

**CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ  
CURSO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS**

**JÉSSICA CRISTINA DOS SANTOS  
LUÃN CARDOSO DE OLIVEIRA**

**BUPROPIONA: UTILIZAÇÃO EM PACIENTES  
TABAGISTAS**

Rio de Janeiro

2022.2

# BUPROPIONA: UTILIZAÇÃO EM PACIENTES TABAGISTA

## BUPROPION: USE IN SMOKING PATIENTS

**JÉSSICA CRISTINA DOS SANTOS**

Graduanda do Curso Ciências Biológicas do Centro Universitário São Jose.

**Orientador**

Prof. Luã Cardoso de Oliveira

### RESUMO

O ato de fumar vem crescendo a cada dia, e as pessoas que desejam parar de fumar também. Parar de fumar não é uma decisão simples, não é qualquer tabagista que consegue a cessação de parar de fumar na primeira tentativa, existem relatos de mais de cinco tentativas até a chegada de uma obtenção de resultados satisfatórios. O uso de estratégias farmacológicas como a Bupropiona e não farmacológicas como os adesivos, gomas têm sido grande auxiliar para esses fumantes já que são disponibilizados pelo Ministério da Saúde de forma gratuita. A Bupropiona vem sendo utilizada como uma das principais estratégias no ato de fumar com resultados satisfatórios.

**Palavras-chave: Bupropiona, Parar de fumar, adesivos trans dérmico.**

### ABSTRACT

The act of smoking is growing every day, and so are people who want to quit. Quitting smoking is not a simple decision, not every smoker achieves cessation of smoking on the first attempt, there are reports of more than five attempts before satisfactory results are achieved. The use of pharmacological strategies such as Bupropion and non-pharmacological strategies such as patches, gums have been a great help for these smokers as they are made available by the Ministry of Health for free. Bupropion has been used as one of the main strategies in the act of smoking with satisfactory results.

**Keywords: Bupropion, stop smoking, transdermal patches.**

## INTRODUÇÃO:

O tabaco é obtido a partir de duas espécies vegetais, a *nicotina tabacum* e a *nicotina rústica*, nativas dos Andes peruanos e equatorianos. Essas plantas foram descobertas há aproximadamente 18.000 anos, época em que as populações asiáticas migravam para América. (MUSCK; DE KLERK 2003)

O tabaco era fumado em cachimbos, aspirado, mascado, comido ou tomado em forma de chá. Importante planta medicinal era usada em lavagens intestinais, esfregado sobre a pele para combater piolhos e utilizado na formulação de unguentos, analgésicos e antissépticos. (MUSCK; DE KLERK2003).

Em 1850 começaram a serem vendidos na Inglaterra os primeiros cigarros manufacturados, cujo consumo se popularizou durante a Primeira Guerra Mundial. O auge do tabagismo ocorreu nas décadas de 1950 e 60, declinando em alguns países a partir de 1970. (MUSCK; DE KLERK 2003) Em Portugal e na Espanha o tabaco era cultivado nos jardins dos palácios e a nobreza usava-o para combater o câncer.

Em 1971 foi publicado nos Estados Unidos um relatório oficial afirmando que “*O fumo afeta negativamente a saúde humana e contribui para o desenvolvimento de graves doenças.*” (MUSCK; DE KLERK 2003).

Apesar de estudos comprovarem o prejuízo do consumo do tabaco ao organismo, sendo este um fator de risco de doenças graves, segundo a Organização Mundial de Saúde o uso da nicotina ainda é a maior causa evitável de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo (WHO, 2011).).

O tabagismo é responsável por 63% dos óbitos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis. Dessas, é responsável por 85% das mortes por doença pulmonar crônica (bronquite e enfisema), 30% por diversos tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, colo de útero, estômago e fígado), 25% por doença coronariana (angina e infarto) e 25% por doenças cerebrovasculares (acidente vascular cerebral). (WHO, 2011).

O Brasil enfrenta diversos desafios para o controle do tabagismo, o fácil acesso da população ao cigarro, como o grande número de postos de vendas e a prática da compra de cigarros avulsos, o mercado ilegal que disponibiliza cigarros muito mais baratos que

os legalizados e o difícil controle do acesso ao cigarro para menores de idade. Além disso, muitos determinantes de comportamento levam indivíduos a começar a fumar, principalmente no período da adolescência: Autoestima baixa, nível sócio- econômico baixo, exposição à publicidade do tabaco, convívio com familiares que fumam e contato com adultos e jovens que aprovam fumar, são alguns dos fatores que levam ao comportamento tabágicos (INCA,2014).

O Brasil é um dos maiores produtores e exportadores de tabaco, apesar desse índice o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional de Câncer, e juntamente com as secretarias municipais e estaduais têm desenvolvido ações para o combate do tabagismo no país. A porcentagem de fumantes de 18 anos ou mais no país era de 34,8% em 1989. Porém este número caiu para 14,7% em 2013 para essa mesma faixa etária em áreas urbanas e rurais (PNS, 2013).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), elaborado pelo Ministério da Saúde, pode ser definido como um conjunto de ações nacionais que tem como seu maior objetivo diminuir o número de fumantes através de medidas educativas, de conscientização do público e apoio a saúde. Os municípios e suas equipes de saúde básica são responsáveis por implementar ações para o cuidado da pessoa tabagista através do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). O tratamento inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa juntamente com a abordagem intensiva (MIRRA et al ,2009).

O Sistema Único de Saúde (SUS) oferece tratamento gratuito para os fumantes. Os medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para o tratamento do tabagismo na Rede do SUS são os seguintes: Terapia de Reposição de Nicotina, através do adesivo transdérmico, goma de mascar e pastilha, e o Cloridrato de Bupropiona. (BRASIL,2002).

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O tabagismo está associado com enormes custos sociais e econômicos originários do aumento de doenças e mortalidades relacionadas ao tabaco. De acordo com as estimativas do Banco Mundial, os gastos relacionados com o fumo representam 6% a 15% dos custos anuais de países de alta renda. No Brasil, todo ano, 200 mil pessoas morrem em consequência do tabagismo. Aponta o referido estudo que cerca de 90% dos cânceres de pulmão e 30% dos outros tipos de câncer são devidos ao tabaco (NUNES; CASTRO, 2011).

Segundo Nunes e Castro (2011), nos últimos 20 anos, os investimentos voltados ao controle do tabagismo não foram suficientes, sendo necessárias Políticas Públicas mais consistentes de prevenção e tratamento, em função das projeções acerca da mortalidade relacionada ao tabaco para o período de 2000 a 2049. Em torno de 80% dos fumantes desejam parar de fumar, no entanto, apenas 3% conseguem a cessação a cada ano. Com a abordagem e tratamento do fumante, esses percentuais aumentam, atingindo 20% a 30% em um ano.

Atualmente, a dependência do cigarro é considerada doença e a sua prevalência, epidêmica. A nicotina, nas suas diversas apresentações, droga psicoativa lícita, causa dependência física, química e psicológica, interferindo no organismo e no comportamento, da mesma forma que a heroína e a cocaína. (CHAVES; MENDONÇA, 2005; MARQUES et al., 2001).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) se apresenta como executor do Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT), desde 1989, no intuito de diminuir o início do tabagismo entre jovens, diminuir a exposição passiva, e incentivar o fim do consumo do tabaco. O PNCT vem apresentando resultados positivos na mudança comportamental dos indivíduos (LUCCHESI, 2013).

Para tratamento efetivo do Tabagismo, um conjunto de abordagens se faz necessária, sendo elas acompanhamento farmacológico, psicológico, econômico. A terapia farmacológica indicada para dependentes à nicotina divide-se em fármacos de primeira linha, como a terapia de reposição da nicotina e bupropiona, e, de segunda linha, a exemplo a clonidina e nortriptilina (FOCCHI; BRAUN, 2005).

