

Belo Horizonte | 2022

GUIA

ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO TABAGISMO

2ª EDIÇÃO



GUIA

ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO NO TABAGISMO

2ª EDIÇÃO

Elaboração

Ana Emília de Oliveira Ahouagi
Daniela Álvares Machado
Debora Gontijo Braga
Ellen Cristine Dalpra Lage
Gabriela De Araújo Brum
Juliana Dias Pereira dos Santos
Juliana do Carmo Reis
Pedro Daibert de Navarro
Pollyanna Filippetto Pires
Rachel Cristina Cardoso Pereira
Renata Mascarenhas Bernardes
Rúbia Santos Camargo Di Salvio
Simone Alves do Vale
Tatiane Caetano
Vanessa Rodrigues Detomi

Projeto gráfico

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social
Secretaria Municipal de Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIC	Abordagem Intensiva Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
BH	Belo Horizonte
eSF	Equipe de Saúde da Família
EM	Entrevista Motivacional
FTND	Fagerström Test for Nicotine Dependence (Teste de Fagerström)
IMAO	Inibidor da Monoamina Oxidase
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PM	Palestra Motivacional
PMCT	Programa Municipal de Controle do Tabagismo
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TRN	Terapia de Reposição de Nicotina
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tríade da dependência física	10
Figura 2 - Roda de Prochaska e DiClemente.....	14
Figura 3 - Fluxograma da abordagem intensiva/aconselhamento estruturado ao tabagista.....	25

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Exemplos de temas para sessões terapêuticas por categoria profissional	23
Quadro 2 - Medicamentos contemplados na REMUME-BH para a cessação do tabagismo e profissionais prescritores	27
Quadro 3 - Princípios básicos da EM e seus desdobramentos.....	42
Quadro 4 - Intervenções do profissional de acordo com o estágio de motivação do fumante.....	44
Quadro 5 - Escala de Razões para Fumar (ERF) - Universidade de São Paulo	48
Quadro 6 - Teste de Fagerström para dependência à nicotina.....	50
Quadro 7 - Exemplos de cálculos de anos-maço	51
Quadro 8 - Instrumento para avaliação da depressão: PHQ-9.....	54
Quadro 9 - Interpretação do escore total do PHQ-9.....	55
Quadro 10 - Escore PHQ-9 e condutas propostas	55

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	6
CONSULTA PÚBLICA.....	6
INTRODUÇÃO	7
OBJETIVOS.....	8
1 . DEPENDÊNCIA AO TABACO	9
1.1 Fisiológica / Física.....	9
1.2 Psicológica.....	11
1.3 Comportamental	11
2 . ACESSO AO TRATAMENTO DO TABAGISMO	12
3 . AVALIAÇÃO DO GRAU DE MOTIVAÇÃO.....	13
3.1 Estágios de motivação para cessação do tabagismo - Roda de Prochaska e DiClemente	13
4 . TIPOS DE ABORDAGEM.....	16
4.1 Abordagem breve ou mínima (PAAP)	16
4.2 Abordagem básica (PAAPA).....	17
4.3 Abordagem intensiva / Aconselhamento estruturado.....	17
4.3.1 Abordagem intensiva coletiva.....	18
4.3.1.1 Palestra motivacional coletiva	18
4.3.1.2 Avaliação clínica do fumante.....	18
4.3.1.3 Sessões terapêuticas coletivas	19
4.3.2 Abordagem intensiva individual.....	23
4.3.2.1 Critérios para atendimento individual.....	24
4.3.3 Etapas da Abordagem intensiva / Aconselhamento estruturado.....	25
5 . TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.....	26
5.1 Adesivos de nicotina	28
5.2 Goma de nicotina.....	32
5.3 Bupropiona	34
5.4 Nortriptilina	36
5.5 Interações medicamentosas.....	38

6. CUIDADO FARMACÊUTICO À PESSOA TABAGISTA.....	39
6.1 Ferramentas de apoio para o acompanhamento da pessoa tabagista	39
6.1.1 O método clínico centrado na pessoa	39
6.1.2 Entrevista motivacional.....	41
6.1.3 Avaliação qualitativa	46
6.1.3.1 Escala de Razões para Fumar (ERF).....	47
6.1.4 Avaliação quantitativa.....	49
6.1.4.1 Teste de Fagerström para a dependência à nicotina.....	50
6.1.4.2 Cálculo da carga tabágica	51
6.2 Prescrição farmacêutica de TRN.....	52
6.3 Intervenções psicossociais	53
6.4 Abordagem transversal / Educação em saúde.....	56
7. MONITORAMENTO	57
7.1 Registro no GERAFF	57
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59

ANEXOS

ANEXO A - Orientações para pacientes	63
ANEXO B - Interações medicamentosas.....	65

APRESENTAÇÃO

Os **Guias do Cuidado Farmacêutico da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SM-SA-BH)** têm por objetivo o registro das práticas clínicas já instituídas, assim como a proposição de alinhamentos e sistematização das condutas clínicas dos farmacêuticos atuantes nas unidades de saúde sob gestão municipal.

A elaboração dos conteúdos é realizada de acordo com protocolos e diretrizes clínicas nacionais e municipais, de maneira colaborativa com representantes de distintos pontos da rede de assistência (gerências, coordenações, referências técnicas, farmacêuticos dos diferentes níveis de atenção à saúde) visando à integração de saberes e fazeres e à articulação das ações.

Desejamos a todos uma ótima leitura e que este documento contribua de maneira efetiva para a qualificação da assistência farmacêutica prestada aos usuários dos serviços da rede SUS-BH (Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte).

CONSULTA PÚBLICA

No período de 28/6/2019 a 30/9/2019 foi disponibilizada a consulta pública do *Guia de Atuação do Farmacêutico no Tabagismo* para todos os farmacêuticos da SMSA-BH. Ao todo, foram recebidas 12 contribuições, que foram avaliadas de acordo com as seguintes etapas: a) leitura de todas as contribuições, b) identificação e categorização das propostas conforme temas/tópicos de referência no documento, c) discussão e avaliação e d) definição do parecer. Por fim, as sugestões aprovadas foram incluídas. Agradecemos a participação de todos que enviaram suas propostas e contribuíram para o aprimoramento do conteúdo.

INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma doença crônica e epidêmica, classificada no CID 10 (Classificação Internacional de Doenças) sob o código F17, causada pela dependência física, psicológica e comportamental à nicotina, semelhante ao que ocorre com o uso de outras drogas, como o álcool, cocaína e heroína (WHO, 2002; FERREIRA & MIRRA, 2018).

O tabagismo ativo pode ser definido como o uso engajado de produtos derivados do tabaco a partir de sua queima (cigarro, cigarro de palha, cachimbo, charuto, narguilé) e é considerado a principal causa evitável de adoecimento e morte no mundo (BRASIL, 2015). Anualmente, essa doença é responsável pela morte de cerca de 7 milhões de pessoas no mundo, sendo 200 mil no Brasil. O tabaco é a única droga legal que mata dois a cada três dos seus usuários regulares (BRASIL, 2007; WHO, 2018).

O tabagismo passivo, classificado no CID 10 sob o código Z 58.7, é a fumaça inalada por um indivíduo que não está ativamente engajado em fumar, mas que é exposto à fumaça exalada por um fumante ativo (poluição tabagística ambiental) (BRASIL, 2007; FERREIRA & MIRRA, 2018). Essa exposição passiva ao tabaco representa a terceira maior causa de morte evitável, atrás somente do uso abusivo/excessivo de álcool e do tabagismo ativo. Estima-se que, anualmente, cerca de 900 mil pessoas no mundo morram devido ao tabagismo passivo (WHO, 2018). Sendo assim, há a necessidade de se proteger as pessoas que convivem com fumantes, sobretudo crianças e gestantes, da fumaça oriunda da queima das formas de tabaco fumado (BRASIL, 2015).

A cessação do tabagismo é uma das intervenções de saúde que apresenta melhor relação custo-benefício. É menos oneroso auxiliar os fumantes a abandonarem o tabaco que tratar as doenças que decorrem de seu uso (LAND *et al*, 2012).

Desde o final da década de 80, o Ministério da Saúde (MS), por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), articula as ações que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT). Em Belo Horizonte, a partir de 2001, o Programa Municipal de Controle do Tabagismo (PMCT) inicia suas ações, seguindo as diretrizes nacionais.

Em 2004, o PMCT capacitou os primeiros profissionais da saúde na abordagem intensiva aos fumantes. Em 2006, o INCA/MS iniciou a distribuição de insumos (manuais e medicamentos), viabilizando os primeiros grupos de tratamento pelo PMCT. Em 2012, houve a ampliação das capacitações para os profissionais do NASF-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), contemplando os farmacêuticos. Desde então, esse profissional tem papel estratégico nas diversas ações do PMCT, atuando em conjunto com a equipe multiprofissional no ciclo de tratamento da pessoa tabagista. A contribuição do farmacêutico amplia e qualifica o programa na rede SUS-BH.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Propor ações e condutas para sistematização e qualificação do cuidado farmacêutico à pessoa tabagista acompanhada na rede SUS-BH, em consonância com as diretrizes do Programa Municipal de Controle do Tabagismo.

Objetivos específicos

- Capacitar profissionais farmacêuticos a desenvolverem e aperfeiçoarem ações de assistência terapêutica à pessoa tabagista, nos âmbitos coletivo e individual, a fim de colaborar para a cessação do tabagismo no contexto do PMCT.
- Subsidiar profissionais farmacêuticos para abordagem, avaliação, motivação e acompanhamento adequados da pessoa tabagista.
- Descrever as atividades relativas ao acompanhamento farmacoterapêutico da pessoa tabagista para a promoção do uso indicado, efetivo e seguro dos medicamentos utilizados no tratamento do tabagismo.
- Apresentar ferramentas de apoio para uso na prática clínica que auxiliem o farmacêutico no acompanhamento da pessoa tabagista.

1. DEPENDÊNCIA AO TABACO

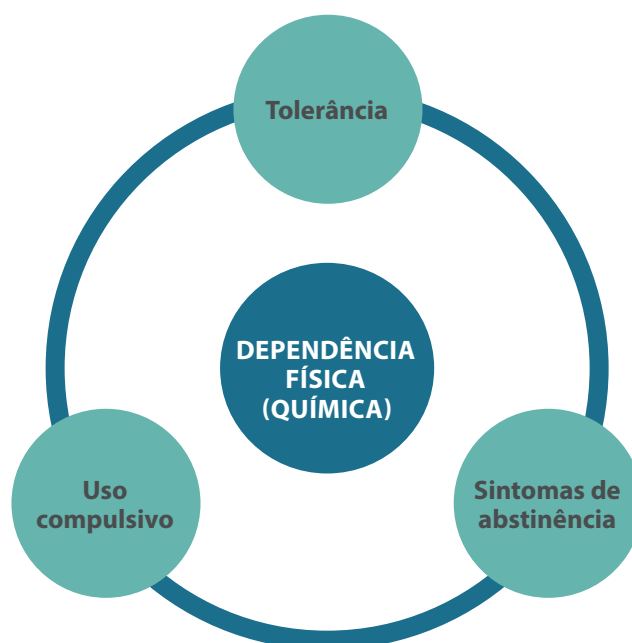
A nicotina é capaz de alterar o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC) estimulando-o e provocando mudanças no humor, na percepção, na conduta, no estado emocional e na cognição do indivíduo. Tais alterações ocasionam no usuário uma compulsão pelos efeitos experimentados com o consumo da nicotina, controlando o comportamento do fumante, por isso ela é considerada uma droga psicoativa. Nesse contexto, são descritos três principais tipos de dependência ao tabaco: fisiológica/física, psicológica e comportamental (BRASIL, 2015).

1.1 Fisiológica / Física

A adaptação do funcionamento do organismo à presença da nicotina, com o surgimento de sintomas quando seu uso é reduzido ou cessado, configura-se como um quadro de dependência física que geralmente ocorre com um a três meses de uso.

As principais adaptações inerentes à dependência física são o desenvolvimento da **tolerância**, definida como o aumento gradativo da quantidade necessária de nicotina para se alcançar os mesmos efeitos, e a **síndrome de abstinência**, caracterizada pela presença de sinais e sintomas fisiológicos que se manifestam a partir da supressão do efeito da nicotina (BRASIL, 2015). Ambas induzem o indivíduo ao aumento da frequência / intensidade do uso do tabaco e à manutenção do hábito de fumar, resultando no comportamento compulsivo, conforme apresentado na figura 1 (DIEHL, 2011).

Figura 1 - Tríade da dependência física



São considerados como dependentes os indivíduos que tenham apresentado, no ano anterior, pelo menos três dos critérios a seguir (BRASIL, 2020):

- Desejo forte e compulsivo para consumir a substância (fissura ou *craving*).
- Dificuldade para controlar o uso (início, término e níveis de consumo).
- Estado de abstinência fisiológica diante da suspensão ou redução, caracterizado por síndrome de abstinência e consumo da mesma substância ou similar, com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência (reforço negativo).
- Evidência de tolerância, ou seja, necessidade de doses crescentes da substância para obter os efeitos produzidos anteriormente com doses menores.
- Abandono progressivo de outros prazeres em detrimento do uso de substâncias psicoativas.
- Aumento do tempo empregado para conseguir ou consumir a substância ou recuperar-se de seus efeitos.
- Persistência no uso apesar das evidentes consequências, como câncer pelo uso do tabaco, humor deprimido ou perturbações das funções cognitivas relacionada com a substância.

