



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM MEDICINA E SAÚDE**



**JUAN PABLO AGUILAR TICONA**

**MELHORA DA ADESÃO EMPREGANDO DECISÃO  
COMPARTILHADA NO TRATAMENTO DO TABAGISMO, EM  
SALVADOR, BAHIA. ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO ABERTO  
CONTROLADO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Salvador  
2017

**JUAN PABLO AGUILAR TICONA**

**MELHORA DA ADESÃO EMPREGANDO DECISÃO  
COMPARTILHADA NO TRATAMENTO DO TABAGISMO, EM  
SALVADOR, BAHIA. ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO ABERTO  
CONTROLADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde, da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Medicina e Saúde.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Tarcísio Matos de Andrade

Salvador  
2017

UFBA/SIBI/Biblioteca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

Aguilar, Juan Pablo

Estudo da adesão ao tratamento do tabagismo em dois grupos de pacientes, um com e o outro sem decisão compartilhada em Salvador, Bahia. Ensaio clínico randomizado aberto controlado / Juan Pablo Aguilar, Tarcísio Andrade, Juan Pablo Aguilar. -- Salvador, 2017.

71 f.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Tarcísio Matos de Andrade.

Dissertação (mestrado Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia.

1. Tomada de decisão compartilhada. 2. Tabagismo. 3. Adesão. I. Andrade, Tarcísio. II. Ticona, Juan Pablo. I. Matos de Andrade, Tarcísio. II. Título.

## COMISSÃO EXAMINADORA

**Maurício Cardeal (ICS/UFBA).**

Doutor em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da Bahia  
Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia, Brasil

**Ana Tereza Rocha (FMB/UFBA)**

Doutor em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da  
Bahia, Brasil  
Professor Adjunto da Universidade Federal da Bahia, Brasil

**Adelmo de Souza Machado Neto (FTC).**

Doutor em Medicina e Saúde pela Universidade Federal da  
Bahia, Brasil  
Professor da FTC

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Juan Ariel Max Aguilar Espinoza e Lucy Ticona Ali e aos meus irmãos Roy e Piero, a quem dedico este trabalho, por todo o apoio e o amor para mim;

Ao Prof. Dr. Tarcísio Matos de Andrade, orientador deste trabalho, pela atenção, estímulo e confiança;

À minha colega Diana Zeballos, por sua paciência e incentivo constante ao meu crescimento profissional;

Aos pacientes que se doaram gratuitamente para a produção de conhecimento científico;

Ao Prof. Dr. Eduardo Netto e à Profa. Dra. Carla Daltro pela oportunidade de poder aprender mais de bioestatística.

Aos meus professores do PPgMS por todos os conhecimentos oferecido para minha formação.

Aos meus amigos, que foram a ajuda para diminuir a saudade de ficar fora da minha nação.

“O câncer demora para matar, mas a nicotina é muito  
rápida para viciar”  
Verónica Hughes

## LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ARD-FC</b>	<i>Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti</i>
<b>CAPSad</b>	<i>Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas</i>
<b>ShD ou DC</b>	<i>Decisão Compartilhada</i>
<b>SD</b>	<i>Desvio Padrão</i>
<b>DSM-5</b>	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
<b>INCA</b>	<i>Instituto Nacional do Câncer</i>
e <b>MG scale</b>	<i>Escala Moriski-Green</i>
<b>NNT</b>	<i>Número Necessário para Tratar</i>
<b>ARR</b>	<i>Redução Absoluta de Risco</i>
<b>SUS</b>	<i>Sistema Único de Saúde</i>
<b>CTB</b>	<i>Terapia cognitivo comportamental</i>
<b>TCLE</b>	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>
<b>TDC</b>	<i>Tomada de decisão compartilhada</i>
<b>NRT</b>	<i>Tratamento de reposição de nicotínica</i>
<b>UFBA</b>	<i>Universidade Federal da Bahia</i>
<b>USF</b>	<i>Unidade de Saúde da Família</i>
<b>VIGITEL</b>	<i>Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico</i>

## SUMÁRIO

Resumos em Português e em Inglês .....	9
Introdução .....	12
Objetivos .....	15
Objetivo principal.....	16
Objetivos secundários .....	16
Resultados .....	17
Artigo de Revisão .....	18
Artigo Original.....	31
Conclusões.....	54
Considerações Finais .....	56
Perspectivas do estudo .....	58
Anexos .....	60
Anexo A: Parecer do comité de Bioética.....	61
Anexo B: Termo de Consentimento livre e esclarecido.....	64
Anexo C: Resumo Presentado no XVIII Simpósio Internacional sobre Tabaco, Álcool e outras Drogas .....	67
Anexo D: Instrumentos de coleta de dados .....	69
Dados Sociodemográficos , sobre tabaquismo e Teste de Fagerström: ....	69
Escala Morisky Green.....	70
Formulário de decisão compartilhada .....	71



## INDICE DE FIGURAS E TABELAS

Sugeri que mudase para português. Veja que os títulos estão em português e o conteúdo em inglês.

### Tabelas

<b>Tabela 1</b> Características sociodemográficas e clínicas de dois grupos de pacientes tabagistas, um deles com ShD em Salvador, Brasil 2015-2016.....	49
<b>Tabela 2</b> Desfechos principais e medida da redução absoluta de risco entre dois grupos de pacientes tabagistas, um deles usando ShD em Salvador, Brasil 2015-2016 6 .....	50
<b>Tabela 3</b> Desfechos secundarios e medida da redução absoluta de risco entre dois grupos de pacientes tabagistas, um deles usando ShD em Salvador , Brazil 2015-2016 .....	51

### Figuras

<b>Figura 1</b> Fluxograma da inscrição dos paciente .....	52
<b>Figura 2</b> Distribuição do abandono durante as 12 semanas de tratamento do tabagismo, entre dois grupos de pacientes, um deles usando ShD em Salvador , Brasil 2015-2016 .....	53
<b>Figura 3</b> Distribuição da abstinencia durante as 12 semanas de tratamento do tabagismo, entre dois grupos de pacientes, um deles usando ShD em Salvador , Brasil 2015-2016 .....	54

## Resumos em Português e em Inglês

---

## RESUMO

O tabagismo é um problema de saúde pública no mundo. No Brasil, apesar das facilidades do tratamento oferecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS); as pesquisas que avaliaram este programa mostram taxas de participação e de cessação baixas. A Decisão Compartilhada (DC) é uma estratégia que inclui a discussão do tipo de tratamento a ser adotado junto com o paciente, para melhorar a autonomia deste último e a qualidade do atendimento. **Objetivo:** Comparar a adesão ao tratamento do tabagismo entre dois grupos de pacientes: grupo controle - o tipo de tratamento adotado foi escolhido pelo médico e grupo experimental - o tipo de tratamento adotado foi escolhido empregando DC. **Método:** Ensaio clínico randomizado, aberto, de 12 semanas de seguimento, em dois centros de saúde especializados no tratamento do tabagismo, na cidade de Salvador–Bahia, Brasil. Foram recrutados 104 participantes e os recursos terapêuticos empregados foram os preconizados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA): Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), acompanhada ou não de terapia medicamentosa (adesivo de nicotina ou bupropiona). **Resultados:** 84 pacientes completaram o seguimento. Pacientes com DC de acordo à escala MG, tiveram uma melhor adesão, comparado aos controles (42,9% vs 8,8%  $p = 0,001$ ), mostrando uma Redução Absoluta de Risco (RAR) para não adesão ao tratamento de 44,1% (IC= 22,3 a 65,9) e um Número Necessário para Tratar (NNT) de 3 (IC 2 a 5) para ter um paciente aderente. A participação na TCC no primeiro mês foi maior no grupo de DC (97,5% vs 75,5%;  $p=0.04$ ) mas no terceiro mês foi similar. Ao final do seguimento, o abandono foi maior no grupo controle (15,0% vs 38,6%;  $p=0,015$ ) com um RAR de 29,7% (IC = 7,8% - 51,5%). Desfechos secundários só mostraram diferença estatisticamente significativa na redução do consumo de cigarros durante o primeiro mês de tratamento (15,4 cigarros vs 10.5 cigarros,  $p = 0.026$ ). O índice de concordância entre as escolhas mostrou que não houve diferença no tipo de tratamento escolhido por DC **Conclusão:** A DC melhora a adesão do paciente ao uso adequado de medicações, influenciando em 1 de 3 paciente que empregam algum tipo de medicação; o uso de TCC para tratar dependência de tabaco não se afasta dos critérios do INCA, de acordo ao índice de concordância. Os desfechos secundários, ainda não são conclusivos, mas mostram uma melhoria proporcional no primeiro mês de tratamento.

## ABSTRACT

Smoking is a public health problem around the world. In Brazil, researches that evaluate this program, show low participation rates and cessation despite the advantages offered by Brazilian Public Health System (SUS). Shared Decision is a strategy that includes the discussion of the type of treatment to be adopted with the patient, to improve patient autonomy and quality of care. **Objective:** To compare the adherence to tobacco dependence treatment between two groups of patients: control group - the type of treatment adopted was chosen by the physician, and intervention group - the type of treatment adopted was chosen using Shared Decision. **Method:** Randomized, open, controlled clinical trial with 12-week follow-up, 104 smokers were recruiting and therapeutic resources recommended by INCA (Brazilian National Cancer Institute or Instituto Nacional do Câncer) were used: Cognitive Behavioral Therapy, with or without drug therapy (nicotine patch or bupropion). **Results:** 84 patients completed the study. Patients with Shared Decision (n=40) according to Morisky Green Scale had better adherence compared to control (42.9% vs 8.8% p = 0.001), showing an Absolute Risk Reduction to not be adherent to the treatment of 44,1% (95%CI = 22.3 to 65.9) and a Number Needed to Treat of 3 (95%CI 2 to 5) to have an adherent patient. Participation in Cognitive Behavioral Therapy in the first month was higher in the Shared Decision group (97.5% vs 75.5%, p = 0.04) but at the last month it was similar. At the end of follow-up, abandonment was higher in the control group (15.0% vs 38.6%, p = 0.015) with an Absolute Risk Reduction of 29.7% (CI = 7.8% - 51.5%). Reduction of cigarette consumption during the first month of treatment was higher in the intervention group (15.4 cigarettes vs 10.5 cigarettes, p=0.026). Kappa index between the choices showed that there was no difference when used Shared Decision. **Conclusion:** Shared Decision improves patient adherence to appropriate use of medications, influencing 1 of 3 patients who use some type of medication. The use of Shared Decision to treat tobacco dependence does not deviate from the INCA criteria according to the kappa index. Secondary outcomes are not yet conclusive, but show a proportional improvement in the first month of treatment.

# Introdução

---

## INTRODUÇÃO

O tabagismo é um problema de saúde pública que mata aproximadamente seis milhões de pessoas por ano. Para o controle do tabagismo muitas medidas têm sido adotadas, entre elas o aconselhamento e o tratamento para deixar de fumar que são as intervenções clínicas mais eficazes. No Brasil estima-se que a prevalência de tabagismo é de 12,1% e na cidade de Salvador de 6,3% de acordo com o monitoramento *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico*, VIGITEL 2012. O tratamento é gratuito e coberto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), apesar disto as pesquisas que avaliaram o programa contra o tabagismo no Brasil mostraram taxas de participação e cessação baixas. Uma possível solução para aumentar estas taxas é a Decisão Compartilhada (DC) ou Tomada de Decisão Compartilhada (TDC), processo mediante o qual a eleição das ações, que envolvem a saúde do paciente, são feitas conjuntamente entre o médico e o paciente.

As práticas de saúde têm experimentado mudanças importantes na relação médico - paciente, o paciente passa de uma posição passiva a uma posição ativa e é cada vez mais parte do processo de eleição dos atos que envolvem a sua saúde. De início, o modelo paternalista era o predominante, tratava-se de uma tendência de aplicar alguma forma de autoridade e proteção e a prática médica centrava-se no médico, que tem os conhecimentos e os materiais para melhorar o estado de saúde de seu paciente, numa relação unidirecional. Mas com o desenvolvimento dos direitos dos pacientes e do princípio da autonomia na bioética, o modelo de tomada decisão compartilhada foi adquirindo força. Este modelo de decisão compartilhada proporciona ao médico compartilhe com o paciente, de maneira clara, a evidência científica sobre as opções de tratamento e o paciente compartilha as expectativas, objetivos de saúde e de vida, além da perspectiva dentro de seu contexto e suas experiências pessoais, fazendo um intercâmbio bidirecional da informação. Como resultado os dois, numa relação de parceria, discutem sobre as possíveis alternativas com o fim de juntos, chegarem a um acordo ou conclusão e dessa forma poder melhorar a autonomia do paciente, a satisfação com os serviços de saúde, o conhecimento sobre sua doença e indiretamente melhorar a adesão ao tratamento e os resultados relacionados à saúde do paciente, além de diminuir custos.

