

## USO DE FÁRMACOS NO TRATAMENTO CONTRA O TABAGISMO

Cintia de Almeida e Silva<sup>1</sup>  
Bruno Borges do Carmo<sup>2</sup>  
Geane Freitas Pires de Castro<sup>3</sup>

**Resumo:** O presente artigo visa demonstrar as consequências trazidas pela dependência do tabagismo e a importância da cessação do mesmo, uma vez que essa prática afeta não somente os dependentes químicos, mas todos que estão ao seu redor. Para isso, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, onde se examinou o tema Tabagismo e se fez associações com situações corriqueiras, como gestantes que fazem uso dessa droga lícita que influencia diretamente na formação de seu feto, o ar poluído que transforma pessoas que não fumam em fumantes passivos. Além disso, abordou as formas que se têm para erradicar esse vício com o uso dos principais medicamentos existentes, que são a bupropiona, a nortriptilina e a terapia de reposição de nicotina, suas consequências e seus benefícios.

**Palavras-chave:** Tabagismo; Bupropiona, Nortriptilina; Reposição de nicotina.

### Introdução

Mesmo tendo suas consequências conhecidas, o tabagismo mata cerca de 5 milhões de pessoas por ano em todo o mundo. No Brasil, morre aproximadamente 200 mil pessoas por ano com doenças por ele causadas. Com isso, percebeu-se que as estratégias educacionais existentes são insuficientes para mudar o comportamento das pessoas relacionado ao hábito de fumar (PEREZ, 2006).

O tabagismo é o ato de consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja matéria-prima é a nicotina. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) essa ação é considerada uma pandemia, ou seja, uma epidemia generalizada que precisa urgentemente ser combatida.

Ainda que sua prevalência tenha diminuído, no Brasil, o tabagismo é o culpado por causar mais de 200 mil mortes por ano. A maioria dos fumantes morre cerca de 20 anos mais cedo, devido a doenças que surgem precocemente por causa do cigarro (SZKLO, 2000).

No Brasil, o tabagismo é responsável por mais de 200 mil mortes, por ano, embora sua prevalência entre adultos tenha diminuído de 32% em 1989 para 19%

<sup>1</sup> Graduanda em Farmácia Centro Universitário São José de Itaperuna (UNIFSJ). E-mail: [cintia\\_almeida93@hotmail.com](mailto:cintia_almeida93@hotmail.com)

<sup>2</sup> Mestre em Avaliação pela Cesgranrio/UFRJ. Pós graduado em Planejamento, Implementação e Gestão de EaD pela UFF; Gestão Escolar e Coordenação Pedagógica pela UGF, e Fisioterapia em Ortopedia e Traumatologia pela UNESA. Graduado em Fisioterapia pela UNESA. Licenciado em Ciências Biológicas pela Universidade Salgado de Oliveira. Docente do Centro Universitário São José de Itaperuna (UNIFSJ). E-mail: [brunobji@gmail.com](mailto:brunobji@gmail.com)

<sup>3</sup> Mestranda Ciências das Religiões (Faculdade UNIDA). Especialista em Gestão Escolar. Graduada em Farmácia na Universidade Iguazu (UNIG) em Itaperuna/RJ. Professora do Centro Universitário Fundação São José da (UNIFSJ) em Itaperuna/RJ. E-mail: [gege\\_freitas@yahoo.com.br](mailto:gege_freitas@yahoo.com.br)

em 2001. Segundo as estimativas do Ministério da Saúde, aproximadamente 400 mil casos novos e quase 130 mil óbitos por câncer ocorreram em nosso país em 2003. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) 3, 16% dos casos novos de câncer e 30% das mortes por câncer são atribuíveis ao tabagismo. O tabagismo é também responsável por uma proporção considerável de casos incidentes e mortes por doenças cardiovasculares e respiratórias não-malignas (OTERO, 2006).

