

**DEPARTAMENTO DE BIOLOGIA E FARMÁCIA
CURSO DE FARMÁCIA**

Rodrigo Luz Freitas Stasinski

**INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NA CESSAÇÃO TABÁGICA EM UMA
DROGARIA: RELATO DE CASO**

Santa Cruz do Sul
2019

Rodrigo Luz Freitas Stasinski

**INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NA CESSAÇÃO TABÁGICA EM UMA
DROGARIA: RELATO DE CASO**

Trabalho a ser apresentado à disciplina de Trabalho de
Curso II, do Curso de Farmácia da Universidade de
Santa Cruz do Sul.

Orientador: Me. Ediberto de Oliveira Machado

Santa Cruz do Sul
2019

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus pelas oportunidades concedidas. Agradeço ao meu orientador Ediberto de Oliveira Machado, por me ajudar, esclarecer minhas dúvidas, pelos incentivos e correções que tornaram possíveis a conclusão deste trabalho. Agradeço aos gestores da farmácia Novamed pela oportunidade de ofertar o presente trabalho de intervenção, cedendo espaço para ofertar este serviço farmacêutico.

Aos meus pais Paulo e Regina por sempre acreditarem em mim e por todo apoio que sempre foi dado em todos momentos, além dos valores que me ensinaram de carácter e ética. Aos meus familiares e amigos que me ajudaram e a todos que de forma direta e indireta contribuíram para o presente trabalho.

A todos professores do curso de farmácia da UNISC que contribuíram para meu conhecimento, onde pude desenvolver meu trabalho.

RESUMO

No Brasil, em 2015, o tabagismo tem relação com cerca de metade das 10 principais causas de mortes: doença cardíaca isquêmica (14,9%), neoplasias (17,4%), doenças cerebrovasculares, incluindo hipertensão arterial sistêmica (12,4%) e DPOC (5,3%). A relevância desta pesquisa se dá a partir da necessidade dos pacientes em abandonar o tabagismo promovendo dessa forma melhores condições de vida no futuro e o profissional farmacêutico poderá contribuir para um tratamento com maior êxito. Objetivo deste trabalho foi avaliar a eficácia de intervenções farmacêuticas na promoção da cessação tabágica a partir de conscientização dos malefícios causados aos tabagistas. O delineamento deste estudo é de caráter de intervenção, buscou atender a população usuária crônica de tabaco, sendo realizado na Farmácias Novamed filial 2 na cidade de Encruzilhada do Sul, foi selecionado cinco voluntários com critérios de aceitação para os voluntários que já tentaram e fracassaram em parar de fumar, assim como não estar participando de outro programa de cessação tabágica. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) com o número CAAE 03841118.0.0000.5343. Foi feito o acompanhamento farmacêutico trabalhando a conscientização do paciente que estavam em tratamento com reposição de nicotina ou reposição de nicotina associado a bupropiona. Contou também com encontros presenciais e por mensagens durante o período de estudo, buscando desta forma motiva-los para o abandono do tabagismo. Dos cinco pacientes tabagistas participantes do programa de cessação tabágica, três (60%) obtiveram sucesso. Com estes resultados podemos ver o quanto se faz importante a atuação do farmacêutico na cessação do tabagismo, contribuindo para uma promoção da saúde, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos na presença do profissional farmacêutico nas drogarias permite um serviço de fácil acesso a população e com bons índices de sucesso.

Palavras-chaves: Tabagismo, nicotina, acompanhamento, farmacêutico, cessação tabágica.

ABSTRACT

Smoking in Brazil accounts for about half of the 10 leading causes of death: ischemic heart disease (14.9%), neoplasias (17.4%), cerebrovascular diseases, including systemic arterial hypertension (12.4% %) and COPD (5.3%). The relevance of this research is based on the patients' need to quit smoking, thus promoting better living conditions in the future, and the pharmacist can contribute to a more successful treatment. The objective of this study was to evaluate the efficacy of pharmaceutical interventions in the promotion of smoking cessation through awareness of the harm caused to smokers. The study was designed as an intervention, aimed at attending to the chronic tobacco user population. It was conducted at the Novázad pharmacies branch 2 in the city of Encruzilhada do Sul. Five volunteers were selected with acceptance criteria for volunteers who had tried and failed in stop smoking, as well as not participating in another smoking cessation program. The study was submitted to the Research Ethics Committee (CEP) of the University of Santa Cruz do Sul (UNISC) under the number CAAE 03841118.0.0000.5343. Pharmaceutical monitoring was done by working on patient awareness that they were on nicotine replacement therapy or nicotine replacement associated with bupropion. He also counted on face-to-face meetings and messages during the study period, thus seeking to motivate them to quit smoking. Of the five smoking patients participating in the smoking cessation program, three (60%) were successful. With these results we can see how important is the performance of the pharmacist in the cessation of smoking, contributing to a health promotion, improving the quality of life of individuals in the presence of the pharmaceutical professional in drugstores allows a service easily accessible to the population and with good success rates.

Keywords: Smoking, nicotine, follow-up, pharmacist, smoking cessation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVOS	8
2.1 Objetivo geral	8
2.2 Objetivos específicos	8
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
3.1 A História do Tabaco	9
3.2 Dependência química	11
3.3 Fisiologia da respiração	14
3.4 Patologias relacionadas ao tabagismo	17
3.4.1 DPOC	17
3.4.2 Neoplasias	18
3.4.3 Cardiopatias	19
3.5 Tratamento do tabagismo	19
4 MATERIAIS E MÉTODOS	22
4.1 Tipo de estudo	22
4.2 População da amostra	22
4.3 Critérios	22
4.3.1 Inclusão	22
4.3.2 Exclusão	22
4.4 Procedimentos da pesquisa	23
4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33
ANEXOS	37
ANEXO A - Concordância do local da Pesquisa	37
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	38
ANEXO C - AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA A NICOTINA	41
ANEXO D – CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO MÉDICO	42
ANEXO E – QUESTIONÁRIO AO PACIENTE PÓS TRATAMENTO	43

1 INTRODUÇÃO

O tabaco é uma epidemia global que adquiriu proporções de pandemia, tendo cerca de 1,3 bilhões de usuários e causando 6 milhões de mortes anuais. O tabagismo envolve um custo econômico com cuidados de saúde substanciais e sociais em todos os países. Os riscos para a saúde decorrem tanto do consumo direto do tabaco como também da exposição passiva ao fumo (ASMA et al.; 2015). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o tabagismo causa aproximadamente 5,4 milhões de óbitos anuais. Até 2030, esses números experimentarão um crescimento significativo de 48%, passando para 8 milhões de óbitos, dos quais 80% ocorrerão em países em desenvolvimento.

Lopez e colaboradores (1994), usaram para descrever a epidemia de tabagismo, um modelo baseado em quatro estágios, definida basicamente a partir da análise da prevalência e mortalidade atribuível. No estágio 1, fumar é um comportamento pouco comum e típico das classes favorecidas; no estágio 2 o hábito de fumar é mais comum nos homens, de todas as classes sociais, e a prevalência nas mulheres está atrasada em 10-20 anos, e adotado pelas mulheres de classes sociais altas; no estágio 3 a prevalência do hábito de fumar diminui e nas mulheres atinge o pico; no estágio 4, o uso de tabaco diminui em ambos os sexos sendo mais prevalente nas classes sociais baixas.

Países da América Latina situam-se em estágios variados desta epidemia. Os países Cuba e Chile apresentam prevalências acima de 40% para homens e em torno de 30% para mulheres. Na Argentina, Bolívia, Paraguai, Uruguai, Venezuela, 30% a 40% dos homens fumam, enquanto a prevalência em mulheres está entre 20% e 30%. Já no Brasil, a prevalência de fumantes correntes é 17,2% da população, estando assim em um estágio intermediário (BARROS et al.; 2011).

No ano de 2014 entre as 10 principais causas de morte no mundo responsáveis por metade das mortes, o tabagismo tem relação direta com 80% dessas mortes; doença cardíaca isquêmica (1º lugar na classificação), acidente vascular cerebral (2º lugar), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (3º lugar), infecções do trato respiratório inferior (4º lugar), câncer de pulmão ou traqueia (5º lugar). Essa realidade é muito semelhante no Brasil, em 2015 das 10 principais causas de mortes o tabagismo tem relação com cerca de metade: doença cardíaca isquêmica (14,9%), neoplasias (17,4%), doenças cerebrovasculares, incluindo hipertensão arterial sistêmica (12,4%) e DPOC (5,3%) (JOSE et al.; 2017).

Se tem o conhecimento que existem diferentes perfis de fumantes, cada um deles com maior ou menor dificuldade de abandono da dependência. Alguns param de fumar

espontaneamente, talvez induzidos ou convencidos pelas políticas públicas de combate ao tabagismo. E temos os que não conseguem parar mesmo usando algum tratamento farmacológico. Estes últimos fazem parte do grupo de fumantes que procuram os programas de cessação públicos ou privados e geralmente são os mais dependentes, possuem maior carga tabágica e com várias tentativas fracassadas de abandono. Assim, as características dos fumantes que procuram os serviços de saúde são diferentes daquelas da comunidade em geral e muitas delas são pouco conhecidas (PAWLINA et al.; 2014).

A relevância deste trabalho justifica-se a partir da necessidade dos pacientes em abandonar o tabagismo promovendo dessa forma melhores condições de vida no futuro, tendo em vista todos os malefícios causados por esse hábito que é tão nocivo a saúde de quem fuma, assim como de quem está próximo que são chamados de fumante passivos.

Embora hoje tenhamos várias campanhas de abandono ao tabagismo, não é suficiente para aqueles fumantes que tem uma carga tabágica elevada, pois não conseguiram parar de fumar somente por iniciativa própria, eles necessitam de um acompanhamento farmacoterapêutico e motivacional durante esse tratamento.

O serviço farmacêutico no auxílio do tratamento, será ofertado e avaliado se os pacientes terão maior êxito no tratamento com o acompanhamento deste profissional, pois o farmacêutico está mais próximo da população, podendo ser um profissional importante para levar saúde a população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a eficácia de intervenções farmacêuticas para a cessação tabágica a partir de conscientização dos malefícios causados aos tabagistas.

2.2 Objetivos específicos

- Realizar a educação farmacêutica através de palestras informativas sobre os malefícios do tabaco;
- Promover atividades como anamnese farmacêutica e acompanhamento motivacional para o abandono do tabagismo;
- Realizar a prescrição farmacêutica para a reposição de nicotina em pacientes que desejam cessar o hábito tabágico;
- Avaliar a efetividade no tratamento com o acompanhamento do farmacêutico.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A História do Tabaco

O tabaco se obtém de duas espécies vegetais, a *Nicotiana tabacum* e a *Nicotiana rustica*, nativas dos Andes peruanos e equatorianos. Essas plantas foram descobertas em torno de 18.000 anos, nessa época populações asiáticas migraram para a América. Quando Cristóvão Colombo chegou ao Novo Mundo, o cultivo e o uso do tabaco já estavam disseminados entre os índios de todo o continente, que utilizavam o tabaco para vários fins, inclusive nos rituais religiosos e como inseticida nas lavouras. O tabaco era fumado em cachimbos, aspirado, mascado, comido ou tomado sob a forma de chá. Importante planta medicinal, era usado em lavagens intestinais, esfregado sobre a pele para combater piolhos, instilado como colírio e aproveitado na formulação de unguentos, analgésicos e antissépticos (GATELY, 2001).