O propósito do presente trabalho é fazer uma revisão da literatura sobre o modelo de DC e aplicar este modelo no tratamento do tabagismo, medindo a adesão dos pacientes que querem deixar de fumar, empregando a DC para a escolha do tipo de tratamento comparada com o tratamento de eleição usual em que a escolha é feita unilateralmente pelo profissional de saúde, (nos dois métodos utilizaram-se os recursos terapêuticos preconizados pelo INCA em seus protocolos para o tratamento do tabagismo). O estudo foi realizado em dois centros de saúde na cidade de Salvador-Bahia, Brasil. Foram medidas as taxas de abstinência e de abandono e o grau de concordância entre os dois métodos.

# Objetivos

---



## **Objetivo principal**

Comparar a adesão ao tratamento do tabagismo entre dois grupos de pacientes: grupo controle - o tipo de tratamento adotado é escolhido pelo médico entre aqueles preconizados pelo INCA e grupo intervenção - a escolha do tipo de tratamento adotado, entre aqueles preconizados pelo INCA, é mediante Decisão Compartilhada entre o médico e o paciente.

## **Objetivos secundários**

- Revisar a literatura médica sobre a Decisão Compartilhada e sua aplicação ao tratamento do tabagismo.
- Identificar se o emprego de Decisão Compartilhada tem algum efeito na abstinência e na quantidade de cigarros consumidos durante o tratamento do tabagismo.
- Medir o grau de concordância entre a escolha realizada empregando decisão compartilhada e a escolha usual, comparadas com os critérios do INCA no tratamento do tabagismo.

# Resultados

---

## Artigo de Revisão

---

**A decisão compartilhada e sua aplicação no tratamento do tabagismo: Revisão da Literatura**

## **A decisão compartilhada e sua aplicação no tratamento do tabagismo: Revisão da Literatura**

Juan Pablo Aguilar T. <sup>1</sup> ; Tarcísio M. Andrade <sup>2</sup> ;

1. Estudante, Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde (PPgMS) da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.
2. Professor, Programa de Pós-graduação em Medicina e Saúde (PPgMS) da Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

### **1. Introdução**

A medicina tem experimentado mudanças importantes na relação médico – paciente; o paciente passa de uma posição passiva a uma posição mais ativa, sendo cada vez mais parte do processo de eleição dos atos que envolvem a sua saúde (1, 2). No início, o modelo paternalista era o predominante, baseado na tradição hipocrática, era uma tendência de aplicar autoridade e proteção, como um pai na família tradicional, onde a prática de saúde centrava-se no médico, quem tinha os conhecimentos e os materiais para melhorar o estado de saúde de seu paciente, numa relação unidirecional (3, 4). Nesta visão paternalista o médico é o mais importante do todo o processo, mas com o desenvolvimento dos direitos dos pacientes e do princípio de autonomia da bioética, o modelo de tomada decisão compartilhada foi adquirindo força (3-5).

Tomada de decisão compartilhada (TDC) ou decisão compartilhada (DC) é um processo mediante o qual a eleição das ações, que envolvem a saúde do paciente, é feita conjuntamente entre o profissional de saúde e o paciente (1, 6-8). O profissional da saúde compartilha com o paciente, de maneira clara, as evidências científicas sobre as opções e o paciente, por outro lado, comparte suas expectativas, objetivos de saúde e de vida, além de sua perspectiva dentro de seu contexto e de suas experiências pessoais, fazendo um intercâmbio bidirecional de informações (4, 7-9). Como resultado os dois, em relação de parceria, discutem sobre as possíveis alternativas com o fim de chegar juntos a um acordo ou conclusão e dessa forma melhoram a autonomia do paciente, sua satisfação com os serviços de saúde, o

conhecimento sobre sua doença (10, 11) e, indiretamente, a adesão ao tratamento e os seus resultados, além de diminuir custos (6, 12).

O presente trabalho é uma revisão do modelo de DC e de como ele favorece o princípio da autonomia do paciente, além de descrever suas vantagens e desvantagens, a capacidade de eleição do paciente e a importância do modelo de DC na prática clínica do tratamento do tabagismo.

## 2. As idades da Medicina

No livro “Las tres edades de la medicina y la relación medico-paciente”, o autor Mark Siegler menciona quatro períodos pelas quais a medicina passa. A primeira idade descrita é a **Idade Paternalista** que põe o médico no centro de tudo, o paciente confia inteiramente nele e não o contradiz. A segunda é a **Idade da Autonomia**, onde o paciente é o centro de tudo, a medicina é posta ao serviço dele e o médico passa a ser só um servidor da saúde. A terceira é a **Idade da Burocracia** que põe a redução dos gastos, a eficiência e as análises de rentabilidade da sociedade como parte principal da saúde e os desejos do médico e do paciente em um segundo plano. Por último está a **Idade da Tomada de Decisão Compartilhada** que se inicia na década de 80, do século passado e procura determinar quem tem razão, quem tem o poder e quem é o centro das tomadas de decisões. O objetivo é juntar o conhecimento do médico com a liberdade de decisão do paciente e que os responsáveis neste novo processo de decisão compartilhada sejam os dois (13).

### 2.1. Paternalismo

Os direitos dos pacientes nem sempre foram respeitados, no início, na idade paternalista, só importava a perspectiva do médico, independentemente dos resultados que podiam ser positivos ou negativos para o paciente (3, 14). É comumente aceito que a tradição do paternalismo médico remonta aos tempos de Hipócrates (3, 14, 15). Ela simboliza uma tendência autoritária e sacerdotal, que de uma forma tradicional foi apresentada a medicina. A base do modelo é a confiança do paciente nos conhecimentos, na moral e na ética do médico, que tem todos os conhecimentos y ferramentas para melhorar o estado de saúde do paciente e não precisa compartilhá-los, tendo assim todo o controle, numa relação assimétrica (16, 17).

O paternalismo além de mostrar uma figura de autoridade também mostra uma figura de bondade, proteção e força. Algumas pessoas apreciam uma abordagem de tipo paternalista e em algumas circunstâncias ela pode ser um alívio para os pacientes que são incapazes ou preferem não assumir a responsabilidade por uma decisão. Mas neste caso o paciente decide seguir a vontade do médico, ele escolhe, opta por um paternalismo razoável que se deve mover no contexto do diálogo, de interação mútua (14). Mas o paternalismo que não é razoável decide sem ter em conta a inteligência nem a liberdade ou a vontade do paciente, esta ação pode levar o médico paternalista a uma má prática da medicina, atrapalhando o princípio da beneficência (17, 18).

## 2.2. Autonomia

A autonomia é um dos pilares da bioética, o conceito introduzido por Kant no início do século XVIII, representa o respeito ao poder de decidir sobre si mesmo (19, 20). Etimologicamente significa a capacidade de dar normas para si mesmo, ou seja, a capacidade de tomar decisões por conta própria, de governar o próprio ser (17, 21). Cada pessoa tem direito de tomar decisões, definir suas ações e ter opiniões baseadas em seus próprios valores, crenças e princípios morais; a liberdade de eleição define a autonomia.

Os pacientes autônomos são livres e não têm interferências que os controlem, seja pela força da coerção, persuasão, paternalismo ou manipulação, esta característica define a natureza humana e guia os pensamentos, as ações e as intenções. Em grande parte, a autonomia de tomar a decisão define o que é o paciente e o desenvolvimento de sua doença (7).

A autonomia é parte dos direitos universais dos pacientes, portanto aceitar ou recusar tratamentos é a expressão mais importante dela, o que atualmente se dá através do **consentimento informado**, empregado para outorgar ou denegar a vontade do paciente para se submeter a qualquer procedimento ou tratamento relacionado à sua saúde (22, 23). Em efeito é possível que uma pessoa com uma doença incurável e em fase terminal, decida não seguir sendo submetida a tratamentos, isso significa que, ainda quando esteja em risco a própria vida, os

médicos não poderão, nem deverão obrigá-lo a iniciar ou continuar com um tratamento.

Entretanto, a autonomia pode ser violada em algumas situações, a exemplo da existência de risco para a saúde pública ou quando a condição de saúde do paciente implica em risco vital ou sequela funcional grave para outras pessoas ou, ainda, se o paciente não se encontrar em condições de expressar sua vontade nem seja possível obter o consentimento da pessoa sob cuja responsabilidade ele se encontre; para os demais casos o médico deverá respeitar a decisão do paciente. (23, 24)

A idade da autonomia aos poucos se sobrepôs ao paternalismo e instaurou-se em países como os Estados Unidos e o Reino Unido; apoiada por sistemas liberais e consumistas, a balança que teoricamente equilibrava as forças médico-paciente inclinou-se a favor do paciente. (13, 25) Muitos profissionais da área da ética, juristas e movimentos de pacientes começaram afirmar que esta relação devia fundamentar-se nos direitos e nas liberdades dos pacientes, acima dos profissionais médicos. (25) Nesta época originou-se um conceito médico e jurídico fundamental, o consentimento informado, evoluindo e abarcando todas as ações que tem relação com a saúde do paciente.

Em uma versão extrema deste modelo autonômico, propôs-se que os médicos atuassem como empregados, provedores ou vendedores de saúde com respeito a seus pacientes, para transmitir a informação médica e usar seus conhecimentos clínicos segundo as diretrizes do paciente, sem tentar influencia nas decisões deste último e sem tomar eles, os médicos, essas decisões. Desta maneira a saúde passava a ser um produto de consumo e o paciente um cliente que exige seus direitos, toma a decisão; de novo a balança se desequilibrava, neste caso a favor do paciente (4).

### **3. Tomada de Decisão compartilhada**

Na década dos 80 do século passado apareceu o conceito de DC no âmbito médico e nas pesquisas (4, 26), tendo no início outros nomes como atenção centrada no paciente; tomada de decisões participativa; tomada de decisões sensível às preferências do paciente; medicina colaborativa ou modelo de autonomia avançada (13) os quais postulam a mesma coisa, ou seja, procurar uma tomada de decisão onde o médico e o paciente, juntos, participam do processo; o médico respeita a

autonomia do paciente e o paciente é ajudado com os conhecimentos do médico. Dessa maneira a evolução da relação médico - paciente muda de um modelo paternalista e autônomo para uma relação onde o paciente é animado para se tornar mais ativo e envolvido nas decisões sobre a sua saúde (1, 4, 7-9).

A DC é um processo mediante o qual a eleição das ações médicas é feita em conjunto entre o médico e o paciente, o modelo é construído sobre a ideia de que existem dois especialistas na sala de consulta, o paciente e o médico (7, 9). O médico tem a experiência e o conhecimento dos processos e da ciência médica, do diagnóstico e do tratamento e os pacientes têm conhecimento da experiência porque eles sofrem a doença, além de terem conhecimentos do que para eles tem valor, significado, propósito e do que confere qualidade às suas vidas. (1, 6) Então o modelo ideal procura que ambos conhecimentos juntem-se para analisar o problema e escolher a melhor solução, desta maneira os dois protagonistas se esforçarão para chegar ao mesmo alvo (7, 9, 12).

Para que este modelo funcione deve estar sujeito a três passos essenciais descritos nos trabalhos de Lin et. al. e Elwin et. al. (4, 9) resumidos abaixo:

1. Intercâmbio de informações bidirecional, incentivando a produção e divulgação de informações de saúde de maneira precisa, compreensível, equilibrada e de uma forma que aumente a participação do paciente,
2. Deliberação ou discussão, para expressar e discutir preferências e opções por parte de ambos protagonistas. Médico e paciente, em relação de sociedade, deliberam sobre as possíveis alternativas com o fim de chegar juntos a um acordo.
3. Conclusão ou seleção de tratamento a implementar que seja consistente com os valores e preferências dos pacientes.