A importância dos medicamentos no tratamento do tabagismo tem crescido progressivamente, de coadjuvantes da terapia cognitivo-comportamental, os diferentes fármacos passaram a ter papel central na abordagem da maioria dos pacientes (Goldstein, 1998; Sullivan e Covey, 2002; Shiffman *et al.*, 2001; Earles *et al.*, 2002; Fagerström, 1989). Fiore *et al.* (2000) recomendam que "exceto na presença de contraindicações (tratamentos farmacológicos) deveriam ser empregados com todos os pacientes que estejam tentando parar de fumar".

Os mesmos autores recomendam que, dentre os tratamentos farmacológicos, dois sejam considerados como de "primeira linha": a reposição de nicotina e a bupropiona. Como "segunda linha", recomendam a clonidina e a nortriptilina.

O Cloridrato de Bupropiona se apresenta como aminocetona que atua inibindo a recaptação de noradrenalina e dopamina nas sinapses. Este medicamento atinge o máximo de concentração plasmática em três horas, ligando-se fortemente a proteínas plasmáticas; sua meia-vida tem duração de cerca de 19 horas, sendo a metabolização hepática e sua excreção renal, atingindo o estado de equilíbrio (steady-state) em cinco dias (FOCCHI; BRAUN, 2005). Acredita-se que sua ação nas vias dopaminérgicas centrais seja o mecanismo pelo qual os pacientes em tratamento tabágico apresentem diminuição da fissura pelo cigarro na abstinência da nicotina (BALBANI; MONTOVANI, 2005).

Este medicamento é contraindicado para pacientes com histórico de epilepsia não controlada, traumatismo crânio-encefálico, anorexia, bulimia e, pacientes que utilizam inibidores da monoaminoxidase - IMAO (FOCCHI; BRAUN, 2005). As contraindicações relativas ocorrem com uso de carbamazepina, cimetidina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, antidepressivos, teofilina, corticoesteróides sistêmicos, pseudoefedrina e hipertensão não controlada (BRASIL, 2001). Os efeitos colaterais mais frequentes decorrentes do uso do Cloridrato de Bupropiona são boca seca, náuseas, insônia e cefaleia (FOCCHI; BRAUN, 2005).

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Revisar as características fundamentais e a eficácia da Bupropiona para o tratamento dos dependentes em nicotina.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar uma revisão bibliográfica sobre o tratamento do tabagismo com bupropiona;
- Evidenciar a importância do tratamento farmacológico para amenizar os sintomas da síndrome de abstinência;
- Descrever as consequências da dependência nicotínica e a importância da cessação tabágica;
- Delinear as consequências e os benefícios do uso da bupropiona.

## **METODOLOGIA**

O trabalho desenvolvido seguiu os preceitos do estudo exploratório, por meio de uma pesquisa bibliográfica, que, segundo Gil (2008, p.50), “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído de livros e artigos científicos”.

Foram utilizados livros e artigos científicos sobre a temática acessados nas bases de dados Scielo, publicados nos últimos anos.

Foram utilizados artigos nacionais e internacionais, disponíveis online em texto completo.

Após a coleta dos dados, foi feita a leitura de todo material, as principais informações foram compiladas. Posteriormente foi realizada uma análise descritiva das mesmas buscando estabelecer uma compreensão e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado e elaborar o referencial teórico.



## **CORPO DO TRABALHO/DESENVOLVIMENTO**

### **RESULTADOS**

A bupropiona inicialmente utilizada como antidepressivo, foi posteriormente lançada como adjuvante no tratamento do tabagismo, é um medicamento de ação lenta com eficácia comprovada em estudos de meta-análises, reconhecido e certificado pelo FDA americano para tratamento do tabagismo desde 1997. A bupropiona é um antidepressivo não-tricíclico que inibe a recaptção pré-sináptica de dopamina e noradrenalina. Acredita-se que sua ação nas vias dopaminérgicas centrais seja o mecanismo responsável pela diminuição da fissura pelo cigarro nos pacientes em abstinência da nicotina (GRABLE JC, 2003).

O mecanismo fisiológico de ação da bupropiona está ligado à sua ação inibidora da recaptção da dopamina e noradrenalina. A nicotina eleva os níveis de dopamina cerebral que estimulam zonas de bem-estar do cérebro. Quando acaba o efeito da nicotina, ocorre redução da dopamina e isto faz com que o indivíduo queira fumar novamente, resultando em uma dependência. A bupropiona atua competindo com a nicotina pelos receptores de dopamina, fazendo com que fumar mais um cigarro seja cada vez menos necessário (LARANJEIRA, s.d. 2013).

A principal vantagem do uso deste medicamento é a redução da síndrome de abstinência, um dos principais fatores que levam a desistência do tratamento para parar de fumar. Por isso, ele aumenta a chance de sucesso do tratamento para cessação do tabagismo., para fumantes com depressão, a indicação fica ainda mais interessante e precisa. A bupropiona, considerada de primeira linha para o tratamento do tabagismo, é segura e eficaz, por não causar dependência química e por apresentar poucos efeitos colaterais (MARQUES et al, 2001).

### **INDICAÇÕES PARA USO DE BUPROPIONA**

- para facilitar a abordagem “cognitiva-comportamental”;
- amenizar os efeitos da fissura e da abstinência indicada quando há significativo grau de dependência, avaliado segundo critérios clínicos.

## CRITÉRIOS

Estes são baseados segundo grau de dependência, a qual pode ser avaliada da seguinte forma:

1. Fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
2. Fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
3. Fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito, devido a sintomas da síndrome de abstinência;
4. Não haver contraindicações clínicas.

Figura 1: Nicotina Rustica e Nicotina tabacum



Fonte: <http://luirig.altervista.org/pics/index5.php?recn=55514&page=1>

## MOTIVOS QUE LEVAM AS PESSOAS A FUMAR

Para Rosemberg (1999, p.51), “os dados genéticos em relação ao tabagismo comportam dois aspectos distintos. Um é relacionado com a iniciação de fumar e outro com a reação do organismo ante a nicotina”. Conforme o autor a maioria dos fumantes

inicia-se no tabagismo na adolescência. Em adolescentes o início do tabagismo decorre intensamente por fatores socioambientais, principalmente pelo fato do tabaco ser um produto lícito. Porém os fatores genéticos ocorrem pela influência ambiental. Denota-se também nas mulheres, especialmente jovens, o ingresso ao tabagismo, por influência ambiental (ROSEMBERG, 1999). De acordo com Fiore apud Brasil (1997):

O comportamento de usar uma droga é adquirido através de condicionamento, sendo reforçado pelas ações farmacológicas da mesma, tal como ocorre com a nicotina. Ao mesmo tempo, o indivíduo dependente começa a associar humores, situações ou fatores ambientais específicos aos efeitos recompensadores da mesma. A associação desses fatores aos efeitos esperados da droga e ao desejo compulsivo de usá-la novamente resulta em outro tipo de condicionamento.

## **DIFICULDADES DE PARAR DE FUMAR**

Efeitos Psicológicos e Físicos Conforme Rondina e Botelho (2001), “a relação entre o perfil psicológico e o tabagismo tem sido alvo de várias pesquisas em diversos países nas últimas décadas”. No entanto, essa relação não está completamente esclarecida, pois os resultados das pesquisas sobre o assunto ainda mostram controvérsia.

A maioria dos fumantes que desejam parar de fumar, quando conseguem, apresentam grande sofrimento pessoal, submetidos a inúmeras recaídas. A intensidade dos sinais e sintomas da síndrome de abstinência é variável e depende principalmente do grau de dependência do indivíduo o que provavelmente esteja relacionada com seu perfil psicológico.

Por isso o autor ressalta a importância de atentar-se para o papel das diferenças individuais no processo da aquisição e manutenção de dependência tabagística (BENOWITZ, 1992, p. 37).