Em 1850 começaram a ser vendidos na Inglaterra os primeiros cigarros manufaturados, cujo consumo se popularizou durante a Primeira Guerra Mundial. Em 1884, foi patenteada a primeira máquina para manufaturar cigarros, produzindo 120 mil cigarros a cada 10 horas. Apesar de ter havido alguns manifestos na época sobre possíveis malefícios do tabaco, seu consumo na forma de cigarros cresceu de forma assustadora, chegando a uma frequência de 80% nas cortes militares na segunda Guerra Mundial. O auge do tabagismo ocorreu nas décadas de 1950 e 60, declinando em alguns países a partir de 1970 (SILVA, 2012).

No período em que o Brasil fornecia tabaco para as cortes europeias, foi introduzido a folha de fumo no brasão da República Federativa do Brasil. Restou um grande custo econômico para o Estado por causa de um hábito que provocou milhares de mortes (ARAUJO, 2012). O tabaco se tornou epidemia global, assumindo proporções de pandemia, com cerca de 1,3 bilhão de usuários e 6 milhões de mortes anuais, envolvendo cuidados de saúde substanciais e custos econômicos e sociais em todos os países. Os riscos para a saúde decorrem tanto do consumo direto do tabaco como também da exposição passiva ao fumo. O tabagismo influenciou e influencia a mortalidade no mundo. Por exemplo, os Estados Unidos no século XX, que teve sua taxa de mortalidade por câncer de pulmão, traqueia e brônquios, em curva ascendente de evolução. Em 1930, era de 4,0/100.000 alcançando patamares 20 vezes mais elevados em 1990 (ASMA et al.; 2015).

Durante os anos 70, os malefícios provocados pelo tabagismo tiveram sua consolidação como problema de saúde para as agências internacionais, tornando-se tema frequente nas Assembleias Mundiais de Saúde, órgão máximo de decisão da Organização Mundial da Saúde

(OMS). Em 1970, o Comitê de Peritos da OMS criou um relatório intitulado “O hábito de fumar e a saúde” resumindo diversos aspectos do tabagismo e dos males por ele causados. Esse relatório e os subsequentes trouxeram uma série de recomendações aos Estados-Membros, começando pela sugestão de que fossem criados programas governamentais específicos de combate ao tabagismo (ROSEMBERG, 1987).

Nos anos 80, para comemorar o dia Mundial da Saúde, a OMS elaborou uma campanha internacional de combate ao tabagismo com o slogan “Tabaco ou Saúde”, e criou o Programa de Tabaco e Saúde, onde recomendava a intensificação ou o início de estratégias governamentais para o controle do tabagismo, com ênfase nas medidas educacionais, (particularmente com respeito à juventude) e de proibição, restrição ou limitação da publicidade dos produtos do tabaco (ROSEMBERG, 1987).

A Lei Federal nº 7.488/86 instituiu o dia 29 de agosto como o “Dia Nacional de Combate ao Fumo”. Essa Lei caracterizou-se como a primeira legislação em âmbito federal relacionada à regulamentação do tabagismo no Brasil (BRASIL, 1996).

A preocupação com ambientes livres da poluição ambiental do tabaco foi a base das propostas do período. Ela se tornou mais forte a partir da década de 1980, quando vários estudos sobre os efeitos nocivos da fumaça em não fumantes foram realizados. Em 1986, o Ministério da Saúde dos EUA e a *US National Academy of Sciences National Research Council* divulgaram um relatório sobre tabagismo passivo mostrando sua relação com o câncer de pulmão em não fumantes (INCA, 2004). Com essa nova evidência científica teve início o movimento antitabagismo em todo o mundo: o tabagismo já não era mais um problema apenas para o fumante (TEIXEIRA; JAQUES, 2011).

Na década de 90, as pessoas passaram a aceitar com mais facilidade as considerações médicas relativas ao tabagismo, antes vistas como repressoras e autoritárias. Em 1996, a Lei 9.294/96 passou a proibir a propaganda massiva de produtos de tabaco em ambientes externos. Também havia a restrição do horário de transmissão de propagandas de produtos de tabaco a internacionalização das lutas de combate ao fumo e o surgimento de técnicas psicoterápicas e farmacológicas de tratamento ao tabagismo. Uma das internacionalizações foi a criação da Convenção do Quadro para Controle do Tabaco, onde surgiu o primeiro tratado internacional da História sobre saúde pública, com 191 países membros. O objetivo era uniformizar as estratégias de controle e combate ao fumo de forma complementar às ações que já vinham sendo realizadas nos países membros. Apesar de o tratado ter sido proposto em 1999 ele só foi aprovado em 2003 (BRASIL, 2004).

Em 2000 foi aprovada a Lei nº 10.167/2000 (BRASIL, 2000) que restringia, a partir de então, a publicidade de produtos derivados do tabaco à afixação de pôsteres, painéis e cartazes na parte interna dos locais de venda, de revistas, jornais, televisão, rádio e outdoors, inclusive internet. Além disso, proibiu a propaganda indireta contratada, denominada merchandising, e a propaganda em estádios, pistas, palcos ou locais similares, além de patrocínio de eventos esportivos nacionais e culturais.

3.2 Dependência química

A dependência química ao tabaco é uma das mais severas devido a sua complexidade, Segundo Marques e colaboradores (2001), uma diminuição de 50% no consumo da nicotina já é capaz de desencadear os sintomas de abstinência nos indivíduos dependentes.

Marques ainda destaca que a síndrome de abstinência da nicotina é mediada pela noradrenalina e começa cerca de 8 horas após fumar o último cigarro, atingindo o auge no terceiro dia, tendo como principais sintomas a ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono (insônia e sonolência diurna), aumento do apetite, alterações cognitivas (diminuição da concentração e atenção) e fissura pelo cigarro (“craving”).

Por isso ao fumarem o primeiro cigarro da manhã os dependentes da nicotina apresentam alívio da abstinência. A abstinência da nicotina provoca a irritabilidade como uma queixa comum entre os tabagistas. Eles destacaram uma experiência com uma paciente de 34 anos que consumia cerca de 12 cigarros/dia e se absteve de fumar por dois meses. A paciente relatou que se sentiu fisicamente melhor durante a abstinência, mas o marido acabou insistindo para que ela voltasse a fumar: “Ele não aguentava mais o meu péssimo humor” (SILVA, 2012).

Um dos sintomas que mais incomodam os pacientes em abstinência da nicotina é o indesejado ganho de peso. Na maioria dos casos o aumento de peso é de 4 a 6 kg, podendo chegar a 10% do peso corporal em algumas pessoas. Mulheres e tabagistas que consomem acima de 25 cigarros/dia são mais propensos a engordar após o abandono do fumo, possivelmente por aumento da ingestão alimentar e readaptações metabólicas (SILVA, 2012).

A utilização do tabaco se tornou um hábito dos mais absorventes e onipresentes que o homem tem aprendido desde o início dos tempos. O fato de que pode se tornar um comportamento habitual ou gerador de dependência é evidenciado pela dificuldade que os fumantes têm em restringir seu hábito de fumar. A nicotina, a principal substância do tabaco, parece ter um grande papel nessa dependência, evidenciada pela necessidade de fumantes de

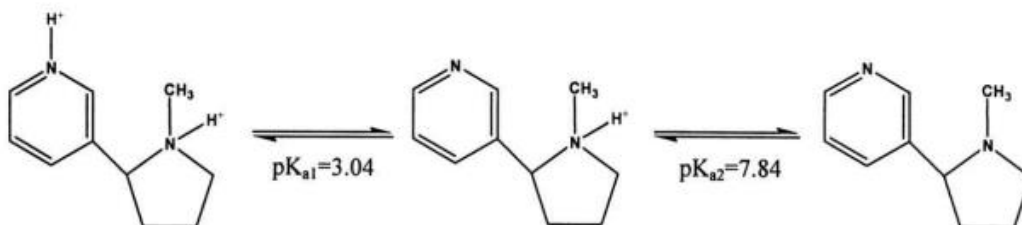
regular sua taxa de tabagismo, a fim de manter os níveis plasmáticos específicos desta droga colinérgica (RUSSELL; FEYERABEND; COLE, 1976).

No trabalho de Reavill e Stolerman, 1987, a mecamilamina (uma droga bloqueadora do receptor nicotínico colinérgico central) para facilitar as taxas de tabagismo, sugerindo que a nicotina pode estar induzindo seus efeitos de dependência por meio de uma ação específica nos receptores colinérgicos nicotínicos centrais. Nicotina tem efeitos de recompensa que foram demonstrados em ratos e macacos treinados para buscar e auto-administrar nicotina. Além disso, observou-se que a nicotina exerce efeitos específicos e selectivos do estímulo discriminativo sobre o comportamento em seres humanos e animais (KALLMAN; HARRY; WOODSON; ROSECRANS, 1982; HENNINGFIELD; GOLDBERG, 1988).

Com a queima de um cigarro se tem a produção de monóxido de carbono e dezenas de outras substâncias tóxicas que ocasionam alteração da oxigenação dos tecidos. Libera nicotina, que é a substância responsável pela dependência do tabaco, uma amina terciária volátil capaz de estimular, deprimir ou perturbar o sistema nervoso central e todo o organismo, dependendo da dose e da frequência com que é utilizada (HENNINGFIELD, KEENAN, 1993).

A nicotina, 3-(1-metil-2-pirrolidinil) piridina, é um alcaloide extraído das folhas do tabaco (*Nicotiana tabacum* L.). É uma base volátil, disponível no estado líquido, com coloração amarelo pálido, higroscópica, bastante solúvel em água, etanol, clorofórmio e óleos, que se torna acastanhada e adquire o odor de tabaco quando exposta ao ar (BENOWITZ; HUKANNEN; JACOB, 2009). De acordo com sua estrutura química, apresentada na Figura 1, a nicotina é uma amina terciária e aromática com caráter anfifílico ($\log K_{ow} = 1,17$) que possui dois grupamentos ionizáveis, uma piridina e um anel pirrolidona, com valores de pKa de, respectivamente, 3,04 e 7,84 (NAIR et al, 1997; FARAHMAND; MAIBACH, 2009).

Figura 1 – Estrutura química e ionização da molécula de nicotina



Fonte: PONGJANYAKUL, KHUNAWATTANAKUL, PUTTIPIPATKHACHORN (2009, p. 243).

A nicotina possui dois enantiômeros, o isômero ativo S-nicotina, correspondente a forma levógira (-), presente no tabaco, com maior afinidade de ligação pelos receptores colinérgicos nicotínicos, e o isômero R-nicotina, forma dextrógira (+), não encontrada na natureza, sendo somente um fraco agonista destes receptores. No ato de fumar, pode haver alguma racemização da molécula, com exposição do fumante a pequenas quantidades de R-nicotina (BENOWITZ, 1998).

Um cigarro contém 7-9 mg de nicotina, dos quais se estima que pouco mais de 1 mg seja absorvido pelo fumante. A absorção da nicotina é muito rápida pelos pulmões, atingindo o cérebro em dez segundos e sendo distribuída para todos os sistemas (BENOWITZ, 1998). A meia-vida de eliminação da nicotina é de aproximadamente duas horas. No fígado ocorre sua metabolização, a excreção da nicotina ocorre apenas em 5% de forma original pelos rins (MARQUES, 2001). Com a nicotina se tem um rápido, mas pequeno aumento do estado de alerta, melhorando a atenção, a concentração e a memória em humanos, também diminui o apetite (HEISHMAN; HENNINGFIELD, 1995).