O tabaco origina-se de duas espécies vegetais nativas dos Andes peruanos e equatorianos que foram descobertas no período de migração asiática para a América. Époça em que o uso do tabaco e seu cultivo já haviam se disseminado entre toda a população indígena. Ele Era utilizado de várias maneiras, de fumo a inseticida e para fins medicinais como analgésico colírio e diversos outros (BALBANI, 2005).

Por possuir tantas propriedades medicinais, os imigrantes decidiram levar esse remédio para o seu país, uma vez que ele possuía características para combater o câncer. Com isso, o cigarro foi ficando cada vez mais popular, tendo como ápice a Primeira Guerra Mundial. Com o tempo, o remédio que curava passou a ser o próprio veneno. Além de causar dependência, o cigarro começou a causar câncer de pulmão nos indivíduos fumantes ( GLYNN, 1998)

## 1. Entendendo como parar de fumar

O processo de parar de fumar possui vários estágios de mudança, uma vez que não é possível deixar de ser fumante de uma hora pra outra. Até que a pessoa consiga parar de fumar, ela percorre um longo caminho cheio de idas e vindas, que são os estágios de mudança elaborados por Prochaska e Di Clemente, sendo eles:

1. Estágio pré-contemplativo: nesse estágio o indivíduo não pretende parar de fumar nos próximos seis meses. São aqueles pacientes que vêem mais prós do que contras em fumar, que negam os malefícios do tabaco à saúde;
2. Estágio contemplativo: pretende seriamente parar de fumar nos próximos seis meses mas, na verdade, está ambivalente. Encontra um pouco mais contras do que prós em fumar mas, em caso de dúvida, não pára;
3. Preparação para ação: Pretende seriamente parar no curso do próximo mês. Já começa intuitivamente a usar técnicas comportamentais para livrar-se do fumo.

Adia o primeiro cigarro do dia, diminui o número de cigarros fumados etc. Fez pelo menos uma tentativa de parar de fumar no último ano;

4. Ação: O indivíduo parou de fumar;
5. Manutenção: Até seis meses após o indivíduo ter abandonado o tabaco. Esse período não ocorre passivamente, apenas deixando as coisas como estão. 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).

A conceituação dessas fases é importante tendo em vista o tratamento, uma vez que, de acordo com os autores, a intensidade, a duração e o tipo de intervenção devem se adequar ao estágio de mudança do paciente. Indivíduos num estágio mais tardio devem se beneficiar de tipos de intervenções mais intensas e orientadas para a ação. Indivíduos num processo inicial de mudança (pré-contemplativos, por exemplo) devem precisar de tipos de programas menos intensivos e mais extensivos, para que se possa acompanhá-los através do ciclo de parar de fumar e movê-los com sucesso até o estágio de ação (GIGLIOTTI, 2006).

A identificação da dependência de nicotina como transtorno psiquiátrico e o conhecimento crescente de sua neurobiologia levaram ao desenvolvimento, sobretudo nas últimas duas décadas, de terapias farmacológicas para essa doença. 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 deveriam ser empregados com todos os pacientes que esteja, tentando parar de fumar (FOCCHI, 2007).

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. Porém existem outros medicamentos que fazem esse tratamento (*Ibid.*)

## 2. Os riscos do tabagismo

Segundo Araújo (2004) a fumaça do cigarro, quando inalada, é um aerossol concentrado por 4.720 substâncias químicas diferentes, das quais, 40 potencialmente cancerígenas.

A nicotina não provoca câncer e tem poucas evidências de que possa afetar o sistema circulatório; contudo, é a substância que causa a dependência química e psíquica ao cigarro.

O alcatrão está relacionado com diversos tipos de câncer decorrentes do tabagismo, além de doenças pulmonares e cardíacas.

O monóxido de carbono é uma substância relacionada às doenças e efeitos adversos na gravidez. Quando inalada, a fumaça do cigarro exerce vários efeitos no trato respiratório, os principais são a inflamação e os efeitos mutagênicos/carcinogênicos.