O autor Silva Filho (1993, p. 8) questiona que “as características de temperamento ou de personalidade, como nível de ansiedade, depressão, autoestima, entre outros, predisponham o indivíduo a determinado padrão de consumo de tabaco”.

Por outro lado, é possível, também que traços do perfil psicológico do fumante acentuem o desconforto experimentando por ocasião da síndrome de abstinência.

Dos elementos que compõem a dependência química, o fator psicológico é um dos mais importantes para os fumantes. "O hábito de fumar está muito ligado a certos momentos, locais e situações, como o primeiro cigarro do dia ou aquele depois do cafezinho", escreve o psicólogo inglês Martim (2005, p. 128).

Segundo Laranjeira e Gigliotti, (2000, p. 13) "esta droga funciona como válvula de escape para soltar as pressões do cotidiano. É uma doença altamente normalizada e aceita na nossa sociedade". Entende-se que o indivíduo que fica privado do meio social, sofre influência de hábitos institucionais utilizando-se muitas vezes da droga para aliviar o sofrimento e isolamento.

Quando um dependente do fumo resolve parar de fumar, ele passa por uma Síndrome de Abstinência, com sintomas leves de intensidade variável para cada pessoa. Os sintomas iniciam-se algumas horas após a interrupção do uso e aumentam durante as doze primeiras horas, piorando durante o anoitecer.

Segundo Santos (2007), dentre os mais frequentes, observam-se: irritabilidade; ansiedade; dificuldade de concentração; agitação; sonolência; insônia; sentimento de hostilidade; cefaleia, etc., tudo indicando uma dependência da nicotina. Pode acontecer, ainda, constipação, diarreia e um ganho significativo de peso (uns cinco quilos ou mais).

No entanto, estas alterações podem cessar em um mês, enquanto os sintomas psicológicos de compulsão pelo fumo podem persistir durante muitos meses. Foi comprovado que a abstinência lenta ou gradual pode resultar em sintomas de compulsão ainda mais intensos do que a interrupção brusca e pode ser ineficiente para o objetivo de parar de fumar.

Em contrapartida Orfeu Sennin (2007) informa: uma das principais razões pelas quais custa tanto abandonar o vício do fumo é que todas as vantagens de o deixar e todos os perigos de continuar parecem estar muito próximos. Ledo engano, o corpo humano começa a regenerar-se decorridos tão somente vinte minutos após o último cigarro.

Veja abaixo uma linha temporária sobre alguns dos efeitos imediatos ao cessar de fumar, e como afetam a nosso organismo desde esse preciso instante segundo o Instituto Nacional do Câncer:

Depois de vinte minutos a pressão sanguínea, o ritmo cardíaco e a temperatura do corpo (mãos e pés) baixam ao nível normal. Em oito horas o nível de Monóxido de Carbono (gás tóxico) no sangue já baixou à metade, e o nível de oxigênio no sangue sobe a seus níveis habituais. Em quarenta e oito horas a probabilidade de sofrer um ataque cardíaco terá diminuído. Toda a nicotina terá abandonado o corpo. Os sentidos do gosto e do olfato regressam aos níveis normais. Em setenta e duas horas os brônquios relaxam, facilitando a respiração. O volume pulmonar e a energia aumentam. Em duas semanas a circulação melhora, e seguirá assim (melhorando) durante as dez semanas seguintes. Neste estágio já é mais fácil caminhar. De três a nove meses os problemas respiratórios, de tosse e de catarro desaparecerão ao mesmo tempo em que a capacidade pulmonar melhora próximo aos 10%. Em um ano o risco de falecer de um ataque cardíaco reduz-se à metade. Em cinco anos o risco de sofrer uma embolia será o mesmo que o de um não fumante. Em dez anos o risco de sofrer câncer de pulmão será o mesmo que o de um não fumante. Em quinze anos o risco de sofrer um ataque cardíaco será o mesmo que o de um não fumante.

Outra mudança importante em nosso corpo ao deixar de fumar, neste caso desagradável: o engordar. Segundo recentes pesquisas abandonar o hábito implica ganhar uns cinco quilos devido ao aumento de apetite, da ansiedade de substituímos o fumo por outras coisas (bebemos mais, "beliscamos" mais entre as refeições, etc.) e principalmente porque o ritmo da queima de calorias baixa aos níveis normais.

Os fumantes queimam calorias mais rapidamente porque a nicotina produz uma sob estimulação que cria a dopamina, um neurotransmissor que se aloja no sistema nervoso central e que se relaciona com as funções motrizes, emoções e sentimentos de prazer. Apesar disso, indubitavelmente, vale a pena parar de fumar.

Segundo o Instituto Nacional de Combate ao Câncer, no Brasil, com trinta milhões de fumantes, morrem a cada ano 200.000 pessoas, devido ao fumo; o que supõe uma de cada oito mortes ocorridas em indivíduos com mais de trinta e cinco anos.

O cigarro é culpado por: 200 mil mortes no Brasil. Sendo 25% das mortes causadas por infarto do miocárdio e angina; 45% das mortes por infarto agudo do miocárdio entre as pessoas com menos de 65 anos; 85% das mortes causadas por bronquite e enfisema; 90% dos casos de câncer no pulmão; 30% das mortes provocadas por câncer de boca, laringe, faringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga e colo de útero; 25% das doenças vasculares, como o derrame cerebral.

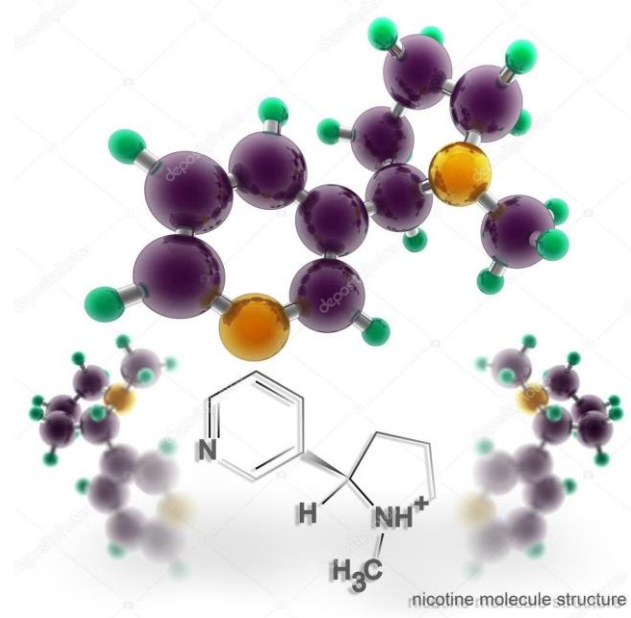
## **FARMACOLOGIA DA NICOTINA**

A fumaça do cigarro consiste de substâncias químicas voláteis (92%) e material particulado (8%) resultantes da combustão do tabaco (MARQUES et al, 2001).

A nicotina, uma amina terciária volátil, é o componente ativo mais importante do tabaco. (MARQUES et al, 2001). Sua estrutura química pode ser observada na figura 2 abaixo. É rapidamente absorvida pelos alvéolos pulmonares e atinge o cérebro em cerca de 10 segundos. Sua meia vida é de aproximadamente 2 horas a maior metabolização é hepática através do citocromo P450. A principal enzima envolvida nesse processo é a CYP 2A6. (VASCONCELOS et al, 2005).

O metabólito mais importante da nicotina é a cotinina, que pode ser detectada na urina, saliva e sangue. Apenas 5% da nicotina são excretadas sob forma inalterada pelos rins. (VASCONCELOS et al, 2005).

Figura 2: Estrutura da molécula da Nicotina



Fonte: <https://br.depositphotos.com/25040429/stock-photo-molecule-structure-of-nicotine.html>

## A DEPENDÊNCIA DA NICOTINA

O tabagismo assim como outras drogas causa dependência física e psicológica aos seus usuários. E essa dependência é causada pela presença da nicotina que está contida em produtos a base de tabaco.