O efeito rápido estimulante produzido por tragar um cigarro é semelhante àquele descrito pelos usuários de cocaína/crack (EVANS SM, CONE EJ, HENNINGFIELD JE, 1995). Esse efeito, em contraposição aos sintomas desagradáveis que a falta da substância no cérebro provoca, contribui para a dificuldade na manutenção da abstinência, pois, entre os fumantes que já tentaram parar de usar o tabaco, cinco a sete tentativas são necessárias (MARQUES et al.; 2001).

No ato de fumar cerca de 25% da nicotina inalada chega à corrente sanguínea, atingindo o encéfalo em 15 segundos, a nicotina tem um tempo de meia-vida de duas horas (PENTON; LESTER, 2009). Quando chega ao cérebro, a nicotina interage com receptores colinérgicos nicotínicos (nAChR). Os receptores nACh são os principais receptores envolvidos na dependência, eles são constituídos por cadeias polipeptídicas denominadas $\alpha 4$ e $\beta 2$, mas, no entanto, não são os únicos. Na ligação da nicotina com esses receptores acontece alterações conformacionais, que facilitam o influxo de íons – principalmente Na^+ e Ca^+ , o que impede que a acetilcolina se ligue a eles, o que ocorreria fisiologicamente (PLANETA, CRUZ, 2005).

Essa despolarização oriunda da passagem de íons faz com que o impulso nervoso se propague até o sistema de recompensa cerebral. Esse sistema consiste em neurônios dopaminérgicos na área tegmental ventral do mesencéfalo e seus neurônios-alvo em regiões cerebrais mais anteriores, como o núcleo accumbens e outras regiões estriatais ventrais. Essas regiões estão ligadas à tolerância, aumento da fissura e disforia em função da abstinência nicotínica. No sistema de recompensa cerebral, a despolarização oriunda dos neurônios da área

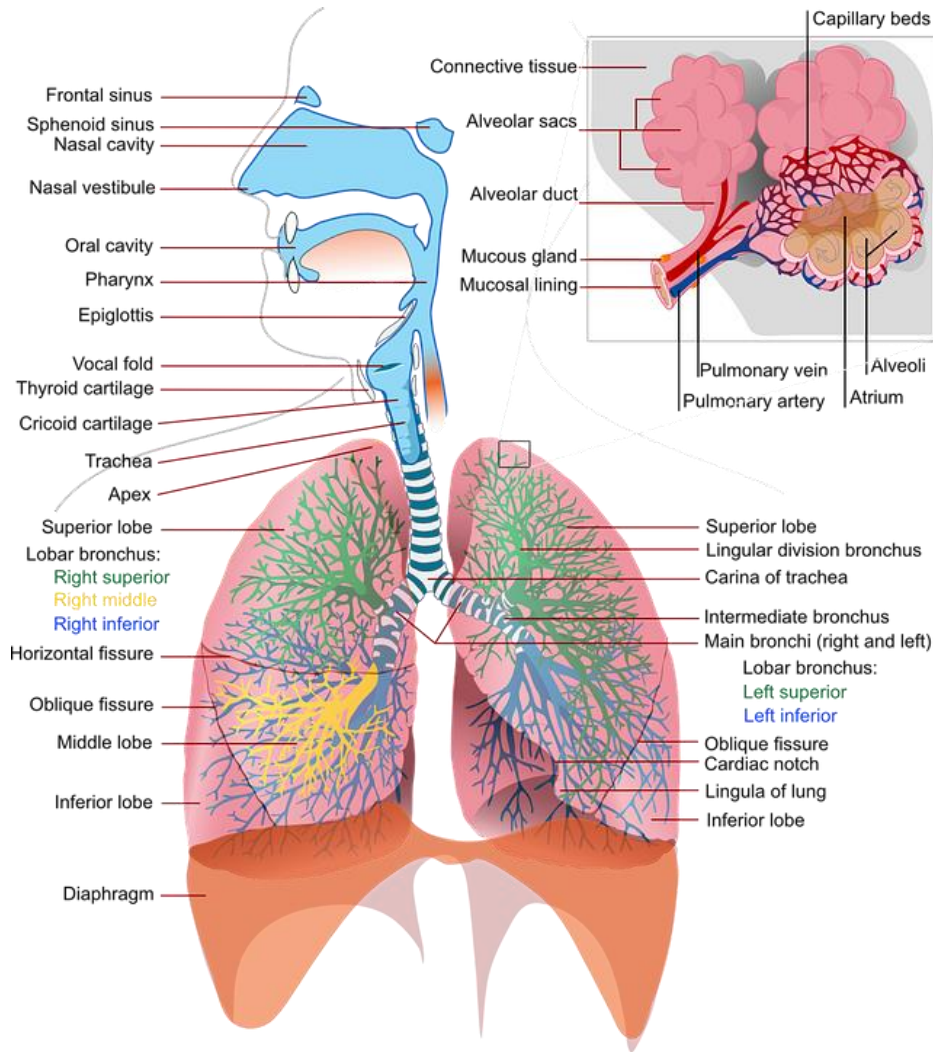
tegmental ventral resulta na liberação principalmente de dopamina. A dopamina é um neurotransmissor derivado do aminoácido essencial tirosina e que produz influência sobre o movimento, sono, emoção e outros. No tabagismo, a dopamina produz um efeito de reforço positivo. Considerando estudos mais amplos em relação à dependência, todas as drogas que induzem à dependência têm em comum proporcionar euforia e prazer, atuando assim, como reforçadoras positivas (PUPULIM et al., 2015).

Além do estímulo à secreção de neurotransmissores, a nicotina inibe as enzimas monoaminoxidases A e B (MAO's A e B), enzimas responsáveis pela degradação de monoaminas, especialmente da dopamina. A inibição das MAO's A e B foi comprovada através de tomografia por emissão de pósitrons, por Fowler e colaboradores (1996). Assim, ocorre uma extensão dos efeitos dopaminérgicos em razão de sua não degradação. Apesar de não haver relação direta entre a inibição da MAO e dependência, esta poderia aumentar os efeitos reforçadores positivos da nicotina (PUPULIM et al., 2015).

3.3 Fisiologia da respiração

A respiração tem como principal função obter O_2 para uso das células corporais e eliminar o CO_2 que as células produzem. O órgão responsável pela respiração é o pulmão, onde temos dois pulmões, cada um dividido em vários lóbulos e alimentado por um dos brônquios. O tecido do pulmão consiste em séries de vias aéreas altamente ramificados, alvéolos, vasos sanguíneos pulmonares e grandes quantidades de tecido conectivo elástico. O único músculo dentro dos pulmões é o músculo liso nas paredes das arteríolas e dos bronquíolos, ambos sujeitos a controle. Não há nenhum músculo dentro das paredes alveolares para fazê-las inflar e desinflar durante o processo de respiração. Em vez disso, mudanças no volume dos pulmões são causadas mediante mudanças nas dimensões da cavidade torácica (SHERWOOD, 2011).

Figura 2: Anatomia do pulmão



Fonte: Pixabay, disponível em <<https://pixabay.com/pt/sa%C3%BAde-medicina-anatomia-pulm%C3%A3o-41508/>>

Os pulmões são projetados para fornecer uma distribuição correta do ar inspirado e do fluxo sanguíneo pulmonar. Esse objetivo permite que a troca de O_2 e CO_2 , entre o ar alveolar e o sangue capilar pulmonar, seja acompanhada por gasto mínimo de energia (trabalho da ventilação e do ventrículo direito). O processo de respiração é medido pela ventilação (frequência x profundidade da respiração). No pulmão, a troca de O_2 e CO_2 é medida por suas respectivas diferenças de concentrações entre o ar inspirado e o gás expirado. A perfusão pulmonar é o débito cardíaco (frequência cardíaca x débito sistólico do ventrículo direito). As trocas de O_2 e CO_2 no sangue capilar pulmonar, são medidas por suas diferenças de concentrações entre o sangue na artéria pulmonar (sangue venoso misto) e nas veias pulmonares, átrio esquerdo, ou qualquer artéria sistêmica. O sangue oxigenado deixa os

pulmões através das veias pulmonares, sendo bombeado pelo ventrículo esquerdo, para as artérias sistêmicas. Essas artérias conduzem o sangue oxigenado até os capilares sistêmicos, que estão associados a todas as células do organismo que respiram. Igualmente, o principal produto residual do metabolismo, o CO₂, é transportado em direção oposta, das células que respiram através das veias sistêmicas até o pulmão, para sua eliminação. O transporte de O₂ e CO₂ pelo sangue é parte importante da respiração (BERNE; LEVY 2000).

A história clínica é parte importante da avaliação, principalmente no caso de pacientes com doença conhecida ou com suspeita de doença pulmonar. Inúmeros problemas clínicos podem predispor uma pessoa a distúrbios pulmonares (DETURK, 2007).

Os fatores de risco primários e secundários para doença pulmonar incluem risco ambientais e ocupacionais. De todos eles, o tabagismo é o principal indicador da probabilidade e da gravidade da doença pulmonar. O consumo de cigarro em geral é mensurado em maços por ano (DETURK, 2007).

A história clínica e a queixa principal do paciente são essenciais no processo de avaliação, pois podem prover informações importantes para o diagnóstico de uma variedade de distúrbios pulmonares.

Badgett e colaboradores (1997) constataram que uma ocorrência prévia de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) em pacientes que consomem 70 ou mais maços de cigarro por ano produz diagnóstico de DPOC com sensibilidade de 40% e especificidade de 100%. O único exame físico que melhorou de forma significativa essa sensibilidade foi a diminuição dos sons pulmonares e do pico de fluxo. Somando essas duas variáveis, a sensibilidade para o diagnóstico de DPOC aumentou para 77%, e a especificidade diminuiu para 95%. Os sons pulmonares diminuídos foram o melhor preditor de DPOC moderada, mas a importância de uma boa ausculta como parte inicial do exame não pode ser supervalorizada.

Uma história clínica detalhada e o relato dos hábitos e das queixas do paciente são instrumentos essenciais para a determinação da presença ou ausência da doença e de sua gravidade, e são úteis para definir a escolha do tratamento, os efeitos do tratamento e a qualidade de vida do paciente. A aparência do paciente também pode prover informações significativas para o diagnóstico (DETURK, 2007).

3.4 Patologias relacionadas ao tabagismo

Muitos estudos evidenciam que o consumo de derivados do tabaco (cigarro, charuto, narguillé) causa quase 50 doenças diferentes, principalmente as cardiovasculares (infarto, angina), o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (enfisema e bronquite). As doenças cardiovasculares e o câncer são as principais causas de morte por doença no Brasil, e o câncer de pulmão, a primeira causa de morte por câncer (INCA, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o tabagismo é responsável por aproximadamente 5,4 milhões de óbitos anuais. Até 2030, esses números experimentarão um crescimento significativo de 48%, passando para 8 milhões de óbitos, dos quais 80% ocorrerão em países em desenvolvimento. No Brasil, as estimativas são de aproximadamente 200 mil mortes ao ano. O tabagismo gera uma carga econômica substantiva para as sociedades, caracterizada pelos custos da assistência médica e da perda de produtividade devido à morbidade e à morte prematura (PINTO, UGÁ, 2010).

