

Factores Asociados al Cese del Tabaquismo en Pacientes Oncológicos del INCA

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

Fatores Associados à Cessaç o do Tabagismo em Pacientes Oncológicos do INCA

Factors Associated with Smoking Cessation in Oncological Patients at INCA

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

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 terap uticas personalizadas, respetando la singularidad y vulnerabilidad de los pacientes con cáncer.

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

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 c ncer continuam a fumar mesmo após o diagnóstico. Agrava-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 C ncer (INCA). **Método:** Estudo de coorte retrospectiva utilizando dados do prontuário eletr nico 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 viv am 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 terap uticas personalizadas, respeitando a singularidade e a vulnerabilidade dos pacientes com cáncer.

Palavras-chave: Tabagismo; Abandono do H bito 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.

^{1,3}Instituto Nacional de C ncer (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>

Dirección para correspondencia: Gustavo Wagner Mello Ferreira Caboclo. INCA, Hospital do Cáncer I, Centro de Estudos para Tratamento da Depend ncia de Nicotina. Pra a Cruz Vermelha, 23 – Centro. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. CEP 20230-130. E-mail: gustavo.caboclo@inca.gov.br



INTRODUCCIÓN

El tabaquismo es una enfermedad crónica y la mayor causa evitable de padecimiento y muerte por cáncer¹. Además, el tabaquismo en pacientes oncológicos está asociado a menor sobrevida global y a mayor mortalidad específica por cáncer², efectos colaterales de la radioterapia³, riesgo de desarrollo de otros tumores primarios⁴, probabilidad de complicaciones quirúrgicas⁵⁻⁷, cansancio, problemas emocionales, dolores y peor calidad de vida en comparación con pacientes que nunca fumaron o exfumadores⁸. A pesar de esto, muchos pacientes oncológicos fuman incluso después del diagnóstico^{9,10}. Adicionalmente, es de destacar que muchos pacientes no son alertados sobre los riesgos de continuar fumando tras el diagnóstico de cáncer¹¹.

En un estudio poblacional, solamente el 51,7% de los pacientes fue orientado a parar de fumar por profesionales de salud¹². No obstante, los pacientes oncológicos enfrentan desafíos en el cese del tabaquismo, con altos niveles de dependencia de la nicotina¹³ y mayores dificultades durante el tratamiento¹⁴. Se constata, además, una baja percepción de los riesgos asociados al tabaquismo¹⁵. La prevalencia de trastornos mentales, como ansiedad y depresión, en estos pacientes, es alta¹⁶. Los sobrevivientes de cáncer relacionado con el tabaco con síntomas depresivos tienen más probabilidad de continuar fumando¹⁷. Así, los resultados del tratamiento del tabaquismo pueden verse afectados por la falta de atención a las necesidades específicas de dichos pacientes¹⁸, con bajas tasas de envío hacia servicios especializados, además de la no disponibilidad de medicamentos auxiliares para el cese¹⁹, siendo importante destacar que el diagnóstico del cáncer es un momento sensible y de oportunidad para el enfoque terapéutico buscando el cese del tabaquismo^{20,21}.

En 2002, el SUS implementó el tratamiento del tabaquismo, ofreciendo métodos de primera línea de acuerdo con el Consenso de Enfoque y Tratamiento de Fumadores²². El Protocolo Clínico y Directrices Terapéuticas (PCDT) del Tabaquismo, de 2020, establece criterios para diagnóstico y tratamiento del tabaquismo en el Sistema Único de Salud (SUS), enfatizando intervenciones tempranas y combinación de enfoques comportamentales y medicamentosos, principalmente para pacientes oncológicos, sin estrategias específicas para este grupo²³.

Hasta donde se sabe, ningún estudio evaluó el tratamiento del tabaquismo en centros oncológicos del SUS. El objetivo de este estudio fue evaluar los factores sociodemográficos y clínicos asociados al cese del tabaquismo en pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Cáncer (INCA), considerando factores como protocolo de tratamiento, apoyo familiar y cuestiones socioeconómicas.