A dependência química ao cigarro leva ao uso crônico e este aumenta o risco de doenças coronarianas (Ibid.)

## 2.1 Tabagismo passivo

O fumo ou tabagismo passivo é a inalação da fumaça de derivados do tabaco produtores de fumaça (cigarro, cigarro de palha, cigarro de cravo, bali hai, cigarrilha, charuto, cachimbo, narguilé) por não-fumantes. É também chamado de exposição involuntária ao fumo ou exposição à poluição tabagística ambiental (PTA). Segundo a Organização Mundial da Saúde, a fumaça de tabaco é o principal agente poluidor de ambientes fechados.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (2006):

O tabagismo passivo é a 3ª maior causa de morte evitável no mundo. Estima-se que existam 2 bilhões de fumantes passivos no mundo, desses, 700 milhões seriam crianças.

Aproximadamente, a metade das crianças do mundo é fumante passiva.

O tabagismo passivo é a maior causa de doença respiratória em crianças. Mais de 100.000 casos anuais de câncer podem ser atribuídos ao fumo passivo.

O risco de desenvolver câncer de pulmão, para um fumante passivo, é três vezes maior do que para os que não estejam expostos à fumaça.

### 2.1.1 Tabagismo Passivo e Gestante e o ar poluído pela fumaça do tabaco que as crianças respiram

A exposição do feto ao fumo materno é o exemplo mais grave de tabagismo passivo. Cerca de 60 estudos envolvendo 500 mil mulheres grávidas mostraram,

com fortes evidências, que os neonatos de gestantes fumantes têm peso inferior ao das gestantes que não fumam (redução média de 200 g) e a chance dobrada de prematuridade (REICHERT et al., 2008).

As substâncias tóxicas do tabaco passam da mãe para o filho via cordão umbilical e há 3 vezes mais nicotina no leite materno do que em seu sangue. Existem evidências de que a exposição de gestantes não-fumantes à poluição tabagística também pode reduzir o peso do neonato (média 33 g). Dentre outros desfechos indesejáveis da gestação em fumantes, estão o risco aumentado de placenta prévia, gravidez tubária e aborto espontâneo.

Estudos mostram que o tabagismo na gestação pode contribuir para a síndrome da morte súbita do bebê, além de causar importantes alterações no desenvolvimento do sistema nervoso fetal, sendo o fumo na gravidez responsável por 20% dos casos de fetos com baixo peso ao nascer, 8% dos partos prematuros e 5% de todas as mortes perinatais (KROEFF et al., 2004).

A insuficiência útero-placentária tem sido indicada como o principal mecanismo responsável pelo retardo do crescimento fetal nas gestantes fumantes. A nicotina causa vasoconstrição dos vasos do útero e da placenta, reduzindo o fluxo sanguíneo e a oferta de oxigênio e nutrientes para o feto.

Além disso, os danos biológicos celulares e moleculares provocados pelo monóxido de carbono e por outras toxinas também apresentam forte interferência no desenvolvimento do feto (SILVA et al., 2006).

A redução da função pulmonar em neonatos de gestantes fumantes pode contribuir para o desenvolvimento ou agravamento de asma durante a vida dessas crianças, maior predisposição à doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) na vida adulta. O tabagismo é uma das poucas causas evitáveis desses desfechos (ARAÚJO et al., 2006).

Algumas considerações relevantes na abordagem da mulher fumante:

A intervenção mais eficaz no tabagismo materno é a prevenção da iniciação e o estímulo à cessação nas jovens antes de engravidar, através de ações de proibição do fumo em todo ambiente público, além do aumento do preço do cigarro, estímulo à prática de esportes e disponibilização de programas de cessação tabagística, inclusive nos locais de trabalho (REICHERT et al., 2008).