O diagnóstico de dependência da nicotina deve ser feito por meio de avaliação realizada pelo profissional de saúde que atende o usuário de tabaco, seguindo os critérios diagnósticos descritos acima. Não são utilizados exames físicos, laboratoriais ou de imagem para este fim. O profissional de saúde irá se basear no autorrelato do paciente (BRASIL, 2020).

O “Teste de *Fagerström*” é o principal instrumento que avalia o grau de dependência física à nicotina, incluindo o processo de tolerância e a compulsão: quanto maior o escore obtido, maior o grau de dependência física. O instrumento é amplamente usado devido ao seu fácil entendimento e rápida aplicação, podendo ser utilizado por qualquer membro da equipe de saúde e será detalhado, a seguir, no item 6.1.4.1 (BRASIL, 2015; 2020).

1.2 Psicológica

A dependência psicológica consiste na associação pelo indivíduo dos seus sentimentos ao hábito de fumar. Este tipo de dependência atua regulando estados emocionais e, conseqüentemente, o fumante pode associar o uso do tabaco a uma potencialização de suas funções cognitivas. Mesmo não existindo necessidade orgânica do uso da nicotina, o tabagista cria a ilusão de sentir-se mais seguro diante de problemas cotidianos ou até mesmo de ter um companheiro para enfrentar situações de solidão e estresse. Ocorre paralelamente à dependência física, podendo ser de difícil identificação e tratamento (DIEHL, 2011; BRASIL, 2015).

1.3 Comportamental

Na dependência comportamental há o estabelecimento de condicionamentos, representados por associações habituais ao ato de fumar. Verifica-se a criação de uma rotina de hábitos que se tornam gatilhos do desejo de fumar, tais como: o consumo de alimentos, café ou bebidas alcoólicas, atividades intelectuais (como o uso do computador e a leitura), relação sexual, ações de dirigir, usar o telefone ou ir ao banheiro. Nos momentos em que o fumante está habituado a consumir o tabaco, acontece automaticamente a vontade de fumar, pela recordação de algum comportamento rotineiro. Este é um aspecto de grande importância na abordagem da cessação do tabagismo, já que pode com frequência acometer o indivíduo e acarretar a recidiva do uso da droga após um período de abstinência (DIEHL, 2011).

2. ACESSO AO TRATAMENTO DO TABAGISMO

O acesso dos usuários ao tratamento do tabagismo na rede SUS-BH pode ocorrer por: demanda espontânea (busca do serviço pelo próprio usuário), encaminhamento por algum profissional de saúde e identificação de fumantes a partir da aplicação da Ficha de Visita Domiciliar e Territorial, realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS).

A oferta de abordagens para cessação do tabagismo varia entre as unidades de saúde, pois depende tanto do planejamento das ações da Unidade Básica de Saúde e demais equipamentos do SUS-BH, quanto da disponibilidade de agenda dos profissionais capacitados. A Secretaria de Saúde de Belo Horizonte já realizou ações educacionais voltadas a essa temática para diferentes profissionais da rede, tais como: equipes de saúde da família (eSF), agentes comunitários de saúde, equipes de saúde bucal e profissionais do NASF-AB.

Os usuários interessados em parar de fumar identificados nos serviços (equipamentos) de Saúde Mental (CERSAM, CERSAM/AD, CERSAMI e Centros de Convivência) ou acompanhados por médicos especialistas em unidades de saúde da rede complementar (Atenção Secundária da rede SUS-BH, contratada ou particular) deverão ser referenciados para atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (SMSA-BH, 2019).

3. AVALIAÇÃO DO GRAU DE MOTIVAÇÃO

A motivação da pessoa tabagista para a cessação do hábito de fumar é um fator crucial para o sucesso das intervenções das equipes de saúde. A motivação pode ser entendida como uma “força interna” que leva a pessoa à ação ou, no campo da saúde, como o estado de prontidão para uma determinada mudança (ou manutenção) nos seus hábitos de vida (BRASIL, 2015).

Em 1992, Prochaska, DiClemente e Norcross desenvolveram um modelo de avaliação do grau de motivação para a mudança (Modelo Transteórico de Motivação para Mudança), estabelecendo algumas etapas que podem ser identificadas no discurso de um indivíduo a respeito de sua vontade de mudança de um hábito e de seus planos para buscar tratamento (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 1992). As etapas estabelecidas pelos autores compreendem 6 diferentes estágios que serão descritos, a seguir, no item 3.1.

A aplicação do método é simples e bastante utilizada no contexto da cessação do tabagismo. As informações são coletadas a partir do discurso do indivíduo pelo profissional da equipe de saúde, que deve identificar quais os elementos mais frequentes e aplicá-los a um dos seis estágios. A identificação do estágio de motivação é de fundamental importância para orientar a definição das estratégias de abordagem que serão adotadas pela equipe de saúde na assistência terapêutica ao indivíduo que deseja a cessação do hábito de fumar.

3.1 Estágios de motivação para cessação do tabagismo - Roda de Prochaska e DiClemente

Os seis estágios de motivação descritos no Modelo Transteórico de Motivação para Mudança são:

- 1) **Pré-contemplação (“Eu não vou”)**: não considera a possibilidade de mudar, não se preocupa com a questão. Pode negar malefícios do tabaco para a saúde. “Eu não quero parar de fumar”.

- 2) **Contemplação (“Eu poderia”)**: admite o problema, é ambivalente e considera adotar mudanças eventualmente, mas tem dúvidas sobre parar de fumar. “Eu quero parar de fumar, mas não sei quando”.
- 3) **Preparação (“Eu vou / Eu posso”)**: inicia algumas mudanças, planeja, cria condições para mudar, revisa tentativas passadas. “Eu tenho tentado parar de fumar de um tempo para cá” ou “Eu tenho uma data e um esquema para começar nos próximos 30 dias”.
- 4) **Ação (“Eu faço”)**: implementa mudanças ambientais e comportamentais, investe tempo e energia na execução da mudança. “Eu tenho feito uso descontínuo do cigarro de um mês para cá, ficando sem fumar pelo menos um dia inteiro durante este período”.
- 5) **Manutenção (“Eu consigo”)**: processo de continuidade do trabalho iniciado com a ação, a fim de manter os ganhos e prevenir a recaída. “Eu parei de fumar”.
- 6) **Recaída**: falha na manutenção e retomada do hábito ou comportamento anterior – retorno a qualquer dos estágios anteriores. “Eu voltei a fumar regularmente”.

Na prática, os estágios motivacionais não ocorrem em sequência, mas de maneira dinâmica, variando de acordo com o momento do indivíduo, em um movimento que os autores denominam roda da mudança.

Na figura 2 se encontram esquematizados os 6 estágios motivacionais na “Roda de Prochaska e DiClemente”. O objetivo do profissional de saúde deverá ser o de auxiliar a pessoa que fuma a, gradualmente, ir alcançando o estágio subsequente até o estágio de manutenção da cessação do tabagismo, orientando também estratégias para evitar a recaída.

Figura 2 - Roda de Prochaska e DiClemente



Fonte: Adaptado de: Caderno de Atenção Básica nº 40 (BRASIL, 2015).

A prevenção de recaída deve ser trabalhada durante todo o processo de tratamento. Os principais fatores de risco relacionados à recaída de uso do tabaco são (BRASIL, 2015):

- Dificuldades importantes e fracassos em tentativas anteriores de cessação.
- Presença de outros fumantes no domicílio ou no trabalho.
- Uso pesado de tabaco.
- Status socioeconômico baixo.
- Cigarros mentolados.
- Circunstâncias de vida estressantes.
- Comorbidades psiquiátricas.
- Múltiplas tentativas de cessação.
- Baixa motivação.

Como principais técnicas utilizadas para controle da abstinência e da compulsão, citam-se: cuidar do estresse e da ansiedade; evitar ficar perto de pessoas que fumam; evitar bebida alcoólica e procurar ocupar o tempo com atividades, especialmente com a realização de atividade física. Os casos de recaída irão demandar que o profissional estabeleça uma relação de apoio e suporte ao paciente, evitando julgamentos, ofertando a abertura necessária para que o indivíduo explicita seus receios e dúvidas, garantindo que o vínculo da pessoa com o serviço se fortaleça (BRASIL, 2015).

4. TIPOS DE ABORDAGEM

A classificação dos tipos de abordagens para cessação de tabagismo em “breve” (“mínima”), básica ou “intensiva”, se refere ao tempo investido no contato entre a pessoa e o profissional de saúde, respectivamente menor que 3 minutos e maior que 10 minutos. Apesar da abordagem intensiva/aconselhamento estruturado mostrar-se mais eficaz, as demais abordagens têm sua importância potencial em termos de saúde pública. Estudos de meta-análise revelaram que o aconselhamento, mesmo breve, dado por qualquer profissional de saúde aumenta de forma significativa as taxas de cessação do tabagismo (BRASIL, 2015).

4.1 Abordagem breve ou mínima (PAAP)

A abordagem breve/mínima pode ser realizada por qualquer profissional de saúde de nível médio ou superior e é resumida no mnemônico PAAP: perguntar, avaliar, aconselhar e preparar o fumante para a cessação do hábito de fumar sem, no entanto, acompanhá-lo nesse processo. Esse tipo de abordagem pode ser realizado em 3 minutos durante o contato com o paciente. Apesar de não se constituir em uma forma ideal de atendimento, pode alcançar resultados positivos, principalmente naqueles indivíduos com dependência muito baixa ou baixa à nicotina, segundo Teste de Fagerström, ou proporcionar mudança na motivação em pacientes que estão nas fases de “Pré - contemplação” ou “Contemplação”, de acordo com Prochaska e DiClemente (BRASIL, 2015). Todos os profissionais de saúde devem ser estimulados a realizá-la, a perguntar sobre o uso do tabaco, registrar as respostas nos prontuários, dar breves aconselhamentos sobre o abandono do tabaco e quando for o caso, encaminhar os fumantes para o tratamento do tabagismo (PBH, 2021).

Para a aplicação da abordagem breve/mínima, o PMCT disponibiliza uma cartilha orientadora que pode ser acessada no link do programa no portal da prefeitura na Internet ou ser solicitada às referências técnicas regionais.

4.2 Abordagem básica (PAAPA)

A abordagem básica é resumida no mnemônico **PAAPA: perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar**. Esse tipo de abordagem é definido como um contato profissional-usuário com duração mínima de 3 e máxima de 5 minutos para cada encontro. Ressalta-se que uma diferença importante desta abordagem em relação à abordagem breve/mínima é a previsão de um acompanhamento do indivíduo, com feedback entre profissional e o tabagista em cessação sobre os avanços alcançados e as dificuldades encontradas, nas consultas subsequentes. É indicada a todos os fumantes e mais recomendada que a anterior (PAAP), por prever o retorno do paciente para acompanhamento na fase crítica da abstinência, constituindo-se em uma importante estratégia em termos de saúde pública (BRASIL, 2015; 2020).

4.3 Abordagem intensiva / Aconselhamento estruturado

A abordagem intensiva/aconselhamento estruturado define-se como o contato profissional - usuário superior a 10 minutos de duração para cada encontro. Esse é o modelo de abordagem que idealmente deve ser oferecido a todo fumante que deseja parar de fumar e que se encontre, preferencialmente, nos estágios motivacionais "Preparação" ou "Ação", de acordo com Prochaska e DiClemente.

Esse modelo de abordagem será realizado preferencialmente em grupo de apoio (abordagem intensiva coletiva), podendo também ser realizado individualmente (BRASIL, 2020). Em ambos os casos, devem ser realizados encontros estruturais periódicos nos quais será ofertado aconselhamento terapêutico visando ao entendimento do problema e a melhora no manejo dos sintomas de abstinência. São abordados temas como os riscos do tabagismo, benefícios da interrupção, obtenção e manutenção da abstinência à nicotina.

Na abordagem intensiva, ocorre o acompanhamento da pessoa durante e após o processo de cessação do tabagismo. O registro dos atendimentos é de fundamental importância para a avaliação do serviço ofertado e para a garantia de abastecimento de medicamentos e manuais das sessões estruturadas relacionadas ao programa de controle do tabagismo.

4.3.1 Abordagem intensiva coletiva

Nas unidades de saúde da SMSA-BH, todos os usuários tabagistas motivados a parar de fumar (preferencialmente nos estágios “Preparação” e “Ação”) devem participar de sessões terapêuticas coletivas para cessação do tabagismo, com ressalva dos perfis sugeridos para acompanhamento individual descritos, a seguir, no item 4.3.2.1.

4.3.1.1 Palestra motivacional coletiva

O PMCT de Belo Horizonte preconiza, inicialmente, que o usuário seja convidado a participar de uma “Palestra Motivacional” (PM). Essa sensibilização visa oferecer a um maior número de interessados informações sobre: os riscos do tabagismo; benefícios da interrupção; condução do programa; instruções sobre o DIA D (dia que o indivíduo escolhe para iniciar a abstinência à nicotina); estímulo ao autocontrole, além da detecção das situações de risco para a recaída.

O PMCT recomenda que a PM seja realizada entre 2 a 3 semanas antes da primeira sessão da abordagem intensiva (período em que deverão ser realizadas as avaliações clínicas) e a participação de aproximadamente 25 usuários.