MÉTODO

Estudio observacional, de cohorte retrospectiva, analítico, que utilizó datos de pacientes atendidos en el Centro de Estudios para Tratamiento de la Dependencia de Nicotina del INCA. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica del Centro, historias clínicas generales del INCA y del Registro Hospitalario de Cáncer. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con cáncer en cualquier localización según la décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)²⁴, en cualquier estadio según el TNM²⁵, en remisión o no, independientemente de la fecha del diagnóstico, que procuraron el Centro de Estudios para Tratamiento de la Dependencia de Nicotina del INCA para tratar su tabaquismo entre el 01/01/2019 y el 28/02/2023 y que afirmaron haber usado por lo menos un cigarrillo u otro producto derivado del tabaco en los últimos 30 días^{26,27}.

Los criterios de exclusión fueron: pacientes con registros solo en historias clínicas físicas del Centro de Estudios del INCA; pacientes que fallecieron en hasta 180 días después de la primera consulta; y pacientes sin información sobre el estatus de tabaquismo seis meses después de la consulta inicial. El tratamiento de los pacientes siguió el PCDT del Tabaquismo de 2020²³ y consistió en consejería estructurada para todos, con apoyo medicamentoso, de ser necesario. Todos los pacientes fueron orientados para parar de fumar e iniciar el tratamiento, independientemente de la etapa motivacional²⁷. La consejería estructurada se realizó en cuatro sesiones semanales, seguidas de dos quincenales y una mensual, abordando dependencia de nicotina y estrategias para parar de fumar. El tratamiento indicado involucró terapia de reposición de nicotina (TRN) y/o bupropión, con discusión sobre adhesión y efectos colaterales en cada sesión.

El desenlace adoptado fue la proporción de pacientes con autodeclaración de cese del tabaquismo en los últimos siete días, a los seis meses, obtenida de registros y contactos telefónicos^{28,29}. Este resultado se obtuvo a partir de los registros de las fuentes de datos. Los pacientes también fueron contactados por teléfono para conocer el desenlace. No fueron realizadas pruebas bioquímicas para verificar la abstinencia de productos del tabaco, como monóxido de carbono exhalado o medición de cotinina en fluidos corporales³⁰.

Las variables independientes utilizadas fueron: a) Sociodemográficas: sexo, edad, raza/color, educación, estado civil, ocupación e ingresos; b) Antecedentes neoplásicos: localización de los tumores (CIE-10), estadificación y tipo, con foco en tumores asociados al tabaquismo²⁷, tratamiento oncológico previo (cirugía,

radioterapia o quimioterapia); c) Antecedentes clínicos: presencia de comorbilidades como enfermedades pulmonares (asma, bronquitis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica – EPOC, enfisema, tuberculosis), cardiovasculares (hipertensión, infarto, angina), diabetes, depresión y ansiedad; d) Antecedentes tabaquistas: edad de inicio, tiempo de tabaquismo, intentos de cese, dependencia de nicotina (prueba de Fagerström), cigarrillos por día, etapa motivacional y presencia de fumadores en el hogar.

La prueba de Fagerström para dependencia de nicotina³¹ estima la gravedad de la dependencia y está compuesta por seis preguntas referentes al comportamiento de fumar del paciente. La suma de los puntos indica el grado de dependencia a la nicotina, variando entre 0 y 10: entre 0 y 2 indican dependencia muy leve, entre 3 y 4 indican dependencia leve, 5 indica dependencia moderada, 6 y 7 indican dependencia intensa y, entre 8 y 10, indican dependencia muy intensa.

La etapa motivacional fue adaptada del modelo de Prochaska, DiClemente y Norcross³². Estos autores proponen que la superación de la dependencia involucra cinco etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento, con los individuos generalmente reciclando por estas etapas varias veces. Las etapas fueron definidas de la siguiente forma: en la precontemplación, no consideran parar de fumar. Ya en la contemplación, consideran parar eventualmente. En la preparación, comenzaron cambios o revisaron intentos pasados. En la acción, invirtieron tiempo y energía para parar de fumar. En este sentido, cabe reforzar que, en el estudio, las etapas de motivación fueron categorizadas en “precontemplación/contemplación” y “preparación/acción”³³.

La población del estudio fue descrita mediante tablas de frecuencia. La prueba ji al cuadrado de Pearson comparó variables categóricas, mientras que la prueba de Kolmogorov-Smirnov evaluó la normalidad de las variables continuas. Variables con distribución normal fueron descritas mediante media y desviación estándar, y las no normales mediante mediana e intervalo intercuartílico. Análisis de regresión logística bivariado y multivariado estimaron la asociación entre las variables y el desenlace, con cálculo de *odds ratio* (OR) bruta y ajustada e intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Variables con $p \leq 0,20$ en el análisis bivariado fueron incluidas en el modelo final. Las variables fueron agrupadas para la regresión logística: edad, raza/color y asistencia a las consultas. La prueba de Hosmer-Lemeshow fue realizada para evaluar el ajuste del modelo de regresión logística multivariada. Para todos los análisis, se adoptó un nivel de significación (α) del 5%.