Embora os maiores benefícios para o desenvolvimento fetal ocorram se a cessação do tabagismo acontecer ainda no início da gestação, a interrupção em qualquer momento da gravidez, ou mesmo no pós-natal, tem um impacto significativo na saúde familiar (LOTUFO, 2007).

A exposição ao tabagismo passivo ocorre em qualquer lugar onde o fumo é permitido: em casas, no trabalho, no lazer e em locais públicos. A OMS estima que cerca de 700 milhões de crianças, ou quase metade das crianças do mundo respira ar poluído pela fumaça do tabaco, especialmente em suas casas. Pesquisas desenvolvidas pela OMS e pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), dos Estados Unidos, com estudantes de 13 a 15 anos em 132 países, entre 1999 e 2005, mostram que 43,9% dos estudantes estão expostos ao tabagismo passivo em casa e 55,8% estão expostos em locais públicos. Dos estudantes pesquisados, 76,1% disseram apoiar a proibição do fumo em espaços públicos (ACTBR, s.d.).

### **3. A ação do Farmacêutico na cessação do tabagismo e a farmacoterapia – utilização de medicamentos auxiliares**

Em artigo publicado no Conselho Federal de Farmácia [], o farmacêutico tem um papel importante, uma vez que possui um estreito contato com o paciente, permitindo-lhe que o conscientize sobre os riscos do tabagismo à saúde. Agindo também na motivação do paciente para que procure programas de tratamento pelo Sistema único de Saúde (SUS) em sua cidade, e dê suporte, por meio de acompanhamento farmacoterapêutico a esse tratamento.

O conceito de farmacoterapia envolve um conjunto de princípios, metodologias, pesquisas clínicas como estudo do quadro clínico do paciente bem como o acompanhamento de todo o tipo de efeito que o fármaco possa causar. Ao administrar um medicamento, espera-se que ele desenvolva um efeito positivo, visando à cura, prevenção e diagnóstico ou tenha ação paliativa (Barros, 2007).

A farmacoterapia é indicada para os dependentes da nicotina. Divide-se em: fármacos de primeira linha (bupropiona e terapia de reposição da nicotina) e de segunda linha (clonidina e nortriptilina).

#### **3.1 Fármacos de primeira linha**

##### **3.1.1 Bupropiona**

A bupropiona é um antidepressivo não-tricíclico que inibe a recaptação 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 (BALBANI, 2005, p. 823).

O tratamento deve ser iniciado com 150 mg (um comprimido) pela manhã por três a quatro dias. Se bem tolerado, passar para 150 mg duas vezes ao dia. O intervalo entre as doses deve ser de no mínimo oito horas. Devido à frequência de insônia como efeito colateral, recomenda-se que a segunda dose seja tomada ao final da tarde ou início da noite. Diferentemente das TRN (terapia de reposição de nicotina), os fumantes devem iniciar o uso da bupropiona uma semana antes da abstinência, até que atinja níveis plasmáticos constantes (LARANJEIRA, s.d.).

Os efeitos colaterais mais comuns são insônia, boca seca e cefaléia, sendo cefaléia, *rash* cutâneo e urticária as razões mais frequentes para suspensão do tratamento.

Conforme o estudo de GIGLIOTTI (2006) os pacientes devem continuar a utilizar a bupropiona na dose de 300 mg/dia por três a quatro meses. Costuma-se frequentemente utilizar a sua combinação com as TRN, especialmente em fumantes que recaíram ou que não conseguiram alcançar a abstinência com as medicações de reposição de nicotina. Recentemente foi publicado um estudo, comparando quatro grupos de pacientes: bupropiona isoladamente; bupropiona mais adesivos de nicotina; adesivos isoladamente e placebo. Nesse estudo, a bupropiona mostrou-se mais eficaz, tanto isoladamente quanto em combinação, que o adesivo isolado e que o placebo.