A DC tem o potencial de proporcionar muitas vantagens para os pacientes, os médicos e o sistema de saúde, porque ajuda a aumentar os conhecimentos dos pacientes sobre a doença, melhorar a compreensão das opções de tratamento disponíveis, diminuir a ansiedade sobre o processo de atenção, criar expectativas realistas sobre os resultados do tratamento, estimula os pacientes a serem partes



ativas da DC e melhora a concordância entre os valores e as preferências dos pacientes e as opções de tratamento, reduz a duração do tratamento, diminui os requisitos de medicação e ajuda a reduzir o esforço experimentado pelo paciente, a família e a equipe que cuida dele. (1, 6, 11, 26, 27) A DC pode também levar à melhoria do bem-estar do paciente através de uma melhor adesão ao tratamento, menos preocupações sobre a doença e maior satisfação com os resultados (4, 10, 28-31).

### **3.1. A capacidade de eleger**

O principal desafio da DC é fazer dos pacientes parte ativa do processo, pois muitas vezes eles são pouco ou mal informados sobre os riscos e benefícios associados com os tratamentos e têm pouco envolvimento na tomada de decisão. (5, 18, 22), Na maioria dos casos isto se justifica pela falta de capacidade de eleição dos pacientes, o que se constitui na maior dificuldade deste processo, por isso entender a capacidade de eleição do paciente e avaliá-la é uma competência que todos os médicos devem desenvolver (32).

Cada ação que envolva a saúde do paciente exige a sua participação no processo de tomada de decisão, porque ele vai arcar com as consequências dessa decisão; então, em cada escolha ele deve ter a capacidade de eleger e para isto ele deve ser livre, autónomo não sofrer coações externas e ter informação suficiente sobre a decisão que vai tomar; o que não traria nenhum benefício se ele não estivesse a capacidade de tomar as decisões. Para o paciente ter capacidade é possuir uma série de aptidões psicológicas (cognitivas, de vontade e afetivas) que lhe permitem conhecer e valorizar adequadamente a informação previamente outorgadas para tomar uma decisão e expressá-la. (13)

Uma das chaves da decisão compartilhada é a determinação da capacidade do paciente para tomar a decisão em questão. Trata-se de uma avaliação que o clínico leva a cabo a partir de dados da entrevista inicial e que como toda avaliação clínica tem carácter inferencial. Esta avaliação do clínico possui um papel relevante no difícil equilíbrio entre a autonomia e a beneficência frente a não maleficência. Assim, uma adequada avaliação da capacidade de tomar decisões do paciente deve servir para proteger os dois princípios e evitar dois tipos de erros: por um lado, ultrapassar

injustificadamente a autonomia do paciente para preservar seu bem-estar e por outro lado o injustificável respeito a sua autonomia sem ter em conta seu bem-estar (13). Neste sentido, a capacidade para tomar decisões clínicas é entendida como a aptidão psicológica para avaliar a informação recebida e compreender sua relevância e significado no contexto do paciente, não é um fenômeno com um resultado exato, pois pode variar em cada paciente e inclusive em diferentes momentos no mesmo paciente. (13)

A avaliação da capacidade para tomar decisões de tratamento na situação clínica é uma questão ainda não resolvida, o médico é o responsável por esta avaliação, os psicólogos ou psiquiatras unicamente teriam uma função pericial em caso que o médico responsável precisasse de ajuda. A revisão de José M. Villagrán et. al. (13) em pacientes psiquiátricos, indicou que a avaliação da capacidade do paciente para tomar decisões deve ser levada a cabo quando ocorre mudança brusca do estado mental (seja por alterações psiquiátricas, metabólicas, neurológicas, intoxicações, etc); rejeição a tratamento indicado com pouca argumentação; aceitação de tratamentos invasivos sem ponderação de riscos ou existência de transtorno mental ou neurológico conhecido que puder alterar transitoriamente a capacidade mental. (13)

#### **4. Emprego da decisão compartilhada no tratamento do tabagismo.**

A aplicação da DC tem sido muito bem sucedida no tratamento de doenças crônicas, como diabetes mellitus, hipertensão e câncer (11). Um desafio especial surgiu em sua aplicação no tratamento das adições, pois neste tipo de doenças a capacidade de escolha do paciente pode estar alterada, no entanto, nas pesquisas feitas, no tratamento de este tipo de doenças, a DC mostrou muitas vantagens relacionadas com a diminuição do uso de substância e da gravidade dos sintomas, assim como ter o potencial de melhorar a aderência ao tratamento e dessa forma aumentar a probabilidade de abstinência (29, 31, 32).

O tabagismo é uma epidemia global que mata aproximadamente a seis milhões de pessoas por ano. Muitas medidas têm sido empregadas para controlar esta doença, delas o aconselhamento e tratamento farmacológico são as medidas clínicas mais eficazes, mas a sua prevalência ainda é alta e as suas conseqüências na saúde

persistirão por muito tempo. Poucos estudos utilizaram DC no tratamento do tabagismo. Warner D. et.al. realizaram um ensaio clínico controlado usando DC; eles empregaram cartilhas como ferramentas de ajuda na decisão compartilhada, em pacientes que seriam submetidos a cirurgias eletivas na Clínica Mayo, dando-lhes a escolher entre parar de forma permanente, temporária ou não ter mudança no consumo de tabaco, com um seguimento de 30 dias após cirurgia. Os resultados encontrados evidenciaram que a DC melhora a qualidade da eleição, no que diz respeito ao conforto do médico e do paciente, e a perspectiva do paciente sobre o seu papel na decisão, no entanto não houve diferença na redução do número de cigarros e na abstinência (33). Outro estudo, empregando DC, que avaliou as estratégias utilizadas para a prevenção de doenças coronárias, dentre as quais incluiu-se à cessação do tabagismo, mostrou resultados positivo em relação a melhorar a adesão e cessação, mas estes resultados não foram estatisticamente significantes devido ao número pequeno de participantes (11, 34). Willense MC et. al. usaram DC num outro ensaio clínico, oferecendo aos pacientes informações sobre as opções terapêuticas, para que depois esses pacientes tivessem a oportunidade de escolher suas medições, os resultados desta pesquisa mostraram que este tipo de método melhora o conhecimento dos pacientes, sua atitude frente ao tratamento e aumenta a sua confiança sobre sua capacidade de poder parar de fumar, além de aumentar as tentativas de parar de fumar e a taxa de abstinência (35).

Numa revisão sistemática realizada por Stacey, D. et. al. sobre DC usando ferramentas para a decisão tomada, 115 trabalhos com 34444 participantes foram analisados; eles encontraram que a DC utilizando ferramentas para a escolha, além de melhorar o conhecimento dos pacientes sobre a sua doença, eles se sentiam mais informados e de uma forma clara, tinham expectativas mais realistas sobre os resultados do tratamento e foram mais participantes na tomada de decisão (11). No entanto, como Elwyn G. et. al. sugerem pode ser que com os resultados relacionados com o direito à autonomia ou com achados cognitivos e afetivos positivos não se avaliem as consequências da aplicação da DC dentro do sistema de saúde; por isto eles recomendam que as pesquisas procurem resultados clínicos e a longo prazo, em busca de uma visão mais profunda sobre as suas consequências (36). Em relação ao tabagismo são poucos os trabalhos que empregaram DC e avaliam os aspectos clínicos como a adesão o abandono, a abstinência ou a cessação.

## 5. Conclusão

A decisão compartilhada é uma estratégia que procura fazer mais ativos e participativos aos pacientes em ações que envolvem a sua saúde, ela promove o princípio da autonomia da bioética, assim como uma mudança na relação médico – paciente, deixando de lado o paternalismo. As evidências científicas mostram que os pacientes que usam decisão compartilhada têm resultados positivos relacionados com o aumento do conhecimento sobre suas doenças, com as expectativas realistas sobre os resultados e com a satisfação com os serviços de saúde. A aplicação da decisão compartilhada tem sido extensa e bem sucedida no tratamento de doenças crônicas, sendo o principal desafio para sua implementação avaliar a capacidade de escolha do paciente, uma vez que isto determina a viabilidade do método. No tratamento do tabagismo, a DC tem, ainda, poucas evidências, mas alguns resultados indicam que ela pode melhorar a qualidade da eleição, o conforto, a atitude do paciente para com o tratamento, assim como reduzir a gravidade da doença, o consumo de cigarros e aumentar as taxas de abstinência; ainda são necessárias mais pesquisas que avaliem os resultados clínicos do emprego da decisão compartilhada.

## Bibliografia

1. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine*. 2012;366(9):780-1.
2. Barratt A. Evidence Based Medicine and Shared Decision Making: the challenge of getting both evidence and preferences into health care. *Patient Educ Couns*. 2008;73(3):407-12.
3. Beier M, Iannotti G. O paternalismo e o juramento hipocrático. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2010;10(2): 383-89.
4. Lin GA, Fagerlin A. Shared decision making: state of the science. *Circulation Cardiovascular quality and outcomes*. 2014;7(2):328-34.
5. Robertson L. Contemporary interpretation of informed consent: autonomy and paternalism. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2016;77(6):358-61.
6. Oshima Lee E, Emanuel EJ. Shared Decision Making to Improve Care and Reduce Costs. *New England Journal of Medicine*. 2013;368(1):6-8.
7. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*. 2012;27(10):1361-7.
8. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *Jama*. 2014;312(13):1295-6.
9. Elwyn G, Lloyd A, May C, van der Weijden T, Stiggelbout A, Edwards A, et al. Collaborative deliberation: a model for patient care. *Patient Educ Couns*. 2014;97(2):158-64.
10. Sandman L, Granger BB, Ekman I, Munthe C. Adherence, shared decision-making and patient autonomy. *Medicine, health care, and philosophy*. 2012;15(2):115-27.
11. Stacey D, Legare F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(1):CD001431.
12. Stiggelbout AM, Van der Weijden T, De Wit MP, Frosch D, Legare F, Montori VM, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ*. 2012;344:e256.

13. Siegler, Mark. Las tres edades de la medicina y la relación medico-paciente. Barcelona: Fundació Víctor Grífols, 2011.
14. Hall DR, van Niekerk AA. Reconsidering counselling and consent. *Dev World Bioeth.* 2015.
15. Peltó-Piri V, Engstrom K, Engstrom I. Paternalism, autonomy and reciprocity: ethical perspectives in encounters with patients in psychiatric in-patient care. *BMC Med Ethics.* 2013;14:49.
16. Buchanan DR. Autonomy, paternalism, and justice: ethical priorities in public health. *American journal of public health.* 2008;98(1):15-21.
17. Murgic L, Hebert PC, Sovic S, Pavlekovic G. Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country. *BMC Med Ethics.* 2015;16(1):65.
18. Machado KK, Hoff PM. Autonomy versus paternalism in Latin America. *Oncology (Williston Park).* 2012;26(1):46-7.
19. Gracia D. The many faces of autonomy. *Theor Med Bioeth.* 2012;33(1):57-64.
20. Byers P. Dependence and a Kantian conception of dignity as a value. *Theor Med Bioeth.* 2016;37(1):61-9.
21. Sjostrand M, Eriksson S, Juth N, Helgesson G. Paternalism in the name of autonomy. *J Med Philos.* 2013;38(6):710-24.
22. Spatz ES, Krumholz HM, Moulton BW. The New Era of Informed Consent: Getting to a Reasonable-Patient Standard Through Shared Decision Making. *Jama.* 2016;315(19):2063-4.
23. Khalique Qc N. Informed consent: the dawning of a new era. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2015;53(6):479-84.
24. Zúñiga F A. La nueva Ley de Derechos del Paciente: del modelo de la beneficencia al modelo de la autonomía. *Revista médica de Chile.* 2013;141:123-4.
25. Mold A. Repositioning the patient: patient organizations, consumerism, and autonomy in Britain during the 1960s and 1970s. *Bull Hist Med.* 2013;87(2):225-49.
26. Lipkin M. Shared decision making. *JAMA Intern Med.* 2013;173(13):1204-5.