Los análisis estadísticos se hicieron con el *software* R³⁴ (versión 4.1.3). Un análisis de sensibilidad descriptiva

comparó a los pacientes excluidos ($n=44$) con el grupo analizado ($n=211$) para verificar si las pérdidas fueron selectivas. Adicionalmente, el estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa del INCA con el número de parecer 6606693 (CAAE: 75771623.0.00005274), en conformidad con las directrices éticas relacionadas con estudios involucrando seres humanos, de acuerdo con la Resolución n°. 466/2012³⁵ del Consejo Nacional de Salud.

RESULTADOS

La tasa de desistencia del tabaquismo fue del 31,8% ($n=67$). Entre los 211 pacientes que participaron del estudio, 114 (54%) eran de sexo femenino. Aproximadamente el 40% se identificó como blanco ($n=90$, 43,3%), 85 (40,8%) como pardos y 33 (15,9%) como negros, siendo esta característica estadísticamente relacionada con el estatus de fumador a los seis meses ($p<0,001$). Cerca de la mitad de los pacientes tenía 60 años o más ($n=106$, 50,2%). Un poco más de un tercio era casado o cohabitaba con una pareja ($n=79$, 37,6%) (Tabla 1).

Un poco más de un cuarto de los pacientes presentaba cáncer de cabeza y cuello ($n=58$, 27,5%). Cerca de un quinto ($n=38$, 18,0%) tenía tumores genitourinarios, 30 (14,2%) presentaban tumores del tracto digestivo, 30 (14,2%) tenían neoplasias de bronquios y pulmones, 17 (8,1%) tenían cáncer de mama y 15 (7,1%) presentaban tumores hematológicos. Más de dos tercios de los pacientes estaban en estadios avanzados de la enfermedad (III o IV) ($n=122$, 67,8%). Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la realización de cirugía y el cese del tabaquismo ($p=0,016$) (Tabla 2).

Un poco más de un quinto de los pacientes autodeclaró depresión ($n=45$, 21,3%) y 83 (39,3%) declararon ansiedad (Tabla 3).

En el estudio, el 75,5% de los pacientes ($n=157$) ya había intentado parar de fumar; el 99,1% ($n=209$) usaba cigarrillo industrializado; el 45,4% ($n=94$) tenía dependencia intensa a la nicotina; el 44% ($n=91$) fumaba el primer cigarrillo en los primeros cinco minutos luego de despertar; el 79,6% ($n=160$) estaba en las etapas de preparación y acción; el 27,8% ($n=58$) convivía con fumadores en casa. Se resalta que acudir a cuatro o más consultas estuvo asociado al cese del tabaquismo en seis meses ($p<0,001$). Con relación a los tratamientos, se destaca que el 47,4% ($n=100$) recibió TRN, el 47,4% ($n=100$) recibió bupropión, y el 5,2% ($n=11$) no recibió medicamentos (Tabla 4).

La mediana de asistencia a las consultas fue 2. En los análisis bivariados, se destacaron las siguientes variables: raza/color negra se asoció al menor cese (OR bruta 0,28; $p=0,001$), cirugía al mayor (OR 2,51; $p=0,018$) y cuatro o más consultas a un mayor éxito (OR 3,02; $p=0,001$) (Tabla 5).

Tabla 1. Distribución de los pacientes oncológicos atendidos en el Instituto Nacional del Cáncer para tratamiento del tabaquismo, por estatus de cese en seis meses, según características sociodemográficas, 2019-2023

Característica	Fumando después de 6 meses		No fumando después de 6 meses		p
	n	%	n	%	
Sexo	144	68,2	67	32	
Masculino	64	44,4	33	49,0	0,514
Femenino	80	55,6	34		51,0
Edad (años)					
Hasta 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 o más	36	25,0	23		34,3
Raza/color					
Blanca	47	33,3	43	64,0	<0,001*
Parda	71	50,4	14	21,0	
Negra	23	16,3	10	15,0	
Grado de educación^b					
Hasta nivel primario completo	72	51,8	33	52,0	0,975
Educación secundaria incompleta y más	67	48,2	31		48,0
Situación conyugal^c					
Casado o vive con pareja	48	33,3	31	47,0	53,0
Otros	96	66,7	35		
Situación ocupacional^d					
Jubilado	38	30,6	21	33,3	0,414
Desempleado	49	39,5	23		36,5
Con licencia	13	10,5	11		17,5
Empleado	24	19,4	8		12,7
Ingresos^e					
Hasta un salario mínimo	62	65,3	77,5	0,161	
Más de un salario mínimo	33	34,7	22,5		