3.4.1 DPOC

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é uma enfermidade respiratória prevenível e tratável, que se caracteriza pela presença de obstrução ao fluxo aéreo persistente ou parcialmente reversível. A obstrução do fluxo aéreo é geralmente progressiva e está associada a uma resposta inflamatória anormal dos pulmões decorrente da inalação de partículas ou gases tóxicos e tem consequências sistêmicas significativas. O processo inflamatório crônico pode produzir alterações dos brônquios (bronquite crônica), bronquíolos (bronquiolite obstrutiva) e parênquima pulmonar (enfisema pulmonar). A predominância destas alterações é variável em cada indivíduo, tendo relação com os sintomas apresentados (AZAMBUJA et al., 2013).

Esta patologia progride de forma insidiosa e silenciosa. Frequentemente, quando surgem os primeiros sintomas, nomeadamente dispneia para exercícios médios, já ocorreu perda de cerca de 50 % da capacidade pulmonar do indivíduo, pelo que é fundamental a identificação precoce dos doentes com DPOC (SOARES et al., 2010).

No estudo de Soares e colaboradores (2010), constituíram uma amostra com 157 indivíduos (31% / e 69% ∞), com idade média de 53,85 anos, os indivíduos tinham idade média de início de tabagismo de 16,64 anos e tinham uma carga tabágica média de 37,78. Constataram

a sintomatologia respiratória esteve presente em 68,8% dos indivíduos, sendo mais frequente nos homens, com iniciação tabágica mais precoce e maior carga tabágica.

No estudo de José e colaboradores 2017, a mortalidade por DPOC representava 7,4% (II 95% 7,0 a 7,9) de todas as causas de morte no mundo, em 1990, e, em 2015, 6,0% (II 95% 6,3 a 5,9) com queda de 19%. No Brasil, essa queda foi menor (3,3%), de 5,8% (5,9 a 5,7) de todas as mortes, em 1990, para 5,5% (5,9 a 5,5), em 2015. O estudo aponta o tabaco como fator de risco para a mortalidade prematura e as incapacidades por doenças cardiovasculares, DPOC e câncer, dentre outras. A importante redução da prevalência do tabaco nas últimas décadas, da ordem de 70%, e conseqüentemente a menor exposição a ele, poderia explicar reduções nas tendências de mortalidade das doenças relacionadas ao tabaco. A queda da mortalidade foi de cerca de um terço por DPOC, no período estudado, mas, por outro lado, essa taxa vem mostrando nova tendência de aumento nos últimos três anos.

3.4.2 Neoplasias

O tabagismo é, isoladamente, a principal causa de câncer no mundo. Desde o clássico estudo de Doll e Hill, que identificou a estreita associação entre consumo de cigarros e câncer de pulmão, novas evidências foram acumuladas para outros tumores malignos (FILHO, 2010). Desde a primeira relação estabelecida entre consumo de cigarros e câncer de pulmão no início da década de 50 do século XX, os estudos epidemiológicos têm continuamente identificado novas localizações de câncer com vinculações causais com o uso do tabaco, que hoje ascende a 20 diferentes tipos de tumores. Mesmo os não fumantes expostos à fumaça do tabaco nos ambientes que vivenciam no dia a dia estão sob maior risco de desenvolverem câncer (FILHO, 2010).

No estudo de Andrade et al, 2015, resultados mostraram que os fumantes de cigarro apresentaram risco quatro vezes maior de desenvolver câncer de boca. Eles também descobriram que indivíduos que fumavam mais de 20 cigarros por dia apresentam risco seis vezes maior.

A diminuição da taxa de mortalidade por câncer de traqueia, brônquios e pulmão é reflexo da queda do tabagismo no país. A menor queda da mortalidade por câncer de lábio e de cavidade oral e outros tipos de câncer de faringe pode se dever à influência de outros fatores de risco para esses cânceres, principalmente, o uso de álcool. Inversamente, houve um aumento da mortalidade por câncer de nasofaringe em 17% (JOSÉ et al., 2017).

3.4.3 Cardiopatias

A aterosclerose é responsável por causar a doença cardíaca mais prevalente, a cardiopatia isquêmica (CI), por meio do mecanismo obstrutivo vascular das artérias coronárias. Assim, origina-se o infarto agudo do miocárdio, principal causa de mortalidade no mundo. O tabagismo é o principal fator de risco para aterosclerose e cardiopatia isquêmica em homens e mulheres, constatado por estudos epidemiológicos, provocando aumento da incidência de CI de 30% em fumantes passivos e de 80% em fumantes ativos (SILVA, 2012).

A cessação do tabagismo é a principal atitude de prevenção contra aterosclerose e cardiopatia isquêmica, pois promove um benefício maior do que outras ações de prevenção, como o controle do colesterol, da hipertensão arterial, da obesidade e do sedentarismo. Os benefícios da cessação do tabagismo em relação às doenças cardiovasculares são imediatos, com rápida diminuição da pressão arterial e da frequência cardíaca. Após um ano de cessação do tabagismo, o risco de complicações cardiovasculares é reduzido pela metade se comparado com aqueles que continuam expostos ao tabaco. Após cinco a quinze anos de cessação, o risco torna-se igual ao de indivíduos que nunca fumaram (SILVA, 2012).

O IMC (índice de massa corporal) e o risco de DAC (doença arterial coronariana) são amplificados pelos efeitos do tabagismo, tal que o excesso de risco para DCC (Doença Coronariana Cardíaca) associado a estar acima do peso em fumantes foi mais que o dobro de não-fumantes. Houve também algumas evidências para indicar que o efeito de amplificação do tabagismo é reversível parar de fumar. Essas descobertas são consistentes com trabalhos anteriores, que relataram que o tabagismo pode potencializar os efeitos de outros fatores de risco para DAC, incluindo colesterol total. Em contraste, não havia evidência para indicar que tabagismo amplifica a relação entre o IMC com ou acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico. Anômalo para este achado foi a indicação de que a relação entre o IMC e o risco de acidente vascular cerebral não ser mais forte entre os não-fumantes em comparação com os atuais fumantes (ANDRADE, SANTOS, OLIVEIRA, 2015).

3.5 Tratamento do tabagismo

Na Terapia se utiliza medicamentos de primeira linha para fumantes, utilizando a terapia de reposição de nicotina e a bupropiona. Esses medicamentos possuem eficácia comprovada para a cessação tabágica. Cada medicamento possui um perfil de efeito secundário diferente e podem ser preferencialmente utilizados em diferentes populações de pacientes. A terapia de

reposição de nicotina (TRN) tem como objetivo fornecer nicotina para o fumante, sem o uso do tabaco, aliviando assim os sintomas de abstinência. Com uso da TRN em lugar de cigarros não temos a exposição ao monóxido de carbono, e a radicais livres, que são altamente aterogênicos, e a alcatrões cancerígenos (CORRER, REIS, 2016).

Os adesivos são encontrados no mercado brasileiro nas dosagens de 7, 14 e 21mg/unidade, e cada embalagem contém sete unidades. Eles mantêm os níveis sanguíneos de nicotina por 16 a 24 horas, portanto devem ser trocados diariamente. Seu efeito pleno é observado em dois a três dias de uso (MARLOW, STOLLER, 2003).

Produtos de reposição de nicotina diferem em sua farmacocinética e liberação da nicotina para a circulação. A nicotina é absorvida por via transdérmica com o adesivo de nicotina, ou através da mucosa oral com a goma e as pastilhas. Outras formulações de nicotina, tais como: comprimidos sublinguais, inaladores, pulverizadores nasais e spray oral, ainda não foram aprovados para uso no Brasil, entretanto assemelham-se as formulações de curta ação (goma, pastilhas) no que tange a farmacocinética e eficácia (CORRER, REIS, 2016).

O produto de substituição da nicotina mais fácil de utilizar é o adesivo de nicotina, este oferecendo uma distribuição mais contínua de nicotina do que em relação a outros produtos, mas não oferece ao tabagista a opção de ajustar a exposição à nicotina ao longo do dia. Começando no dia de parar, os pacientes que fumam mais de 10 cigarros/dia devem utilizar a dose mais elevada do adesivo de nicotina (21 mg/dia), durante seis semanas, seguido de 14 mg/dia durante duas semanas, terminando com 7 mg/dia, durante duas semanas (CORRER, REIS, 2016).

A eficácia da TRN acredita-se que provém do fato de fornecer nicotina de modo mais lento e com menores picos que o tabaco, além de proporcionar, em alguns casos (aerossol nasal, inalador e goma), estimulação oral e rituais de uso (como reforçadores secundários) que substituem parcialmente aqueles do tabaco (SCHNEIDER et al., 2001).

No caso da goma ela contém nicotina, ligada a uma resina polacrilex, e um agente de tamponamento. Os sintomas da retirada do tabaco não são impedidos por uso de goma sozinho, mas a intensidade da retirada é muitas vezes reduzida. Além disso, como os níveis sanguíneos de pico são muito menos rápido do que com um cigarro, tanto o efeito de euforia, como o potencial de dependência da goma de nicotina, são menores com a goma do que com o cigarro. A dose de 4 mg de goma é recomendada para tabagistas que fumam 25 ou mais cigarros por dia, enquanto a dose de 2 mg é recomendada para tabagistas leves. Sempre que os fumantes sentirem o desejo de fumar são orientados a mastigar uma goma, com intervalo mínimo de 1-2 horas entre elas. A utilização da goma libera nicotina, que é absorvida através da mucosa oral,

resultando num pico de níveis séricos de nicotina, 20 minutos após o início da mastigação. Os pacientes podem mastigar um tablete a cada 1 a 2 horas (CORRER; REIS, 2016).

Há algumas restrições para a aplicação da terapia de reposição de nicotina, apesar de ser considerada muito mais segura do que fumar. Esse método não deve ser indicado para grávidas, para menores de 18 anos e para aqueles pacientes portadores de doenças cardiovasculares instáveis, como infarto do miocárdio recente, angina instável ou determinadas arritmias (MARQUES et al., 2001).

A bupropiona é também tratamento de primeira linha, indicada para adultos que consomem 15 cigarros ou mais ao dia. Indicada mais precisamente para pacientes com depressão (PATTEN et al., 1999).

Como a bupropiona leva de cinco a sete dias para atingir níveis plasmáticos de equilíbrio, este medicamento deve ser iniciado uma semana antes da data alvo para a cessação. A dose recomendada é de 150 mg/dia, durante três dias, seguida de 150 mg duas vezes por dia depois disso. A duração do tratamento recomendada é de 2 a 3 meses. No entanto, para prevenir recaídas pode-se fazer terapia de duração mais longa (CORRER; REIS, 2016).

Jorenby e colaboradores (1999) conduziram um estudo prospectivo duplo-cego controlado com placebo para comparar o efeito da bupropiona, do adesivo de nicotina, da associação de bupropiona e adesivo de nicotina ao efeito de placebo. A casuística consistiu de 893 sujeitos e o seguimento foi realizado por 12 meses, com validação bioquímica dos resultados. Todos os sujeitos receberam aconselhamento comportamental e o período de tratamento foi de nove semanas. Além disto, houve breves telefonemas de suporte mensais do terceiro ao 11º mês. As avaliações foram realizadas nas semanas 10, 12, 26 e 52. Após um ano, as taxas de abstinência foram 15,6% para o placebo, 16,4% para o adesivo de nicotina, 30,3% para a bupropiona e 35,5% para a associação de bupropiona e adesivo. Os autores concluem que a bupropiona de liberação prolongada, isolada ou associada ao adesivo de nicotina, resultou em taxas de abstinência de longo prazo significativamente mais elevadas que o adesivo de nicotina isolado ou o placebo. Embora as taxas de abstinência tenham sido mais altas para a associação de bupropiona e adesivo de nicotina do que para a bupropiona isolada, a diferença não foi estatisticamente significativa.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

O presente trabalho classifica-se como de intervenção onde busca-se a implementação e a conscientização dos malefícios do hábito de fumar e desta forma promover ferramentas que permitam a cessação tabágica por parte do indivíduo usuário de tabaco.