É sabido que na prática, na maioria das vezes, o encaminhamento para essa palestra não contempla a avaliação formal prévia do grau de motivação e dos critérios para encaminhamento do usuário para abordagem intensiva coletiva ou individual. Dessa forma, recomenda-se fortemente que essa avaliação seja uma rotina das eSF, independente de previsão para o início da abordagem coletiva na unidade de saúde. O farmacêutico deve apoiar as eSF nesse sentido, contribuindo para a qualificação dos encaminhamentos de usuários para a abordagem intensiva coletiva (AIC).

4.3.1.2 Avaliação clínica do fumante

Após participação na palestra motivacional, o usuário deverá passar por uma consulta (avaliação clínica) de preferência compartilhada entre profissionais da unidade envolvidos no tratamento intensivo, com a finalidade de conhecer clinicamente o usuário e elaborar um plano de tratamento.

Cabe ressaltar que, apesar do PMCT preconizar que qualquer profissional de saúde possa realizar essa consulta, de acordo com o SIGTAP (Sistema de Gerenciamento de Tabela de Procedimento, Medicamentos e Órteses, Próteses e Materiais especiais do SUS), apenas as seguintes categorias podem registrar, no SISREDE, o item “Avaliação Clínica do Fumante”: médico, enfermeiro, farmacêutico, dentista e psicólogo clínico.

Na consulta deverá ser aplicada a ficha de “Avaliação Clínica do Fumante” (<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/promocao-da-saude/controle-do-tabagismo>), a partir da qual serão verificados o grau de motivação; nível de dependência à nicotina; história tabagística (idade de iniciação, tentativas para deixar de fumar); histórico patológico (doenças tabaco-relacionadas ou não); avaliação da indicação de farmacoterapia, entre outros fatores.

Após a avaliação clínica, usuários motivados a parar de fumar receberão o convite para participar das sessões coletivas de abordagem intensiva / aconselhamento estruturado. Para os indivíduos nos estágios “Pré-contemplação” e “Contemplação” recomenda-se, nesse momento, a realização da abordagem breve e a aplicação da Escala de Razões para Fumar (contemplada na ficha de “Avaliação Clínica do Fumante”), no contexto da Entrevista Motivacional (descrita a seguir no item 6.1.2), visando possibilitar mudança no grau de motivação do usuário.

Os fumantes que não estiverem dispostos a parar de fumar nos próximos 30 dias devem ser estimulados a pensar sobre o assunto e serem abordados nos próximos contatos. É importante que o profissional se mostre disposto a apoiá-los nesse processo.

4.3.1.3 Sessões terapêuticas coletivas

Todos os indivíduos em tratamento para a cessação do tabagismo devem receber aconselhamento terapêutico estruturado / abordagem intensiva. O aconselhamento terapêutico da dependência à nicotina envolve intervenção não farmacológica que visa o entendimento do problema e a melhora no manejo dos sintomas de abstinência (BRASIL, 2020).

As sessões terapêuticas devem ser coordenadas, preferencialmente, por dois profissionais de saúde de nível superior, devidamente capacitados no PMCT, tendo como sugestão o seguinte esquema:

- 4 sessões iniciais, preferencialmente semanais.
- 2 sessões quinzenais, iniciando a fase de manutenção da abstinência.
- 1 sessão mensal aberta para prevenção de recaídas, até completar no mínimo 6 meses de acompanhamento.

A fim de garantir a efetividade das sessões coletivas, propõe-se que essas sejam compostas por 10 a 15 usuários. Esse quantitativo visa garantir uma escuta qualificada do usuário e a troca de experiências entre os participantes.

As 4 (quatro) sessões iniciais, consideradas “sessões estruturadas” e definidas como fase intensiva da AIC, baseiam-se em material complementar (manuais do coordenador e dos participantes) fornecido pelo INCA/MS. Para o bom desenvolvimento das sessões, é necessário que os coordenadores estejam familiarizados com esse material, que deve ser solicitado às Farmácias Regionais na ocasião de planejamento da abordagem intensiva coletiva.

Salienta-se que já na primeira sessão estruturada os participantes devem ser orientados a se preparar para escolherem o “dia D”: data de início da abstinência à nicotina. Neste momento, além de conseguir estabelecer uma data para a cessação do tabagismo, o paciente deve estar receptivo às mudanças no estilo de vida que serão necessárias para subsidiar o processo de cessação. Portanto, reforça-se aqui a importância da avaliação prévia do grau de motivação do indivíduo, a partir do estadiamento na Roda de Prochaska e DiClemente e de praticar a escuta ativa, preocupando-se mais em ouvir os planos do paciente em relação ao Dia D, do que propriamente em orientar sobre como ele deve planejar suas ações. O paciente deverá ser estimulado a ser ativo e protagonista do processo. As ações propostas para o alcance da cessação do hábito de fumar devem ser pactuadas junto ao paciente, com ciência e participação da eSF e demais profissionais envolvidos no cuidado.

Abaixo se encontra um resumo, adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Tabagismo (2020), com os principais conteúdos a serem abordados nas sessões estruturadas.

Sessão 1: Entender por que se fuma e como isso afeta a saúde

Nesta sessão serão desenvolvidas orientações sobre os aspectos do tabagismo; ambivalência do fumante em parar ou continuar fumante; métodos para deixar de fumar; as principais substâncias contidas na fumaça do produto e seus prejuízos à saúde. Também serão abordadas tarefas para que o paciente: identifique e mensure sua dependência física e psicológica; pense numa data e o método que usará futuramente para deixar de fumar e apresentará na sessão 2, objetivando organização de seu processo de cessação.

Sessão 2: Os primeiros dias sem fumar

Nesta sessão serão conduzidas discussões sobre viver os primeiros dias sem fumar, síndrome de abstinência e estratégias para superá-la, exercícios de respiração e relaxamento, definição de assertividade e sua relação com o parar de fumar, o que são e quais as contribuições do pensamento construtivo diante dos sintomas da abstinência, motivação, tarefas estimulando-o a efetivar a cessação na data e método escolhidos para deixar de fumar e trazer o resultado na próxima sessão.

Nesse sentido, o profissional deve sugerir estratégias para controlar a vontade de fumar (tomar água, escovar os dentes, etc), e para quebrar os estímulos associados ao fumar (restringir o uso de café e de bebidas alcoólicas, desfazer-se de isqueiros, evitar ambientes ou situações que estimulem o fumar, aprender a lidar com situações de estresse, etc). Essas sugestões devem levar em consideração as experiências individuais do paciente e do próprio profissional que o está atendendo (BRASIL, 2020).

Sessão 3: Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar

Nesta sessão o indivíduo será estimulado a identificar os benefícios físicos obtidos após parar de fumar, descrição das causas e estratégias para lidar com o ganho de peso que se segue ao parar de fumar, álcool e sua relação com o parar de fumar, importância do apoio interpessoal para continuar sem fumar. Também serão apresentadas tarefas envolvendo leituras e estímulo à prática dos exercícios de relaxamento e dos procedimentos práticos para lidar com a fissura.

Sessão 4: Benefícios obtidos após parar de fumar

Nesta sessão, após a definição pelo coordenador sobre os benefícios indiretos em parar de fumar, o indivíduo é estimulado a apresentar alguns exemplos desses benefícios. O coordenador aborda então as principais armadilhas evitáveis para permanecer sem fumar, os benefícios a longo prazo obtidos com o parar de fumar, planos de acompanhamento para prevenção da recaída. Também faz parte dessa sessão a orientação aos que não conseguiram parar de fumar.

O teor das sessões de manutenção (quinzenais) e sessões de prevenção de recaída (mensais) não mais será estruturado, pois o objetivo fundamental é conhecer as dificuldades e estratégias de cada fumante para permanecer sem fumar, fortalecer a decisão de permanecer sem fumar e auxiliá-lo com orientações (BRASIL,

2020). Nessas sessões são lançadas estratégias para manutenção da abstinência, orientações sobre como lidar com o lapso (quando o ex-fumante experimenta um cigarro) e como prevenir as recaídas, com momentos de atenção individual aos participantes.

Mudanças comportamentais que levem a um estilo de vida mais saudável, como controle do estresse e ansiedade, reeducação alimentar e prática de atividades físicas, associadas, quando necessário, à terapia medicamentosa, contribuem positivamente para a abstinência prolongada à nicotina. Por isso, a abordagem ao paciente tabagista deve ser multiprofissional (educadores físicos, médicos, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dentistas), cada qual contribuindo com seus conhecimentos relevantes relacionados a sua área de formação (COSTA *et al*, 2006). Assim, conta-se com a participação de profissionais convidados, sobretudo das Equipes de Saúde Bucal, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Academias da Cidade, para discussão de temas diversos, fechando um ciclo de, no mínimo, 6 meses de acompanhamento ampliado do paciente.

O quadro 1 apresenta alguns exemplos de temas que podem ser abordados nas sessões com a participação da equipe multiprofissional. Entretanto, essas sessões podem ser adaptadas de acordo com o interesse dos participantes do grupo e das habilidades dos profissionais e apoiadores da unidade de saúde. Na rede SUS-BH já aconteceram atividades de arte e artesanato, passeios, depoimentos de usuários da rede que conseguiram parar de fumar a partir da participação na AIC, apresentação de filmes e documentários relacionados à dependência química em geral ou tabagismo, especificamente. Como forma de ampliar o tratamento ofertado, é recomendável também buscar disponibilizar opções terapêuticas, como as terapias complementares Lian Gong, acupuntura, homeopatia, medicina antroposófica, assim como divulgar outros grupos ofertados pela unidade de saúde.

Quadro 1 - Exemplos de temas para sessões terapêuticas por categoria profissional

PROFISSIONAL	TEMA SUGERIDO
Educador físico	Incentivo à prática de atividade física, com realização de dinâmicas junto aos participantes e orientações quanto ao fluxo de acesso às Academias da Cidade.
Equipe de Saúde Bucal	Orientações básicas sobre higiene oral, efeitos do tabagismo na saúde bucal e fluxo para agendamento de consultas odontológicas.
Fisioterapeuta	Efeitos do tabagismo no sistema respiratório.
Fonoaudiólogo	Efeitos do tabagismo sobre as cordas vocais.
Nutricionista	Orientações nutricionais, considerando a preocupação comum dos usuários de tabaco quanto ao ganho de peso após a cessação do tabagismo.
Qualquer profissional de saúde	Práticas integrativas e complementares (quando devidamente capacitados/habilitados) como Lian Gong, auriculoterapia, meditação, outras atividades de promoção à saúde.

Recomenda-se que, durante as sessões, sejam desenvolvidas estratégias motivacionais (desafios, dinâmicas, mapas para acompanhamento das conquistas e progressos, dentre outros) para auxiliar na abordagem da dependência psicológico-comportamental.

O registro da participação dos usuários em cada etapa da AIC deverá ser realizado para fins de monitoramento dos resultados do programa de tabagismo.

4.3.2 Abordagem intensiva individual

Em alguns casos, a equipe envolvida na avaliação do fumante poderá entender que o acompanhamento ideal para aquele usuário deva ser realizado de forma individual.

A abordagem intensiva individual da pessoa tabagista deve seguir os mesmos moldes estruturais da abordagem intensiva coletiva, descritos no item 4.3.1. Assim, a equipe deverá organizar uma agenda que assegure os encontros semanais, quinzenais e mensais, para garantia da efetividade da abordagem intensiva.

4.3.2.1 Critérios para atendimento individual

Apesar do Ministério da Saúde não definir quais são os critérios para acompanhamento individual do fumante, sugere-se que na rede SUS-BH essa modalidade de atendimento seja oferecida para pacientes motivados, preferencialmente, nos estágios de “Preparação” e “Ação”, em situações como:

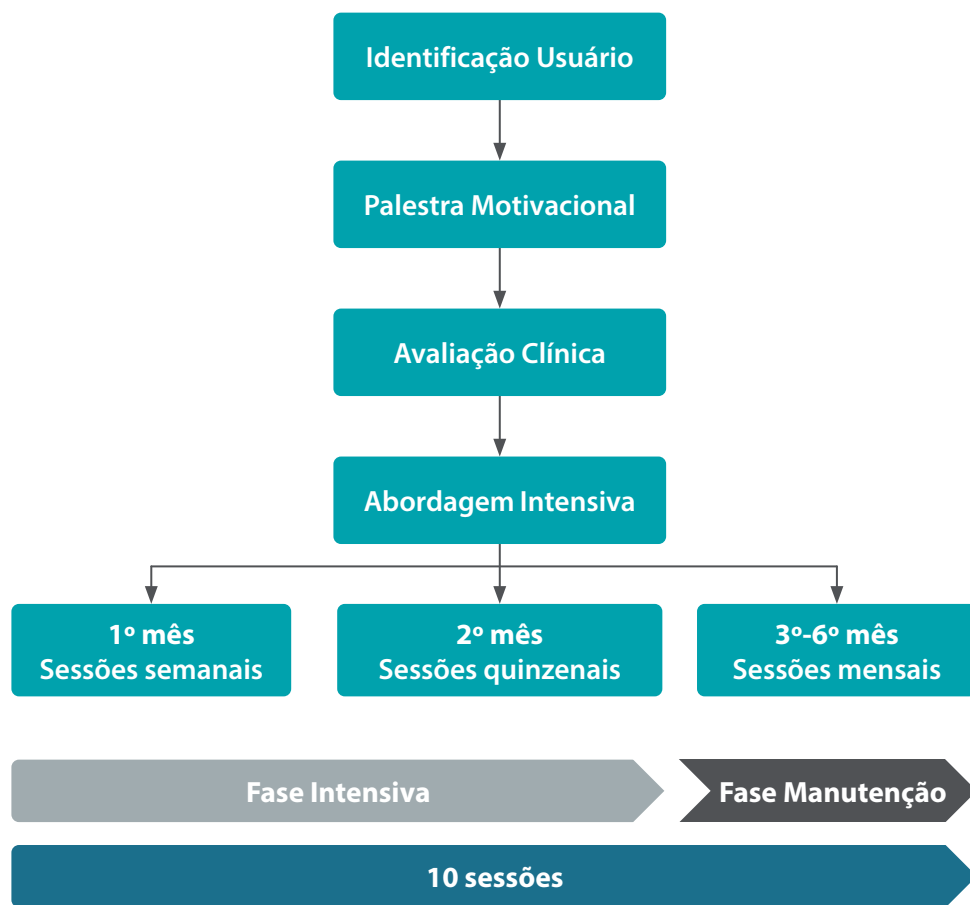
- Déficit auditivo, cognitivo, alteração psíquica grave ou outras situações especiais que prejudiquem o indivíduo em uma abordagem em grupo.
- Usuário com experiência anterior em participação em grupos de cessação, sem sucesso, e que não se beneficiaria da abordagem intensiva coletiva novamente.
- Usuário com risco cardiovascular grave, com intercorrência aguda (infarto, AVE, síndrome coronariana, processo trombogênico, dentre outros) nas últimas 4 (quatro) semanas. Para casos em que haja indicação de uso de farmacoterapia, é imprescindível que o paciente seja avaliado pelo médico para início do tratamento farmacológico.
- Adolescentes*.
- Gestantes e lactantes*.