Os fumantes inalam mais de 4.720 substâncias tóxicas, como: monóxido de carbono, amônia, cetonas, formaldeído, acetaldeído, acroleína, além de quarenta e três substâncias cancerígenas, sendo as principais: arsênio, níquel, benzopireno, cádmio, chumbo, resíduos de agrotóxicos e substâncias radioativas. Algumas dessas substâncias tóxicas também são conhecidas como potenciais irritantes (ROSEMBERG, 2004)

Quando inalada a nicotina chega rapidamente ao cérebro, em aproximadamente sete a nove segundos, e atravessa facilmente a barreira hematoencefálica, produzindo alterações no sistema nervoso central. Essas alterações ocorrem em função da

liberação de neurotransmissores que são responsáveis por estimular a sensação de prazer.

Quando o ato de fumar torna-se constante, o cérebro necessita de doses cada vez maiores de nicotina para obter a mesma sensação de prazer do início, ocorrendo assim uma tolerância a droga onde o fumante necessita de cada vez mais cigarros para sentir-se saciado. Essa dependência aumenta o índice de contrair doenças crônicas que podem levar a morte (ROSEMBERG, 2004)

A dependência da nicotina possui dois lados básicos: a dependência física que é responsável pela abstinência e a dependência psicossocial em que o indivíduo busca apoio emocional no cigarro. Até que um indivíduo realmente resolva parar de fumar ele passa por cinco fases, chamadas estágios da mudança.

- *Estágio pré-contemplativo:* nesse estágio o indivíduo não pretende parar de fumar nos próximos seis meses. Nessa fase o fumante acredita que consegue largar a hora que quiser; se não o faz imediatamente, é porque não tem vontade. E negamos malefícios do tabaco à saúde.

- *Estágio contemplativo:* pretende seriamente parar de fumar nos próximos seis meses, mas, ainda hesita em fazê-lo. Encontra um pouco mais contras do que pros em fumar, mas, em caso de dúvida, não para;

- *Preparação para ação:* Pretende seriamente parar no curso do próximo mês. Usa técnicas para livrar-se do fumo como adiar o primeiro cigarro do dia, diminuir o número de cigarros fumados etc.

- *Ação:* O indivíduo parou de fumar;

- *Manutenção:* Até seis meses após o indivíduo ter abandonado o tabaco. O indivíduo utiliza mecanismos comportamentais de adaptação ao meio sem cigarro, podendo até mesmo alterar seus hábitos rotineiros (como passar a não tomar mais café, por exemplo).

Seja qual for o tipo de tratamento, o objetivo deve ser o de fazer o indivíduo progredir de um estágio de mudança para outro, no sentido da ação (cessação do fumo). Podemos dizer que existem métodos diretos e indiretos de parar de fumar.

Os indiretos são aqueles que influenciam o fumante a deixar de fumar, sem apresentar um contato direto com ele, com grande foco na comunidade e na saúde



pública, como exemplo desse método temos a realização de campanhas educativas de controle do tabagismo, aplicação de medidas legislativas como proibição de fumar em locais públicos e elevação dos impostos sobre o preço do cigarro (INCA, 2014).

Os métodos que envolvem a utilização de psicoterapia, medicamentos farmacológicos, ou aconselhamento de um profissional de saúde são conhecidos como métodos diretos (INCA, 2014). O aconselhamento médico é o momento mais adequado para orientações, avaliação do nível de dependência do paciente, sua disposição a parar de fumar e se existem doenças associadas. A relação médico-paciente oferece um contexto fundamental para o abandono do fumo (INCA, 2014).

## **MÉTODO INDIRETO**

Método que influencia o fumante à deixar de fumar, sem apresentar um contato direto com ele. Aqui a ênfase se desloca do tratamento clínico, individual, para a saúde pública.

Temos como exemplo a realização de campanhas educacionais antifumo; elaboração de normas sociais como a proibição do fumo em restaurantes, teatros e cinemas; e a aplicação de altos impostos sobre o cigarro.

Essas intervenções têm como foco a comunidade, são menos custosas e produzem taxas de abstinência mais baixas. Como conseguem atingir um número maior de fumantes, produzem taxas populacionais de abstinência mais altas e reduzem mais a morbidade e a mortalidade (MANZONI et al, 2008).

Os diferentes modelos de tratamento variam de acordo com a base teórica e as técnicas utilizadas. As intervenções podem ser diferenciadas pela intensidade (frequência ou duração do tratamento), pelo setting que é utilizado (ambulatorial ou hospitalar), e pela forma em que é oferecida (individual, grupo, ou por meio de outro canal de comunicação) como:

- Aconselhamento telefônico: Esse tipo de aconselhamento pode ser útil para planejar a parada e auxiliar os fumantes na prevenção da recaída durante o período inicialde abstinência;
- Materiais de autoajuda: Os materiais abordam consequências sociais do hábito de fumar, problemas de saúde decorrentes do uso, estratégias específicas para

auxiliar o abandono do tabaco e informações sobre a síndrome de abstinência e a recaída;

- Terapia de grupo: O tratamento em grupo oportuniza maior suporte social e maior facilitação da discussão de situações de risco, bem como das estratégias para lidar com as mesmas;
- Terapia individual: Tratamento individual permite atenção e adaptação às características específicas de cada paciente. A escolha deve ser baseada na preferência do paciente.

## **MÉTODO DIRETO**

Apresenta custo mais elevado, se moldando como um tratamento clínico, conseguindo, portanto, atingir um menor número de fumantes, mas atingindo uma taxa de abstinência superior aos métodos indiretos, os quais por sua vez, se apresentam com ênfase na saúde pública, tem um menor custo, conseguindo atingir um maior número de fumantes, porém uma menor taxa de abstinência. Envolvem utilização de fármacos e realização de psicoterapia ou somente aconselhamento por um profissional de saúde a respeito da maneira mais adequada de deixar de fumar (MANZONI et al, 2008).

O uso de fármacos, quando indicado, tem o papel de facilitar esta abordagem. A escolha deverá seguir critérios clínicos rigorosamente estabelecidos, observando sobre tudo as contraindicações.

Os seguintes fármacos pouco representam no arsenal atual pela sua baixa eficácia: benzodiazepínicos, buspirona, dextroanfetamina, naloxona e mecamilamina.

Os medicamentos comprovadamente eficazes são classificados em dois grandes grupos, conforme o mecanismo de ação: NICOTÍNICOS (terapia de reposição nicotínica – TRN) e os NÃO NICOTÍNICOS (Bupropiona) que podem ser associados, como descreve o exemplo abaixo:

- adesivo de nicotina + goma de mascar
- bupropiona + adesivo de nicotina
- bupropiona + goma de mascar

Independentemente do tipo de tratamento, o grande objetivo é levar o dependente da nicotina a locomover-se de um estágio de mudança para outro no sentido da AÇÃO (abandonar o cigarro) (MANZONI et al, 2008).

## **TRATAMENTOS**

O tratamento tem como premissa básica o entendimento de que o ato de fumar é um comportamento aprendido, desencadeado e mantido por determinadas situações e emoções, que leva a dependência devido às propriedades psicoativas da nicotina. O tratamento objetiva, portanto, a aprendizagem de um novo comportamento, através da promoção de mudanças nas crenças e desconstrução de vinculações comportamentais ao ato de fumar, combinando intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais (INCA, 2014).

Seja qual for o tipo de tratamento, seu objetivo deve ser o de fazer o indivíduo mover-se de um estágio de mudança para outro, no sentido da ação (parar de fumar). Existem métodos indiretos e diretos na cessação do fumar: (INCA, 2014).

## **CONSELHOS MÉDICO**

Como vimos acima, apenas uma pequena porção dos fumantes se envolve em tratamentos para deixar de fumar. Por outro lado, grande parte dos mesmos faz visitas regulares a seus clínicos, e a relação médico-paciente oferece um contexto “único e poderoso” para o tratamento da dependência da nicotina.