Outro benefício potencial da bupropiona é seu efeito no ganho de peso que frequentemente é associado a deixar de fumar. No estudo de Hurt et al, ao término de sete semanas os pacientes tomando placebo ganharam três quilos, em comparação com 1,5 quilos nos pacientes tomando a medicação ativa. Embora a diferença não seja muito grande, pode ser relevante para aqueles pacientes especialmente assustados em ganhar peso (o que é muito comum em mulheres).

O mecanismo fisiológico de ação da bupropiona parece estar ligado a sua ação inibidora da recaptação da dopamina e noradrenalina. Como já foi dito, a nicotina eleva os níveis de dopamina cerebral em áreas associadas ao efeito reforçador de drogas como a anfetamina, cocaína e opiáceos. Acredita-se que a ação dopaminérgica do fármaco reduziria a propriedade reforçadora da droga (nicotina no caso) e sua atividade noradrenérgica no locus ceruleus reduziria os sintomas de abstinência (LARANJEIRA, s.d.).

### 3.1.2 Terapia de Reposição de Nicotina

A reposição de nicotina foi o primeiro método farmacológico disponibilizado, há cerca de 20 anos, para tratamento do tabagismo. Todos os tipos de apresentação, seja na forma de adesivos transdérmicos, gomas, pastilhas, inalador ou spray nasal, possibilitam maior eficácia na cessação do tabagismo quando comparados ao tratamento com placebo. No entanto, variáveis como tempo de uso, tipo de apresentação, dosagem e uso com ou sem orientação médica podem interferir nos resultados obtidos. (ISSA, 2011)

O uso desse tipo de terapia baseia-se na necessidade de reduzir o sofrimento do fumante com os sintomas da abstinência. Mas, embora a maioria das pessoas fume primariamente para obter nicotina, ela é apenas uma entre as mais de 4.000 substâncias químicas do cigarro e um dos seus constituintes menos tóxicos. [...] (LARANJEIRA, 2005).

### 3.1.3 Tipo de Terapia de Reposição de Nicotina e sua Utilização

A reposição de nicotina mantém o organismo com doses cada vez menores da droga, reduzindo os sintomas físicos de abstinência sem expor o paciente aos efeitos nocivos dos outros componentes do tabaco. As modalidades mais comuns da TRN são os adesivos e as gomas. Uma vez que os adesivos fornecem uma quantidade fixa de nicotina através da pele. Conforme o tratamento progride, são usadas doses decrescentes de nicotina a cada dia. O adesivo deve ser aplicado em uma área de pele limpa e sem pêlos no período da manhã. Sua duração é de 24 horas [ ] (2006)

O tempo ideal de tratamento ainda não foi totalmente esclarecido, assim como a dose ideal para se iniciar o tratamento. No Brasil, o único disponível por enquanto é o “Nicotinel TTS”. Tipicamente aplica-se um adesivo de 30 mg durante quatro semanas, seguidas de mais quatro semanas com os adesivos de 20 mg e mais quatro com os de 10 mg. Dessa forma, faz-se uma redução gradual da nicotina sérica. Alguns pacientes podem precisar de menos tempo de terapia e outros podem fazer uso dos adesivos por um ano ou mais, dependendo do seu grau de tolerância aos efeitos colaterais. (GIGLIOTTI, 2006)

As gomas têm um início de ação rápido, liberando nicotina que é absorvida pela mucosa oral. Deve ser mascarada até se sentir o gosto apimentado. Então

colocada entre a gengiva e a bochecha por um período de 2 minutos até ser mascada de novo. Esse processo deve ser repetido por um período de tempo de 20 a 30 minutos. A goma pode ser usada a cada hora como única terapia combinada com o adesivo, para ajudar nos momentos de fissura. Além disso, o uso de bebidas durante seu processo de utilização pode “lavar” a nicotina bucal, tornando o produto ineficaz. (*Ibid.*)

Num estudo realizado por Fargeström, os indivíduos que receberam tratamento combinado de adesivo e chiclete de nicotina obtiveram maior alívio dos sintomas de abstinência que aqueles usando cada um dos dois isoladamente. Nesse estudo, os autores utilizaram um adesivo de liberação de nicotina por 16 horas e prescreveram chicletes de 2mg de nicotina ad libitum, sendo usados no mínimo 4 e no máximo 20 vezes ao dia.