*Adolescentes, gestantes e lactantes se beneficiam também da abordagem intensiva coletiva realizada entre pares, entretanto entendemos que o momento oportuno para abordar cada indivíduo pode não coincidir com a agenda de grupos planejada em cada Unidade Básica de Saúde. Ressaltamos que não há evidências científicas suficientes de eficácia e segurança na utilização de farmacoterapia (TRN e cloridrato de bupropiona) nessas populações. Assim, **adolescentes, gestantes e lactantes devem receber o aconselhamento terapêutico estruturado e tentar parar de fumar sem utilizar nenhum tratamento medicamentoso.**

4.3.3 Etapas da Abordagem intensiva / Aconselhamento estruturado

As etapas normatizadas pelo PMCT para a operacionalização da abordagem intensiva (coletiva e individual) estão descritas no fluxograma a seguir:

Figura 3 - Fluxograma da abordagem intensiva/aconselhamento estruturado ao tabagista.



Fonte: SMSA-BH, 2019

Orientações relativas ao tratamento em situações especiais, tais como pacientes oncológicos, pacientes com tuberculose ou com transtornos psiquiátricos (incluindo álcool e outras drogas) podem ser consultadas no PCDT do Tabagismo (BRASIL, 2020).

5. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Os principais componentes do tratamento para cessação do tabagismo são a abordagem intensiva/aconselhamento estruturado e o apoio farmacológico. A associação das duas formas de tratamento é mais eficaz do que qualquer intervenção isolada. Entretanto, o aconselhamento/ abordagem intensiva isolada é, preferencialmente, preconizado em pacientes que apresentem uma ou mais das características abaixo (BRASIL, 2020):

- Relato de ausência de sintomas de abstinência.
- Nº de cigarros consumidos diariamente igual ou inferior a 5.
- Consumo do primeiro cigarro do dia igual ou superior a 1 hora após acordar.
- Pontuação no teste de Fagerström igual ou inferior a 4.
- Adolescentes.
- Gestantes e lactantes.

Além disso, independentemente da carga tabágica (número de cigarros/dia ou anos de tabagismo) e do grau de dependência à nicotina, a farmacoterapia não deve ser utilizada em pacientes que apresentem contraindicações clínicas ou por aqueles que optarem pelo não uso de medicamentos, mesmo após receberem esclarecimento adequado por parte do profissional de saúde que os acompanham (BRASIL,2020).

O tratamento farmacológico para a cessação do tabagismo na rede SUS-BH é composto por medicamentos nicotínicos: TRN - terapia de reposição de nicotina (adesivo, goma) e não nicotínicos: cloridrato de bupropiona. Ressalta-se que os fumantes que poderão se beneficiar da utilização de medicamentos deverão ser **maiores de 18 anos** e, obrigatoriamente, **participar da abordagem intensiva** (coletiva ou individual).

O tratamento medicamentoso visa, basicamente, ao controle dos sintomas de abstinência provocados pela suspensão do uso da nicotina, sendo, portanto, voltado à dependência física. O aconselhamento terapêutico estruturado contempla também a abordagem à dependência psicológica e aos condicionamentos observados na dependência comportamental que favorecem a ocorrência de recaídas e falha no tratamento para a cessação do tabagismo.

No quadro 2, a seguir, estão descritas as apresentações disponíveis e categorias profissionais que podem prescrever os medicamentos contemplados na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais de Belo Horizonte (REMUME-BH) para a cessação do tabagismo.

Quadro 2 - Medicamentos contemplados na REMUME-BH para a cessação do tabagismo e profissionais prescritores

TIPO	MEDICAMENTOS
Nicotínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) de Ação Prolongada: adesivos de 7, 14 e 21 mg. • Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) de Ação Curta: goma de mascar de 2mg. • Prescrição realizada por profissionais médicos e farmacêuticos. <p>OBS: A apresentação da nicotina em pastilhas foi excluída da REMUME- BH (a partir da versão 2020) considerando recomendação favorável da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), em maio de 2018, à exclusão desse medicamento do elenco do SUS.</p>
Não nicotínicos	<ul style="list-style-type: none"> • 1ª Linha de tratamento: Cloridrato de bupropiona 150 mg, comprimido de liberação prolongada. • 2ª Linha de tratamento: Cloridrato de nortriptilina 25 mg, cápsula - deve ser utilizada em caso de insucesso ou contraindicação (ex. limiar convulsivo reduzido) da bupropiona. • Prescrição exclusivamente médica.

O tratamento com Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) combinada (forma lenta e rápida de liberação de nicotina) é indicado como preferencial por sua maior eficácia. Podem ser oferecidas como opções terapêuticas alternativas à TRN combinada (BRASIL, 2020):

- Bupropiona isolada.
- TRN isolada (adesivo transdérmico ou goma).
- Bupropiona associada a uma TRN isolada (adesivo transdérmico ou goma).

A TRN isolada é reservada no caso de contraindicação do uso de uma das formas de liberação (lenta ou rápida) da nicotina e impossibilidade do uso de bupropiona.

Em casos de usuários com contraindicação ao uso de TRN, ou usuário com transtornos psiquiátricos como depressão pregressa e esquizofrenia, a indicação de bupropiona deve ser considerada, sendo para isso, necessária a avaliação por profissional médico, e preferencialmente discutida com um especialista em saúde mental.

IMPORTANTE: A TRN e o cloridrato de bupropiona são fornecidos exclusivamente para usuários em acompanhamento na abordagem intensiva/aconselhamento estruturado e apenas para a cessação do tabagismo. A dispensação da TRN deve ocorrer com periodicidade mensal máxima, podendo haver a dispensação semanal ao longo do primeiro mês da abordagem intensiva, atrelada às sessões estruturadas. A dispensação da bupropiona deve ocorrer mensalmente. O acompanhamento clínico mensal do paciente, ao longo de todo tratamento, deve ser garantido.

A recomendação da terapia farmacológica mais adequada dependerá da avaliação individual do paciente. Deve levar em consideração a ausência de contraindicação; posologia e facilidade de administração; experiência prévia do paciente com o tratamento medicamentoso (falha pregressa, expectativas, anseios, objetivos); tolerabilidade aos efeitos colaterais; triagem para outros transtornos mentais que podem estar mascarados pelo hábito tabágico (transtorno de ansiedade, transtorno de humor, depressão, etc); resultado da aplicação de ferramentas de apoio para a avaliação do tabagista (apresentadas no item 6.1) e a disponibilidade do tratamento. Mais de uma percepção acerca da melhor abordagem medicamentosa aumentam as chances de acerto, portanto, a discussão do caso entre a equipe, para a tomada de decisões, deve ser estimulada.

O farmacêutico deverá oferecer apoio à eSF para o acompanhamento da farmacoterapia do usuário durante todo o período de tratamento (abordagem coletiva ou individual), avaliando a indicação, efetividade, segurança e dificuldades de adesão ao tratamento.

A seguir serão detalhadas informações relativas aos medicamentos. Modelos de impressos com orientações importantes para o paciente quanto ao uso correto dos medicamentos estão disponíveis no anexo A.

5.1 Adesivos de nicotina

NICOTINA 7, 14 E 21 mg - ADESIVOS

INDICAÇÃO CLÍNICA

Cessação do tabagismo em usuários que fumam mais de 6 cigarros por dia e estão motivados a parar de fumar.

- Usuários que fumam até 5 cigarros/dia: Não é indicado o uso de adesivo. Iniciar com goma de mascar.
- A TRN, seja isolada ou em combina o, são deve ser iniciada na data em que o usuário deixar de fumar.

POSOLOGIA

A) Doses Recomendadas:

- A dose inicial de reposição de nicotina, para efeito de cálculo deve considerar a quantidade de cigarros fumados e a intensidade dos sintomas de abstinência.
- A reposição de nicotina deve considerar 1 mg de nicotina para cada cigarro fumado.
- Os tabagistas que fumam **mais de 20 cigarros/dia**, que apresentam dificuldade para reduzir o número de cigarros, e que estão motivados a parar de fumar, são candidatos ao uso associado de adesivos.
- A redução das doses associadas de adesivos deve ser paulatina. Preconiza-se a retirada de 7 mg a cada semana, avaliada pela intensidade dos sintomas de síndrome de abstinência.

CARGA TABÁGICA (NÚMERO DE CIGARROS / DIA)	DOSE TRN (ADESIVO TRANSDÉRMICO)
Mais de 40 cigarros/dia	Associar 21 mg + 21 mg/dia
Entre 30 a 40 cigarros/dia	Associar 21 mg + 14 mg/dia
Entre 20 a 30 cigarros/dia	Associar 21 mg + 7 mg/dia
Vinte (20) ou mais cigarros/dia	Iniciar com 21 mg/dia
Entre 11 a 19 cigarros/dia	Iniciar com 14 mg/dia
Entre 6 a 10 cigarros/dia	Iniciar com 7 mg/dia

- Não se deve ultrapassar a dose de 42 mg/dia.

B) Esquemas de administração

TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE NICOTINA ISOLADA (APENAS ADESIVOS):

- **MAIS DE 40 CIGARROS/DIA**
 1ª semana: 42 mg a cada 24 horas (21 mg + 21 mg)
 2ª semana: 35 mg a cada 24 horas (21 mg+ 14 mg)
 3ª semana: 28 mg a cada 24 horas (21 mg + 7 mg)
 4ª semana: 21 mg a cada 24 horas
 5ª a 8ª semana: 14 mg a cada 24 horas
 9ª a 12ª semana: 7 mg a cada 24 horas
 Duração: 12 semanas

- **30 A 40 CIGARROS/DIA**
 - 1ª semana: 35 mg a cada 24 horas (21 mg + 14 mg)
 - 2ª semana: 28 mg a cada 24 horas (21 mg + 7 mg)
 - 3ª e 4ª semanas: 21 mg a cada 24 horas
 - 5ª a 8ª semana: 14 mg a cada 24 horas
 - 9ª a 12ª semana: 7 mg a cada 24 horas
 - Duração: 12 semanas

- **20 A 30 CIGARROS/DIA**
 - 1ª semana: 28 mg a cada 24 horas (21 mg + 7 mg)
 - 2ª a 4ª semana: 21 mg a cada 24 horas
 - 5ª a 8ª semana: 14 mg a cada 24 horas
 - 9ª a 12ª semana: 7 mg a cada 24 horas
 - Duração: 12 semanas

- **20 CIGARROS/DIA**
 - 1ª a 4ª semana: 21 mg a cada 24 horas
 - 5ª a 8ª semana: 14 mg a cada 24 horas
 - 9ª a 12ª semana: 7 mg a cada 24 horas
 - Duração: 12 semanas

- **11 A 19 CIGARROS/DIA**
 - 1ª a 4ª semana: 14 mg a cada 24 horas
 - 5ª a 8ª semana: 7 mg a cada 24 horas
 - Duração: 8 semanas

- **6 A 10 CIGARROS/DIA**
 - 1ª a 4ª semana: 7 mg a cada 24 horas
 - Duração: 4 semanas

TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE NICOTINA COMBINADA (ADESIVO + GOMA):

- **ADESIVOS (LIBERAÇÃO PROLONGADA)**
 - Mesmo esquema da TRN isolada.

- **GOMAS DE MASCAR 2 MG (LIBERAÇÃO RÁPIDA)**
 - Uso indicado nos momentos de maior fissura.
 - A boa prática clínica recomenda que não se ultrapasse a quantidade de 10 mg (5 gomas de 2 mg de nicotina/dia).