As preocupações dos pacientes com sua saúde fazem de sua consulta o momento mais adequado para algumas “orientações”. No consultório médico (público ou privado) unem-se as perspectivas de saúde pública e a clínica, ao se oferecer assistência personalizada a grandes populações de fumantes (MANZONI et al, 2008).

“Para seu auxílio, o clínico pode usar todo o “staff” de profissionais de saúde, incluindo enfermeiras, terapeutas respiratórios etc.”. Por trás dessas técnicas está a ideia de associar à farmacoterapia alguma “dose” (a disponível) de psicoterapia (MANZONI et al, 2008).

Caso o fumante não queira deixar de fumar, o clínico deve apenas ouvi-lo quanto às suas motivações para continuar fumando; entregar-lhe folhetos sobre fumo; e marcar outra consulta para daí a aproximadamente seis meses.

Quando o fumante desejar parar, podem-se explorar alguns pontos chave em apenas cinco a dez minutos: marcar uma data para deixar de fumar; rever experiências passadas e determinar o que ajudou e o que falhou nas tentativas anteriores; identificar problemas futuros e fazer um plano para lidar com eles; solicitar o suporte de familiares e amigos; planejar o que fazer a respeito do consumo de álcool; e prescrever medicamentos (que serão descritos posteriormente) (MANZONI et al, 2008).

Um dos maiores efeitos do aconselhamento breve acima descrito é o de motivar os pacientes a parar, mais do que aumentar as taxas de abstinência. Entretanto, dentre os métodos diretos de suspensão do fumar existentes no Brasil, esse é o que oferece menor relação custo/eficácia (MANZONI et al, 2008).

Existem ainda, barreiras a serem transpostas para que essas técnicas sejam utilizadas em larga escala. Entre elas temos: a alegação por parte dos clínicos de que não são suficientemente ressarcidos financeiramente para gastar seu tempo com isso; a falta de treinamento dos mesmos nas técnicas supracitadas; e o pessimismo em relação às habilidades dos pacientes em parar de fumar (MANZONI et al, 2008).

Em qualquer tipo de tratamento, marcar consultas de acompanhamento é importantíssimo. Quanto maior a intensidade, frequência e duração do contato, melhor serão o resultado. Por isso a disponibilidade de tempo por parte do clínico ou outro profissional de saúde é fundamental (MANZONI et al, 2008).

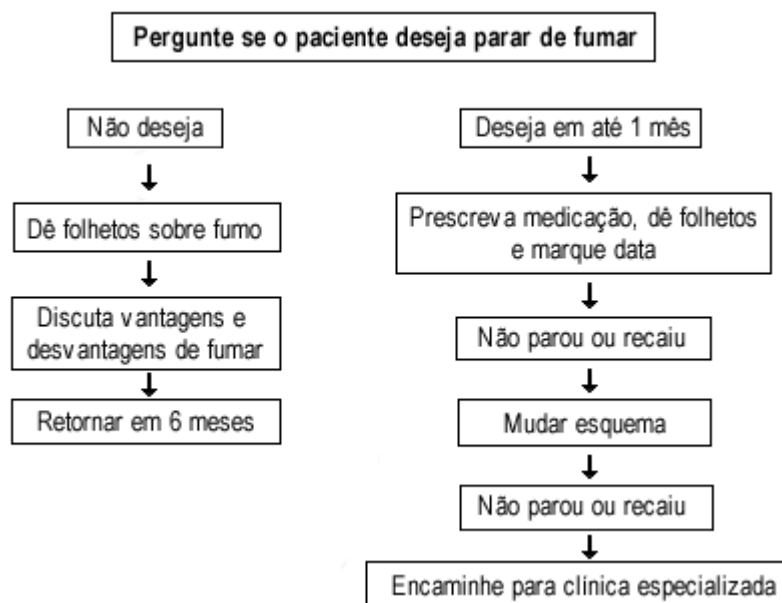
Vários fumantes são incapazes de deixar de fumar sem um auxílio mais intensivo, e frequentemente esse serão fumante pesado, que por isso mesmo estão sob maior risco de acometimento de doenças relacionadas ao tabaco. Esses fumantes devem ser encaminhados para clínicas especializadas.

Nessas, o tratamento costuma ser feito por uma equipe interdisciplinar composta de clínicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e/ou conselheiros em dependência de drogas (não necessariamente todas essas especialidades precisam estar envolvidas). Aí, serão preferencialmente tratados em grupo, terão mais suporte para suas dificuldades

em obter a abstinência e serão acompanhados mais de perto para prevenir recaídas (MANZONI et al, 2008).

Um cronograma das atividades que podem ser desenvolvidas pelo profissional de saúde está descrito abaixo (MANZONI et al, 2008).

Figura 3: Cronograma desenvolvido pelo profissional da saúde



Fonte: <http://www.redalyc.org/html/261/26113602005/>

## FARMACOTERAPIA

A farmacoterapia pode ser utilizada como apoio, em situações bem definidas, para alguns pacientes que desejam parar de fumar (INCA,2001).

Existem algumas medicações de eficácia comprovada na cessação de parar de fumar. São medicações eficazes, que podem ser divididas em duas classes: medicamentos nicotínicos e medicamentos não nicotínicos.

Os medicamentos nicotínicos são chamados de Terapia de Reposição de Nicotina (TRN), que podemos encontrar nas formas de: goma de mascar, adesivo transdérmico, pastilhas, inalador e aerosol. A forma de goma de mascar, pastilhas e o adesivo apresentam medicamentos de liberação lenta da nicotina são as únicas formas encontradas no mercado brasileiro e disponibilizado pelo Sistema Único de

Saúde (SUS), já as formas de aerosol e inalador, são de liberação rápida de nicotina, mas não estão disponíveis no Brasil (FOCCHI, BRAUN,2005).

Os medicamentos não nicotínicos são os antidepressivos Bupropiona, Nortriptilina e, mais recentemente a Clonidina. A Bupropiona é o medicamento, mas utilizado, por apresentar grande eficácia no tratamento e menor efeito colateral (FOCCHI, BRAUN,2005).

A eficácia da TRN está relacionada à reposição de nicotina de modo mais lento e com menores picos que o tabaco, além de proporcionar, em alguns casos, estimulação oral e rituais de uso (FOCCHI, BRAUN,2005). A TRN refere-se a administração e reposição de nicotina para substituir o tabaco e pode diminuir os sintomas de abstinência, reduzindo os efeitos da nicotina do organismo (FOCCHI, BRAUN,2005).

A abordagem do paciente que deseja parar de fumar deve ser feita através de um profissional de saúde de forma breve e estruturada durante consultas de rotina. Pode-se perguntar ao paciente quantos cigarros ele fuma por dia, qual o seu tipo de dependência, se é física ou motivacional e por final aconselhar para de fumar.

Já encontramos um teste chamado: Fagerstrom conforme figura 4 que pode ser feito via internet através do site do Instituto Nacional do Câncer que apresenta perguntas como: de quantos cigarros o tabagista utiliza por dia, se o cigarro trás satisfação física ou emocional entre outras perguntas. É uma ferramenta que pode facilitar ao paciente esclarecer de forma indireta a sua dependência, lembrando que muitas das vezes o mesmo fica constrangido de falar ao médico de forma direta sua real dependência.

O tratamento medicamentoso é disponibilizado pelo Ministério da Saúde e pode ser encontrado e disponibilizado pelo SUS, através do Programa de Controle do Tabagismo, regulamentado pelas portarias N° 1035/GM de 31 de maio de 2004 e portaria SAS/MS N° 442 de 13 de agosto de 2004.