27. Elf M, Frost P, Lindahl G, Wijk H. Shared decision making in designing new healthcare environments-time to begin improving quality. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:114.
28. De Las Cuevas C, Penate W, de Rivera L. To what extent is treatment adherence of psychiatric patients influenced by their participation in shared decision making? *Patient preference and adherence*. 2014;8:1547-53.
29. Joosten E, de Weert G, Sensky T, van der Staak C, de Jong C. Effect of shared decision-making on therapeutic alliance in addiction health care. *Patient preference and adherence*. 2008;2:277-85.
30. Joosten EA, De Jong CA, de Weert-van Oene GH, Sensky T, van der Staak CP. Shared decision-making: increases autonomy in substance-dependent patients. *Subst Use Misuse*. 2011;46(8):1037-8.
31. Joosten EA, de Jong CA, de Weert-van Oene GH, Sensky T, van der Staak CP. Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients. *Psychother Psychosom*. 2009;78(4):245-53.
32. Villagrán José M., Lara Ruiz-Granados Ignacio, González-Saiz Francisco. El proceso de decisión compartida en el tratamiento del paciente psiquiátrico: estudios empíricos y evaluación de la capacidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [revista en la Internet]. 2014 [citado 2015 Mayo 06] ; 34(123): 491-506.
33. Warner DO, LeBlanc A, Kadimpati S, Vickers KS, Shi Y, Montori VM. Decision Aid for Cigarette Smokers Scheduled for Elective Surgery. *Anesthesiology*. 2015;123(1):18-28.
34. Sheridan SL, Draeger LB, Pignone MP, Keyserling TC, Simpson RJ, Jr., Rimer B, et al. A randomized trial of an intervention to improve use and adherence to effective coronary heart disease prevention strategies. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:331.
35. Willemsen MC, Wiebing M, van Emst A, Zeeman G. Helping smokers to decide on the use of efficacious smoking cessation methods: a randomized controlled trial of a decision aid. *Addiction*. 2006;101(3):441-9.
36. Elwyn G, Frosch DL, Kobrin S. Implementing shared decision-making: consider all the consequences. *Implement Sci*. 2016;11:114.

## Artigo Original

---

### **Adherence improvement using Shared Decision in tobacco dependence. Open randomized controlled clinical trial. Salvador-Brazil**

Este artigo foi submetido à Revista Brasileira De Psiquiatria.



15/1/2017

Gmail - Revista Brasileira de Psiquiatria - Manuscript ID RBP-2016-OA-2199



pablo aguilar &lt;pkjpablo@gmail.com&gt;

**Revista Brasileira de Psiquiatria - Manuscript ID RBP-2016-OA-2199**

1 mensagem

**Revista Brasileira de Psiquiatria**

15 de dezembro de 2016

&lt;onbehalfof+editorial+abpbrasil.org.br@manuscriptcentral.com&gt;

20:58

Responder a: editorial@abpbrasil.org.br

Para: pkjpablo@gmail.com

15-Dec-2016

Dear Mr. Ticona:

Your manuscript entitled "Adherence improvement using Shared Decision in tobacco dependence treatment. Open randomized controlled clinical trial." has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in Revista Brasileira de Psiquiatria.

Your manuscript ID is RBP-2016-OA-2199.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc.manuscriptcentral.com/rbp> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/rbp>.

Thank you for submitting your manuscript to Revista Brasileira de Psiquiatria.

Sincerely,

Revista Brasileira de Psiquiatria Editorial Office

## Revista Brasileira de Psiquiatria



**Adherence improvement using Shared Decision in tobacco dependence treatment. Open randomized controlled clinical trial.**

Journal:	<i>Revista Brasileira de Psiquiatria</i>
Manuscript ID	RBP-2016-OA-2199
Manuscript Type:	Original Article
Date Submitted by the Author:	15-Dec -2016
Complete List of Authors:	Ticona, Juan Pablo; Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós Graduação em Medicina e Saúde ANDRADE, TARCÍSIO; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, PROGRAMA DE POS GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE
Keywords:	Behavior Therapy, Psychoactive Substance Use Disorder, Other Disorders, Other Patient Groups/Issues, Other Research Areas

SCHOLARONE™  
Manuscripts

view

**Adherence improvement using Shared Decision in tobacco dependence treatment.  
Open randomized controlled clinical trial.**

**Shared Decision in tobacco dependence treatment**

Juan Pablo Aguilar T.<sup>1</sup>; Tarcisio M. Andrade <sup>2</sup>;

1. Student, Postgraduate Program in Medicine and Health (PPgMS), Federal University of Bahia, Salvador, BA, Brazil.
2. Professor. Postgraduate Program in Medicine and Health (PPgMS), Federal University of Bahia, Salvador, BA, Brazil.

Corresponding author: Juan Pablo Aguilar Ticona, Rua. Belém do Para, Número 17 – Barra, CEP 40140-350, Salvador BA, Brazil. Phone: +55 (71) 984318399, E-mail: pkjpablo@gmail.com

**Abstract**

**Objective:** To compare the adherence to tobacco dependence treatment between two groups of patients: control group - the treatment is chosen by the physician, and intervention group – the treatment is chosen using Shared Decision (ShD). **Method:** Clinical trial with 12-week follow-up, 104 smokers were recruiting and therapeutic resources recommended by INCA (Brazilian National Cancer Institute) were used: Cognitive Behavioral Therapy (CBT), with or without drug therapy (nicotine patch or bupropion). **Results:** 84 patients completed the study. Patients with ShD (n=40) according to Morisky Green (MG) scale had better adherence compared to control (42.9% vs 8.8% p=0.001); Absolute Risk Reduction (ARR) to not be adherent to the treatment of 44,1% (95%CI=22.3 to 65.9) and a Number Needed to Treat (NNT) of 3 (95%CI=2 to 5) to have an adherent patient. At the end, abandonment was higher in the control group (15.0% vs 38.6%, p=0.015); ARR of 29.7% (95%CI=7.8% - 51.5%). **Conclusion:** Patients who had the opportunity to choose the type of treatment, had better adherence compared with those patients who had a usual treatment. The use of ShD to treat tobacco dependence does not deviate from the INCA criteria according to the kappa index.

**Keys words:** Smoking, Treatment, Shared decision. Adherence

**Trial registration:** Brazilian Registry of Clinical Trials (ReBEC);  
www.ensaiosclinicos.gov.br; registration number: RBR-3NQDW5

## Introduction

Tobacco use is a global epidemic that causes around 6 million of deaths per year, and it is related to six of the eight leading causes of death in the world and its association with other causes has increased<sup>1-3</sup>. Many measures has been adopted for tobacco control; counseling and pharmacological treatment of tobacco dependence are the most effective clinical interventions.<sup>1,2</sup> According to the National Telephone Survey- VIGITEL 2012 (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico) the prevalence of smoking is 12,1% in Brazil, being higher in men 15,5% than women 9,2%<sup>4</sup>. Treatment of tobacco dependence in Brazil is free and is covered by Brazilian Public Health System (SUS). It uses cognitive behavioral therapy and drug therapy with nicotine replacement therapy (NRT) and antidepressant<sup>5</sup>. Adherence to these therapies increases the probability of quitting smoking but many smokers employ them inappropriately<sup>6</sup> despite the advantages offered by SUS. Researches that evaluate this program, show low participation rate and cessation during the fourth week<sup>7,8</sup>

Shared Decision (ShD), also known as "shared decision making" is the pinnacle of patient-centered care<sup>9</sup>. It seeks the active participation of the patients to make some decisions about their health, respecting values, preferences and necessities expressed by them to enforce their autonomy<sup>9-13</sup>. In this cooperating process there are two actors, the physicians and the patients, both need to share information to be part of the construction of a decision where the outcome is a choice, like is showed in the basic model for the clinical practice proposed by Elwyn et. al. that develops ShD in tree steps 1) choice talk, 2) opinion talk and 3) decision talk<sup>12,14</sup>.

A systematic review of randomized clinical trials of Steacy D. et.al. shows the advantages of ShD: improves the patients' knowledge about their options; expectations are more accurate about the risk and benefits; making decisions that are more related whit their values and preferences; and more active participation for patient in the decision<sup>15</sup>. They also found that there are not adverse effects fort health, but there is not difference in the outcomes of adherences to treatment. Joosten et. al. employed ShD in patients whit drug dependence treatment, including tobacco dependence, their outcomes describe an\* increase of patients' autonomy and control behavior<sup>16</sup>, improving doctor-patient relationship, besides drug use reduction in hospitalized patients<sup>17</sup>, and a decrease in



dependence severity<sup>18</sup>; however, like in the systematic review of Steacy et.al. there is not conclusive data on treatment adherence<sup>15</sup>.

The objective of this study, is to measure the adherence to the treatment of patients who want to quit smoking, using ShD for choosing the type of treatment compared to the habitual treatment selection made unilaterally by health professionals (both using methods from Brazilian National Cancer Institute – INCA, protocols for the treatment of tobacco dependence). This study was conducted in tow health centers in Salvador - Bahia State, Brazil. Abstinence and abandonment rate were measured, as well as Kappa index of both methods compared with the INCA protocol.

## **METHODS**

This was an open randomized controlled clinical trial with two arms. The patients, selected to participate in the study, were randomly assigned to the two groups of study: intervention and control. Intervention group received therapy based on Shared Decision and control group received treatment assigned by physicians. Measures were administered at baseline and each week during 12-week follow-up. The recruiting of participants took place in the Psycho-Social Care Center for Alcohol and Drugs Gregório de Matos (CAPSad GM), part of the Medicine Faculty – Federal University of Bahia State (FMB/UFBA) and the Candeal's Family Health Units (USF - Candeal), those are part of tobacco control program from Municipal Secretary Health in Salvador city – Bahia. This study was approved by the Committee of Ethics in Research of the Medicine Faculty – UFBA.(Approbation number: 1.396.966).

### **Treatment regimen**

The kind of treatments used, follows the INCA's protocol, which consists in: 1) Cognitive Behavioral therapy (CBT) once weekly (90 min each) for a total of 12 weeks without use of medications or 2) CBT once weekly plus NRT (in patients with high dependence 21-mg patch once daily for 4 weeks, then 14-mg patch once daily for 4 weeks, then 7-mg patch once daily for 4 weeks, and for patients with moderate dependence 14-mg patch once daily for 4 weeks, then 7-mg patch once daily for 4 weeks) or bupropion (150 mg orally once a day for 3 days, increased to 150 mg orally twice a day for 12 weeks).

### **Intervention Group**

The patients assigned into this group went through four stages 1) Information, based on INCA's protocol that is in the manual "Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso – INCA" (16). They participated of a group session conducted by investigators where received basic information about objectives of treatment, techniques and available medication; their correct use, indications, contraindications and adverse effects; this stage had an average duration of 120 min, being 90 min for information and 30 min to answer patients' questions. Subsequently, patients had an individual interview with the physician where it was used a form to develop ShD steps. 2) Choice – the patients wrote their choice, advantages and disadvantages on the form. 3) Discussion – the patients and physicians discussed about the viability of the patient choice, in case of it was considered unviable, a psychiatrist (from CAPS) made another evaluation. 4) Conclusion – the result was the choice of therapy which patient could start treatment.

### **Control Group**

The type of treatment for this group was chosen by a physician. The indication and information about pharmacologic therapy and CBT, was realized during individual interview at the beginning of the admission to the group.

Patients in both groups were invited to participate in CBT for 12 weeks; The first four weeks were an intensive treatment and the subsequent eight follow-up. During CBT, patients participated of group activities instructed by the health team, previously trained, where they could consult about the problems with the treatment employ, as recommended in the INCA's protocol<sup>19</sup>.

### **Randomization**

Cluster randomized design was employed according to the health centers where patients attended. After signing the free informed consent (TCLE) patients were allocated to the randomized groups to perform the baseline evaluation, which consisted on the application of a socio-demographic questionnaire and the Fagerström scale.

### **Inclusion criteria**

Participants were eligible if they were 18 or older with a diagnosis of Tobacco Dependence according to DSM-V and / or the manual "Abordagem e Tratamento do Fumante – Consenso" INCA's protocol and whether they wanted to quit smoking (being in



the action phase according to Prochaska and Di Clemente)<sup>19,20</sup>. Patients with some mental disorder that compromised the choice of the type of treatment to be adopted were not eligible, also patients with criteria for dependence to other drugs, that were not under treatment.

### **Departure of participants**

Participants were informed that they had the right to withdraw from the research at any time, without having to provide justification. In cases in which the participants did not withdraw the TCLE, they only abandoned the study, the data already collected was included in the analysis. Data from patients who were categorized as drop-outs were retrieved in interviews after at the end of the groups' follow up. Data from participants that could not be recovered was considered as losses. There were not losses due to lack of agreement in the discussion between the doctor and the patient at the time of the choice. In all cases a choice was made.