CONTRAINDICAÇÕES

- **Absolutas:** doenças dermatológicas que impeçam a aplicação do adesivo, período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio, arritmias cardíacas graves (fibrilação atrial), angina pectoris instável, doença vascular isquêmica periférica, úlcera péptica, gestação e amamentação.
- **Relativas:** doenças cardiovasculares (a TRN é bem tolerada nos pacientes cardiopatas crônicos estáveis). Alguns pacientes com eventos cardiovasculares agudos, podem se beneficiar do uso antecipado da TRN na forma de adesivos de nicotina. Para tanto, esses indivíduos devem ser avaliados pelo médico assistente quanto à presença de quadro clínico cardiovascular estável, principalmente quando existir risco real associado ao tabagismo. Essa decisão deverá considerar os riscos e benefícios do uso da TRN antes dos 15 dias após evento agudo.
- Deve-se ajustar a dose da TRN, ou mesmo suspender o tratamento, sempre que ocorrer algum efeito adverso importante.

PARÂMETROS DE EFETIVIDADE

Alívio nos sintomas da síndrome de abstinência e da fissura, cessação do tabagismo.

PARÂMETROS DE SEGURANÇA

Pressão arterial sistêmica, frequência cardíaca, glicemia (para pacientes diabéticos), reações dermatológicas ao adesivo.

Sinais e sintomas de intoxicação por nicotina: dor de cabeça intensa, tontura, confusão mental, problemas de audição e visão, dor abdominal; pulso rápido, fraco e irregular; salivação, náusea, vômito, diarreia, suor frio, fraqueza.

PRECAUÇÕES

Doenças cardiovasculares: monitorar parâmetros de segurança cardíacos, interromper uso se ocorrer batimentos cardíacos irregulares ou palpitações.

Insuficiência renal/hepatopatia moderada a severa: monitorar efeitos adversos, caso necessário, considerar redução de dose.

Diabetes insulino-dependente: uso prolongado de nicotina pode contribuir para o desenvolvimento de resistência à insulina e hiperinsulinemia. Monitorar exames glicêmicos.

PRINCIPAIS REAÇÕES ADVERSAS

- Prurido, exantema, eritema, cefaleia, tontura, náusea, vômitos, dispepsia, distúrbios do sono (sonhos incomuns e insônia), tremores e palpitações, sendo os dois últimos mais observados quando em dose excessiva de nicotina.
- Pode ocorrer irritação na pele durante o uso do adesivo (decorrente da cola). Esta reação pode ser minimizada com o uso de creme de corticoide no local onde o adesivo será aplicado, na noite anterior e no dia seguinte à aplicação. O paciente deve ser orientado limpar com água e sabão e secar bem o local antes da aplicação, para retirar resíduos do creme.

5.2 Goma de nicotina

NICOTINA 2 mg - GOMA DE MASCAR

INDICAÇÃO CLÍNICA

- Pacientes que fumam até 5 cigarros/dia.
- Pacientes com contraindicação para uso de adesivos
- Resgate da fissura na TRN combinada

POSOLOGIA

TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE NICOTINA ISOLADA (APENAS GOMA):

1ª a 4ª semana: 1 goma a cada 1 a 2 horas

5ª a 8ª semana: 1 goma cada 2 a 4 horas

9ª a 12ª semana: 1 goma a cada 4 a 8 horas

Máximo: 15 gomas/dia.

Duração do tratamento: 12 semanas

TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE NICOTINA COMBINADA (ADESIVO + GOMA):

- ADESIVOS (LIBERAÇÃO PROLONGADA)
 - Mesmo esquema da TRN isolada.

- **GOMAS DE MASCAR 2 mg (LIBERAÇÃO RÁPIDA)**
 - Uso indicado nos momentos de maior fissura.
 - A boa prática clínica recomenda que não se ultrapasse a quantidade de **10 mg (5 gomas de 2 mg de nicotina/dia)**.

CONTRAINDICAÇÕES

- **Absolutas:** Incapacidade de mastigação, indivíduos com afecções ativas da articulação temporomandibular (ex. subluxação), lesões na mucosa oral, úlcera péptica, período de 15 dias após episódio de infarto agudo do miocárdio e uso de próteses dentárias móveis.
- **Relativas:** Gestação e amamentação, doenças cardiovasculares.

PARÂMETROS DE EFETIVIDADE

Alívio nos sintomas da síndrome de abstinência e da fissura, cessação do tabagismo.

PARÂMETROS DE SEGURANÇA

Pressão arterial sistêmica, glicemia (para pacientes diabéticos), irritação na garganta, aftas, desconforto gastrointestinal, dano à prótese dentária, dor na articulação temporomandibular.

PRECAUÇÕES

Monitorar os pacientes hipertensos e/ou cardiopatas em uso de qualquer forma de Terapia de Reposição da Nicotina (adesivo, pastilha ou goma).

PRINCIPAIS REAÇÕES ADVERSAS

Irritação na boca, dor de garganta, dor bucal, dor muscular na região da mandíbula, tosse, estomatite, boca seca, perda/diminuição do paladar, parestesia, indigestão, flatulência desconforto digestivo, dor abdominal.

5.3 Bupropiona

CLORIDRATO DE BUPROPIONA 150 mg - COMPRIMIDO DE AÇÃO PROLONGADA

INDICAÇÃO CLÍNICA

- A bupropiona está disponível no SUS para tratamento do tabagismo, o que inclui, como já mencionado anteriormente, a participação em sessões estruturadas com acompanhamento de profissional de saúde.
- Em casos de pacientes com contraindicação ao uso de TRN, ou paciente com transtornos psiquiátricos como depressão pregressa e esquizofrenia* a indicação de bupropiona deve ser considerada, sendo para isso, necessária a avaliação por profissional médico, preferencialmente um especialista.
- Deve-se **parar de fumar no 8º dia** após início do uso da bupropiona.

* Para pacientes portadores de esquizofrenia não há evidências de benefícios na utilização de outros tratamentos farmacológicos (TRN) e intervenções psicossociais como recursos terapêuticos para a dependência à nicotina.

POSOLOGIA

- 1 comprimido de 150mg pela manhã nos primeiros 3 dias de tratamento.
- 1 comprimido de 150 mg pela manhã e outro comprimido de 150 mg, 8 horas após (para evitar ocorrência de insônia), a partir do 4º dia até completar 12 semanas.

Observações:

- A dose máxima recomendada de bupropiona é de 300 mg por dia (máximo 3 meses). Em caso de intolerância à dose preconizada, essa pode sofrer ajuste posológico a critério clínico.
- Para usuários com quadros de insuficiência renal crônica ou hepatopatia crônica é aconselhável reduzir a dose para 150mg/dia, em razão da maior biodisponibilidade do medicamento.
- Pacientes idosos: indivíduos acima de 65 anos podem ser mais sensíveis ao tratamento com cloridrato de bupropiona. Nesses casos, recomenda-se dose matinal de 150 mg/dia de cloridrato de bupropiona.
- Para usuários que pararam de fumar com uso de bupropiona e que não apresentem síndrome de abstinência, a critério médico, pode ser mantida dose única diária matinal (após o desjejum).

CONTRAINDICAÇÕES

- **Absolutas:** epilepsia, convulsão febril na infância, tumor do sistema nervoso central, histórico de traumatismo cranioencefálico, anormalidades no eletroencefalograma e uso concomitante de inibidor da enzima monoamina oxidase (IMAO).
- O uso de bupropiona não é recomendado em pessoas com menos de 18 anos de idade.
- Caso o paciente faça ou tenha feito uso de IMAO, como os medicamentos selegilina, fenelzina, trancilpromina e isocarboxazida deve ser observado um período de 15 dias a partir da suspensão para poder iniciar a bupropiona, em razão do aumento do risco de crise convulsiva.
- Pode apresentar interações medicamentosas com as seguintes drogas: carbamazepina, barbitúricos, fenitoína, antipsicóticos, corticoides e hipoglicemiantes.

PARÂMETROS DE EFETIVIDADE

Cessaçãõ do tabagismo, alívio nos sintomas da síndrome de abstinência.

PARÂMETROS DE SEGURANÇA

Pressão arterial sistêmica, função renal em idosos, ideias suicidas e mudanças incomuns de comportamento, particularmente durante as primeiras semanas, especialmente entre 18 e 24 anos de idade.

PRECAUÇÕES

A pressão arterial deve ser monitorada como rotina em pessoas que recebem a bupropiona. Sugere-se orientar o usuário uma periodicidade para o monitoramento da pressão arterial, considerando a condição clínica de cada paciente. Pacientes devem ser aconselhados a minimizar ou evitar o consumo de bebidas alcoólicas devido à possível menor tolerância ao álcool e menor limiar convulsivo associado ao consumo excessivo de álcool/interrupção abrupta do consumo intenso.

Trabalhador noturno: deve tomar o primeiro comprimido de bupropiona no horário em que desperta (após o desjejum).

Pessoas que apresentem sintomas de desconforto gástrico ou relatem história recente de gastrite: devem tomar o comprimido de bupropiona após a alimentação.

PRINCIPAIS REAÇÕES ADVERSAS

- Boca seca, insônia, dor de cabeça, náusea, tontura, depressão, ansiedade/pânico, dor torácica, reações alérgicas, desorientação e perda de apetite.
- Risco de convulsão de 1:1000 pessoas que tomam a dose máxima diária recomendada (300 mg).

5.4 Nortriptilina

CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA 25 mg - CÁPSULA

INDICAÇÃO CLÍNICA

- Depressão maior; dor crônica, miofacial e orofacial (uso off-label); neuropatia diabética (uso off-label); neuralgia pós-herpética (uso off-label).
- 2ª linha de tratamento não nicotínico para cessação do tabagismo (uso off-label).

POSOLOGIA

Dose para cessação do tabagismo:

- Inicial: 25 mg uma vez ao dia, iniciada 10 a 28 dias antes do dia "D".
- Dose titulada de 75 a 100 mg / dia; continuar a terapia por \geq 12 semanas após o dia "D".

CONTRAINDICAÇÕES

- Uso concomitante com um IMAO ou dentro de 14 dias após a interrupção de um IMAO; se a terapia com IMAO for necessária, descontinuar a nortriptilina antes de iniciar a IMAO.
- Uso concomitante com linezolida ou azul de metileno IV.
- Hipersensibilidade a outros derivados da dibenzazepina; risco de reações de sensibilidade cruzada.
- Não usar durante o período de recuperação aguda após o infarto do miocárdio.
- Gravidez: Risco D.
- Lactantes: o medicamento passar para o leite.

PARÂMETROS DE EFETIVIDADE

Cessação do tabagismo, alívio nos sintomas da síndrome de abstinência.

PARÂMETROS DE SEGURANÇA

Descontinuação da terapia: Ao interromper o tratamento que durou > 3 semanas, diminua gradualmente a dose (por exemplo, mais de 2 a 4 semanas) para minimizar os sintomas de abstinência e detectar sintomas reemergentes.

Parâmetros de monitoramento: Sódio sérico em populações de risco (como clinicamente indicado), pressão arterial, frequência cardíaca e ECG em adultos mais velhos e pacientes com doença cardíaca preexistente; glicemia; peso e IMC; ideação suicida (especialmente no início da terapia ou quando as doses são aumentadas ou diminuídas).

PRECAUÇÕES

- Elencado nos Critérios de Beers (medicamentos potencialmente inapropriados para idosos).
- A ingestão excessiva de álcool pode potencializar os efeitos da nortriptilina e aumentar o risco de tentativas de suicídio ou overdose, particularmente em pacientes com história de distúrbios emocionais ou ideação suicida.

PRINCIPAIS REAÇÕES ADVERSAS

Efeitos anticolinérgicos (por exemplo, boca seca, constipação, distúrbio da visão), hipotensão ortostática, sedação, fraqueza, letargia, fadiga.

5.5 Interações medicamentosas

As interações medicamentosas envolvendo os medicamentos de 1ª linha utilizados no PMCT foram consultadas no Micromedex e aquelas de maior relevância (classificadas como: “Contraindicado” ou “Importante”) foram traduzidas para o português e agrupadas no anexo B. Além do Micromedex, outras bases de dados, como o UpToDate, também podem ser acessadas na avaliação das interações medicamentosas potenciais.

Vale lembrar que nem todas as interações necessitam de intervenções, como retirada ou troca do medicamento, mas apenas a monitorização dos parâmetros de efetividade e segurança. Por isso, apenas aquelas com impacto clínico real no tratamento do paciente devem ser consideradas para definição da necessidade ou não de reavaliação do plano farmacoterapêutico.

6. CUIDADO FARMACÊUTICO À PESSOA TABAGISTA

O farmacêutico tem importância fundamental no PMCT. Seu papel envolve o aconselhamento ao paciente; suporte para mudanças de comportamento e prevenção de recaídas; o acompanhamento sistemático da farmacoterapia (avaliação da indicação/efetividade/segurança/adesão), além do apoio às equipes de saúde na condução de grupos (conforme disponibilidade de agenda), programação dos medicamentos e qualificação dos processos de prescrição e dispensação.

6.1 Ferramentas de apoio para o acompanhamento da pessoa tabagista

Abordaremos, a seguir, algumas ferramentas úteis para subsidiar o acompanhamento e a construção de estratégias junto ao paciente com o objetivo de cessar o tabagismo de forma sustentável.

6.1.1 O método clínico centrado na pessoa

O método clínico centrado na pessoa auxilia no entendimento de que nenhum fumante é igual a outro. Nele são identificados seis componentes inter-relacionados, que apoiarão a construção de um plano terapêutico compartilhado com outros profissionais apoiadores e com o usuário, são eles:

- 1) Explorar a doença e o adoecimento.
- 2) Compreender a pessoa como um todo.
- 3) Elaborar um projeto terapêutico comum e manejo dos problemas.
- 4) Incorporar prevenção e a promoção de saúde.
- 5) Incrementar a relação profissional de saúde-paciente.
- 6) Ser realista.