Indicação ao tratamento medicamentoso:

- ✓ Fumantes que fumam no mínimo dez cigarros por dia;
- ✓ Fumantes que SAP classificados através do teste Fagerstrom;

✓ Fumantes que já tentaram parar de fumar, mas sem êxito e que apresentam dificuldades na crise de abstinência;

**Figura 4:** Teste Fagerstrom, avaliação do grau de dependência da nicotina.

**TESTE DE FAGERSTRÖM** AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

1. Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?

- Dentro de 5 minutos = 3
- Entre 6-30 minutos = 2
- Entre 31-60 minutos = 1
- Após 60 minutos = 0

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus, etc.?

- Sim = 1
- Não = 2

3. Qual cigarro do dia traz mais satisfação?

- O primeiro da manhã = 1
- Outros = 0

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

- Menos de 10 = 0
- De 11 a 20 = 1
- De 21 a 30 = 2
- Mais de 31 = 3

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

- Sim = 1
- Não = 0

6. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

- Sim = 1
- Não = 0

**Pontuação:**  
0 a 2 pontos = muito baixo • 3 a 4 pontos = baixo • 5 pontos = médio • 6 a 7 pontos = elevado • 8 a 10 pontos = muito elevado

Fonte: <http://www.up.edu.br/blogs/positivo-consciente/2015/07/06/teste-de-fagerstrom/>

## FORMAS DE TRN

Goma: apresenta tabletes de goma de mascar que devem ser mascaradas com força várias vezes. Sua absorção ocorre pela mucosa oral e não é contínua, leva de 3 a 2 minutos para nicotina chegar ao cérebro. Tem apresentação de 2mg por goma que deve ser utilizado com posologia: na 1º a 4º semana – 1 tablete a cada 1 a 2 horas (com Máximo de 20 tabletes por dia); na 5º a 8º semana 1 tablete a cada 2 a 4 horas; na 9º a 12º semana – 1 tablete a cada 4 a 8 horas. Duração de tratamento de até 12 semanas.

O paciente deve mascar um tablete por vez para que o medicamento seja eficaz, deve ser orientado a mascar com força para que a obtenção seja completa. Nesse momento ele deverá parar de mastigar e repousar a goma entre a bochecha e a gengiva por alguns minutos para, em seguida, voltar a mastigar com força, repetindo esta operação por 30 minutos, após os quais poderá jogar fora a goma de mascar.

Também deverá ser orientado a não ingerir nenhum líquido, mesmo que seja água, durante a mastigação da goma. A dose máxima recomendada é de quinze gomas de 2mg por dia.

Os pacientes devem ser orientados a não fumar após o início do medicamento. A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição.

Tem como efeito colateral: lesões na gengiva, paladar desagradável, doenças na mucosa oral, doenças da articulação temporomandibular.

Pastilhas: apresenta tabletes com 2mg de nicotina todos os que se dissolvem na boca por cerca de vinte a trinta minutos, sua absorção é pela mucosa oral e é completamente absorvido, caso seja deglutida, a absorção de nicotina é de 80 a 90%. Posologia: na 1° a 4° semana – 1 pastilha a cada 1 a 2 hora com Maximo de 15mg por dia. Na 5° a 8° semana – 1 tablete a cada 2 a 4 hora; ma 9° a 12° semana 1 tablete a cada 4 a 8 horas.

O paciente deve mover uma pastilha de um lado para o outro da boca, repetidamente, até que esteja totalmente dissolvida. Essa operação deverá ocorrer entre vinte a trinta minutos. Evitar morder a pastilha durante o uso.

Da mesma forma, deve-se evitar comer ou beber enquanto estiver com a pastilha na boca, para não interferir na absorção de nicotina. A dose máxima recomendada é de quinze pastilhas de 2mg por dia.

Os pacientes devem ser orientados a não fumar após o início do medicamento. A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição.

Adesivos trans dérmico: consiste em um adesivo que deve ser fixado na pele (região com pouco pelo) e deve ser trocado a cada vinte e quatro horas, a nicotina é absorvida de forma lenta pela derme com liberação contínua pela corrente sanguínea. Sua concentração é atingida após cinco a dez horas após aplicação, no final de vinte e quatro horas apresenta absorção de 75% de nicotina. Os adesivos são apresentados de forma de liberação de 7mg, 14mh e 21mg em 24 horas.

Apresenta a posologia: na 1° a 4° semana adesivo de 21mg a cada 24 horas; na 5° a 8° semana – adesivo de 14mg a cada 24 horas; 9° a 12° adesivo de 7mh a cada 24 horas. Com duração de tratamento de 12 semanas.



O adesivo deve ser aplicado na pele, fazendo um rodízio do local da aplicação a cada vinte e quatro horas. Na mulher, evitar colocá-lo no seio, e no homem, evitar colocá-lo em região que apresente pelos. A região deve estar protegida da exposição direta do sol, porém, não há restrição quanto ao uso na água.

Deve-se parar de fumar ao iniciar o medicamento, devido à possibilidade de intoxicação nicotínica, que embora rara em adultos, pode ocorrer quando os indivíduos que usam o adesivo continuam fumando. A dispensação desse medicamento deve ocorrer mediante prescrição.

Tem como efeito colateral: eritema da pele no local de aplicação, náuseas, vômitos, diarreia e insônia.

## **MEDICAMENTOS NÃO NICOTÍNICOS**

São classificados como medicamentos de primeira e segunda linha. A Bupropiona é classificada como primeira linha, já a Nortriptilina e clonidina são classificados como medicamentos de segunda linha.

A Bupropiona é considerada como medicamento de primeira linha porque atua ocupando os receptores dopaminérgicos que seriam ocupados pela nicotina, reduzindo os sintomas da síndrome de abstinência como observada na figura 5. A Bupropiona se encontra na classe Inibidora da recaptção de dopamina noradrenalina, é um é antagonista nicotínico, com pico de concentração plasmática é atingido em até 3 horas com meia vida de até 19 horas. A mobilização é hepática com excreção renal, seu mecanismo de ação está relacionado com a redução do transporte neural de dopamina e noradrenalina ou com antagonismo nos receptores nicotínicos, desencadeando uma redução na compulsão pelo uso de cigarros (FOCCHI, BRAUN,2005).

Inicialmente utilizada como antidepressivo, posteriormente foi utilizada como adjuvante no tratamento do tabagismo.

Apresenta comprimidos com 150mg que devem ser administrados pela manhã nos primeiros 3 dias de tratamentos, após o 4º dia, administrar 1 comprimido pela manhã e outro à tarde até completar 12 semanas. Apresenta como efeito colateral: insônia, boca seca, cefaleia e risco e convulsão (FOCCHI, BRAUN,2005).

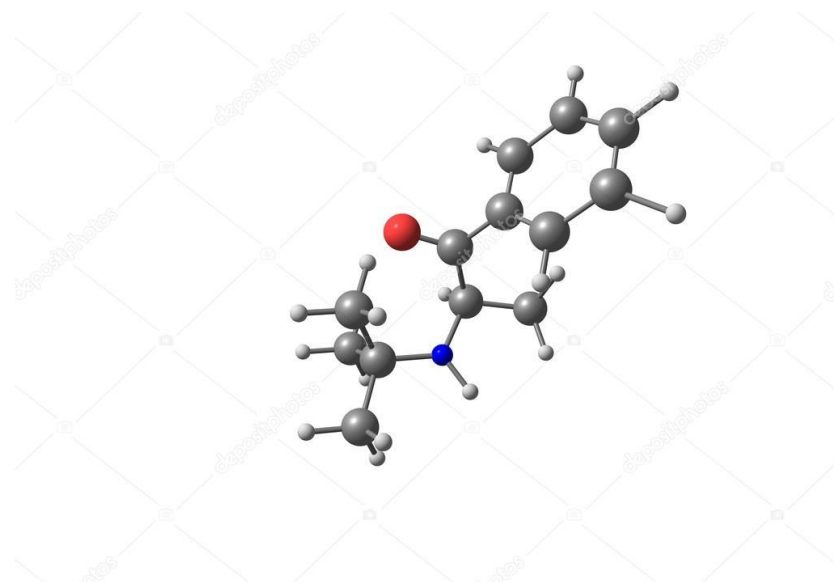
Mecanismo de ação: atua no bloqueio da receptação de dopamina, norepinefrina e menos intensa de serotonina, de forma expressiva no núcleo Acumbes.