### **3.2 Fármacos de segunda linha**

#### **3.2.1 Nortriptilina**

A nortriptilina constitui amina tricíclica secundária, atuando como antidepressivo. Tem meia-vida plasmática de 12 a 56 horas, sendo metabolizada no fígado e excretada pelos rins. No tratamento da depressão, esta substância tem ação maior na “janela terapêutica”, ou seja, no intervalo de doses entre 50 a 150 mg por dia, sendo que pode perder seu efeito em doses maiores. A nortriptilina bloqueia a recaptação de noradrenalina na pré-sinapse, aumentando sua concentração na fenda sináptica; tem como efeitos colaterais boca seca, tremores, visão turva e sedação; Apesar dos efeitos colaterais descritos, a nortriptilina pode ser vantajosa como tratamento alternativo do tabagismo, pois tem menor efeito anticolinérgico se comparada a outros tricíclicos, e menor risco de provocar convulsões, além de ter custo menor que a bupropiona (HALL et al., 1998).

Hall et al. (1998) mostraram que a nortriptilina é vantajosa em relação ao placebo na manutenção da abstinência do cigarro. Participaram de estudo duplo-cego, randomizado controlado, 199 pacientes deprimidos e com idade mínima de 18 anos. O estudo teve duração de 12 semanas, sendo que a partir da quarta semana os pacientes passaram a participar de sessões de terapia cognitivo-comportamental, juntamente à terapia medicamentosa. O seguimento foi feito até 64 semanas do início do estudo e a dose da medicação foi de até 100 mg ao dia. Neste caso, ressalte-se que os pacientes estavam deprimidos, o que dificulta a avaliação de

como o antidepressivo atuou no tratamento do tabagismo; além disso, a dose da medicação poderia ser aumentada, na medida em que fosse bem tolerada pelos pacientes, haja vista sua ação na janela terapêutica”.

Prochazka et al. (1998) também encontraram vantagem do uso da nortriptilina em relação ao placebo em estudo duplo-cego, onde 106 pacientes receberam nortriptilina até 75 mg ao dia e 108 pacientes receberam placebo. Os pacientes alocados na amostra não tinham comorbidade depressiva e fumavam pelo menos dez cigarros ao dia, sendo a duração do estudo de 12 semanas. Foram excluídas comorbidades clínicas. Nesse estudo, a amostra é maior, sendo que os pacientes não apresentavam comorbidade psiquiátrica, em comparação ao estudo anterior. Por fim, estudo brasileiro, mais recente (Costa et al.) 2002, também mostrou vantagem da nortriptilina no tratamento do tabagismo em relação ao placebo. Nesse estudo duplo-cego, 78 pacientes receberam nortriptilina até 75 mg ao dia, em comparação a 68 pacientes do grupo controle. Os pacientes colocados na amostra fumavam pelo menos 15 cigarros diariamente, e não apresentavam comorbidade psiquiátrica.

Dessa forma, a nortriptilina tem-se mostrado promissora, mas são necessários mais estudos para a comprovação de sua utilidade no tratamento da dependência de nicotina, inclusive no que diz respeito à dose ideal desse antidepressivo (*Ibidem*).