4.2 População da amostra

No presente estudo se obteve uma amostra de 5 pacientes tabagistas que buscaram auxílio do programa de cessação tabágica na Farmácia Novamed filial 2 de Encruzilhada do Sul. Sendo 3 pessoas (60%) do sexo feminino, 2 pessoas (40%) do sexo masculino. Com idade entre 26 anos a 62 anos, com média de idade de 50,8 anos.

4.3 Critérios

4.3.1 Inclusão

- População tabagista crônica que estejam comprometidos com a proposta da cessação tabágica através da reposição de nicotina;
- Foram selecionados pacientes que não estivessem em outro tratamento para o abandono do tabagismo, assim como, foram incluídos aqueles que já tentaram e fracassaram na tentativa da cessação tabágica.
- Inclusão de homens e mulheres, maiores de 18 anos.

4.3.2 Exclusão

- Pacientes tabagistas que não tem interesse em parar de fumar.
- Pacientes que não aderem ao cronograma proposto para abandono do tabagismo.
- Pacientes que já estejam em tratamento da cessação tabagica com outros profissionais da saúde.
- Pacientes que não possuam aparelho celular.

4.4 Procedimentos da pesquisa

Projeto cessação tabágica foi desenvolvido, entre o período de março a junho de 2019, na Farmácia Novamed filial 2 de Encruzilhada do Sul, onde no mês de março foi ofertado na drogaria para todos os clientes o projeto cessação tabágica na drogaria, de forma verbal alertando para a importância do abandono ao tabagismo para os pacientes que são fumantes ou que tenham algum familiar ou conhecido que quisesse, realizando desta forma o convite para participar do projeto.

Dentro desta oferta do serviço farmacêutico o acadêmico do curso de farmácia informou os benefícios para os pacientes interessados, onde primeiramente foi feita uma abordagem explicando os riscos do tabagismo e as vantagens que os pacientes teriam abandonando este hábito, posteriormente o acadêmico realizou perguntas, como: Já pensou em parar de fumar? Porque quer parar de fumar? Realmente está convicto de que quer parar de fumar? Assim sendo foi feita a seleção dos pacientes e agendado um dia para nova conversa para explicar como seria o tratamento e definição do dia D, onde eles teriam que escolher um dia que os deixasse mais a vontade para iniciar o tratamento.

No dia da nova consulta os pacientes responderam algumas perguntas sobre dados pessoais (nome, data de nascimento, endereço, telefone, se tinham comorbidades, quais objetivos de parar de fumar) e preencheram o teste de Fagerstrom (ANEXO C), que avalia o grau de dependência e a partir deste teste define-se o tratamento. Posteriormente foi explicado que o tratamento consistiria em reposição de nicotina, eles teriam que usar adesivos de nicotina que duram 24 horas de liberação lenta de nicotina, foi passada orientação de como deveriam usar os adesivos, foi feita a prescrição farmacêutica dos adesivos, para que os pacientes pudessem comprar na farmácia.

Com relação a prescrição de MIPS envolvendo a reposição de nicotina deverá obedecer ao seguinte esquema terapêutico:

Para pacientes com elevada dependência a nicotina é indicado seis semanas de aplicação de discos transdérmicos com uma concentração de 21 mg de nicotina, trocados diariamente, após este período 2 semanas de aplicação diária do disco transdérmico na concentração de 14 mg de nicotina, e por fim, o paciente irá utilizar por 2 semanas discos transdérmicos de nicotina numa concentração de 7 mg.

Para pacientes com baixa dependência a nicotina é indicado seis semanas de aplicação de discos transdérmicos com uma concentração de 14 mg de nicotina, trocados diariamente, e por fim, o paciente irá utilizar por 2 semanas discos transdérmicos de nicotina numa concentração de 7 mg.

Se realizou orientação do uso correto dos adesivos de nicotina. Quando fossem retirar o adesivo, dobrar ao meio com o lado adesivo para dentro, e colocar no envelope que acabou de tirar o seu novo adesivo e jogar fora com cuidado o envelope com o adesivo usado. É recomendado o uso de um adesivo de nicotina a cada 24 horas. Foi recomendado trocarem o adesivo todos dias de manhã ao acordar. Pode colar o adesivo nos braços, nas pernas, nas costas, nas nádegas, alternando os locais a cada aplicação diária e não repetindo o mesmo local para evitar desconforto ou reações alérgicas. Com o adesivo pode-se tomar banho ou nadar por períodos curtos. Após colocar o adesivo, lavar as mãos somente com água (sem sabão ou sabonete).

Os encontros presenciais para a consulta farmacêutica junto ao acadêmico de farmácia foi de 7 em 7 dias, os pacientes foram informados que teriam acompanhamento via whatsapp e ligação telefônica, eles seriam observados nas primeiras semanas se precisariam usar bupropiona se apresentassem muita ansiedade, neste caso seriam encaminhados ao médico.

Foi realizado uma reunião inicial com todos, onde eles puderam trocar experiências uns com os outros, eles relataram as razões que os fizeram começar a fumar, quando começaram a fumar e as tentativas de parar de fumar, isso se fez importante pois eles precisavam rever onde estavam fracassando na tentativa.

O farmacêutico deve estar atento ao comportamento do paciente quanto a sua ansiedade após o dia D, avaliando a necessidade de agregar a este tratamento a bupropiona, caso haja esta necessidade o paciente será encaminhado a um médico ao qual o farmacêutico já entrou em contato informando a situação em questão, neste caso o acadêmico de farmácia iria escrever ao médico uma carta de encaminhamento do paciente abordando a sua situação atual e solicitando uma avaliação quanto a necessidade do uso da bupropiona no abandono do tabagismo.

4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

Com relação aos aspectos éticos o projeto foi submetido o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) com o número CAAE 03841118.0.0000.5343. Um termo de aceite foi assinado pela farmácia onde se desenvolveu o projeto. Em relação aos pacientes que participaram da cessação tabágica, no primeiro momento os pacientes participantes do tratamento receberam informações referentes aos objetivos do tratamento e, ao concordarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na palestra onde estavam todos os participantes tabagistas, enfatizou-se os malefícios do cigarro, a cultura do tabagismo, foi abordado o marketing que existia na época deles de jovens, que era algo de “status” quem fumava, o que confirmaram, que começaram a fumar por influência. Hoje são proibidas propagandas de cigarro. Foram abordados os mecanismos de dependência ao cigarro, onde foi explicado para eles que a nicotina era o elo de ligação deles ao cigarro, sendo que o tratamento com reposição de nicotina era algo muito usado em vários países e com eficácia comprovada.

No relato das tentativas fracassadas foram: problemas pessoais que fizeram eles voltar a fumar, o acadêmico de farmácia explicou para eles que além da dependência química se tem a dependência psíquica ao cigarro onde tudo que eles fizessem seria associado ao cigarro como algo necessário estar junto nos hábitos do dia-a-dia, seja tomar um café, olhar televisão, tudo a pessoa quer que o cigarro esteja junto, e assim era quando eles tivessem problemas pessoais, eles iriam querer associar tudo ao cigarro e que não poderiam usar o cigarro como uma solução, sendo que esse vício só poderiam trazer mais problemas e não resolveriam nem um pouco seus problemas pessoais.

No estudo de Rossaneis e Machado (2011), realizado no Centro de Controle do Tabagismo da Universidade Estadual de Londrina, os doze participantes tabagistas relataram as ocasiões em que fumam com maior frequência: sete pessoas (58,3%) associaram o fumo com a ingestão de bebidas alcoólicas, nove pessoas (75%) referiram sentir necessidade de fumar quando se sentem tristes e onze (91,6%) fumam mais quando estão ansiosos. Fumar após a refeição e após a ingestão de café foram hábitos citados por dez (83,3%) e nove pessoas (75%), respectivamente. Analisando estes dados temos que os comportamentos associados ao ato de fumar constituem hábitos culturais que estão integrados ao cotidiano dos participantes e vinculados aos momentos de descontração ou de alívio da tensão.

Toda a semana eles foram a farmácia receber o atendimento farmacêutico e pegar a prescrição dos adesivos, assim era uma oportunidade de conversar como estavam se saindo com o tratamento. Os adesivos de reposição de nicotina não foram custeados, o paciente teve que comprar os adesivos, tinham a opção de comprar a preço de custo na farmácia onde foi ofertado o programa de cessação tabágica, ou poderiam comprar na farmácia de sua preferência. O custo com os adesivos foi entorno de R\$ 55,00 a R\$ 60,00 reais por semana para cada paciente.

Nas primeiras semanas foi feito acompanhamento para ver se eles não tinham alto grau de ansiedade. Mas nenhum paciente relatou problemas de ansiedade eles estavam se sentindo

bem somente com os adesivos, com isso não foi necessário prescrever o encaminhamento farmacêutico ao médico para solicitar uso de bupropiona.

O tratamento seguiu somente com reposição de nicotina para todos. Pelo teste de Fagerstrom, os pacientes apresentaram uma média de 5,8 pontos que é considerado moderada dependência a nicotina, avaliando o grupo trabalhado no geral. As pacientes C.K.A, E.P.L, tiveram uma avaliação de seu grau de dependência elevado, G.J.C.N, teve uma avaliação de grau médio de dependência a nicotina, sendo indicado para estas três pessoas usarem 6 semanas com 21mg, depois 2 semanas com 14mg e mais 2 semanas com 7 mg de nicotina.

Os pacientes J.P.C.O, J.R.T tiveram uma avaliação de baixa dependência a nicotina, sendo indicado 6 semanas com 14 mg de nicotina e posteriormente mais 2 semanas com 7 mg de nicotina. Com estes pacientes foi mais fácil o período de tratamento por sua baixa dependência.

O paciente G.J.C.N, 51 anos, sexo masculino, procurou ajuda do programa cessação tabágica por estar sofrendo com os malefícios do cigarro como fadiga, falta de ar e o medo do que poderia vir futuramente, no primeiro dia foi questionado o porquê dele querer parar de fumar, relatou que queria ter uma melhor qualidade de vida. Sendo fumante a 23 anos, como trabalha de caminhoneiro sempre teve o hábito de fumar como um companheiro de estrada, relatou que essa sempre foi a grande dificuldade para parar de fumar. Ele definiu o dia 6 de março como o dia D para abandonar o tabagismo. Realizou-se o teste de Fargestrom onde indicou que tinha média dependência a nicotina, foi realizado a prescrição dos adesivos baseado no teste, foi orientado que ele teria que usar os adesivos 6 semanas com 21 mg de nicotina, 2 semanas com 14 mg de nicotina, 2 semanas com 7 mg de nicotina.