### **Measurement of adherence and abandonment**

Three aspects related to adherence were evaluated: 1) response to the Morinsky Green (MG) scale; 2) adherence to CBT; and 3) abandonment of treatment (CBT and medication). During the 12 weeks of follow-up the cutoff points for comparison were taken at the fourth and twelfth week (end of treatment). On adherence to CBT, two measures were taken: a) days of attendance and b) categorization between adherent and non-adherent patients; patients were considered adherent if they had participated in four sessions during the first four weeks; at the end of the 12 weeks, those who had attended eight or more sessions (> 70% of CBT) were considered adherent; the participants who were unable to pass these cut-off points were declared non-adherent. Participants who attended two sessions or less during the first four weeks and fewer than six sessions (50% of CBT) at the end of treatment were considered abandonment, Survival curves were used to make the analysis of the abandonment during follow-up. In the case of patients who used nicotine patches or bupropion, the MG scale in portuguese was used<sup>21,22</sup>, which consists in\* four questions to measure adherence to treatment of various chronic diseases, but also\* has been used to measure adherence to smoking treatment. Participants with values equal to zero were considered adherents and other values different from\* zero non-adherent<sup>23</sup>. To reduce bias, we used the pharmacy records about medications dispensed



to each participant, and they were asked to bring their already used adhesives for disposal in the biological waste.

### **Measure of abstinence, cigarette consumption and Kappa index**

Abstinence and reduction in cigarette use were measured from participants' reports during CBT. Survival curves were also constructed to analyze the progress of abstinent patients during treatment for 12 weeks. In order to calculate the agreement index (used to measure the agreement between two evaluators) (22) a simulation of choices was made to measure whether the choices in the two groups (control and intervention) are different from those recommended in the INCA protocol (these choices were simulated according to the criteria of the manual "Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001 do INCA").

### **Statistical analysis**

Mean and standard deviation (SD) were used to analyze continuous variables; for categorical variables were used frequencies and percentages. Chi-square tests and *T*-test or Mann-Whitney test (in cases were not variables normally distributed) were used to compare baseline characteristics and the result among groups. The association between variables was measured with absolute risk reduction (ARR) and number needed to treat (NNT), also survival curve and Kaplan-Meier were made to measure the average time of abstinence and abandonment of tobacco dependence treatment in both groups; kappa index was used to measure the concordance grade. *P*-values < 0.05 were considered significant and an interval confidence of 95% was setted.

### **Trial registration**

Brazilian Registry of Clinical Trials (ReBEC); [www.ensaiosclinicos.gov.br](http://www.ensaiosclinicos.gov.br); registration number: RBR-3NQDW5

### **Results**

Of the 104 participants who followed up the baseline assessment, 84 (81.0%) completed the 12-week follow-up. Sociodemographic and clinical characteristics of the participants are presented in **Table 1**. Most participants had less than 12 years of education, half lived

with less than a minimum wage (R\$880.00 = 272,06 USD) and approximately a quarter had some kind of physical activity. Eight patients were in alcohol dependence treatment and thirteen received treatment for other drug dependence before. Eight patients were diagnosed with depression following DSM-V criteria and received treatment during the study and nine had past history of treatment to depression. All these variables showed a not significant distribution between groups.

Regarding to tobacco consumption when the research started participants smoked nearly a pack of cigarettes per day, with an average of 20 cigarettes in the control group and 17 in the intervention group; the mean age of onset tobacco use was 17.6 years and 16.0 years respectively. Most of participants tried to quit smoking at least once in their lives. The mean Fagerstrom nicotine dependence score was high in both groups (intervention group = 6.3 SD 2.3; Control group = 6,0 SD 2.4).

## Outcomes

### Primary Outcome (Adherence and Abandonment)

There was difference between the two groups in the three aspects used to assess adherence. About adherence to medication, in the Morisky-Green scale punctuation, at the end of follow-up, intervention group patients presented higher adherence than control group patients, getting a ARR of 44.1 (95% CI 22.3% - 65.9%) and a NNT of 3 (95% CI 2-5); most differences were observed about forgetting taking the medicine and careless at time about take the medicine. About the adherence to CBT, the average of assistance, in days, was higher in the intervention group than in control group during all treatment. When we considered adherence in the first four weeks of treatment, intervention group showed better adherence than control group, whit an ARR of 45.8% (IC 95% 26.4% - 65,3%) and NNT 3 (95% CI: 2 a 4), but at the end of follow-up there was not difference between groups. Abandonment of tobacco dependence treatment was higher in control group than intervention group, getting an ARR of 29.7% (IC 95% 7.8% - 51.5%) and a NNT of 4 (IC 95% 2-13) (**Table 2**).

Abandonment of tobacco dependence treatment also was assessed by Kaplan Meiere curve; there was difference between groups, with a distribution mean in control group in the 9.9 weeks and intervention group in the 10.9 week ( $p= 0,011$ ). (**Graphic 1**).



### Secondary Outcome (abstinence, cigarette consumption and Kappa index)

At the end of the first four weeks, the number of abstinent patients in the intervention group was 15 (37.5%) and the average reduction in the number of cigarettes smoked was 15.4 (SD 10.0); in the control group these numbers were 10 (22.7%) and 10.5 (SD 9.0) respectively ( $p = 0.26$ ). At the end of the follow-up, in the intervention group 25 participants (62.5%) were abstinent and the number of cigarettes per day reduced of 19.2 (SD 12.4), more than control group with 20 participants (45.5%) and 15.6 cigarettes per day (SD 11.7)  $p > 0.05$  (**Table 3**) but it was not significant like a distribution in Kaplan Meiere curve  $p=0.08$ . (**Graphic 2**).

Finally, when we compared physicians' choice and patient's choice in the control group with a simulation following INCA's protocol for medication choice, we found a moderate agreement in the intervention group and a substantial agreement concordance in control group.

### DISCUSSION

Patients treated for tobacco dependence using shared decision had lower abandonment rate, and fewer of them forgot to use their medications or careless at times about taking them. At the fourth week the reduction in the number of cigarettes per day at the intervention group was higher, but there was no difference in the abstinence rate between the intervention and control groups, also in the reduction of number of cigarettes consumed (in those patients who didn't reach abstinence) at the end of the follow-up. Previous researches had shown that strengthening autonomy and respecting patients' preferences could improve aspects of adherence to treatment.<sup>24,25</sup>

In a randomized clinical trial carried out in diabetic patients shows the risk of non-adherence was 2.4 times higher in patients who felt they were not part of the treatment choice<sup>26</sup>; On the other hand, another study with diabetic patients employing primers as tools to enable ShD and analyzing the pharmacy reports, finds a difference in favor of the group with usual therapy, with greater adherence of this group in relation to the one that used ShD<sup>27</sup>. In relation to smoking, few studies have evaluated ShD as a factor of increased adherence. Similar to other chronic diseases, the possibility of applying ShD was demonstrated in the treatment of smoking showing that the mere fact of offering treatment to quit smoking helps increase the number of attempts to quit smoking<sup>18,28,29</sup>, in

one randomized clinical trial with patients who wanted to quit smoking, comparing ShD with the usual treatment, the results indicate that the group with ShD, increased the number of attempts to quit smoking, as well as the abstinence rate at the end of the six months of follow-up<sup>28</sup>. However, the results are not conclusive about the effect of ShD on adherence to treatment<sup>15,30,31</sup>. Joosten et. Al. suggest that improve the quality of the physician-patient relationship in the treatment of drug dependence may increase adherence and clinical outcomes.<sup>17,18</sup>

The results of abstinence and the amount of cigarettes still used by those who did not reach this outcome in the both groups of the present study, show only a proportional difference with no statistical significance. This results were similar to those found in patients with depression, where participants whose decision to treat was made on ShD, showed better adherence to treatment, but not clinical improvement.<sup>32</sup> In another study that employed the ShD to offer the possibility of quitting smoking in the preoperative period of elective surgeries at the Mayo Clinic with a 30 days follow-up after the intervention, finding no difference soon after Surgery and at the end of follow-up. In this study, the authors used brief intervention through decision aid cards<sup>29</sup>. A systematic review about the interventions that increase adherence to treatment of tobacco dependence shows that offering information slightly, increases adherence and with this also abstinence. The authors point out that there are several behavioral interventions where the effects on abstinence are long term<sup>6</sup>. In our study, one of the stages of ShD was to provide information to patients, followed by clarification of doubts about the effects, advantages and disadvantages of the therapeutic modalities according to the INCA protocol<sup>14,33</sup>.

The secondary outcomes show a statistical significant effect on the reduction of the number of cigarettes consumed at the end of the first four weeks of treatment, minimum time recommended by the INCA protocol<sup>19,34</sup>; its effect persisted at the end of 12 weeks but without statistical significance. This may have happened because the subjective effect of ShD on the intervention group, making the patients feeling part of the treatment, was reduced over the 12 weeks of follow-up. According to Elwyn G et. Al. it is necessary to investigate the long-term effects of ShD and recommends the evaluation of deeper aspects about its clinical effects<sup>35</sup>. There may be conflicts when the physician decides to follow a protocol or when he tries to persuade the patient to conform to a decision that is not oriented with the latter's values, yet this type of decision is justified when based on evidence<sup>36</sup>.



In the present study, when kappa index was evaluated, we found that the choice of treatment using ShD was moderate in relation to the criteria of the INCA protocol. As it was expected, the choice of treatment made by the physician showed substantial agreement. The use of ShD, in addition to strengthening the autonomy of the patient<sup>16,25,37</sup>, present consistency in the choice of the type of treatment.

The methodological limitations in this study were in cluster randomization, where the groups were selected systematically as control or intervention; the study was designed to adapt to the way of care provided by the two centers where it was carried out. In the baseline, were considered variables that could modify adherence to treatment; there was no difference between groups. Under no circumstances, the allocation of the participants depended on the researchers or health personnel, in order to preserve randomization. To measure the quantity of cigarettes diminished and the appropriate use of medications, the ideal would have been to have a bio-marker but it could not be possible because of the limited budget. To reduce some possible bias in the measurement, the questions were asked at different times during CBT and individual interview, also pharmacy reports were used. The size of the research sample is small, but it was enough to calculate the statistical difference in the main endpoints, however we consider that with a larger sample size researchers could do an analysis stratified by levels of adherence.

In conclusion, patients who had the opportunity to choose the type of tobacco dependence treatment, had better adherence compared with those patients who had a usual treatment. There is a unique opportunity when the patient attends the health system to quit smoking. The health team must use this moment in order to offer the best treatment and information necessary for the patient to participate in their program. In this way, we can improve adherence to treatment cessation rates and, in addition, to reducing the number of cigarettes consumed at least in the the firsts week of treatment. New strategies that seek to motivate patients' participation throughout the treatment should be investigated to try to increase the abstinence rate and to carry out long-term follow-up of the patients to evaluate the effect of this type of interventions.

#### **Acknowledgements**

The authors are thankful to the Psycho-Social Care Center for Alcohol and Drugs Gregório Matos (CAPSad GM), Candeal's Family Health Unit (USF - Candeal); Postgraduate Programme in Medicine and Health (PPgMS), Federal University of Bahia (UFBA);

Brazilian Council for Scientific and Technological Development (CNPq), and Brazilian Federal Agency for the Improvement of Higher Education (CAPES).

### Disclosures

The authors reports no conflicts of interest.

### Bibliographic

1. Frieden TR. The Future of Public Health. *New England Journal of Medicine*. 2015;373(18):1748-54.
2. WHO. Report on the global tobacco epidemic 2015: raising taxes on tobacco. Geneva: World Health Organization, 2015.
3. Carter BD, Abnet CC, Feskanich D, Freedman ND, Hartge P, Lewis CE, et al. Smoking and Mortality — Beyond Established Causes. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(7):631-40.
4. Vigilatel Brasil. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
5. Portaria no 1035/04, de 31 de maio de 2004. Considerando que a Organização Mundial da Saúde-OMS classifica o tabagismo como dependência de nicotina e o inclui no grupo de transtornos mentais. *Diário Oficial da União, Brasília*, p.24, 1 de junho de 2005. Seção 1.
6. Hollands GJ, McDermott MS, Lindson-Hawley N, Vogt F, Farley A, Aveyard P. Interventions to increase adherence to medications for tobacco dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(2):CD009164.
7. Pawlina MM, Rondina RC, Espinosa MM, Botelho C. Abandonment of nicotine dependence treatment: A cohort study. *Sao Paulo Med J*. 2016;134(1):47-55.
8. Azevedo RC, Fernandes RF. Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study. *Sao Paulo Med J*. 2011;129(6):380-6.
9. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine*. 2012;366(9):780-1.
10. Oshima Lee E, Emanuel EJ. Shared Decision Making to Improve Care and Reduce Costs. *New England Journal of Medicine*. 2013;368(1):6-8.
11. Elf M, Frost P, Lindahl G, Wijk H. Shared decision making in designing new healthcare environments-time to begin improving quality. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:114.
12. The patient voice in 'shared decision making' in clinical practice and research. *Health Expect*. 2016;19(5):991-2.
13. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *Jama*. 2014;312(13):1295-6.
14. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine*. 2012;27(10):1361-7.