**Tabela - Tratamentos farmacológicos para deixar de fumar**

	Vantagens	Desvantagens
Adesivo de nicotina	Dose única diária	Não há alívio em situações de emergência
Chiclete de nicotina	Alívio em situações de emergência	Técnica de utilização inadequada reduz a eficácia
Chiclete + Adesivo	Aumenta “compliance” + alívio em emergência	Preço
Nortriptilina	Sem nicotina	Não aprovado pelo FDA
Bupropiona	Sem nicotina. Pode ser utilizado com o adesivo	mais efeitos colaterais

**Fonte:** Órgão Oficial do Centro de Estudos- Departamento de Psiquiatria – UNIFES/EPM

Fumantes diferentes fumam por razões diferentes, consomem quantidades diferentes de nicotina, experimentam sintomas de abstinência diferentes e são diferentes em outros aspectos como idade, presença de comorbidades clínicas ou

psiquiátricas, educação, classe socioeconômica etc. Não seria de se espantar que necessitassem de tratamentos individualizados. Antes de tudo, para que se possa obter melhores resultados no tratamento de um fumante, os médicos devem saber prescrever e monitorar corretamente as várias opções farmacológicas acima descritas.

O fumante deve ser corretamente instruído no uso apropriado da opção escolhida e as doses devem ser ajustadas de acordo com a percepção do paciente de alívio dos sintomas da abstinência e com o perfil de efeitos colaterais. O conforto do paciente deve orientar também a duração do uso da medicação. Deve-se solicitar que o paciente retorne duas semanas após a primeira consulta para reajuste da medicação. Caso isso não seja possível, solicite que o mesmo lhe telefone (LARANJEIRA, s.d.).

Caso a abstinência não tenha sido atingida ao término dessas duas semanas, deve-se investigar a motivação do paciente e o regime medicamentoso. Pode-se ter que aumentar a dose da TRN ou adicionar outra TRN. Caso não se tenha atingido a abstinência após quatro semanas, deve-se suspender a medicação e reavaliar o tratamento. Nesse caso pode-se encaminhar o paciente para uma clínica especializada. Pacientes com história atual de depressão maior talvez se beneficiem mais da bupropiona, por ser ela mesma um antidepressivo. Também pacientes com história pregressa de depressão maior podem necessitar de tratamentos mais prolongados com os TRN (*Ibid.*).

### **Considerações finais**

O tabagismo é uma dependência de droga mantida por uma variedade de processos, que vão desde a fisiologia e o condicionamento comportamental até políticas internacionais. Portanto, os podem encorajar os pacientes para suspendam-no através de uma ampla gama de atividades, desde o simples aconselhamento ou encaminhamento a clínicas de tratamento formal até o engajamento na defesa da causa antitabágica. Embora isoladamente nenhuma dessas atividades atinja um sucesso estrondoso, juntas elas podem levar a sérias mudanças em um comportamento de risco com poucos paralelos na história da saúde pública (GIGLIOTTI, 2006).

Nestes últimos anos houve um notável avanço no tratamento contra o tabagismo. Porém ainda deve-se chamar a atenção para a necessidade de ampliar mais estudos no sentido de diferenciar a gravidade e o tipo de tratamento necessário para cada um (FOCCHI, s.d.).

Hoje, Fiore et al. (2000) assinalam que há tratamentos eficazes para o tabagismo e recomendam o emprego de medicamentos para virtualmente todo paciente que esteja tentando parar de fumar. Mesmo assim, o aumento da efetividade e a manutenção da abstinência em longo prazo são desafios para futuros estudos em farmacoterapia da dependência de nicotina. Afinal, infelizmente, esta ainda é uma doença cuja morbimortalidade tende a crescer nos próximos anos.

Deve-se salientar a importância de um otorrinolaringologista para tomar ciência das opções terapêuticas para a dependência da nicotina.

O conhecimento científico, aliado à sensibilidade e perspicácia, permitirá ao médico abordar os tabagistas da forma mais adequada e cativante, a fim de motivá-los a parar de fumar, diminuir os sintomas desagradáveis da abstinência e evitar as recaídas.