Assim toda semana ele teve que ir na farmácia para pegar a prescrição farmacêutica. O paciente foi acompanhado via Whatsapp recebendo mensagens motivacionais e acompanhando seu desenvolvimento ao longo das semanas. Durante as primeiras duas semanas relatou grande dificuldade, pois sentia muita falta de fumar, para diminuir essa falta foi orientado que fizesse caminhadas quando pudesse e ocupar-se com atividades que gostasse. Foi passado a ele que com o tempo essa falta do cigarro iria diminuir naturalmente, pois o organismo estava se adaptando a diminuir a concentração de nicotina, e isso ocorreu a partir da terceira semana, o paciente passou a relatar que estava se sentindo melhor e sem vontade de fumar. Ele conseguiu completar todas semanas o tratamento, continuou sem fumar.

A paciente J.P.C.O, 54 anos, sexo feminino, procurou ajuda do programa cessação tabágica, pois já estava com problemas de saúde como reumatismo e osteoporose e não queria mais problemas que viessem decorrentes do tabagismo, fuma a 17 anos, ela trabalha como

merendeira numa escola, no período da tarde que trabalha, relatou que sentia muita vontade de fumar, mas não fumava para não dar mau exemplo aos alunos. Por sofrer muito com ansiedade no período da manhã que está em casa acabava fumando muito. Para essa situação foi orientada a paciente a fazer atividades físicas pela manhã como caminhada, ler um livro qualquer coisa que ela gostasse e ocupasse sua mente para não ficar pensando em fumar.

Durante a reunião que estavam todos os participantes do programa ela relatou que quando engravidou conseguiu parar de fumar com muita facilidade pelo comprometimento com o filho que estava por vir, sabendo dos malefícios que poderiam estar causando a criança se continuasse fumando, então desde a gestação até o fim da amamentação ela se manteve sem fumar o que durou 2 anos, a partir do momento que ela parou de amamentar, voltou a fumar, disse que foi no automático, relatou que nem parou para pensar que não precisaria mais fumar, pois já tinha se passado 2 anos, mas na cabeça dela foi um gatilho para voltar a fumar a partir do momento que se sentiu que não tinha mais aquele compromisso de preservar a saúde do filho.

Situações como as relatadas pela voluntária são gatilhos e é importante saber identificar, uma questão que se faz importante é consciência pois no momento que ela sabia e tinha consciência que não poderia fumar ela conseguiu vencer a dependência. A paciente J.P.C.O definiu na primeira consulta que o dia D para parar de fumar seria no dia 22 de março, nesta data ela pegou a prescrição farmacêutica e os adesivos, foi orientada como usar os adesivos, toda semana pegava a prescrição e os adesivos na farmácia e conversava com o acadêmico de farmácia, além do acompanhamento via Whatsapp. Nas primeiras semanas relatou estar se sentindo muito bem com os adesivos e sem vontade de fumar, o que torna claro que pacientes com menor dependência a nicotina tem uma resposta satisfatória com os adesivos em relação aos sintomas provocados pela abstinência a nicotina. Ela conseguiu ir muito bem durante todo o tratamento e continua sem fumar.

A paciente E.P.L, 60 anos, sexo feminino, fuma desde os 13 anos de idade, mesmo assim ainda não apresentava sintomas de falta de ar, cansaço, ela relatou uma gastrite crônica, pois o tabagismo atua como causa e agravante de algumas doenças do aparelho digestivo, principalmente a doença do refluxo gastroesofágico, a úlcera péptica, a gastrite crônica. Ela tinha consciência do que o cigarro poderia lhe causar futuramente, então resolveu entrar no programa para abandonar o tabagismo.

No primeiro encontro relatou que a grande dificuldade era a ansiedade e depressão que o impediam de conseguir abandonar o tabagismo, esse mesmo relato fez também na reunião onde todos estavam presentes, tanto no primeiro encontro e na reunião foi deixado claro que nesses casos a pessoa tem muito tendência pela questão psíquica da dependência onde a pessoa se

sente bem após fumar, de um certo prazer aquilo passa a ser um amparo para momentos difíceis, mas foi ressaltado a ela e aos outros presentes de que não poderiam usar o cigarro como um companheiro para os momentos difíceis, pois problemas pessoais todos temos, mas o cigarro nunca irá resolver nada apenas iria lhe trazer mais problemas e que eles teriam que aprender a lidar com isso, pois problemas com certeza eles teriam futuramente e não poderiam querer resolver voltando a fumar pois isso comprometeria todo o esforço deles no tratamento, e que teriam que aprender a lidar com as dificuldades.

Depois que ela preencheu o teste Fargestrom, que indicou elevada dependência, ela definiu o dia D que seria no dia 12 de março, onde era o dia que a paciente sentia-se mais confortável a começar o programa. Neste caso foi indicado adesivos por 6 semanas com 21 mg de nicotina, 2 semanas com 14 mg de nicotina, 2 semanas com 7 mg de nicotina. No dia 12 de março conforme o combinado, a paciente foi pegar a prescrição farmacêutica e comprar os adesivos na farmácia. Durante todas as semanas, tinha que pegar prescrição, durante as primeiras semanas foi feito acompanhamento por ligação pois não possui Whatsapp, ligava para saber como ela estava indo, pois tinha muitos problemas como ansiedade e depressão, se fosse o caso seria feito um encaminhamento farmacêutico ao médico solicitando o uso da bupropiona, mas ela relatou estar se sentindo bem com os adesivos, não queria usar bupropiona, pois alguns anos atrás tinha usado e teve muitos efeitos adversos como pensamentos suicidas e agravamento da depressão.

Durante as 5 semanas posteriores a paciente foi a farmácia pegar a prescrição farmacêutica e conversou-se, estava tudo bem, estava tendo êxito, não tinha fumado mais desde que tinha começado o tratamento, mas ainda sentia um pouco de vontade de fumar. Quando chegou a sexta semana realizou-se novamente uma ligação para saber como estava indo o tratamento, então ela relatou que tinha voltado a fumar pois não aguentava mais a ansiedade e tinha alguns problemas que a fizeram voltar a fumar e que infelizmente ela não poderia dar continuidade no tratamento.

A paciente C.K.A, 26 anos, sexo feminino, é fumante desde os 15 anos de idade, por fumar grande quantidade de cigarros já estava com problemas de falta de ar, problemas respiratórios como bronquite, por ser agricultora a dificuldade respiratória já está dificultando seu dia a dia nas tarefas da lavoura, que dependem de muito esforço físico. Também relatou como grande dificuldade para parar de fumar a ansiedade e a depressão, relatou se deixar abater por problemas pessoais e usar o cigarro como uma solução para fugir dos problemas. Ela preencheu o teste de Fargestrom, que indicou grau elevado a dependência a nicotina, ela marcou a pontuação máxima no teste de Fargestrom de 10 pontos, foi indicado adesivos por 6 semanas

com 21 mg de nicotina, 2 semanas com 14 mg de nicotina, 2 semanas com 7 mg de nicotina. Ela definiu o dia 14 de março como dia D, neste dia ela foi a farmácia pegar a prescrição farmacêutica e receber as orientações, como tinha uma queixa de associar o café ao cigarro, o que entra na dependência psíquica, foi orientada evitar o café que é o que chamamos de gatilho para que voltasse a fumar.

Nas primeiras semanas a paciente teve acompanhamento via Whatsapp para saber como estava indo com o tratamento, relatou estar bem com os adesivos, que não necessitaria usar bupropiona, até mesmo porque optou por esse tratamento com reposição de nicotina por ser algo menos agressivo, nunca quis tomar medicamentos controlados. Mas na 6ª semana já iria passar para segunda etapa com a metade de mg de nicotina, foi entrado em contato por Whatsapp onde não obtivemos mais contato com a paciente. Dias depois ela retornou as mensagens dizendo que estava se sentindo muito mal por ter voltado a fumar, se sentindo envergonhada por ter fracassado, alegou que estava se sentindo muito deprimida e com problemas familiares que não aguentou e voltou a fumar. Foi orientado que não desistisse e que repensasse o que a fez voltar a fumar e o dia em que se sentisse preparada, tentasse novamente.

No estudo de Farinha e colaboradores (2013), a relação entre a dependência da nicotina e a gravidade dos sintomas de ansiedade e depressão foram observadas na amostra estudada, todos os grupos estudados tiveram uma variação positiva, embora tivessem verificado uma relação estatisticamente significativa para o gênero feminino e mais pronunciada no que diz respeito aos sintomas de depressão. No estudo, não foi possível estabelecer uma relação de causa ou efeito entre presença dos primeiros sintomas de ansiedade ou depressão e o início dos hábitos tabágicos.

Porém a depressão e a ansiedade se tornam um fator prejudicial no abandono ao tabagismo, sendo algo muito presente entre os tabagistas, no presente estudo não se teve êxito com essas duas pacientes do sexo feminino que sofrem de ansiedade e depressão, por todos os transtornos causados as pacientes acabaram abandonando o tratamento.

O paciente J.R.T, 63 anos, sexo masculino, é caminhoneiro, sofre com o mesmo problema do paciente G.J.C.N ter o cigarro como companheiro de viagem, ele procurou ajuda do programa cessação tabágica na Drogaria, pois não queria passar por todo sofrimento que sua mulher passou com câncer de pulmão ela era tabagista também, relatou que passou um ano no hospital acompanhando todo o sofrimento de sua esposa, que veio a falecer, e teve uma dura lição do que o cigarro pode causar e não queria ter o mesmo destino, neste dia ele definiu o dia D no dia 20 de março e preencheu o teste de Fargestrom, como já fazia um mês que tinha

diminuído os cigarros ao dia, já tinha diminuído a sua dependência a nicotina, foi orientado a usar adesivos por 6 semanas com 14 mg, 2 semanas com 7 mg.

No dia 20 de março ele pegou a prescrição farmacêutica e começou o tratamento, foi feito o acompanhamento motivacional via Whatsapp, o paciente sempre relatou estar se sentindo bem com os adesivos, até mesmo porque já tinha diminuído a quantidade de cigarros, e feito o que chamamos de diminuição de danos, que é quando o paciente não abandona o hábito mas diminui consideravelmente a quantidade, quando começou o tratamento parou de fumar e repôs a nicotina com adesivos, tornou muito mais fácil o processo, sendo assim não sofreu com os transtornos da abstinência a nicotina, toda semana, o paciente recebia a prescrição farmacêutica e conversava com o acadêmico de farmácia.

Além do acompanhamento por Whatsapp tudo ocorreu muito bem com ele, sempre esteve motivado, um grande fator foi estar convicto da decisão, na reunião enfatizou-se muito o uso dos adesivos para diminuir a abstinência do cigarro explicando o mecanismo de ação da nicotina, ele se sentiu confiante no tratamento e isso se faz importante, o paciente ter convicção da sua decisão e acreditar no profissional que está disponibilizando um mecanismo para facilitar esse processo de abandono ao hábito do tabagismo. O paciente J.R.T conseguiu completar todo o ciclo do tratamento com sucesso e continua sem fumar.

Posteriormente foi aplicado um questionário aos pacientes pós tratamento, onde eles puderam avaliar o êxito no abandono ao tabagismo, a importância do acompanhamento farmacêutico durante o tratamento, se o acompanhamento farmacoterapêutico facilitou no êxito do abandono ao tabagismo, se sentiram motivados com a atuação do farmacêutico, se eles recomendariam a outras pessoas procurarem o profissional farmacêutico no auxílio ao abandono do tabagismo.