Sua absorção é pelo sistema digestório de forma rápida, atingindo o pico plasmático em três horas, permanecendo elevado na insuficiência renal. Apresenta tempo de meia vida de vinte e uma horas que pode acarretar aumento da insuficiência hepática, se liga as proteínas plasmáticas em 84% e a eliminação é lenta, seu principal meio de eliminação é por via renal. O metabolismo hepático se dá principalmente pela isoenzima CYP2B6. Drogas que afetam essa enzima podem interferir o seu metabolismo.

A bupropiona inibe o ativador da CYP2D6, reduzindo o metabolismo de betabloqueadores.

Tem como efeito colateral: insônia, cefaleia, boca seca, diminuição dos reflexos, tonteira, elevação da pressão arterial.

**Figura 5:** Estrutura molecular da Bupropiona



Fonte: <https://br.depositphotos.com/60754137/stock-photo-bupropion-molecule-isolated-on-white.html>

A Nortriptilina é considerada um medicamento de segunda classe para o tratamento do tabagismo, é utilizado por pacientes que apresentam restrições a Bupropiona o tratamento deve ter início de 2 a 4 semanas antes da retirada do cigarro, com início de 25mg/Dia até 75mg/Dia (FOCCHI, BRAUN,2005).

É um antidepressivo tricíclico que apresenta ação ansiolítica e efeitos colaterais anticolinérgicos, como boca seca, tremores, visão turva. Apesar desses efeitos a nortriptilina pode ser vantajoso como tratamento alternativo do tabagismo, pois tem menor risco de provocar convulsões. (FOCCHI, BRAUN,2005). Bloqueia a recaptção de noradrenalina na pré-sinapse, aumentando sua concentração na fenda sináptica, com meia vida plasmática de 12 a 56 horas, sendo metabolizada pelo fígado e excretada pelos rins (FOCCHI, BRAUN,2005).

Já a Clonidina vem sendo usada a pouco tempo no tratamento conta o tabagismo. O paciente deve ser orientado a parar de fumar de dois a três dias após início da medicação, que deve ser mantida durante três a quatro semanas ou até que alcance o controle dos sintomas da abstinência (VIEGAS, REICHERT, 2004). Apresenta eficácia similar e com custo inferior a TRN e a Bupropiona. No entanto, seu uso é limitado pela elevada incidência de efeitos colaterais. (VIEGAS, REICHERT, 2004).

É um antidepressivo com ação alfa-adrenérgica redutora da atividade do sistema nervoso simpático.

## TABELA

Tabela de Artigos utilizados como base da fundamentação do texto

<b>Livro</b>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>
<b>Nome</b>	HYSTORY OF TOBACCO AND HEALTH	Nicotina: droga universal	Tratamento medicamentoso	Tratamento do tabagismo no Brasil, com a Bupropiona ou Vareniclina	Tratamento farmacológico do tabagismo
<b>Autor(es)</b>	MUSK, A.W.; DE KLERK	ROSEMBERG, José	VIEGAS, C. A. A., & Reichert, J	DANTAS, PINHEIRO	Guilherme Rubino et al
<b>Ano</b>	2003	2004	2004	2016	2006

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ironicamente, após séculos o tabaco passou de planta medicinal a um dos piores problemas de saúde pública. O uso do tabaco foi difundido das Américas para todo mundo por acreditar-se que era uma erva dotada de propriedades medicinais, capazes de curar doenças diversas como a bronquite crônica, asma, doenças do fígado, e dos intestinos, reumatismo e outras. Assim, o consumo do tabaco sob diferentes formas, embora com controvérsia sobre o seu real poder de cura, foi progressivamente ganhando espaço através dos séculos (PAHO, 1992).

No final do século XIX e, sobretudo, na 1ª metade do século XX, a explosão do consumo de tabaco definiu a consolidação da potência econômica das indústrias fumageiras. Isto se deu graças a dois fatores: a produção de cigarros em escala industrial e a um processo agressivo de propaganda e marketing (PAHO, 1992).

No caso do tabagismo a publicidade exerceu forte influência na adoção do consumo do tabaco, o ato de fumar já foi visto como hábito inofensivo e até mesmo ligado ao status social. A manipulação psicológica feita pelas indústrias buscava criar a impressão de que o tabagismo era comum e socialmente aceito, conquistando multidões, o cigarro tornou-se símbolo de rebeldia, sucesso e autonomia. (PAHO, 1992)

As indústrias cigarreiras sempre tiveram consciência de que a nicotina é o alvo da dependência orgânica. Quanto mais cedo começa o hábito de fumar mais fácil a dependência instala-se. Por isso a publicidade era objetivamente direcionada na maioria dos casos aos jovens. Pesquisas comprovam que um fumante na vida adulta na maioria das vezes iniciou sua experimentação na adolescência pois o cigarro é, muitas vezes, usado como um passaporte para a vida adulta. (CINCIPRINI, 1997).

Outro grupo-alvo eram as mulheres. Evidenciava-se o glamour do hábito, sucesso e beleza. Muito se gastou com publicidade direcionada ao público feminino, foram criadas marcas “somente para mulheres” que relacionava imagens de mulheres bonitas e glamorosas que resultaram em um aumento considerável de mulheres fumantes. A indústria do cigarro também utilizava esportes radicais, jovens bonitos e saudáveis, ambientes de luxo mostrando elegância a quem fuma e integração a um

grupo social, aos jovens, independência financeira e social da mulher e diversão e juventude a quem fuma. (WHO, 1999)

O reconhecimento do papel da publicidade na adesão de novos consumidores de tabaco, fez com que ações legislativas fossem instituídas a fim de desestimular a iniciação ao uso como a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Com os termos da lei, foi possível regular realmente os anúncios publicitários sobre tabaco e seu conteúdo integral, pois somente com a Lei 9.294/96, e as alterações feitas pela Lei 10.167/2000, tornou-se ilegal a veiculação de publicidade na televisão, rádio, jornal ou revista. Também se proibiu o comércio dentro de centros de saúde e escolas. No que tange ao conteúdo, estabeleceu-se que não poderiam ser feitas associações do tabaco com eventos culturais, esportivos e dentro de seus limites não autoriza a vinculação do tabaco com situações de aventura, perigo, lazer, prazer dentre outros. A lei, assim, procurou tutelar tanto a reivindicação dos não fumantes, que não são obrigados a fumar junto com as pessoas que do tabaco fazem uso, e, também como mais importante, retirou a publicidade ilícita que foi veiculada durante anos sobre o tabaco, induzindo o consumidor ao erro. (Brasil, 1996.)

Em se tratando de saúde pública, a lei teve por objetivo fazer com que sejam explicitados os efeitos maléficos do fumo, para que o consumidor possa elaborar um pensamento crítico e real sobre o produto, fazendo com que os fumantes realmente soubessem que tipo de produto estavam consumindo, sobretudo quais as doenças o uso do cigarro pode acarretar.

Todo esse cenário torna evidente que as ações para controle do tabagismo dependem da articulação de diferentes tipos de estratégias e de diferentes setores sociais, governamentais e não-governamentais.

Com esse objetivo o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) foi construído com o apoio de alianças e parcerias e envolvendo dois grandes grupos de ações: o primeiro, voltado para a prevenção da iniciação do tabagismo, tendo como público-alvo, crianças e adolescentes; o segundo, envolvendo ações para estimular os fumantes a deixarem de fumar. Ambos os enfoques são reforçados por ações legislativas, econômicas e ações de comunicação social.