Leyenda: ^a Sin información n=3 (1,4%); ^b Sin información n=8 (3,8%), ^c Sin información n=1 (0,5%), ^d Sin información n=24 (11,4%); ^e Sin información n=76 (36,0%); *p<0,05.

Tabla 2. Distribución de los pacientes oncológicos atendidos en el Instituto Nacional del Cáncer para tratamiento del tabaquismo, por estatus de cese en seis meses, según características de los antecedentes neoplásicos, 2019-2023

Característica	Fumando después de 6 meses		No fumando después de 6 meses		p
	n	%	n	%	
Localización del tumor	144	68,2	67	31,8	
Cabeza y cuello	34	23,6	24	35,8	0,508
Genitourinarios	29	20,1	9	13,4	
Digestivos	21	14,6	9	13,4	
Tráquea, bronquios y pulmones	21	14,6	9	13,4	
Mama	12	8,3	5	7,5	
Hematológicos	9	6,3	6	9,0	
Otros	18	12,5	5	7,5	
Estadificación^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 asociado al tabaquismo^b					
No	60	41,7	24	35,8	0,419
Sí	84	58,3	43	64,2	
Más de un tumor primario^c					
No	130	90,9	60	89,6	0,755
Sí	13	9,1	7	10,4	
Cirugía					
No	128	88,9	51	76,1	0,016*
Sí	16	11,1	16	23,9	
Quimioterapia					
No	74	51,4	32	47,8	0,624
Sí	70	48,6	35	52,2	
Radioterapia					
No	121	84,0	49	73,1	0,063
Sí	23	16,0	18	26,9	

Leyenda: ^a Sin información n=31 (14,7%); ^b Pulmón, cabeza y cuello, estómago, riñón, páncreas, hígado, vejiga, cuello uterino, colorrectal y leucemia mieloide aguda; ^c Sin información n=1 (0,5%); *p<0,05.



Tabla 3. Distribución de los pacientes oncológicos atendidos en el Instituto Nacional del Cáncer para tratamiento del tabaquismo, por estatus de cese en seis meses, según características de los antecedentes clínicos, 2019-2023

Característica	Fumando después de 6 meses		No fumando después de 6 meses		p
	n	%	n	%	
Comorbilidad pulmonar^a	144	68,2	67	31,8	
No	122	84,7	51	76,1	0,130
Sí	22	15,3	16	23,9	
Comorbilidad cardiovascular^b					
No	88	61,1	41	61,2	0,991
Sí	56	38,9	26	38,8	
Diabetes					
No	125	86,8	61	91,0	0,375
Sí	19	13,2	6	9,0	
Depresión					
No	111	77,1	55	82,1	0,409
Sí	33	22,9	12	17,9	
Ansiedad					
No	86	59,7	42	62,7	0,682
Sí	58	40,3	25	37,3	

Leyenda: ^a Asma, bronquitis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, tuberculosis; ^b Hipertensión arterial sistémica, infarto agudo de miocardio, angina de pecho.

La variable ingresos fue excluida del modelo debido a la alta ausencia de datos (36%). El modelo indicó que pacientes negros tuvieron 63% menos probabilidad de parar de fumar que los blancos (OR=0,37; $p=0,003$); los sin pareja, 54% menos que los casados (OR=0,46; $p=0,030$); pacientes sometidos a cirugía y los que participaron de cuatro o más consultas tuvieron mayor probabilidad de cesar el tabaquismo (OR=2,48; $p=0,040$; OR=2,58; $p=0,006$). Vivir con fumadores redujo esta probabilidad, sin significación estadística (OR=0,48; $p=0,069$). La prueba de Hosmer-Lemeshow indicó buen ajuste ($p=0,306$). El análisis de pérdidas entre los 211 casos estudiados y los 44 excluidos no mostró diferencias significativas en las variables evaluadas ($p\leq 0,05$).