Sentimentos e ideias, funcionalidades e expectativas variam radicalmente de pessoa para pessoa, da mesma maneira como são distintas as razões de fumar para cada indivíduo. É importante fazer a coleta de dados, juntamente com escuta e acolhimento adequados, com o objetivo de estabelecer uma relação terapêutica individualizada com a pessoa (**componente 1**). Cada indivíduo possui um contexto próprio, seja este mais próximo, como o ambiente familiar e os círculos sociais, seja mais distante, como o momento histórico da sua comunidade, cidade ou país. É importante perguntar sobre os aspectos envolvidos no tabagismo, refletindo sobre potenciais mudanças a serem vividas nesse âmbito depois do início do plano terapêutico (**componente 2**). A cessação frequentemente se torna inviável se oferecida de modo vertical e intransigente pelo profissional de saúde, sendo essencial a definição de um plano comum, partindo das preferências e possibilidades apresentadas pelo indivíduo quanto à modalidade e ao momento mais adequado (**componente 3**) (CERON, 2010).

Depois de traçado o plano terapêutico em conjunto, é necessário focar em potenciais mudanças, no sentido de reduzir riscos e diminuição de efeitos negativos do tabagismo e outras doenças na qualidade de vida da pessoa (**componente 4**). Na abordagem centrada na pessoa, busca-se a humanização do vínculo, atingindo maior horizontalidade e empatia. Assim, com o desenvolvimento da relação baseada na confiança e diálogo, o medo e as expectativas mágicas tendem a diminuir. Ao humanizar seu atendimento, o profissional de saúde torna-se mais humano, aprendendo e amadurecendo como pessoa, juntamente com o seu progresso profissional (**componente 5**) (CERON, 2010).

O tempo e recursos disponíveis para efetivação das metas pactuadas são dois pontos que precisam estar dentro da realidade da pessoa e do profissional de saúde. Pode acontecer de se deixar de abordar determinadas questões com a pessoa, por medo de não saber como lidar com toda aquela informação ou de não ter tempo para ouvir. Mas é imprescindível ser realista com o paciente sem desorientá-lo, desampará-lo ou desmotivá-lo. Cabe ao profissional mostrar-se colaborativo e presente nos pontos altos e baixos do processo terapêutico, sendo realista, sem perder o otimismo e a empatia (**componente 6**) (CERON, 2010).

6.1.2 Entrevista motivacional

A motivação para deixar de fumar é um aspecto fundamental para a mudança de comportamento e deve ser trabalhada em cada etapa do processo de cessação do tabagismo. Uma vez que o grau de motivação do paciente é definido como um “estado de prontidão para a mudança”, ele é algo momentâneo, variável, que pode oscilar, de tempos em tempos, ou de uma situação para outra, podendo ser modificado. Isso significa que a motivação é um comportamento que pode ser estimulado (HALLA; CAMPOS, 2016).

No contexto do tabagismo, a ambivalência é sempre uma questão central que permeia todo o processo de cessação do hábito de fumar. O tabagista encontra-se dividido entre dois lados (HALLA; CAMPOS, 2016):

- Um prazeroso, que deseja manter a continuidade do uso, pelos ganhos que tem (prazer e alívio da ansiedade, entre muitos outros).
- Outro mais racional, que sabe que aquele comportamento é prejudicial e considera a necessidade de parar.

Os indivíduos estão, quase sempre, divididos entre esses dois lados, como em uma balança decisória, porém, paralisados, sem saber para que direção seguir. Nesse sentido, a entrevista motivacional (EM) é uma ferramenta que pode ser utilizada no contexto do método clínico centrado na pessoa no tratamento do tabagismo. Trata-se de uma entrevista clínica cujo objetivo é trabalhar e aumentar a motivação do usuário para mudança de comportamento (BRASIL, 2015).

A EM nada mais é do que um diálogo entre usuário e profissional da saúde, que por meio de estratégias definidas, traz o indivíduo para o foco do tratamento em questão. A orientação em EM é uma alternativa viável no tratamento de comportamentos dependentes, tais como o hábito de fumar, e tem como foco aumentar o comprometimento do paciente com a sua mudança e com a adesão ao tratamento (BRASIL, 2015).

A EM possui cinco princípios básicos orientadores, que são: (1) expressar empatia; (2) desenvolver discrepância; (3) evitar argumentação; (4) acompanhar a resistência e (5) apoiar a autoeficácia (CAVALCANTI *et al.*, 2013). No quadro 3 estão explicitadas as descrições dos 5 princípios básicos da técnica da EM e orientações sobre como colocá-los em prática.

Quadro 3 - Princípios básicos da EM e seus desdobramentos

PRINCÍPIOS	DESDOBRAMENTOS	ABORDAGEM
<p>Expressar empatia</p>	<p>Significa que é importante que a equipe de saúde seja solidária com o processo de mudança, estabeleça uma escuta reflexiva, aceite a ambivalência frente à mudança como algo normal, compreendendo que o comportamento de fumar traz algo positivo ao paciente, por isso ele tem dificuldade de mudar, e evite críticas ou juízos de valor.</p>	<p>Abordagem: Como se deve obter da pessoa as razões para mudança, é importante que ela possa falar. Perguntas fechadas são aquelas que podem ser respondidas com “sim”, “não” ou com alguma outra informação breve e objetiva. As perguntas fechadas têm seu papel, mas no início da entrevista devem ser evitadas por condicionarem a pessoa a participar passivamente do processo e, assim, não se responsabilizar por ele. As perguntas abertas encorajam a pessoa a falar e, assim, o profissional consegue obter mais informações a respeito de seus próprios motivos para a mudança e, conforme descrito no item “desenvolvimento de discrepância”, as razões para mudar devem vir da pessoa, não do profissional.</p>
<p>Desenvolver discrepância</p>	<p>Dialogar com o intuito de promover a reflexão sobre as consequências do comportamento atual auxilia o usuário a perceber a discrepância entre esse comportamento e os seus objetivos pessoais, na tentativa de que ele perceba o tabagismo como um obstáculo que necessita ser superado. Por exemplo, uma avó lhe diz, em seu atendimento, que gostaria de ser um exemplo para seus netos, mas que, toda vez que fuma, eles reclamam, dizendo que aprenderam na escola que ela pode morrer. Pontuar isso a ajudará a identificar sua própria ambivalência e despertar a vontade de mudar.</p>	<p>Escutar de forma reflexiva significa ouvir a pessoa atentamente, evitando interrompê-la ou concluir as frases e ideias por ela. Encorajá-la a falar e demonstrar interesse é fundamental para expressar compreensão do ponto de vista da pessoa e de suas motivações. O elemento essencial aqui é a forma como o profissional responderá ao que ouve, decodificando aquilo que ouviu e parafraseando para a pessoa na forma de uma afirmação. A escuta reflexiva é um modo de verificar o que a pessoa está dizendo, ao invés de pressupor.</p>

Quadro 3 - Princípios básicos da EM e seus desdobramentos (continuação)

PRINCÍPIOS	DESDOBRAMENTOS	ABORDAGEM
Evitar argumentação	A argumentação gera resistência, reforçando as atitudes defensivas de não mudar. É importante compreender o processo de mudança e aceitar que a ambivalência é natural, evitando o confronto.	Encorajar: A escuta reflexiva, por si só, pode ser bastante encorajadora, mas algumas afirmações de apreciação e compreensão podem ser usadas.
Acompanhar a resistência	Pode-se utilizar a resistência em benefício da própria pessoa uma vez que suas percepções e seus posicionamentos podem mudar, ao se oferecer e evocar novas perspectivas, sem imposições.	Resumir as falas da pessoa: é usada para mostrar/verificar a compreensão do profissional e servem para valorizar algumas ideias que a própria pessoa trouxe. Também permitem verificar a ambivalência, examinando simultaneamente os pontos positivos e negativos que a pessoa trouxe ao longo da conversa.
Promover a autoeficácia	Acreditar na capacidade de mudar e enfrentar obstáculos é um motivador importante. Por isso, equipe de saúde e usuários precisam compreender o processo de mudança e confiar na possibilidade de realizá-lo, por meio de inúmeras abordagens alternativas disponíveis. O indivíduo precisa acreditar que pode parar de fumar, pois ele é que será o responsável por fazê-lo. Você o ajudará a aumentar sua confiança na mudança à medida que confiar na habilidade dele em mudar.	Buscar na própria pessoa as razões para a mudança é um dos meios para fazê-la caminhar em direção à mudança de comportamento. O papel do profissional é facilitar a expressão dessas afirmações e reforçá-las a partir da escuta reflexiva e dos resumos. Afirmações automotivacionais compreendem frases ou comportamentos que envolvam: Reconhecimento do problema (“Não tinha percebido que meu comportamento é incompatível com meu projeto de vida”). Expressões de preocupação (“Nossa, o problema é mais sério do que eu imaginava!”). Intenção de mudança (“Eu preciso fazer alguma coisa para mudar”). Otimismo em relação à mudança (“Dessa vez eu estou decidido a mudar”).

Fonte: Cavalcanti *et al.*, 2013; Halla; Campos, 2016.

Na abordagem motivacional do fumante, a avaliação do estágio de motivação, de acordo com Prochaska e DiClemente, é de fundamental importância para orientar a intervenção específica que deverá ser adotada para cada estágio, conforme descrito no quadro 4.

Quadro 4 - Intervenções do profissional de acordo com o estágio de motivação do fumante

ESTÁGIO DE MOTIVAÇÃO	INTERVENÇÃO
Pré-contemplação	O indivíduo não sente a necessidade da mudança. Muitas vezes sequer percebe que os problemas estão relacionados ao cigarro. O confronto é a pior alternativa, mas o usuário pode ser motivado para o tratamento e encorajado a partir de diálogos abertos e objetivos. Nessa fase, o fumante não cogita abandonar o cigarro, por achar que ele não atrapalha sua vida e sentir que tem a capacidade de parar o consumo na hora em que quiser. As estratégias, nessa fase, devem ser: criar vínculo, mostrar-se disponível e acolhedor para ouvir, manter porta aberta, acolher a família, conversar sobre o padrão de uso e proporcionar reflexões sobre o uso.
Contemplação	O indivíduo percebe os prejuízos, atuais ou futuros, causados pelo consumo de cigarros, mas se sente incapaz de viver sem ele. Esse comportamento, ora favorável, ora contrário à mudança, é conhecido por ambivalência e acompanha o sujeito durante todo o tratamento. Indivíduos nessa fase estão mais predispostos a buscar ajuda especializada, principalmente se forem abordados sem confronto. As intervenções devem ir além de manter vínculo e mostrar-se disponível e acolhedor para ouvir. Discutir sobre a ambivalência: prós e contras do uso, enfatizar a livre escolha e responsabilidade, aumentar autoestima e autoconfiança do indivíduo para a mudança e aumentar o diálogo, evitando confrontos, decisões ou conclusões.
Preparação	O indivíduo percebe sua condição e os prejuízos decorrentes de sua dependência, vê-se incapaz de resolver o problema sozinho e procura ajuda. Como a ambivalência é uma característica marcante entre esses indivíduos, proporcione a ele escuta e atendimento. Nesse momento da abordagem, ofereça recursos e opções para ele efetivamente parar de fumar, como apresentar o grupo de apoio, discutir sobre as estratégias medicamentosas e passar as principais estratégias para lidar com a fissura.

Quadro 4 - Intervenções do profissional de acordo com o estágio de motivação do fumante (continuação)

ESTÁGIO DE MOTIVAÇÃO	INTERVENÇÃO
Ação	<p>O indivíduo inicia o tratamento e efetivamente para de fumar, mas ainda convive com a dúvida, portanto necessita acompanhamento constante, pois pode sentir-se com uma carga pesada para lidar sozinho. Será necessário reconhecer, elogiar e reforçar progressos alcançados, identificar situações de risco e estratégias de enfrentamento, colaborar na busca de novas estratégias de enfrentamento, oferecer suporte para a prevenção de recaída e falar sobre prós e contras da redução e abstinência.</p>
Manutenção	<p>É a mudança no padrão de consumo, porém não é definitiva. Você deverá manter com o sujeito diálogo sobre fissura, lapsos, recaída e discutir possibilidades de enfrentamento da abstinência e suas implicações físicas e psicológicas, além de trabalhar a ambivalência, elucidar e amenizar os sinais e sintomas da abstinência, trabalhar com expectativas, ganhos, perdas etc. Também é fundamental que você faça a prevenção da recaída, estimulando o participante a identificar situações rotineiras que o fazem fumar e traçando estratégias de enfrentamento dessas situações e fortalecendo a motivação para o seguimento. Nessa etapa, você deve estimular o sujeito a frequentar grupos intra e extra Unidades de Saúde, oferecer suporte para a prevenção de recaída, estimular inserção/reinserção social, quando possível, e manter vínculo e suporte, sempre que necessário. Sempre que o indivíduo em manutenção, ou seja, que já tiver sido fumante, comparecer à unidade, elogie e reforce seu processo de parada, em todos os seus atendimentos, mesmo que ele já tenha parado há tempo, ou sem a ajuda da equipe. Também é importante que você o ajude a identificar e superar as principais dificuldades no processo de estar sem cigarros.</p>

Quadro 4 - Intervenções do profissional de acordo com o estágio de motivação do fumante (continuação)

ESTÁGIO DE MOTIVAÇÃO	INTERVENÇÃO
Recaída	Quando acontece uma recaída, o indivíduo tem dificuldades de voltar a buscar ajuda, pois tem sentimentos de vergonha e fracasso. Por isso, deixe claro, desde o começo do tratamento, que a recaída pode vir a acontecer, embora não seja o desejado. A literatura, inclusive, coloca que é preciso de 4 a 7 tentativas para que o fumante consiga efetivamente deixar de fumar. Isso o ajudará a aceitar sem críticas e tentar de novo. O momento da recaída deve ser visto como uma ocasião para a reflexão, visando à prevenção de recaídas futuras. Avalie causas e circunstâncias do insucesso, procurando responder às seguintes perguntas: O que aconteceu? O que estava fazendo nessa hora? O que estava pensando/sentindo? De onde veio o primeiro cigarro? Já pensou em nova data? A recaída é o retorno ao consumo, podendo iniciar com o lapso, evoluindo para a recaída – padrão anterior de uso. Encoraje o sujeito a retomar o tratamento. Muitas vezes, será preciso reavaliar a abordagem, inclusive a farmacoterapia, negociar ou renegociar plano de tratamento, reconhecer e elogiar progressos alcançados e necessidades de mudanças, identificar situações de risco e estratégias de enfrentamento e rever objetivos e metas, buscando lições aprendidas com a recaída, além de manter vínculo e suporte, sempre que necessário.