15. Stacey D, Legare F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(1):CD001431.
16. Joosten EA, De Jong CA, de Weert-van Oene GH, Sensky T, van der Staak CP. Shared decision-making: increases autonomy in substance-dependent patients. *Subst Use Misuse*. 2011;46(8):1037-8.
17. Joosten E, de Weert G, Sensky T, van der Staak C, de Jong C. Effect of shared decision-making on therapeutic alliance in addiction health care. *Patient preference and adherence*. 2008;2:277-85.
18. Joosten EA, de Jong CA, de Weert-van Oene GH, Sensky T, van der Staak CP. Shared decision-making reduces drug use and psychiatric severity in substance-dependent patients. *Psychother Psychosom*. 2009;78(4):245-53.
19. INCA. Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA., 2001.
20. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992;47(9):1102-14.
21. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. The Brief Medication Questionnaire and Morisky-Green test to evaluate medication adherence. *Revista de saude publica*. 2012;46(2):279-89.
22. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
23. McClure JB, Swan GE, St John J, Fauver R, Javitz HS, Bergen AW, et al. Pharmacogenetic smoking cessation intervention in a health care setting: a pilot feasibility study. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*. 2013;15(2):518-26.
24. Street RL, Jr., Elwyn G, Epstein RM. Patient preferences and healthcare outcomes: an ecological perspective. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2012;12(2):167-80.
25. Wright-Berryman JL, Kim H-W. Physical Health Decision-Making Autonomy Preferences for Adults with Severe Mental Illness in Integrated Care. *Journal of Social Service Research*. 2016;42(3):281-94.
26. Bauer AM, Parker MM, Schillinger D, Katon W, Adler N, Adams AS, et al. Associations between antidepressant adherence and shared decision-making, patient-provider trust, and communication among adults with diabetes: diabetes study of Northern California (DISTANCE). *Journal of general internal medicine*. 2014;29(8):1139-47.
27. Mullan RJ, Montori VM, Shah ND, Christianson TJ, Bryant SC, Guyatt GH, et al. The diabetes mellitus medication choice decision aid: a randomized trial. *Arch Intern Med*. 2009;169(17):1560-8.
28. Willemsen MC, Wiebing M, van Emst A, Zeeman G. Helping smokers to decide on the use of efficacious smoking cessation methods: a randomized controlled trial of a decision aid. *Addiction*. 2006;101(3):441-9.
29. Warner DO, LeBlanc A, Kadimpati S, Vickers KS, Shi Y, Montori VM. Decision Aid for Cigarette Smokers Scheduled for Elective Surgery. *Anesthesiology*. 2015.
30. Sheridan SL, Draeger LB, Pignone MP, Keyserling TC, Simpson RJ, Jr., Rimer B, et al. A randomized trial of an intervention to improve use and adherence to effective coronary heart disease prevention strategies. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:331.
31. Warner DO, LeBlanc A, Kadimpati S, Vickers KS, Shi Y, Montori VM. Decision Aid for Cigarette Smokers Scheduled for Elective Surgery. *Anesthesiology*. 2015;123(1):18-28.
32. Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Harter M. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2007;67(3):324-32.

33. Elwyn G, Lloyd A, May C, van der Weijden T, Stiggelbout A, Edwards A, et al. Collaborative deliberation: a model for patient care. *Patient Educ Couns*. 2014;97(2):158-64.
34. INCA. Deixando de Fumar Sem Mistérios: Manual do Coordenador. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância - Conprev, 2011.
35. Elwyn G, Frosch DL, Koblin S. Implementing shared decision-making: consider all the consequences. *Implement Sci*. 2016;11:114.
36. Montori VM, Gafni A, Charles C. A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. *Health Expect*. 2006;9(1):25-36.
37. Sandman L, Granger BB, Ekman I, Munthe C. Adherence, shared decision-making and patient autonomy. *Medicine, health care, and philosophy*. 2012;15(2):115-27.

For Peer Review



Table 1. Sociodemographic and clinical characteristics among two tobacco dependent groups of patients, one of them using ShD in Salvador, Brazil 2015-2016

Characteristics	ShD Group (n=40)		Control group (n=44)		P Value
Age, mean (SD), years	49.2	(13.4)	47.0	(12.0)	0.439
Male gender, number (%)	19	(47.5)	21	(47.7)	0.983
Skin color, number (%)					0.584
Black	13	(32.5)	17	(38.6)	
Brown	16	(40.0)	19	(43.2)	
White	11	(27.5)	8	(18.2)	
Education, number (%)					0.860
< 6 years	13	(32.5)	12	(27.3)	
6 - 12 years	24	(60.0)	28	(63.6)	
> 12 years	3	(7.5)	4	(9.1)	
Marital Status, Married/Concubine number (%) <sup>1</sup>	21	(52.5)	21	(47.7)	0.662
Monthly income (%)					0.870
0 - 1 BMW	22	(55.0)	25	(56.8)	
>1 - 3 BMW	14	(35.0)	16	(36.4)	
> 3 S BMW	4	(10.0)	3	(6.8)	
Physical activity, number (%) <sup>2</sup>	10	(25.0)	9	(20.5)	0.619
Previous quit attempt, number (%)	27	(67.5)	31	(70.5)	0.770
Previous quit attempt, mean (SD)	1,8	(2.1)	1,7	(1.9)	0.784
Depression, number (%) <sup>3</sup>					0.283
No	29	(72.5)	38	(86.4)	
Yes, in treatment	5	(12.5)	3	(6.8)	
Treatment history	6	(15.0)	3	(6.8)	
Other drug use, number (%)					0.767
None	30	(75.0)	33	(75.0)	
Current alcohol dependence treatment	3	(7.5)	5	(11.4)	
Consumption history <sup>4</sup>	7	(17.5)	6	(13.6)	
Fagerström score, mean (SD)	6.3	(2.3)	6,0	(2.4)	0.523
Number of cigarettes/day, mean (SD)	20.4	(11.5)	16,8	(10.3)	0.138
Age began smoking, mean (SD)	17.6	(6.5)	16,0	(5.8)	0.301

1. In the Marital Status were compared Married / Concubine vs Single / Divorced / Widowed.

2. Physical activity for 30 minutes daily at least 3 days a week.

3. Diagnosed by a specialist physician according to DSM 5 criteria

4. Consumption history of alcohol, cannabaniis or crack

ShD = shared decision; BMW = Basic Minimum Wage; SD Standard deviation;

Table 2. Primary outcomes and measure of absolute reduction risk among two tobacco dependent groups of patients, one of them using ShD in Salvador, Brazil 2015-2016

Characteristics	ShD group		Control group		p value	ARR	IC 95%	
	(n=40)		(n=44)					
Morisky-Green scale <sup>1</sup>								
<i>Do you ever forget to take your medicine?</i> number (%)	9	25.7	18	52.9	0.021	28.6%	5.5%	51.6%
<i>Are you careless at times about taking your medications?</i> number (%)	12	34.3	21	61.8	0.022	27.5%	4.8%	50.2%
<i>When you feel better, do you sometimes stop taking your medications?</i> number (%)	6	17.1	10	29.4	0.227	17.2%	-	44.5%
<i>Sometimes, if you feel worse when you take your medicine, do you stop taking it?</i> number (%)	5	14.3	6	17.6	0.539	6.3%	-	38.4%
Patients adherents, according the MG scale number, number (%) <sup>1</sup>	15	42.9	3	8.8	0.001	44.1%	22.3%	65.9%
Day of participation in the first four weeks of the CBT, mean (SD)	3.8	0.4	3.2	1.0	0.040			
Day of participation in CBT at the end of 12-weeks, mean (SD)	8.8	2.8	7.3	3.1	0.018			
Patients adherents in the first four weeks of CBT, mean (SD)	39	97.5	33	75.0	0.003	45.8%	26.4%	65.3%
Patients adherents in CBT at the end of 12-weeks, mean (SD)	25	62.5	21	47.7	0.174	14.9%	-6.3%	36.1%
Abandonment of tobacco dependence treatment	6	15.0	17	38.6	0.015	29.7%	7.8%	51.5%

1. Only employed in patients who used some type of medication; (ShD group n= 35 and Control group n= 34)  
*ShD = shared decision; CBT = cognitive behavioral therapy; MG scale = Morisky-Green scale; SD= Standard deviation; ARR = Absolute risk reduction; IC 95% = 95% confidence interval.*

Table 3. Secondary outcomes and measure of absolute reduction risk among two tobacco dependent groups of patients, one of them using ShD in Salvador, Brazil 2015-2016

Characteristics	ShD group		Control group		P value	ARR	IC 95%	
	(n=40)		(n=44)					
Reduction in the number of cigarettes/day after the first four weeks treatment, mean (SD)	15.4	(10.1)	10.4	(8.9)	0.026			
Reduction in the number of cigarettes/day at the end of 12-weeks, mean (SD)	19.2	(12.4)	15.5	(11.7)	0.281			
Abstinence patients in the first 4 weeks number (%)	15	(37.5)	10	(22.7)	0.139	17.6%	-5.3%	40.6%
Abstinence patients at the end of 12-weeks, number (%)	25	(62.5)	20	(45.5)	0.118	17.1%	-4.0%	38.2%
<b>Kappa Index <sup>1</sup></b>								
Between the groups and INCA's protocol, kappa index (p-value)	0.5	(0.001)	0.7	(<0.001)				

1. Kappa Index between the type of treatment chosen in both groups vs the INCA's protocol; Values equal to 0 = no agreement, 0 to 0.19 = poor agreement, 0.20 to 0.39 = weak agreement, 0.40 to 0.59 moderate agreement, 0.60 to 0.79 substantial agreement, 80 to 1 = perfect agreement.

*ShD = shared decision; SD Standard deviation; IC 95% = 95% confidence interval; ARR = Absolute risk reduction*

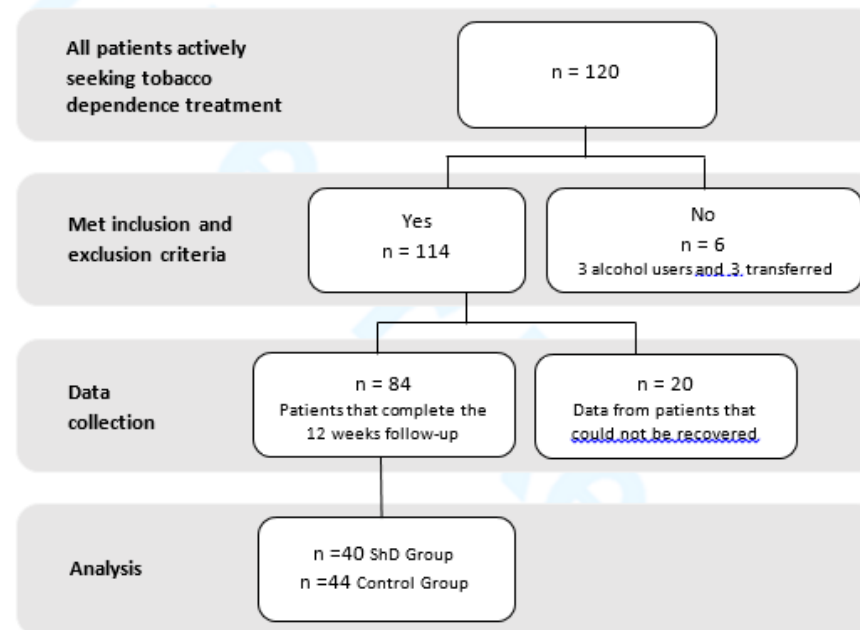


Figure 1 Flow chart of patient enrollment.