DISCUSIÓN

Este estudio analizó factores asociados a la efectividad del tratamiento para cesar el tabaquismo en pacientes oncológicos, grupo con desafíos específicos. El tabaquismo agrava el pronóstico y la calidad de vida, tornando el tema esencial. La investigación, basada en autores que abordan la relación entre cáncer y

Tabla 4. Distribución de los pacientes oncológicos atendidos en el Instituto Nacional del Cáncer para tratamiento del tabaquismo, por estatus de cese en seis meses, según características de antecedentes tabaquistas, 2019-2023

Característica	Fumando después de 6 meses		No fumando después de 6 meses		p
	n	%	n	%	
Edad de inicio del tabaquismo (años)^a					
Hasta 14	56	40,0	21	31,8	0,257
Más de 14	84	60,0	45	68,2	
Tiempo total de tabaquismo (años)^a					
Hasta 39	50	35,7	19	28,8	0,326
Más de 39	90	64,3	47	71,2	
Intentos anteriores de cese^b					
Nunca	37	26,1	14	21,2	0,450
Uno o más	105	73,9	52	78,8	
Prueba de Fagerström^c					
Hasta 5	79	55,2	34	53,1	0,777
Más de 5	64	44,8	30	46,9	
Tiempo para fumar el primer cigarrillo tras despertar^c					
Hasta 5 min	64	44,7	27	42,2	0,602
6 - 30 min	54	37,8	22	34,4	
Más de 30 min	25	17,5	15	23,4	
Cigarrillos por día^{c,d}					
Hasta 20	109	76,2	49	76,6	0,958
Más de 20	34	23,8	15	23,4	
Etapas motivacionales^e					
Precontemplación/contemplación	31	22,3	10	16,1	0,316
Preparación/acción	108	77,7	52	83,9	
Otros fumadores en el hogar^f					
No	99	69,2	52	78,8	0,152
Sí	44	30,8	14	21,2	
Asistencia a las consultas					
1	58	40,3	13	19,4	<0,001*
2 - 3	51	35,4	21	31,3	
4 o más	35	24,3	33	49,3	
Tratamiento propuesto					
Solo consejería	6	4,2	5	7,5	0,578
Consejería + TRN aislada/combinada	70	48,6	30	44,8	
Consejería + bupropión (± TRN aislada/combinada)	68	47,2	32	47,7	

Leyenda: TRN = terapia de reposición de nicotina (adhesivos, gomas y/o pastillas); ^a Sin información n=5 (2,4%); ^b Sin información n=3 (1,4%); ^c Sin información n=4 (1,9%); ^d Uso exclusivo de pipa n=2 (1,0%); ^e Sin información n=10 (4,7%); ^f Sin información n=2 (1,0%); * $p<0,05$.



Tabla 5. Razón de probabilidades bruta y ajustada de cese de tabaquismo en seis meses de pacientes oncológicos atendidos en el Instituto Nacional del Cáncer, 2019-2023

Característica	OR bruta	IC 95%	p	OR ajustada	IC 95%	p
Edad (años)						
Hasta 60	1,00	-		1,00	-	
61 o más	1,46	0,82 - 2,64	0,200	1,25	0,63 - 2,49	0,515
Raza/color						
Blanca	1,00	-		1,00	-	
Negra	0,28	0,15 - 0,51	<0,001*	0,37	0,19 - 0,72	0,003*
Situación conyugal						
Casado o vive con pareja	1,00	-		1,00	-	
Otros	0,56	0,31 - 1,02	0,060	0,46	0,23 - 0,92	0,030*
Comorbilidad pulmonar^a						
No	1,00	-		1,00	-	
Sí	1,74	0,84 - 3,57	0,133	1,36	0,57 - 3,19	0,476
Cirugía						
No	1,00	-		1,00	-	
Sí	2,51	1,16 - 5,43	0,018*	2,48	1,04 - 5,96	0,040*
Radioterapia						
No	1,00	-		1,00	-	
Sí	1,93	0,95 - 3,89	0,065	2,05	0,92 - 4,56	0,077
Otros fumadores en el hogar						
No	1,00	-		1,00	-	
Sí	0,61	0,30 - 1,18	0,154	0,48	0,21 - 1,03	0,069
Asistencia a las consultas						
Hasta 3	1,00	-		1,00	-	
4 o más	3,02	1,64 - 5,61	<0,001*	2,58	1,31 - 5,11	0,006*

Leyenda: OR = *odds ratio*; IC 95% = intervalo de confianza 95%; * Asma, bronquitis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, tuberculosis; * $p < 0,05$.

tabaquismo, refuerza la relevancia del tema y contribuye para estrategias terapéuticas más eficaces.