Fonte: Halla; Campos, 2016.

6.1.3 Avaliação qualitativa

A avaliação qualitativa do indivíduo tabagista, reconhecendo os componentes psicológico e social da dependência, objetiva conhecer as razões e as situações que o levam a fumar. Dessa forma, além de auxiliar o próprio fumante a reconhecer as situações que o colocam sob o risco de fumar no seu dia a dia, permite ao profissional de saúde identificar os principais pontos a serem trabalhados durante o processo da abordagem intensiva/aconselhamento estruturado (BRASIL, 2015).

6.1.3.1 Escala de Razões para Fumar (ERF)

A principal ferramenta usada na avaliação qualitativa do tabagista é a Escala de Razões para Fumar (ERF), que pode ser usada na primeira abordagem e, também, no acompanhamento do tratamento. O profissional pode solicitar que o paciente a preencha sozinho, após orientação inicial, ou conduzir a leitura das afirmações, anotando as respostas fornecidas. É uma escala de rápida aplicação e deve ser utilizada de forma complementar o Teste de Fagerström para tolerância à nicotina (vide item 6.1.4.1) (BRASIL, 2015).

Uma vez que essa ferramenta possibilita identificar em quais situações o paciente usa o tabaco, considerando não só a dependência física, mas também a dependência psicológica e o condicionamento, essa avaliação poderá ajudar o fumante a tomar consciência das situações que o colocam em risco e a refletir sobre estratégias possíveis de praticar, para o alcance da cessação do tabagismo (BRASIL, 2015). Conforme abordado anteriormente, recomenda-se a utilização da ERF na avaliação clínica de todos os fumantes, inclusive aqueles estadiados nas etapas “Pré-contemplação” e “Contemplação”, de acordo com Prochaska e DiClemente, uma vez que as reflexões desencadeadas pela sua aplicação podem embasar uma mudança positiva do estágio atual de motivação do indivíduo.

As razões para fumar são agrupadas em nove fatores principais, sendo eles: (I) dependência, (II) prazer de fumar, (III) redução da tensão, (IV) estimulação, (V) automatismo, (VI) manuseio, (VII) tabagismo social, (VIII) controle de peso e (IX) associação estreita. O escore final para cada um desses fatores é calculado a partir da média simples dos escores individuais para as questões relacionadas. Fatores com resultado superior a 2 (dois) devem ser considerados “Fatores de Atenção” na abordagem e no acompanhamento do tabagista em cessação, pelo risco que representam de levar à recaída (BRASIL, 2015).

Quadro 5 - Escala de Razões para Fumar (ERF) - Universidade de São Paulo

Afirmações:

- 1) Eu fumo cigarros para me manter alerta.
- 2) Manusear um cigarro é parte do prazer de fumá-lo.
- 3) Fumar dá prazer e é relaxante.
- 4) Eu acendo um cigarro quando estou bravo com alguma coisa.
- 5) Quando meus cigarros acabam, acho isso quase insuportável até eu conseguir outro.
- 6) Cigarros me fazem companhia, como um amigo íntimo.
- 7) Eu fumo cigarros automaticamente sem mesmo me dar conta disso.
- 8) É mais fácil conversar e me relacionar com outras pessoas quando estou fumando.
- 9) Eu fumo para me estimular, para me animar.
- 10) Parte do prazer de fumar um cigarro vem dos passos que eu tomo para acendê-lo.
- 11) Eu acho os cigarros prazerosos.
- 12) Quando eu me sinto desconfortável ou chateado com alguma coisa, eu acendo um cigarro.
- 13) Controlar meu peso é uma razão muito importante pela qual eu fumo.
- 14) Eu acendo um cigarro sem perceber que ainda tenho outro aceso no cinzeiro.
- 15) Enquanto estou fumando me sinto mais seguro com outras pessoas.
- 16) Eu fumo cigarros para me “pôr para cima”.
- 17) Às vezes eu sinto que os cigarros são os meus melhores amigos.
- 18) Eu fumo cigarros quando me sinto triste ou quando quero esquecer minhas obrigações ou preocupações.
- 19) Eu sinto uma vontade enorme de pegar um cigarro se fico um tempo sem fumar.
- 20) Eu já me peguei com um cigarro na boca sem me lembrar de tê-lo colocado lá.
- 21) Eu me preocupo em engordar se parar de fumar.

As alternativas e o peso das respostas para cada questão são:

() Nunca {1}, () Raramente {2}, () Às vezes {3}, () Frequentemente {4}, () Sempre {5}

Fatores formados

Fator I: Dependência (addiction): itens 5, 19 $\frac{\quad + \quad}{2} = \quad$

Fator II: Prazer de fumar (pleasure): itens 3, 11 $\frac{\quad + \quad}{2} = \quad$

Fator III: Redução da tensão (tension reduction): itens 4, 12, 18 $\frac{\quad + \quad + \quad}{3} = \quad$

Fator IV: Estimulação (stimulation): itens 1, 9, 16 $\frac{\quad + \quad + \quad}{3} = \quad$

Fator V: Automatismo (automatism): itens 7, 14, 20 $\frac{\quad + \quad + \quad}{3} = \quad$

Fator VI: Manuseio (handling): itens 2, 10 $\frac{\quad + \quad}{2} = \quad$

Fator VII: Tabagismo social (social smoking): itens 8, 15 $\frac{\quad + \quad}{2} = \quad$

Fator VIII: Controle de peso (weight control): itens 13, 21 $\frac{\quad + \quad}{2} = \quad$

Fator IX: Associação estreita (affiliative attachment): itens 6, 17 $\frac{\quad + \quad}{2} = \quad$

*O escore final de cada fator é a média simples dos escores individuais.

Quadro 5 - Escala de Razões para Fumar (ERF) - Universidade de São Paulo (continuação)

Entendendo o resultado da Escala

Dependência (física): caracterizada pelo tempo que o indivíduo consegue permanecer sem fumar e tem a ver com a tolerância da nicotina e com a redução dos sintomas de abstinência.

Prazer de fumar: a nicotina libera substâncias hormonais que dão maior sensação de prazer por meio das atividades neuroquímicas do cérebro nas vias de recompensa.

Redução da tensão (relaxamento): a nicotina do cigarro chega aos receptores cerebrais, ajuda a diminuir a ansiedade/estresse que o fumante apresenta, dando-lhe uma sensação momentânea de alívio dela.

Estimulação: o fumar é percebido como modulador de funções fisiológicas, melhorando a atenção, a concentração e a energia pessoal.

Automatismo (hábito): condicionamento do fumar em determinadas situações, tais como logo após o almoço.

Manuseio (ritual): envolve todos os passos dados até se acender o cigarro.

Tabagismo social: fumar junto aos amigos, em situações de festa, em baladas, na praia.

Controle do peso: envolve preocupações a respeito do ganho de peso relacionado à cessação do tabagismo.

Associação estreita: definida por uma forte conexão emocional do tabagista com o fumo e o cigarro.

Fonte: SOUZA *et al.*, 2010; BRASIL, 2015.

A ERF está contemplada na ficha de “Avaliação Clínica do Fumante”.

6.1.4 Avaliação quantitativa

A avaliação quantitativa do indivíduo tabagista tem como principal objetivo avaliar a magnitude do processo de tolerância-dependência estabelecido e o impacto do tabagismo na vida do indivíduo. Dessa forma, auxilia o profissional nas primeiras abordagens sobre o tabagismo e permite ao próprio fumante uma reflexão sobre o processo de dependência e a possibilidade de se procurar o tratamento.

6.1.4.1 Teste de Fagerström para a dependência à nicotina

A intensidade da dependência física varia em cada indivíduo. Dessa forma, alguns fumantes irão apresentar um maior grau de dependência física que outros. O Teste de Fagerström para dependência à nicotina (FTND – Fagerström Test for Nicotine Dependence), composto por seis perguntas, com escore que varia de zero a dez, baseia-se na apuração de dados referentes ao consumo de cigarros. É o principal instrumento utilizado na avaliação quantitativa da dependência à nicotina.

Quadro 6 - Teste de Fagerström para dependência à nicotina

PERGUNTAS	RESPOSTAS	PONTUAÇÃO
1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	Dentro de cinco 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, cinema, ônibus, etc.?	Sim	1
	Não	0
3. Qual cigarro do dia traz mais satisfação?	O primeiro da manhã	1
	Outros	0
4. Quanto 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 baixa 3 a 4 pontos = baixa 5 pontos = média 6 a 7 pontos = elevada 8 a 10 pontos = muito elevado		

Fonte: INCA (BRASIL, 2001).

O FTND encontra-se disponível para aplicação na ficha de “Avaliação Clínica do Fumante” e no GERAf (Gerenciamento da Assistência Farmacêutica - software).

6.1.4.2 Cálculo da carga tabágica

A carga tabágica (índice tabágico) é um parâmetro quantitativo que também pode ser utilizado no acompanhamento da pessoa tabagista. Ele irá refletir a exposição do indivíduo ao tabaco, levando em conta o número de cigarros consumidos por dia ao longo dos anos. Para estimar a carga tabágica, utiliza-se a unidade anos-maço. O cálculo é realizado pela multiplicação do número de maços (20 cigarros = 1 maço) fumados por dia pelo número de anos de tabagismo.

A carga tabágica pode ser utilizada como preditor de doenças relacionadas ao tabagismo e utilizada como ferramenta na triagem de risco. Como exemplo da aplicação do conhecimento sobre a exposição tabágica utilizando a unidade anos-maço, citam-se a triagem para câncer de pulmão e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Fumantes apresentam uma chance de 10 a 30 vezes maior de desenvolverem câncer de pulmão quando comparados a não fumantes e a intensidade desse risco é proporcional à carga tabágica (BRASIL, 2015). Para pacientes que fumam ou fumaram, o United States Preventive Services Task Force recomenda o rastreamento do câncer de pulmão, com tomografia computadorizada de baixa dose, em indivíduos com idade entre 55 e 80 anos e histórico de carga tabágica de pelo menos 30 anos-maço, além de tabagistas atuais ou que pararam de fumar há menos de 15 anos (USPSTF, 2013).

Em relação à DPOC, relatos na literatura apontam que a doença surge após uma carga tabágica de 20 anos-maço (1 maço por dia durante 20 anos). A partir de cinco anos com esse padrão de consumo, a pessoa já começa a apresentar problemas como tosse e aumento na produção de secreções brônquicas e, após 15 anos-maço, aumentam as chances de surgimento de problemas cardíacos (BRASIL, 2014). O quadro 7 apresenta alguns exemplos de cálculo da carga tabágica.

Quadro 7 - Exemplos de cálculos de anos-maço

10 anos, fumando 1 maço por dia = 10 anos-maço (1 x 10)
 10 anos, fumando 2 maços por dia = 20 anos-maço (2 x 10)
 10 anos, fumando 10 cigarros por dia (50% maço) = 5 anos-maço (0,5 x 10)
 20 anos, fumando 15 cigarros por dia (75% maço) = 15 anos-maço (0,75 x 20)

Conversão/equivalência: 20 cigarros industrializados = 4 cigarros de palha = 4 charutos = 5 cachimbos = 1 maço.

Fonte: Cuidado farmacêutico na atenção básica - caderno 2 (BRASIL, 2014); FERREIRA *et al.*, 2007.

Na avaliação quantitativa, calculadoras e plataformas on line podem ser utilizadas para o cálculo da carga tabágica, bem como para a estimativa do impacto financeiro produzido pelo hábito de fumar na vida do paciente e outras informações.

6.2 Prescrição farmacêutica de TRN

O farmacêutico poderá apoiar as equipes de saúde nas ações de prescrição da TRN para os pacientes que estejam, obrigatoriamente, inseridos na abordagem intensiva ao fumante e para os quais haja indicação de uso da farmacoterapia. Antes da prescrição, o farmacêutico deve certificar-se de que o paciente tenha passado pela avaliação clínica em consulta farmacêutica, ou com algum outro profissional de saúde, e tenha sido verificada a ausência de contraindicações. Ainda, deverá avaliar a viabilidade de realizar a prescrição da TRN e dar continuidade ao acompanhamento do paciente, se responsabilizando não somente pelo tratamento farmacológico, mas também pela participação efetiva na abordagem intensiva coletiva ou individual ao paciente. A prescrição farmacêutica poderá ocorrer nas seguintes situações:

Prescrição independente

Início de tratamento: na indisponibilidade de médico prescritor, por motivo de férias, licença ou outros motivos que ocasionem a falta desse profissional, o farmacêutico poderá realizar a avaliação clínica a partir da “Ficha de Avaliação Clínica do Fumante”, iniciar e acompanhar o tratamento farmacológico com a TRN.

