center. *Cancer Med.* 2023;12(6):7339-47. doi: <https://www.doi.org/10.1002/cam4.5423>
31. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. The fagerström test for nicotine dependence: a revision of the fagerström tolerance questionnaire. *Br J Addict.* 1991;86(9):1119-27. doi: <https://www.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x>
32. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992;47(9):1102-14. doi: <https://www.doi.org/10.1037//0003-066x.47.9.1102>
33. Pawlina MM, Rondina RC, Espinosa MM, et al. Abandonment of nicotine dependence treatment: a cohort study. *Sao Paulo Med J.* 2016;134(1):47-55. doi: <https://www.doi.org/10.1590/1516-3180.2015.00830309>
34. R: The R Project for Statistical Computing [Internet]. Version 4.1.2 [place unknown]: The R foundation. 2021 Nov 2 - [acesso 2025 set 6]. Available from : <https://www.r-project.org/>
35. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. 2013 jun 13; Seção I:59.
36. Ong J, Plueckhahn I, Cruickshank D, et al. A smoking cessation programme for current and recent ex-smokers following diagnosis of a potentially curable cancer. *Intern Med J.* 2016;46(9):1089-96. doi: <https://www.doi.org/10.1111/imj.13172>
37. Notier AE, Hager P, Brown KS, et al. Using a quitline to deliver opt-out smoking cessation for cancer patients. *JCO Oncol Pract.* 2020;16(6):e549-56. doi: <https://www.doi.org/10.1200/JOP.19.00296>



38. Carroll AJ, Veluz-Wilkins AK, Blazekovic S, et al. Cancer-related disease factors and smoking cessation treatment: analysis of an ongoing clinical trial. *Psychooncology*. 2018;27(2):471-6. doi: <https://www.doi.org/10.1002/pon.4483>
39. Rettig EM, Fakhry C, Hales RK, et al. Pilot randomized controlled trial of a comprehensive smoking cessation intervention for patients with upper aerodigestive cancer undergoing radiotherapy. *Head Neck*. 2018;40(7):1534-47. doi: <https://www.doi.org/10.1002/hed.25148>
40. Gummerson SP, Lowe JT, Taylor KL, et al. The characteristics of patients who quit smoking in the year following a cancer diagnosis. *J Cancer Surviv*. 2022;16(1):111-8. doi: <https://www.doi.org/10.1007/s11764-021-01009-7>
41. Shen MJ, Peterson EB, Costas-Muñoz R, et al. The effects of race and racial concordance on patient-physician communication: a systematic review of the literature. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2018;5(1):117-40. doi: <https://www.doi.org/10.1007/s40615-017-0350-4>
42. Landrine H, Corral I, Campbell KM. Racial disparities in healthcare provider advice to quit smoking. *Prev Med Rep*. 2018;10:172-5. doi: <https://www.doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.03.003>
43. King AC, Cao D, Southard CC, et al. Racial differences in eligibility and enrollment in a smoking cessation clinical trial. *Health Psychol*. 2011;30(1):40-8. doi: <https://www.doi.org/10.1037/a0021649>
44. Boccolini CS, Boccolini PM, Damacena GN, et al. Factors associated with perceived discrimination in health services of Brazil: results of the Brazilian National Health Survey, 2013. *Cien Saude Colet*. 2016;21(2):371-8. doi: <https://www.doi.org/10.1590/1413-81232015212.19412015>
45. Weech-Maldonado R, Hall A, Bryant T, et al. The relationship between perceived discrimination and patient experiences with health care. *Med Care*. 2012;50(9 Suppl 2):S62-8. doi: <https://www.doi.org/10.1097/MLR.0b013e31825fb235>
46. Hawari FI, Abu Alhalawa MA, Alshraiedeh RH, et al. Supporting smokers in difficult settings: suggestions for better education and counseling in Cancer Centers in Jordan. *Curr Oncol*. 2022;29(12):9335-48. doi: <https://www.doi.org/10.3390/currenol29120732>
47. Schnoll RA, Malstrom M, James C, et al. Correlates of tobacco use among smokers and recent quitters diagnosed with cancer. *Patient Educ Couns*. 2002;46(2):137-45. doi: [https://www.doi.org/10.1016/s0738-3991\(01\)00157-4](https://www.doi.org/10.1016/s0738-3991(01)00157-4)
48. Heiden BT, Eaton DB Jr, Chang SH, et al. Assessment of duration of smoking cessation prior to surgical treatment of non-small cell lung cancer. *Ann Surg*. 2023;277(4):e933-40. doi: <https://www.doi.org/10.1097/SLA.0000000000005312>
49. Nayan S, Gupta MK, Strychowsky JE, et al. Smoking cessation interventions and cessation rates in the oncology population: an updated systematic review and meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;149(2):200-11. doi: <https://www.doi.org/10.1177/0194599813490886>
50. Alcántara LS, Caboclo GWMF, Borges VLG, et al. História do programa INCA livre do cigarro e seus desdobramentos no programa nacional de controle do tabagismo: avanços e desafios da abordagem assistencial. *Rev Bras Cancerol*. 2025;71(3):e-155236. doi: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n3.5236>

Recebido em 3/11/2025
Aprovado em 8/1/2026