O Governo Brasileiro tem investido esforços no cumprimento das diretrizes do Programa de Controle do Tabagismo. E, apesar de todas as dificuldades que o Brasil enfrenta por ser um país produtor de tabaco, por ser um país em desenvolvimento, por ter que lidar com as constantes e sofisticadas estratégias de grandes transnacionais de tabaco para enfraquecer as ações de controle do tabagismo, muitos são os indicadores de que estamos avançando. Em 1989 o percentual de fumantes de 18 anos ou mais no país era de 34,8%. Já em 2013, de acordo com pesquisa mais recente para essa mesma faixa etária em áreas urbanas e rurais, este número caiu para 14,7% (BRASIL, 2014)

Apesar da legislação brasileira para controle do tabaco ser uma das mais fortes do mundo, ela é alvo de constantes desafios, uma vez que tem contribuído para avanços como a significativa redução no consumo nacional. No entanto, ainda são muitas as dificuldades a serem enfrentadas.

A dependência da nicotina é hoje uma das doenças crônicas mais comuns da população brasileira, já que o seu consumo está associado a doenças cardiovasculares, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, câncer de pulmão e outras neoplasias (WHO,2011)

É essencial que os avanços alcançados na área de cessação de fumar tornem-se disponíveis aos fumantes para que um número cada vez maior consiga deixar de fumar a cada ano. Embora haja um consenso de que o êxito dos programas de controle do tabagismo depende da conscientização da população. Além do envolvimento de todos os setores sociais, governamentais e não governamentais, pois o tabagismo é uma doença cujo controle depende da vontade e envolvimento de toda a sociedade.

O tratamento do tabagista está entre as intervenções médicas que apresentam as melhores relações custo-benefício. A principal terapia para a cessação do fumo é a intervenção psicoterápica cognitivo-comportamental, e em casos específicos, a utilização de apoio medicamentoso. O tratamento farmacológico deixou de ser apenas um tratamento adicional para ser um instrumento terapêutico que duplica a chance de êxito. (FERREIRA, 2007).

A nicotina presente em qualquer derivado do tabaco, é considerada uma droga por possuir propriedades psicoativas, no momento em que é inalada a nicotina provoca alterações no sistema nervoso central. Essas alterações provocam modificação no

humor e no comportamento de seus usuários que podem induzir a dependência. (ROSEMBERG, 2004).

O indivíduo dependente apesar de conhecer os efeitos prejudiciais da droga, possui uma necessidade tanto física quanto psicológica da substância. O quadro de dependência é caracterizado pela tolerância, abstinência e uma necessidade compulsiva de consumir a droga. Quem fuma enfrenta vários desafios causados pela abstinência, e são necessárias várias tentativas até o abandono total do vício em tabaco. (ROSEMBERG, 2004).

É importante salientar que o tabagista enfrenta grande dificuldade em parar de fumar sozinho, por que o ato de fumar causa forte dependência química necessitando de um tratamento especializado para a cessação do vício. É normal, portanto, que os primeiros dias sem cigarros sejam os mais difíceis, porém as dificuldades tendem a ser menores com o tempo. Os sintomas mais comuns da abstinência são: dor de cabeça, tonteira, irritabilidade, agressividade, alteração do sono, dificuldade de concentração, tosse, indisposição gástrica e outros. O sintoma mais difícil de lidar é a fissura (grande vontade fumar) porém, ela vai diminuindo gradativamente a sua intensidade e aumentando o intervalo entre um episódio e outro. (MARQUES et al, 2001)

## REFERÊNCIAS

BALBANI, A.P.S.; MONTOVANI, J.C; Métodos para abandono do tabaco e tratamento da dependência da nicotina. VER.BRAS. otorrinolaringol. V71n.6,820-7, dez 2007.

BARBOSA, CASTRO et al. Cessação do tabagismo no Brasil: revisão da literatura.

BRASIL. **Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996.** Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde.** Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS/Nº 1.575 de 29 de agosto de 2002.** Diário Oficial da União de 03 de setembro de 2002, Brasília, Distrito Federal.

BRASIL. Sistema único de saúde. Tratamento do tabagismo no SUS

BRASIL. **Pesquisa Nacional de Saúde.**

BRASIL. Centro de Vigilância Epidemiológica. 1997

BENOWITZ, NL. Cigarette smoking and nicotine addiction. 1992

CAVALCANTE,2005. Controle do tabagismo no Brasil: avanço e desafios.

CINCIPRINI, P. M. et al. Tobacco addiction: implications for treatment and cancer prevention. Journal of the National Cancer Institute, v. 89, n. 24, p. 1852-67, dec. 1997.

DANTAS, PINHEIRO et al, 2016. Tratamento do tabagismo no Brasil, com a Bupropiona ou Vareniclina : uma revisão sistemática.



FERRY L, JONHSTON JA. Efficacy and safety of bupropion SR for smoking cessation: data from clinical trials and five years of postmarketing experience. *Int J Clin Pract* 2003; 57:224-30

FERREIRA, M. P. Tabagismo. In: LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. *Psiquiatria Básica*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007

FIORE, M.C., BAILEY, W.C., COHEN, S.J. *et al.* - *Treating Tobacco Use and Dependence*. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.

FOCCHI, GUILHERME RUBINO DE A.; BRAUN, IVAN MÁRIO; Tratamento farmacológico do tabagismo – 2005, Artigo original

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6º ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRABLE JC, TERNULLO S. Smoking cessation from office to bedside. *Postgrad Med* 2003; 114: 45-54

<https://www.scielo.br/j/rpc/a/jKRWQt5xsYxs3BgLp7LLjjd/?lang=pt&format=html>

INCA. Abordagem e tratamento do fumante. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/tratamento-consenso.pdf>

MANZONI, C.G et al. A eficácia das intervenções farmacológicas e psicossociais para o tratamento do tabagismo: revisão da literatura. 2008

MARQUES ACPR, Campana A, Gigliotti AP, Lourenço MTC, Ferreira MP, Laranjeira R. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. *Rev Bras Psiquiatria* 2001; 23: 200-14.

MIRRA, AP., MEIRELLES RHS, GODOY, I, ISSA, JS, REICHERT, J et al. Tabagismo. Primeiras Diretrizes Clínicas na Saúde Suplementar – Agência Nacional de Saúde Suplementar; Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, Rio de Janeiro, 2009.

MUSK, A.W.; DE KLERK, N.H., HYSTORY OF TOBACCO AND HEALTH. RESPIROLOGY 2003; 8:286-90

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Smoking and Health in the Americas. A 1992 report of the Surgeon General in collaboration with the Pan American Health organization. Atlanta, Georgia, 1992.

Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas dependência à nicotina. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/noticias/publicado-protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo#:~:text=Por%20meio%20da%20portaria%20conjunta,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\).](https://www.inca.gov.br/noticias/publicado-protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo#:~:text=Por%20meio%20da%20portaria%20conjunta,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).)

REINALDO, MAS, Goecking CC, Almeida JP, Goulart YN. Uso de tabaco entre adolescentes: revisão de literatura. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) 2010 ago, 6(2).

ROSEMBERG, José. **Nicotina**: droga universal. Monografia. Produção Independente. São Paulo: 2004

RONDINA, Regina de Cássia;BOTELHO, Clovis. Relação entre tabagismo e controle psiquiátrico. 2001, Revisão de Literatura.

Vasconcelos GM, Struchiner CJ, Suarez-Kurt G. CYP2A6 genetic polymorphisms and correlation with smoking status in Brazilians. Pharmacogen J 2005; 5: 42-8.

VIEGAS, C. A. A., & Reichert, J. (2004). Tratamento medicamentoso. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*,

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (1999). Making a Difference. World Health Report. Geneve, Switzerland

WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who Report on the Tobacco Epidemic, 2011. Spanish.

Disponível em: <file:///C:/Users/YAGO/Downloads/WHO-NMH-PND-2019.5-por.pdf>