La proporción de cese del tabaquismo en seis meses fue del 31,8%. Pacientes blancos, operados durante el tratamiento, que vivían con pareja y acudieron al menos a cuatro consultas tuvieron mayor probabilidad de parar de fumar. En un estudio prospectivo con 71 pacientes con cáncer que utilizó enfoque comportamental consistente en sesiones semanales de consejería en conjunto con farmacoterapia (TRN o bupropión), la tasa de abstinencia observada en seis meses fue del 32%. Así como en este estudio, la mayoría de los pacientes tenía tumores asociados al tabaquismo, ya había intentado parar de fumar al menos una vez y estaba en las etapas motivacionales de preparación o acción³⁶.

En otro estudio con pacientes oncológicos que utilizó acompañamiento telefónico y TRN, la proporción de cese fue del 26%. En ese trabajo, solo el 16% de los pacientes acudió a cuatro o más consultas³⁷. Ya en esta investigación, el 32,2% de los pacientes acudió a cuatro o más consultas, lo que explica la mayor proporción de cese encontrada.

Un estudio en un centro oncológico en los EE. UU. encontró una proporción de cese del tabaquismo del 30,5% entre los pacientes tratados. Más del 60% recibió por lo menos dos sesiones de consejería, lo que aumentó la probabilidad de parar de fumar después de seis meses²⁸.

Un estudio norteamericano con 2652 pacientes con cáncer encontró proporción de cese de tabaquismo en seis meses del 45,8%. Los participantes recibieron una consulta inicial presencial y de seis a ocho consultas adicionales, principalmente por teléfono, durante 8 a 12 semanas, además de farmacoterapia por hasta 12 semanas. A diferencia del presente estudio, la mayoría era blanca (82,1%), tenía menor dependencia nicotínica (Fagerström: 4,5 vs. 5,16) y menos años de tabaquismo (34,5 vs. 42,94). Más del 90% recibió farmacoterapia. El número de consultas puede haber contribuido para que la tasa de abstinencia sea superior a la de este estudio¹⁴.

Un estudio norteamericano entre pacientes con cáncer observó que pacientes de raza/color blanca presentaron una probabilidad mayor de parar de fumar³⁸. Otros estudios en poblaciones oncológicas no observaron asociación entre raza/color y cese del tabaquismo^{28,39,40}. Una revisión sistemática observó que, comparados con la raza blanca, individuos de raza negra presentaban peores niveles de comunicación y de decisión compartida con los profesionales de salud⁴¹. Ya se describió en poblaciones no oncológicas que los individuos de raza/color de piel negro fueron menos incentivados a parar de fumar⁴², acudieron menos a la consulta inicial en ensayos clínicos de cese del tabaquismo⁴³ y tuvieron mayor probabilidad de sufrir discriminación por parte de profesionales de

salud^{44,45} cuando son comparados con pacientes de raza/ color de piel blanco, lo que puede impactar el compromiso con el tratamiento. Individuos que sufrieron prácticas discriminatorias dentro o fuera de los sistemas de salud pueden responder con ansiedad y reacciones de evasión ante situaciones estresantes, generando incluso hasta subutilización de los sistemas de salud.

La situación conyugal es una variable relacionada con el apoyo social. Las parejas de los pacientes fumadores pueden desempeñar un papel fundamental en el proceso de cambio de comportamiento de los pacientes que intentan parar de fumar⁴⁰. Los resultados de este estudio siguen la corriente de otros estudios que revelaron que pacientes oncológicos que viven en pareja tuvieron mayor probabilidad de parar de fumar^{39,40}. Pacientes sin pareja son considerados de alto riesgo para continuar fumando y deben recibir atención especial durante el tratamiento del tabaquismo³⁹.