### Referências

ARAÚJO, ALBERTO JOSÉ DE. **Diretrizes para Cessação do Tabagismo**. J. bras. pneumol. vol.30 suppl.2 São Paulo Aug. 2004. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132004000800002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132004000800002&script=sci_arttext) >

BALBANI, Aracy Pereira Silveira; MONTOVANI, Jair Cortez. REVISTA BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA 71 (6) PARTE 1 NOVEMBRO/DEZEMBRO 2005. **Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina**. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v71n6/a21v71n6.pdf> > acesso em: 10/09/2012

FOCCHI, Guilherme Rubino de A.; BRAUN, Ivan Mário. **Tratamento farmacológico do tabagismo**. Disponível em: < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n5/259.html> > Acesso em: 10/09/2012.

GIGLIOTTI, Analice. (2006) **Tratamento da dependência da nicotina**. Disponível em: < [http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1\\_02.htm](http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_02.htm) > Acesso em: 11/09/2012

GLYNN TJ, Manley MW. **How to Help your Patients Stop Smoking: A National Cancer Institute Manual for Physicians**. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health; 1998. NIH publication No 89-3064.

Hall W, Madden P, Lynskey M. The genetics of tobacco use: methods, findings and policy implications. Tob Control 2002;11:119-24.

ISSA, Jaqueline Scholz. **Deixar de fumar** Disponível em: <[http://www.deixardefumar.com.br/docs/tabagismo/pub/Artigo\\_TRN\\_Dra\\_Jaqueline\\_01-08-2011.pdf](http://www.deixardefumar.com.br/docs/tabagismo/pub/Artigo_TRN_Dra_Jaqueline_01-08-2011.pdf)> Acesso em 03 de novembro de 2012.

KROEFF, L.R.; MENGUE, S.S.; DUNCAN, M. I. Fatores associados ao fumo em gestantes avaliadas em cidades brasileiras. Revista de Saúde Pública, v.38, nº 2, p. 261-267, 2004.

LARANJEIRA, Ronaldo. **Tratamento da dependência da nicotina.** Disponível em: <[http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1\\_02.htm](http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu1_02.htm)> Acesso em: 11/09/2012

LOTUFO, J. P. **Tabagismo, uma doença pediátrica.** São Paulo: Savier, p. 17-19, 2007.

MAZONI, Cláudia Galvão; BISCH, Nadia Krubskaya; FREESE, Luana; FERIGOLO, Maristela; BARROS, Helena. **Aconselhamento telefônico reativo para cessação do consumo do tabaco: relato de caso.** Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141303942006000300013&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141303942006000300013&script=sci_arttext&tlng=en)> Acesso em: 11/09/2012.

OLIVEIRA, Jane Domingues de Faria. **Mestre em Educação Física – UNICAMP.** Disponível em:<[http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/alimen\\_saudavel\\_qlaf/estrategias/estrategias\\_cap11.pdf](http://www.fef.unicamp.br/departamentos/deafa/qvaf/livros/alimen_saudavel_qlaf/estrategias/estrategias_cap11.pdf)> Acesso em 03 de novembro de 2012.

OTERO, Ubirani Barros; PEREZ, Cristina de Abreu; ET AL. **Ensaio clínico randomizado: efetividade da abordagem cognitivo-comportamental e uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar, em adultos residentes no município do Rio de Janeiro Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v22n2/21.pdf>> acesso em: 10/09/2012

PEREZ, Cristina de Abreu; ET AL. **uso de adesivos transdérmicos de reposição de nicotina, na cessação de fumar.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v22n2/21.pdf>> acesso em: 10/09/2012

Prochaska JO, Di Clemente C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Psychol 1983;51:390-5.

REICHERT, J.; ARAÚJO, A.J.; GONÇALVES, C. M. C. Diretrizes para Cessação do Tabagismo 2008. Jornal Brasileiro de Pneumologia. v. 34, nº 10, p. 845-880, 2008.

SILVA, Celso Antônio Rodrigues da. **Composição química da fumaça do cigarro.** J. bras. pneumol. vol.30 suppl.2 São Paulo Aug. 2004

SZKLO , Nieto JF, editors. Epidemiology: beyond the lasies. Gaitersburg: Aspen Publishers; 2000.