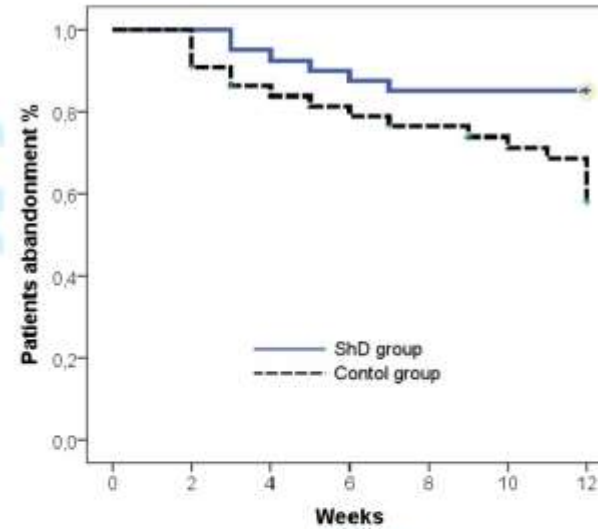


Figure 2. Abandonment distribution during the 12-weeks of tobacco dependence treatment, among two tobacco dependent groups of patients, one of them using ShD in Salvador, Brazil 2015-2016  
Kaplan Meiere curve and Long rank ( $p=0,01$ ).  
*Shd = Shared Decision.*

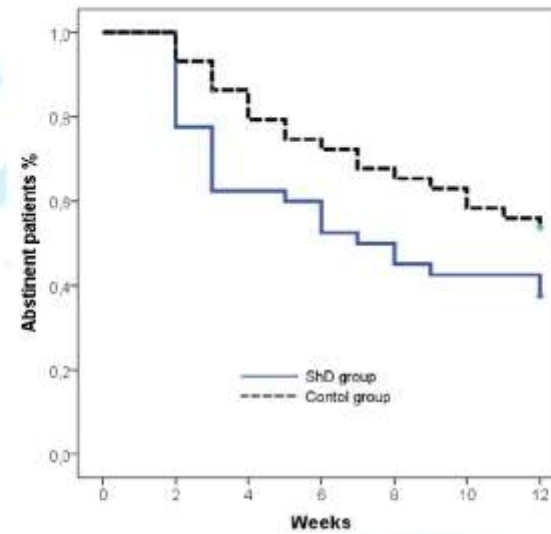


Figure 3. Abstinence distribution during the 12-weeks of tobacco dependence treatment, among two tobacco dependent groups of patients, one of them using ShD in Salvador, Brazil 2015-2016

Kaplan Meiere curve and Long Rank ( $p=0,08$ ).  
*Shd* = *Shared Decision*.

## Conclusões

---

## CONCLUSÕES

- No presente estudo de avaliação da adesão ao tratamento do tabagismos, verificou-se que entre os pacientes nos quais se empregou a decisão compartilhada (DC) a adesão ao tratamento foi maior do que entre aqueles que tiveram o tratamento habitual, escolhido pelo médico. Este resultado é importante porque, na atualidade, com o uso dos recursos atualmente disponíveis, padronizados e oferecidos de forma gratuita e universal pelo SUS, as taxas de abandono de tratamento são elevadas e as de cessação do uso de tabaco são baixas. O emprego da DC se constitui, portanto, numa abordagem terapêutica a ser utilizada pelas equipes de saúde no sentido de reduzir as taxas de abandono do tratamento com conseqüente melhora nos seus resultados.

- Ainda como resultados positivos do presente estudo, nos desfechos secundários, encontrou-se que o emprego da DC melhora a redução do número de cigarros consumidos nas quatro primeiras semanas, tempo considerado pelo protocolo de tratamento do tabagismo preconizado pelo INCA como a fase intensiva para promover a cessão do uso de tabaco, à qual se segue o período de acompanhamento para controle de recaídas, por mais nove meses.

- Também importante, foi a verificação de que o tipo de tratamento pelo o emprego da DC não se distancia daquele escolhido pelo médico frente aos critérios do INCA, fato que é importante já que permite confiar no modelo de DC e no critério do paciente para a escolha de tratamentos depois de ter recebido a informação clara e de interesse para ele.



## Considerações Finais

---

## Considerações Finais

- A Decisão Compartilhada vem ganhando terreno dentro das práticas clínicas; algumas pesquisas mostram o sucesso de sua aplicação, com maior força de evidência nas doenças crônicas. O presente trabalho está dentro das poucas pesquisas realizadas empregando esta estratégia no tratamento do tabagismo., Avaliando desfechos que podem ser úteis na prática clínica., apesar do tamanho pequeno da população estudada, os seus resultados sugerem que este tipo de estratégia melhora a adesão ao tratamento e diminui as taxas de abandono.
- Embora objetivo principal do estudo tenha sido a mensuração da adesão, resultados secundários revelaram que a aplicação da Decisão Compartilhada no tratamento do tabagismo pode melhorar aspectos clínicos como a redução do número de cigarros consumidos e o aumento do número de pessoas abstinentes.. Ainda que, um dos alvos principais das políticas do controle do tabagismo seja a cessação e não a redução do número de cigarros, esta última se constitui num passo que pode aumentar a probabilidades de cessação.

## Perspectivas do estudo

---

## Perspectivas do Estudo

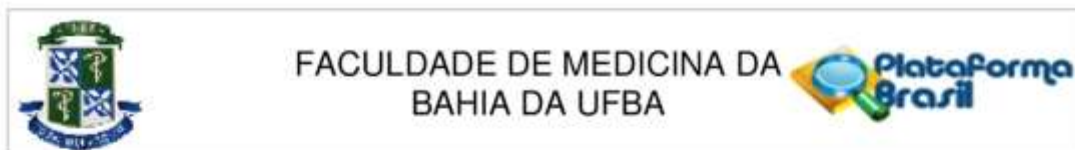
- Os resultados do presente estudo, desenhado para verificar de forma comparativa a adesão ao tratamento com o uso de DC dentro do período dos três meses preconizados pelo INCA, ensejam que futuras pesquisas sejam realizadas para avaliar os efeitos clínicos da decisão compartilhada a longo prazo. Considerando que o presente estudo aponta para a redução do efeito da DC ao longo do tempo de acompanhamento, estratégias que procurem motivar a participação dos pacientes durante todo o tratamento, devem ser implementadas no sentido de melhorar seus resultados.

- A Decisão Compartilhada é um modelo de relação médico-paciente que parece não ter volta; ela guarda sintonia com as necessidades das novas práticas de saúde e, vem impulsada pelo respeito aos direitos dos pacientes e pela melhora na qualidade da atenção. Avaliar a aplicação da DC promover a formação de novos profissionais de saúde com capacidade para empregá-la é importante para melhorar a atenção aos pacientes com consequente melhora dos resultados terapêuticos.

## Anexos

---

## Anexo A: Parecer do comitê de Bioética



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Estudo da adesão ao tratamento do tabagismo em dois grupos de pacientes, um com tratamento determinado pelo médico e o outro com decisão compartilhada.

**Pesquisador:** Tarcisio Matos de Andrade

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 48518715.5.0000.5577

**Instituição Proponente:** FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.396.966

#### Apresentação do Projeto:

O investigador submete emenda solicitando a seguintes mudanças no protocolo:

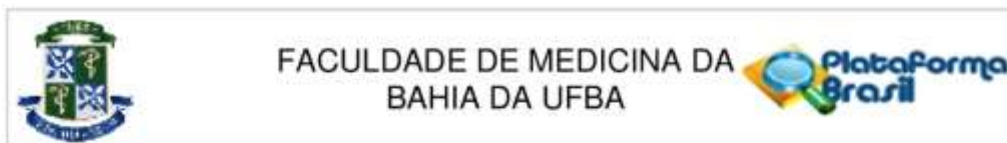
Alterações:

- 1 Inclusão de dois centros de saúde no local da pesquisa: a Unidade de Saúde Familiar - Gamboa (USF - Gamboa) e a Unidade de Saúde Familiar – Cadeal (USF - Cadeal).
- 2 Tempo de seguimento dos pacientes de 6 a 12 sessões em um período de 3 meses de acordo ao protocolo de Tratamento do Tabagismo do Programa de Controle do Tabagismo do Instituto Nacional do Câncer (INCA).
- 3 Início de coleta de dados nas USF o 22 de fevereiro
- 4 Modificações no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aumentando os dois novos lócus de pesquisa.

Justificativas:

As inclusões dos dois centros de pesquisa aumentarão o número de participantes podendo diminuir o tempo da pesquisa, além de aumentar o impacto por facilitar ainda mais a propriedade

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



Continuação do Parecer: 1.396.966

de ser generalizável da pesquisa, desta forma ter uma maior eficiência. O tempo de seguimento dos paciente ainda são de 3 meses, mas as sessões serão de 6 a 12, pois o INCA põe o mínimo de 6 sessões por trimestre, e o projeto tem em consideração ainda o protocolo para o Tratamento do Tabagismo do INCA. O TCLE foi alterado de acordo com as anteriores modificações para considerar os dois novos centros de pesquisa.

ADEQUADO

**Objetivo da Pesquisa:**

Não mudam.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Mudança da população de pesquisa incluindo 2 novos centros.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Não mudam.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE: mudanças adequadas.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

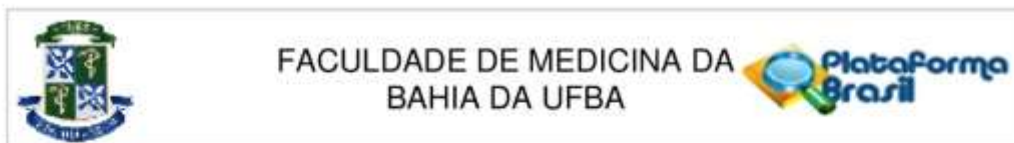
Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_654884_E1.pdf	25/01/2016 20:41:57		Acelto
Outros	Carta_Emenda.pdf	25/01/2016 20:41:15	Juan Pablo Aguilar Ticona	Acelto
Outros	carta_anuência_secretariasaude.pdf	25/01/2016 20:35:40	Juan Pablo Aguilar Ticona	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.doc	25/01/2016 20:31:44	Juan Pablo Aguilar Ticona	Acelto

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepimb@ufba.br



Continuação do Parecer: 1.396.966

Justificativa de Ausência	TCLE.doc	25/01/2016 20:31:44	Juan Pablo Aguilar Ticona	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	25/01/2016 20:31:05	Juan Pablo Aguilar Ticona	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	24/08/2015 15:51:00	Juan Pablo Aguilar Ticona	Aceito
Outros	Anexos.docx	24/08/2015 14:50:09	Juan Pablo Aguilar Ticona	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia.pdf	24/08/2015 14:26:47	Juan Pablo Aguilar Ticona	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 28 de Janeiro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Eduardo Martins Netto**  
**(Coordenador)**

Endereço: Largo do Terreiro de Jesus, s/n  
 Bairro: PELOURINHO CEP: 40.026-010  
 UF: BA Município: SALVADOR  
 Telefone: (71)3283-5564 Fax: (71)3283-5567 E-mail: cepfmb@ufba.br



## Anexo B: Termo de Consentimento livre e esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### MESTRADO EM MEDICINA E SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA.

**Pesquisadora:** Professor Tarcisio Matos de Andrade  
**Colaborador** Juan Pablo Aguilar Ticona  
**Contato:** (71) 84318399

#### Introdução

Você está sendo convidado (a) para participar desta pesquisa porque é paciente do grupo de tabagismo no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas Gregório de Matos (CAPSad-GM). Está é uma pesquisa que coletará informações sobre a Toma de Decisão Compartilhada entre o médico e o paciente para o tratamento do tabagismo. Este documento é chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que contém informações sobre a pesquisa. Após ler este Termo e discutir suas dúvidas com os pesquisadores responsáveis do estudo, você decidirá se quer ou não participar. Se quiser, você e os pesquisadores assinarão e datarão duas vias deste documento, uma delas ficará com você e outra ficará arquivada com os pesquisadores.

É importante que você saiba que sua participação é totalmente voluntária. Você pode decidir participar ou não, a qualquer momento, sem prejuízo algum para o seu acompanhamento médico ou para o seu tratamento.