La realización de cirugía aumentó la probabilidad de cese del tabaquismo. Esta asociación ya fue mostrada por Hawari et al. en su trabajo con 350 pacientes en un centro oncológico en Jordania, donde ser sometido a cirugía redujo la probabilidad de que el paciente continúe fumando tras el diagnóstico de cáncer⁴⁶. En otro estudio, pacientes sometidos a cirugía tuvieron probabilidad 70% menor de parar de fumar¹⁰. Carroll et al. no encontraron asociación entre el tratamiento recibido para el cáncer y el desenlace del tratamiento del tabaquismo³⁸. Posibles explicaciones son que los pacientes sometidos a cirugía son fuertemente estimulados a parar de fumar por el equipo multiprofesional, en virtud de la mayor ocurrencia de complicaciones posquirúrgicas en pacientes tabaquistas⁵, o no fuman debido a la propia hospitalización o a la incapacidad temporal para fumar después del procedimiento⁴⁷.

La intensidad y la frecuencia de las intervenciones para el cese del tabaquismo han sido descritas como esenciales para aumentar las tasas de abstinencia^{29,39}. Estudios previos observaron que la asistencia a un mayor número de consultas de cese del tabaquismo aumentó la probabilidad de parar de fumar^{28,38}. En pacientes con cáncer de pulmón sometidos a tratamiento quirúrgico, la asistencia a un mayor número de consultas preoperatorias aumentó las probabilidades de cese del tabaquismo⁴⁸.

El protocolo de tratamiento del tabaquismo empieza con cuatro sesiones semanales intensivas, donde el paciente define una fecha para parar de fumar y recibe apoyo medicamentoso, de ser necesario. Acudir a menos de cuatro sesiones puede comprometer el resultado. Sin embargo, durante el tratamiento del cáncer, que puede incluir hospitalización y terapias concomitantes, asistir a las sesiones semanales es un desafío. Flexibilizar el intervalo entre consultas y realizar teleconsultas puede aumentar el compromiso con el tratamiento.

Este estudio tiene limitaciones. La primera es que el estudio fue retrospectivo y puede haber habido sesgo de clasificación por errores de registro en la historia clínica, en estudio de cohorte retrospectiva. Las tasas de cese fueron autodeclaradas y no se realizó la validación bioquímica del cese del tabaquismo. No obstante, un trabajo reveló que hasta el 91,9% de los pacientes que afirmaron haber parado de fumar en cuestionarios autocompletados realmente había parado de fumar de acuerdo con la validación bioquímica. De esta forma, la validación bioquímica demuestra que las tasas autodeclaradas pueden ser ligeramente sobreestimadas⁴⁹.

No se investigó la intención del tratamiento oncológico, si era curativo o paliativo, lo que podría influir en el compromiso con el programa⁵⁰ y, por consiguiente, en las tasas de cese³¹. Tampoco se evaluó la posible asociación entre hospitalizaciones durante el tratamiento del tabaquismo y el desenlace. Un estudio mostró que los pacientes que fueron hospitalizados presentaron una mayor probabilidad de parar de usar tabaco. Posiblemente, los pacientes tienen menores oportunidades de usar el tabaco durante la hospitalización y pueden no sentirse físicamente bien para fumar. Además, tienen más contactos con profesionales de salud durante la hospitalización, lo que puede estimularlos a permanecer sin fumar³⁷.

Además, el INCA es una institución oncológica vinculada al SUS, cuyos resultados se aplican a poblaciones semejantes. El número reducido de pacientes puede haber ocultado diferencias estadísticamente significativas. Por lo tanto, estudios con poblaciones mayores son necesarios para estimar mejor las asociaciones entre las variables y el cese del tabaquismo en pacientes con cáncer.

CONCLUSIÓN

El estudio identificó factores asociados al cese del tabaquismo en pacientes oncológicos. Individuos negros y sin pareja tuvieron menor probabilidad de abandonar el tabaquismo, mientras que aquellos sometidos a la cirugía y con mayor presencia en las sesiones presentaron mayor probabilidad de parar de fumar.

Los resultados destacan la importancia de que los profesionales de salud encaminen e incentiven a pacientes oncológicos fumadores a unirse al tratamiento, ya que la frecuencia a las sesiones fue decisiva. También es esencial considerar desigualdades sociodemográficas que afectan el acceso, la adhesión y el pronóstico de estos pacientes.

APORTES

Todos los autores contribuyeron en la concepción y delineación del estudio; en la obtención, análisis e



interpretación de los datos; en la redacción y revisión crítica; y aprobaron la versión final del manuscrito.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Nada a declarar.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

Todos los contenidos subyacentes al texto del artículo están dentro del manuscrito.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.

REFERENCIAS

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/currncol30040285>
 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/curroncol29120732>
 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. Alcantara 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