Com os dados do questionário obteve-se como resultado, 2 pacientes não conseguiram abandonar o tabagismo, na seguinte questão que foi passado a quem não conseguiu abandonar o tabagismo teria que responder, para o Sr^o (a) qual motivo foi o que dificultou seu tratamento, onde um paciente respondeu que foi por dificuldades pelos sintomas provocados pela abstinência a nicotina e um paciente respondeu que foi por problemas pessoais. Estes pacientes mesmo não conseguindo abandonar o tabagismo, os 2 consideraram importante a atuação do profissional farmacêutico no abandono ao tabagismo.

Três pacientes responderam que conseguiram abandonar o tabagismo com o tratamento e entenderam como importante o acompanhamento do farmacêutico durante o tratamento, para estes pacientes o acompanhamento farmacoterapêutico facilitou para terem êxito no abandono do tabagismo. Em relação a motivação durante o tratamento com a atuação do farmacêutico os

3 consideraram que sim, também consideraram que recomendariam a outras pessoas a procurarem o auxílio ao abandono do tabagismo com o profissional farmacêutico na drogaria.

No estudo de Rossaneis e Machado (2011), realizaram um estudo descritivo no Centro de Controle do Tabagismo da Universidade Estadual de Londrina, este centro contando com uma equipe multidisciplinar, com a abordagem cognitivo-comportamental, tratamento medicamentoso. A população do estudo foi constituída por doze tabagistas em tratamento da dependência do tabaco, no período de fevereiro a agosto de 2008, neste grupo, oito pessoas (66,6%) obtiveram sucesso na cessação do tabagismo.

No presente estudo com 5 pacientes tabagistas participantes do programa de cessação tabágica na Farmácia, três pessoas (60%) obtiveram sucesso na cessação tabágica. Com esses dados podemos ver o quanto se faz importante a atuação do farmacêutico na cessação do tabagismo, contribuindo para uma promoção da saúde, melhorando a qualidade de vida da comunidade, a disponibilidade do profissional farmacêutico estando presente nas drogarias permite um serviço de fácil acesso a população e com bons índices de sucesso.

Sabe-se que 80% dos fumantes desejam parar de fumar, porém, apenas 3% conseguem a cessação a cada ano, destes a maioria para sozinho, sem auxílio de um profissional da saúde. Quando se tem o auxílio de profissionais da saúde na abordagem e tratamento do fumante, esses percentuais aumentam, atingindo 20% a 30% em um ano (BRASIL, 2001).

Os pacientes que não conseguiram parar de fumar tinham alta dependência a nicotina, o que mostra que pode-se usar a estratégia de redução de danos, que é a diminuição da quantidade de cigarros por dia, para auxiliar a tornar o processo mais fácil, assim diminuindo a dependência dos pacientes, para eles poderem parar de fumar e começar com a reposição de nicotina, já com uma dependência menor a nicotina, onde este estudo mostrou que a reposição de nicotina em pacientes com menor dependência a nicotina tem boa resposta em relação aos sintomas provocados pela abstinência a nicotina.

Isso se mostra no estudo de Rosas e Baptista (2002), no momento da avaliação o grupo de tratamento inicial tinha um consumo médio de 23 cigarros dia, eles utilizaram estratégia de diminuição de cigarros dia, o que ocasionou conseqüentemente a diminuição da dependência a nicotina, no primeiro mês tiveram um aumento progressivo da percentagem de fumantes que se encontra na fase de Ação, onde o paciente resolve parar de fumar (de 0% para 29%).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizou-se palestra educacional no início do tratamento, onde pode-se informar os pacientes sobre os malefícios do tabagismo, os voluntários puderam entender os riscos que estavam causando a sua saúde, assim aderirem ao tratamento. Neste estudo foi possível observar a dificuldade de acessar ao público tabagista e convencê-los a mudar de estilo de vida, pois são pessoas que não gostam de conversar sobre o tema, por isto da pequena amostra do estudo, embora se aborde os pacientes com perguntas abertas como “você já pensou em parar de fumar?” são poucos que se mostram dispostos a conversar sobre o tema.

As atividades como anamnese farmacêutica e acompanhamento motivacional foram muito uteis no tratamento, para poder entender melhor o histórico de cada paciente, identificando os gatilhos que os fazem ter dificuldade em parar de fumar e por último mantê-los motivados com mensagens ajudou a continuarem até o termino do tratamento.

Os adesivos mostraram-se eficazes em pacientes com baixa dependência a nicotina, sendo uma ótima ferramenta para o profissional farmacêutico pois se trata de um MIP, onde o profissional farmacêutico pode prescrever para seus pacientes tabagistas.

Atuação do farmacêutico mostrou-se importante na cessação tabágica, onde este profissional pode se utilizar de várias estratégias no tratamento, assim como a prescrição farmacêutica na reposição de nicotina, técnicas para manterem os pacientes motivados, e ajudá-los na conscientização para aderirem ao programa e auxiliando lhes a identificar gatilhos que os ligam ao tabagismo, desenvolvendo meios para contornarem essas situações de dependência psíquica, pois se trata de um serviço farmacêutico que pode ser ofertado pelas drogarias com a atuação do farmacêutico, onde se viu pelo estudo, que obteve êxito no auxílio do abandono do tabagismo.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Jarielle Oliveira Mascarenhas; SANTOS, Carlos Antonio de Souza Teles; OLIVEIRA, Márcio Campos. Associated factors with oral cancer: a study of case control in a population of the Brazil's Northeast. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, n. 4, p. 894-905, 2015.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *Am J Psychiatry* 1996;151:1-31.
- ARAÚJO JA. Manual de condutas e práticas em tabagismo. São Paulo: Ac Farmacêutica; 2012.
- ASIA PACIFIC COHORT STUDIES COLLABORATION et al. Impact of cigarette smoking on the relationship between body mass index and coronary heart disease: a pooled analysis of 3264 stroke and 2706 CHD events in 378579 individuals in the Asia Pacific region. *BMC Public Health*, v. 9, n. 1, p. 294, 2009.
- ASMA S, Mackay J, Song SY, Zhao L, Morton J, Palipudi KM, et al. The GATS Atlas. Atlanta: CDC Foundation; 2015. Disponível em: www.gatsatlas.org/ (Acessado em: 28 de agosto de 2018).
- AZAMBUJA, Renato et al. Panorama da doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 12, n. 2, p. 13-18, 2013.
- BALBANI, Aracy Pereira Silveira; MONTOVANI, Jair Cortez. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. *Rev Bras Otorrinolaringol*, v. 71, n. 6, p. 820-7, 2005.
- BARROS, Aluísio JD et al. Tabagismo no Brasil: desigualdades regionais e prevalência segundo características ocupacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 3707-3716, 2011.
- BERNE, Robert M.; LEVY, Matthew N. **Principles of physiology**. Mosby Incorporated, 2000.
- BIALOUS, Stella Aguinaga et al. A resposta da indústria do tabaco à criação de espaços livres de fumo no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 27, p. 283-290, 2010.
- BENOWITZ, N. L.; HUKANNEN, J.; JACOB III; P. Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers. *Handbook Experimental Pharmacology*, Germany, v. 192, p. 29–60, 2009.
- Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). (2000). Cigarro - legislação. Acesso 13 setembro de 2018, disponível em: <http://www.receita.fazenda.gov.br/legislacao/legisassunto/cigarros.htm>
- Brasil, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). (2001). Abordagem e tratamento do fumante. Acesso 9 de junho de 2019, disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//tratamento_fumo_consenso.pdf

Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). (2004). Por que aprovar a Convenção do Quadro para o controle do tabaco. Acesso 13 setembro de 2018, disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/cquadro3/cquadro.pdf>>

CORRER, Cassyano Januário, Walleri Christini Torelli Reis. Manual 7: parar de fumar / 1. ed. atualizada. Curitiba: Ed. Practi ce, 108 p. 2016.

DETURK, William E.; CAHALIN, Lawrence P. Fisioterapia cardiorespiratória: baseada em evidências. Artmed Editora, 2007.

EVANS SM, Cone EJ, Henningfield JE. Rapid arterial kinetics of intravenous and smoked cocaine: relationship to subjective and cardiovascular effects. NIDA Research Monograph; 1995.

EVANS SM, Cone EJ, Henningfield JE. Rapid arterial kinetics of intravenous and smoked cocaine: relationship to subjective and cardiovascular effects. NIDA Research Monograph; 1995.

FARAHMAND, S.; MAIBACH, H. I. Transdermal drug pharmacokinetics in man: Interindividual variability and partial prediction. International Journal of Pharmaceutics, Amsterdam, v. 367, n. 1-2, p. 1-15, 2009.

FARINHA, Helder et al. Relação do Tabagismo com Ansiedade e Depressão nos Cuidados de Saúde Primários. Acta Médica Portuguesa, v. 26, n. 5, 2013.

FOCCHI GRA, Braun IM. Tratamento farmacológico do tabagismo. Rev. Psiquiatr. Clín. 2005; 32(5):267-75.

FOWLER JS, Volkow ND, Wang GJ, Pappas N, Logan J, Shea C, Alexoff D, MacGregor RR, Schlyer DJ, Zezulkova I, Wolf AP(1996) Brain monoamine oxidase A inhibition in cigarette smokers. Proc Natl Acad Sci USA 93:14065–14069

FILHO et al. Tabagismo e câncer no Brasil: evidências e perspectivas. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 13, p. 175-187, 2010.

GATELY I. La Diva Nicotina. The Story of How Tobacco Seduced The World. Simon and Schuster, London, 2001.

HENNINGFIELD J.E., &Goldberg, S.R. (1988). Control of behavior by intravenous nicotine injections in human subjects. Pharmacol- ogy, Biochemistry and Behavior, 19, 1021-1026.

HENNINGFIELD JE, Keenan RM. Nicotine delivery kinetics and abuse liability. J Consult Clin Psychol 1993;61:743-50.

HEISHMAN SJ, Taylor RC, Henningfield JE. Nicotine and smoking: a review of effects on human performance. Exp Clin Psychopharmacol 1994;2:345-95.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Ação global para o controle do tabaco: 1º Tratado Internacional de Saúde Pública. 3a ed. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

JOSÉ, Bruno Piassi de São et al. Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 20, p. 75-89, 2017.