#### **Por que esta pesquisa está sendo feita e quais são os objetivos?**

O objetivo principal deste estudo é comparar a adesão ao tratamento do tabagismo entre dois grupos de pacientes: grupo 1 - o tipo tratamento a ser adotado é escolhido pelo médico e grupo 2 - a escolha do tipo de tratamento a ser adotado e compartilhada entre o médico e o paciente.

#### **O que eu deverei fazer caso decida participar da pesquisa?**

Se você aceitar participar deste estudo, os responsáveis por ele precisarão coletar informações sobre suas condições de saúde e isso será feito através de uma entrevista. Eles pesquisarão sobre suas características sociodemográficas como idade, raça, nível socioeconômico, escolaridade, estado civil; características clínicas em referência ao efeito da dependência à nicotina. Além disso duas opções si você e parte do grupo 1 o tratamento será feito de feito regular como a qualquer paciente e se você e parte do grupo 2 participara de um enfoque de tipo de Toma de Decisão Compartilhada no processo de tratamento ou seja.

#### **Quantas pessoas participarão da pesquisa?**

Aproximadamente 90 pacientes atendidos no grupo de tabagismo do CAPS ad -GM.

#### **Quanto tempo durará a pesquisa?**

Essa pesquisa durará aproximadamente 18 meses. Mas você participara de 12 sessões de terapia cognitivo comportamental em 12 semanas de seguimento para avaliar sua adesão ao tratamento y de acordo ao Instituto Nacional do Câncer terá o seguimento por 1 ano

#### **Eu corro algum risco por participar deste estudo?**

Não são esperados riscos na pesquisa para o grupo 1. Embora no grupo 2 poderá ter dificuldade no tempo do tratamento ou na diminuição da quantidade do consumo de cigarro esperado. Todas as providências serão tomadas para minimizar isto e em tal caso poderão passar a ser parte do grupo 1. Você será atendido e acompanhada por um médico do CAPS=GM. As suas informações serão tratadas de modo sigiloso.

#### **Eu terei algum benefício por participar deste estudo?**

Os benefícios esperados para você são:

- Aumentar sua adesão ao tratamento.
- Que você possa compreender as opções de tratamento disponíveis.
- Diminuir a ansiedade sobre ou processo de atenção.
- Melhorar suas expectativas realistas dos benefícios e malefícios.
- Estimular a que você seja parte ativa do processo.
- Melhorar a concordância entre os valores e as preferências de você com as opções de tratamento.

#### **Terei despesas por participar desta pesquisa?**

Você não terá nenhuma despesa por participar deste estudo, receberá sua atenção e colherá os exames pedidos.

<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>
---

**MESTRADO EM MEDICINA E SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA.****E quanto a confidencialidade dos dados?**

Os dados do estudo são confidenciais e apenas terão acesso, a pesquisadora responsável pelo estudo, o pessoal autorizado que analisará os dados, e o Comitê de Ética que aprova a realização da pesquisa (**Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia - FMB**). O questionário que você irá responder esta de acordo com as regulamentações do Código de Ética Médica do Conselho Federal de Medicina e com a legislação brasileira que visa proteger o participante da pesquisa (Lei 466/12).

Esta pesquisa não divulgará dados pessoais que possam identificá-la. Os resultados desta pesquisa serão analisados e possivelmente publicados em revistas médicas, mas em momento algum seu nome será exposto ou divulgado. Toda a informação será registrada de forma anônima.

**Quais as minhas alternativas?**

Se você não quiser participar deste estudo, seu acompanhamento de atenção continuará sendo no CAPS-GM. Você não deixará de receber os cuidados necessários, por não participar da pesquisa.

**Quais são os meus direitos como voluntária em uma pesquisa?**

A participação nesta pesquisa tem caráter voluntário e ainda que você decida participar, conserva a possibilidade de se retirar a qualquer momento e por qualquer motivo, sem prejuízo algum. Esta decisão não afetará a sua relação com seu médico nem o seu acesso a futuros tratamentos.

Se decidir participar, será solicitado que você dê o seu consentimento por escrito assinando este documento.

**Quem devo procurar em caso de dúvidas?**

Se tiver alguma dúvida sobre a sua participação nessa pesquisa ou sobre as informações contidas neste documento favor entrar em contato com:

**Juan Pablo Aguilar Ticona**  
**Rua Augusto Viana, s/nº, Canela,**  
**Curso de Pos-Graduação em Medicina e Saúde**

Se tiver dúvidas como dar seu consentimento ou sobre os seus direitos como participante da pesquisa, favor entrar em contato com:

<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>
---

**MESTRADO EM MEDICINA E SAÚDE - UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA.**

**PÁGINA DE ASSINATURAS**

**FUI DEVIDAMENTE ORIENTADO (A) QUANTO A TODOS OS PROCEDIMENTOS DO ESTUDO, LI (OU LERAM PARA MIM) ESTE TERMO DE CONSENTIMENTO, TIVE CHANCES DE ESCLARECER MINHAS DÚVIDAS E ENTENDI TODAS AS INFORMAÇÕES. CONCORDO VOLUNTARIAMENTE EM PARTICIPAR DESTES ESTUDO.**

\_\_\_\_\_  
Nome do (a) participante.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) participante.

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
dia mês ano

\_\_\_\_\_  
Nome do representante legal do participante.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante legal do participante.

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
dia mês ano

\_\_\_\_\_  
Nome da pessoa que obteve o consentimento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pessoa que obteve o consentimento.

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
dia mês ano

\_\_\_\_\_  
Nome da testemunha imparcial, se necessário.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha imparcial se necessário,

Data \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
dia mês ano

## Anexo C: Resumo Apresentado no XVIII Simpósio Internacional sobre Tabaco, Álcool e outras Drogas

<http://www.metodorio.com.br/tabacodrogas2016/>

**XVIII Simpósio Internacional sobre Tabaco, Álcool e outras Drogas**  
**O que há de Novo na Prevenção e no Cuidado das Adicções**  
**27 a 29 de outubro de 2016 - Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro/RJ**

Acesso à área restrita »

Login:

Senha:

lembrar senha

### Programação - Sessão de Pôsteres

**27/10/2016 - 10:00 - 10:15**  
**Apresentação - Tela 2**

#### **22267 - ESTUDO DA ADESÃO AO TRATAMENTO DO TABAGISMO EM DOIS GRUPOS DE PACIENTES, EMPREGANDO DECISÃO COMPARTILHADA. PILOTO DE UM ENSAIO CLINICO RANDOMIZADO.**

JUAN PABLO AGUILAR TICONA - UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA), PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE, TARCISIO MATOS DE ANDRADE - UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA), PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA E SAÚDE

O tabagismo é um problema de saúde pública. No Brasil dos pacientes que participaram do tratamento, no primeiro mês, o 53,1% deixa de fumar e 28,5% abandona o tratamento. A Decisão Compartilhada (DC) é uma estratégia que inclui a discussão do tipo de tratamento a ser adotado junto com o paciente, para melhorar a autonomia do paciente e a qualidade do atendimento. Objetivo: Comparar a adesão ao tratamento do tabagismo entre dois grupos de pacientes: grupo controle - o tipo de tratamento a ser adotado é escolhido pelo médico e grupo experimental - o tipo de tratamento adotado é escolhido empregando DC. Método: Ensaio clínico randomizado, aberto, de 12 semanas de seguimento, em dois centros de saúde especializados no tratamento do tabagismo, na cidade de Salvador-Brasil. A amostra foi constituída de 30 participantes no grupo experimental e 34 no controle; os recursos terapêuticos foram os preconizados pelo INCA: Terapia Cognitivo Comportamental(TCC), acompanhada ou não de terapia medicamentosa (adesivo de nicotina ou bupropiona). Desfechos principais: taxa de comparecimento ao grupo de TCC (aderente,  $\geq 70\%$ ) e mudanças na adesão ao tratamento avaliada pelo questionário Morisky-Green(MG) (aderente, contagem=0). Desfechos secundários foram abstinência, quantidade de cigarros em uso depois do tratamento e grau de concordância entre o controle e a DC. Resultados: Pacientes com DC de acordo ao MG, tiveram uma melhor adesão, comparado ao controle (40,0% vs 12,5%  $p < 0,05$ ), mostrando uma Redução de Risco Absoluta para a não adesão ao tratamento de 27,5% (IC= 4.2 a 50.8) e um Número Necessário para Tratar de 3,6 (IC 2.0 a 23.8) para ter um paciente aderente. A participação na TCC no primeiro mês foi maior no grupo de DC (90,0% vs 79,4%;  $p=0,31$ ) mas no terceiro mês foi igual. Ao final, o abandono foi semelhante em ambos grupos (30,0% vs 26,5%;  $p=0,79$ ). Sobre o consumo depois do tratamento, a abstinência só foi maior no grupo controle no primeiro mês (30,0% vs 20,6%,  $p=0,39$ ). A índice de concordância entre as escolhas mostrou que não houve diferença no tipo de tratamento escolhido por DC. Conclusão: A DC melhora a adesão do paciente ao uso adequado de medicações, influenciando em 1 de 4 paciente que empregam algum tipo de medicação; o uso de TDC para tratar dependência de tabaco não se afasta dos critérios do INCA de acordo ao índice de concordância. Os desfechos secundários, ainda não são conclusivos, mas mostram uma melhoria proporcional no primer mês de tratamento



# XVIII

Simpósio Internacional sobre  
Tabaco, Alcool e outras Drogas  
O que há de Novo na Prevenção  
e no Cuidado das Adições

## CERTIFICADO

Certificamos que

**JUAN PABLO AGUILAR TICONA**

participou do

**XVIII Simpósio Internacional sobre Tabaco, Alcool e outras Drogas**  
realizado de 27 a 29 de outubro de 2016, na Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro/RJ.

Rio de Janeiro, 29 de outubro de 2016

  
Joaquim Melo  
Presidente da Abrati

  
Angelo Campana  
Presidente da ABCEAO

  
Fátima Vasconcellos  
Chefe de Psiquiatria da Santa Casa-RJ

  
Analice Gigliotti  
Presidente do Simpósio



## Anexo D: Instrumentos de coleta de dados

### Grupo de Tabagismo

ID# \_\_\_\_\_

#### 1. Dados Sociodemográficos

Registro:

NOME: _____	
Data Nascimento (dd/mm/aaaa): ____/____/____	Idade: ____
Data entrevista (dd/mm/aaaa): ____/____/____	
Gênero: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Raça: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Outra
Situação conjugal: _____	Escolaridade: _____
Renda: _____	Realiza atividade Física: _____
Telefone: _____/_____	

#### 2. Dados sobre Tabagismo

Idade de início do tabagismo: ____	Numero de cigarros ao dia: _____
Já quis parar de fumar? <input type="checkbox"/> Não... <input type="checkbox"/> Sim	Número de tentos _____
Uso de outras drogas: _____	

#### 3. Teste De Fagerström

1- Quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro?	
( ) mais de 60 min _____	0
( ) entre 31 e 60 min _____	1
( ) entre 6 e 30 min _____	2
( ) menos de 6 min _____	3
2- Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?	
( ) não _____	0
( ) sim _____	1
3- O primeiro cigarro da manhã é o que traz mais satisfação?	
( ) não _____	0
( ) sim _____	1
4- Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?	
( ) não _____	0
( ) sim _____	1
5- Você fuma mesmo quando acamado por doença?	
( ) não _____	0
( ) sim _____	1
6- Quantos cigarros você fuma por dia?	
( ) menos de 11 _____	0
( ) de 11 a 20 _____	1
( ) de 21 a 30 _____	2
( ) mais de 30 _____	3

**Escala Morisky Green**

Escala Morisky Green		
Nome:	Sim/Não	Quantidade
<i>Esqueceu de tomar a medicação?</i>		
<i>Erro no horário do medicamento?</i>		
<i>Deixo a medicação pela sua conta por se sentir bem?</i>		
<i>Deixo a medicação pela sua conta por se sentir mal?</i>		

**Formulário de decisão compartilhada**

Nome:

<p>Escolhas</p> <p>1. Só Terapia Cognitivo Comportamental</p> <p>2. Terapia Cognitivo Comportamental mais Terapia Farmacológico</p>
---

Vantagens	Desvantagens

Discussão

---

---

---

---

---

---

---

---

Conclusão

---

---

---

---

---

---

---

---