- KALLMAN, W.M., Kallman, M.J., Harry, J.G., Woodson, P.P., & Rosecrans, J.A. (1982). Nicotine as discrimination stimulus in human subjects. In EC. Colpaert & J.L. Slangen (Eds), *Drug discrimination: application in CNS pharmacology* (pp. 211-218). Amsterdam: Elsevier.
- LCC, Silva. *Tabagismo: doença que tem tratamento*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- LOPEZ AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control* 1994; 3(3):242-247.
- MANUAL 7: parar de fumar / Cassyano Januário Correr, Walleri Christi ni Torelli Reis. 1. ed. atualizada. Curitiba: Ed. Prática, 2016. 108 p.
- MARLOW SP, Stoller JK. Smoking cessation. *Respir Care* 2003; 48: 1238-54.
- MARQUES, Ana Cecília PR et al. Consensus on the treatment of nicotine dependence *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 23, n. 4, p. 200-214, 2001.
- MUSK, Arthur William; DE KLERK, Nicholas Hubert. History of tobacco and health. **Respirology**, v. 8, n. 3, p. 286-290, 2003.
- NAIR, M. K. et al. Biomembrane permeation of nicotine: Mechanistic studies with porcine mucosae and skin. *Journal of Pharmaceutical Sciences*, New York, v. 86, n. 2, p. 257-262, 1997.
- PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi Maria. *Tabagismo passivo no Brasil: resultados da pesquisa especial do tabagismo*, 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 3671-3678, 2011.
- PAWLINA, Maritza Muzzi Cardozo et al. Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, p. 113-120, 2014.
- PATTEN CA, Rummans TA, Croghan IT, Hays JT. Development of depression during placebo-controlled trials of bupropion for smoking cessation: case reports. *J Clin Psychiatry* 1999;60(7):436-41.
- PENTON RE, Lester RAJ. Cellular Events in Nicotine Addiction. *Semin Cell Dev Biol*, vol. 20, nº 4, p.418-431, junho 2009.
- PINTO, Márcia; UGÁ, Maria Alicia Domínguez. Os custos de doenças tabaco-relacionadas para o Sistema Único de Saúde. *Cadernos de saúde pública*, v. 26, p. 1234-1245, 2010.
- PLANETA, Cleopatra da Silva; CRUZ, Fábio C. Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. *Revista de Psiquiatria Clínica*, p. 251-258, 2005.
- PONGJANYAKUL, T.; KHUNAWATTANAKUL, W.; PUTTIPIATKHACHORN, S. Alginate-magnesium aluminum silicate films for buccal delivery of nicotine. *Applied Clay Science*, Amsterdam, v. 44, n. 1, p. 242-250, 2009.
- PUPULIM, Alisson F. et al. MECANISMOS DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO TABAGISMO: REVISÃO DA LITERATURA. *Revista Médica da UFPR*, v. 2, n. 2, p. 74-78, 2015.
- REAVILL, C.; STOLERMAN, I. P. Interaction of nicotine with dopaminergic mechanisms assessed through drug discrimination and rotational behaviour in rats. *Journal of Psychopharmacology*, v. 1, n. 4, p. 264-273, 1987.

ROSAS, Manuel; BAPTISTA, Filipa. Desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica para a cessação. *Análise Psicológica*, v. 20, n. 1, p. 45-56, 2002.

ROSSANEIS, Mariana Angela; MACHADO, R. C. B. R. Cessação do tabagismo em pacientes assistidos em um ambulatório de tratamento de dependência do tabaco. *Cienc Cuid Saúde*, v. 10, n. 2, 2011.

ROSECRANS, John A.; KARAN, Lori D. Neurobehavioral mechanisms of nicotine action: role in the initiation and maintenance of tobacco dependence. *Journal of substance abuse treatment*, v. 10, n. 2, p. 161-170, 1993.

ROSEMBERG J. Tabagismo: sério problema de saúde pública. São Paulo: Almed; 1987.

RUSSELL, M.A.H., Feyerabend, C., & Cole, P.V. (1976). Plasma nicotine levels after smoking and chewing nicotine gum. *British Medical Journal*, 1, 1043-1046.

SCHNEIDER, N.G.; OLMSTEAD, R.E.; FRANZON, M.A.; ERIK, L. - The nicotine inhaler: clinical pharmacokinetics and comparison with other nicotine treatments. *Clinical Pharmacokinetics*, v. 40, p. 661-84, 2001.

SHERWOOD, Lauralee. Fisiologia humana: das células aos sistemas. In: *Fisiologia humana: das células aos sistemas*. 2011.

SILVA, Luiz Carlos Côrrea. Tabagismo: doença que tem tratamento. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SILVA, Sandra Tavares da et al. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, p. 539-552, 2014.

SOARES, Sandra et al. Caracterização de uma população com risco acrescido de DPOC. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, v. 16, n. 2, p. 237-252, 2010.

TEIXEIRA, Luiz Antonio et al. Legislação e controle do tabaco no Brasil entre o final do século XX e início do XXI. 2011.

TOLOTTI, Marina Davoglio; DAVOGLIO, Tércia Rita. Evolução histórica da propaganda, legislação antitabagismo e consumo de cigarro no Brasil. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 2, n. 2, p. 420-432, 2010.

ZEVIN, S.; GOURLAY, S. G.; BENOWITZ, N. L. Clinical pharmacology of nicotine. *Clinics in Dermatology*, Philadelphia, USA, v. 16, n. 5, p. 557-564, 1998.

ANEXOS

ANEXO A - Concordância do local da Pesquisa

Santa Cruz do Sul, _____ de _____ de 201__.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISC)

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa de intervenção intitulado: “AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DAS ESTRATÉGIAS PARA CESSAÇÃO TABÁGICA EM DROGARIA”, desenvolvido pelo acadêmico Rodrigo Luz Freitas Stasinski do Curso de Farmácia, da Universidade de Santa Cruz do Sul-UNISC, sob a orientação do professor Ediberto de Oliveira Machado, bem como os objetivos e a metodologia da pesquisa e autorizamos o desenvolvimento na Farmácia Novamed filial 2, Praça Silvestre Correia, 58, centro, Encruzilhada do Sul-RS.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP-UNISC, conhecer e cumprir a Resolução do CNS 466/12 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

Atenciosamente,

Evandro Batista Rusch
(GERENTE)

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DAS ESTRATÉGIAS PARA CESSAÇÃO TABÁGICA EM DROGARIA

Prezado senhor/Prezada senhora

O/A senhor/a está sendo convidado/a para participar como voluntário/a do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação da eficácia das estratégias para cessação tabágica em drogaria”. Esse projeto é desenvolvido pelo acadêmico Rodrigo Luz Freitas Stasinski e professores do Curso de Farmácia da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, e é importante porque pretende avaliar a eficácia de intervenções farmacêuticas para a cessação tabágica a partir de conscientização dos malefícios causados aos tabagistas. Para que isso se concretize, o/a senhor/a será contatado/a para participar, de atividades que serão desenvolvidas, como anamnese farmacêutica e acompanhamento farmacoterapêutico e motivacional para o abandono do tabagismo, realizando a prescrição farmacêutica para a reposição de nicotina em pacientes que desejam cessar o hábito tabágico. No primeiro dia da consulta farmacêutica um questionário será aplicado para avaliar o grau de dependência dos voluntários selecionados e será pactuado, junto ao acadêmico, o Dia D – dia inicial para abandonar o tabagismo. Ao longo do acompanhamento, serão prescritos pelo farmacêutico a reposição de nicotina e como forma de motivação, serão enviadas diariamente mensagens ao celular do paciente com o objetivo de estimular a continuidade do tratamento. Os encontros presenciais para consulta farmacêutica, junto ao acadêmico, serão quinzenais. Em casos de ansiedade elevada, que possa prejudicar o tratamento, o voluntário será encaminhado ao médico para possível prescrição da bupropiona. Nessa condição, é possível que alguns desconfortos aconteçam, como é o caso, por exemplo de sintomas de abstinência como ansiedade, agitação, insônia e ganho de peso, caso estes sintomas se manifestem, o/a senhor/a será encaminhado/a para atendimento e avaliação médica. Por outro lado, se o/a senhor/a aceitar participar dessa pesquisa, benefícios futuros para a área da saúde poderão acontecer, tais como: diminuição dos riscos de comorbidades relacionadas ao sistema respiratório, cardiovascular, renal e hepático, proporcionando desta forma uma melhor condição de vida para o paciente. Para participar dessa pesquisa o/a senhor/a não terá nenhuma despesa com transporte, alimentação, exames, materiais a serem utilizados ou despesas de qualquer outra natureza.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____ declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado/a, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa e dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados. Ademais, declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui, igualmente, informado/a:

- a) da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- b) da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- c) da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- d) do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- e) da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa; e,
- f) de que se existirem gastos para minha participação nessa pesquisa, esses serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador responsável por este Projeto de Pesquisa é o Prof^a Ediberto de Oliveira Machado (Fone 51 993594160).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: (051) 3717- 7680.

Local: _____

Data ___ / ___ / ___

Nome e assinatura do voluntário

Nome e assinatura do responsável pela
apresentação desse Termo de Consentimento

ANEXO C - AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA A NICOTINA

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

TOTAL DE PONTOS – ()

GRAU DE DEPENDÊNCIA

0-2 PONTOS -MUITO BAIXO

6 – 7 PONTOS – ELEVADO

3-4 PONTOS - BAIXO

8-10 PONTOS - MUITO ELEVADO

5 PONTOS - MÉDIO

ANEXO D – CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO MÉDICO

**FARMÁCIAS NOVAMED**

Praça Silvestre Correa, 58, centro, Encruzilhada do Sul - RS,
CEP: 96610-000,
Telefone: (51) 3733-1622
CNPJ: 07.435.115/0007-43

ENCAMINHAMENTO

À (AO): [nome do Médico]

Prezado(a) Dr(a):

Encaminho o(a) paciente [nome completo] que relatou insônia, agitação, ganho de peso, que podem caracterizar uma acentuada ansiedade, pôr o paciente estar participando de um programa de cessação tabágica com reposição de nicotina através de adesivos transdérmicos. Devido a esses sintomas provocados pela abstinência do cigarro, os sintomas tornam difíceis a continuação do tratamento, solicito que o(a) Dr(a) avalie o uso da bupropiona, que poderemos associar a reposição de nicotina, diminuindo assim os sintomas de ansiedade.

À disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente,

Assinatura

[Nome completo do farmacêutico no CRF/UF (carimbo, impressão
ou de próprio punho)]

ANEXO E – QUESTIONÁRIO AO PACIENTE PÓS TRATAMENTO

Você conseguiu abandonar o tabagismo com o tratamento.

SIM NÃO

Se SIM responda abaixo:

Para o Sr^o (a) foi importante ter o acompanhamento do farmacêutico durante o tratamento?

SIM NÃO INDIFERENTE

O acompanhamento farmacoterapêutico facilitou para o Sr^o (a) ter êxito no abandono do tabagismo?

SIM NÃO INDIFERENTE

O Sr^o (a) se sentiu motivado durante o tratamento com a atuação do farmacêutico?

SIM NÃO INDIFERENTE

O Sr^o (a) recomendaria a outras pessoas (amigos, vizinhos, familiares) a procurarem o auxílio ao abandono do tabagismo com o profissional farmacêutico na drogaria?

SIM NÃO

Para quem não conseguiu abandonar o tabagismo responda a abaixo:

Para o Sr^o(a) qual motivo abaixo foi o que dificultou seu tratamento?

- Falta de convicção no tratamento
- Dificuldade pelos sintomas provocados pela abstinência a nicotina.
- não se sentia convicto da decisão de parar de fumar.
- não se sentiu motivado
- Problemas particulares
- outros

Mesmo não tendo êxito no tratamento o Sr^o (a) acha importante atuação do farmacêutico no tratamento do tabagismo.

SIM NÃO

ANEXO F - MODELO DE PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA



FARMÁCIAS NOVAMED

Praça Silvestre Correa, 58, centro, Encruzilhada do Sul - RS,
 CEP: 96610-000,
 Telefone: (51) 3733-1622
 CNPJ: 07.435.115/0007-43

Paciente: *[nome completo]*

Contato: *[endereço, telefone, ou outro tipo de contato do paciente]*

1- *[Terapia farmacológica: nome do medicamento ou formulação, concentração/ dinamização, forma farmacêutica, dose, via de administração, frequência e duração]*

2- *[Terapia não farmacológica]*

3- *[Outras intervenções relativas ao cuidado à saúde (encaminhamento)]*

____/____/_____, Encruzilhada do Sul - RS

XXXXXXXXXXXX

[Nome completo e número de inscrição do farmacêutico no CRF/UF
 (carimbo, impressão ou de próprio punho)]