Prescrição Suplementar

Continuidade de tratamento: o farmacêutico poderá realizar prescrições da TRN nos casos em que o médico responsável pelo acompanhamento do paciente tenha iniciado a terapia farmacológica, mas esteja indisponível por motivo de férias, licença ou mudança de lotação, ou quaisquer outros motivos, e também nos casos de vencimento das datas das prescrições médicas. No momento da prescrição da continuidade do tratamento, o farmacêutico deverá atentar para a necessidade de troca de fase do esquema farmacológico. Caso identificada, realizá-la.

Em todas as situações, o farmacêutico deve se responsabilizar em fornecer informações corretas e necessárias aos pacientes sobre o uso dos medicamentos, certificando-se de que foram compreendidas, visando a garantia da efetividade do tratamento e segurança do paciente.

Nota: Ressaltamos neste ponto que a prescrição da Bupropiona é exclusivamente médica. Os pacientes com indicação para uso ou já em tratamento com esse medicamento, deverão ser encaminhados para avaliação, prescrição e acompanhamento médico.

6.3 Intervenções psicossociais

Como demonstrado ao longo deste guia, a abordagem ao paciente tabagista pode apresentar diferentes graus de complexidade. Além disso, o paciente deve ser acompanhado de forma transversal pela equipe de saúde da família e NASF-AB no que diz respeito ao controle de comorbidades que ele, porventura, apresente ou possa desenvolver ao longo do acompanhamento.

O profissional farmacêutico (ou outro) deve estar atento aos alertas, principalmente em relação à saúde mental, para que a escolha da abordagem terapêutica tenha a abrangência devida. Como exemplo, o transtorno de ansiedade generalizada tem ocorrência comum entre os tabagistas e não é tratado com o uso das farmacoterapias voltadas para a cessação do tabagismo como a Bupropiona e a Nortriptilina. A associação com outros fármacos indicados para essa finalidade pode e deve ser discutida com a equipe, após confirmação diagnóstica.

Quadros depressivos também estão frequentemente associados ao hábito de fumar (RONDINA; GORAYEB; BOTELHO, 2007). Usuários com depressão atual ou pregressa apresentam melhores resultados, quando o tratamento para a cessação do tabagismo é associado a um tratamento psicossocial para controle do humor (BRASIL, 2020). Instrumentos de entrevista como o Patient Health Questionnaire-9 - PHQ-9 (quadro 8) podem ser aplicados nas abordagens para rastreamento de episódios depressivos. Esse olhar integral evita uma aproximação ingênua e pouco efetiva para o tratamento do tabagismo de forma sustentável.

Quadro 8 - Instrumento para avaliação da depressão: PHQ-9

DURANTE AS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ FOI INCOMODADO/A POR QUALQUER UM DOS PROBLEMAS A SEGUIR?	NENHUMA VEZ	VÁRIOS DIAS	MAIS DA METADE DOS DIAS	QUASE TODOS OS DIAS
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Sentir-se “para baixo”, deprimido (a) ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Sentir-se cansado (a) ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Sentir-se mal consigo mesmo (a) ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a)	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado (a) ou irrequieto (a) que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto (a)	0	1	2	3
SOMA DO ESCORE	0	+___	+___	+___

Fonte: Cuidado farmacêutico na atenção básica - caderno 2 (BRASIL, 2014).

O escore do instrumento é calculado somando-se os números correspondentes às respostas do paciente, podendo variar de 0 a 27 pontos. Para interpretar o escore do PHQ-9, considere:

Quadro 9 - Interpretação do escore total do PHQ-9

ESCORE TOTAL	GRAVIDADE DA DEPRESSÃO
1-4	Depressão Mínima
5-9	Depressão Leve
10-14	Depressão Moderada
15-19	Depressão Moderadamente Grave
20-27	Depressão Grave

Fonte: Cuidado farmacêutico na atenção básica - caderno 2 (BRASIL, 2014).

A partir da aplicação do PHQ-9 é possível monitorar mudanças na gravidade da doença ao longo do acompanhamento. No quadro abaixo estão descritas condutas recomendadas de acordo com o grau de depressão observado:

Quadro 10 - Escore PHQ-9 e condutas propostas

ESCORE PHQ-9	GRAVIDADE DA DEPRESSÃO	CONDUTAS PROPOSTAS
1-4	Nenhuma - Mínima	Nenhuma.
5-9	Leve	Espera vigilante. Repetir PHQ-9 no retorno.
10-14	Moderada	Plano de tratamento, incluindo aconselhamento, acompanhamento e/ou farmacoterapia.
15-19	Moderadamente Grave	Tratamento ativo com farmacoterapia e/ou psicoterapia.
20-27	Grave	Início imediato de farmacoterapia e, se houver piora grave ou falha do tratamento, encaminhar para especialista para psicoterapia e gerenciamento em equipe.

Fonte: Cuidado farmacêutico na atenção básica - caderno 2 (BRASIL, 2014).

Cabe ressaltar que, em fumantes com depressão progressiva, a bupropiona aumenta a cessação do tabagismo, em comparação a placebo. Contudo, para tabagistas com depressão atual, não há evidências de que TRN ou a bupropiona aumente a cessação.

Para usuários com esquizofrenia, a bupropiona aumenta a cessação do tabagismo, quando comparada a placebo. Não há evidências de benefícios na utilização de TRN e intervenções psicossociais como recursos terapêuticos para a dependência à nicotina nessa população. Para garantia do melhor manejo desses casos, é recomendada a construção compartilhada do plano terapêutico com o usuário, profissionais coordenadores do programa e equipe de Saúde Mental. O tratamento para a cessação do tabagismo pode se dar após ou em paralelo ao tratamento definido na saúde mental (PBH, 2021).

O tratamento do tabagismo deve acontecer quando, independentemente do relato de história pregressa, o profissional que faz o atendimento para a cessação do tabagismo avalie ou identifique a necessidade de encaminhamento para o atendimento especializado em saúde mental, para melhor caracterização, diagnóstico e tratamento de caso suspeito de transtorno psiquiátrico, visto que a redução do consumo do tabaco e seus derivados, bem como a introdução de medicamentos para o tratamento do tabagismo poderá agravar ou desencadear sintomas da doença de base (PBH, 2021).

Outros testes breves de rastreio para transtornos mentais estão disponíveis no “Cartao Babel”, instrumento de avaliação em saúde mental na atenção básica.

6.4 Abordagem transversal / Educação em saúde

- Contribuir para a divulgação/orientação ao usuário e aos demais profissionais de saúde sobre as diferentes ofertas de abordagem ao fumante.
- Qualificar a dispensação de medicamentos, assim como orientar as equipes de saúde e usuários quanto à dispensação da bupropiona pela SMSA/BH, garantindo que ela ocorra exclusivamente para usuários incluídos no PMCT.
- Contribuir para a realização da Abordagem Intensiva Coletiva, caso já tenha sido capacitado pelo PMCT.
- Realizar ou capacitar outros profissionais de saúde para a aplicação da Abordagem Breve, utilizando as cartilhas elaboradas pelo PMCT.
- Orientar os pacientes quanto ao uso racional dos medicamentos do PMCT.
- Oferecer suporte aos prescritores quanto às informações relativas à farmacoterapia, de acordo com o PNCT.

7. MONITORAMENTO

O registro da participação do usuário na abordagem intensiva (coletiva e individual) é de fundamental importância para a análise dos indicadores do Programa Municipal de Controle do Tabagismo. Além disso, o Ministério da Saúde considera os atendimentos e o consumo de medicamentos referidos como base do planejamento das ações logísticas e assistenciais.

O registro de dados no sistema informatizado é de responsabilidade dos profissionais coordenadores das abordagens para a cessação do tabagismo. As orientações para o correto registro devem ser consultadas nos protocolos do PMCT.

7.1 Registro no GERAFF

Para o gerenciamento dos indicadores do cuidado farmacêutico à pessoa tabagista, além dos registros no sistema informatizado da rede SUS-BH, o farmacêutico deve preencher os dados de acompanhamento farmacêutico aos pacientes tabagistas no GERAFF. As orientações para o preenchimento podem ser consultadas no Manual Técnico Operacional – GERAFF.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O farmacêutico tem muito a contribuir no desenvolvimento e qualificação das ações de prevenção e controle do tabagismo na rede SUS-BH. Seu contato próximo ao paciente possibilita o acolhimento, aconselhamento e suporte, contribuindo para a criação do vínculo e qualificação da assistência ao usuário durante e após o complexo processo de cessação do tabagismo. Sua atuação nos processos de programação, dispensação, prescrição e acompanhamento da farmacoterapia dos pacientes promove o acesso e o uso racional dos medicamentos. Esperamos que este guia represente um importante avanço na estruturação e sistematização da prática profissional farmacêutica em prol do cuidado integral à pessoa tabagista nos serviços municipais de saúde de Belo Horizonte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Abordagem e Tratamento do Fumante** – Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 38 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Tabagismo, um grave problema de saúde pública**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf>. Acesso em: abril de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer / Organização Pan-Americana da Saúde: **Pesquisa Especial de Tabagismo - PETab. Relatório Brasil**; Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p.: il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Caderno 2. Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo**. Brasília, 2020. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2020/Relatrio_PCDT_Tabagismo_520_2020_FINAL.pdf. Acesso em 25 jun. 2020.

CAVALCANTI, A.M. *et al.* Tecnologias de Mudança de Comportamento. In: OPAS / CONASS. Moysés ST, Silveira Filho AD, Moysés SJ (org.) **A implantação do modelo de atenção às condições crônicas em Curitiba resultados do laboratório de inovação sobre atenção às condições crônicas na Atenção Primária em Saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2013, p. 176 – 184.

CERON, M. **Habilidades de Comunicação: Abordagem centrada na pessoa**. São Paulo: UNASUS, UNIFESP, 2010. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf. Acesso em 16 abr. 2019.

COSTA, A. A. *et al.* **Programa multiprofissional de controle do tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo**. Revista da SOCERJ (Sociedade de Cardiologia do estado do Rio de Janeiro), 2006.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R.; *et al.* **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011.

EBBERT *et al.* **Effect of high-dose nicotine patch therapy on tobacco withdrawal symptoms among smokeless tobacco users.** *Nicotine Tob Res* 2007;9(1):43-52.

FERREIRA, L. L.; MIRRA A.P. **Recomendação da inclusão do cid 10 – f17: tabagismo ativo e do cid 10 – z58.7 tabagismos passivo nos registros médicos.** Associação Médica Brasileira, 2018. Disponível em: <http://actbr.org.br/post/recomendacao-da-inclusao-do-cid-10-f17-tabagismo-ativo-e-do-cid-10-z587-tabagismo-passivo-nos-registros-medicos/17549/>. Acesso em: 02 mai. 2019

HALLA, A. L. C.; CAMPOS R. C., organizadores. **Controle do tabagismo na atenção básica** [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Universidade Aberta do SUS. UNA-SUS/UFSC, 2016. 69 p.: il. color. (Série – Formação para Atenção Básica).

Micromedex. Acessado em: 29 mar. 2019.

PHS. **A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update.** A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med.* 2008;35(2):158–176.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção e Vigilância em Saúde. Diretoria de Promoção à Saúde e Vigilância Epidemiológica. Gerência de Promoção à Saúde. Programa de Controle do Tabagismo. **Protocolo de tratamento do fumante na rede SUS-BH.** Belo Horizonte, 2019. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/Protocolo_tratamento_fumante-19-02-2020%20\(4\).pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/Protocolo_tratamento_fumante-19-02-2020%20(4).pdf). Acesso em 10 set. 2021.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção e Vigilância em Saúde. Diretoria de Promoção à Saúde e Vigilância Epidemiológica. Gerência de Promoção à Saúde. Programa de Controle do Tabagismo. **Nota Técnica nº 010/2019. Tratamento do usuário tabagista na rede SUS/BH.** Belo Horizonte, 2019.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção e Vigilância em Saúde. Diretoria de Promoção à Saúde e Vigilância Epidemiológica. Gerência de Promoção à Saúde. Programa de Controle do Tabagismo. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo.** Belo Horizonte, 2021.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. **In search of how people change: applications to addictive behaviors.** *Am. Psychol.,* Washington, DC, v. 47, n. 9, p. 1102, 1992.

RONDINA, R. de C.; GORAYEB, R.; BOTELHO, C. **Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco**. J. bras. pneumol., São Paulo, v. 33, n. 5, p. 592-601, 2007.

UpToDate. Acessado em: 25 abr. 2019.

USPSTF, U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. Task Force Draft Recommendations. **Lung Cancer: Screening**, 2013. Disponível em: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/lung-cancer-screening>. Acesso em: 23 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report: Reducing Risks and, Promoting Healthy Lifestyles**. Geneva, Switzerland, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tobacco. Fact Sheets**, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. Acesso em: 28 mai. 2019.

ANEXOS

ANEXO A - Orientações para pacientes

ORIENTAÇÕES PARA USO DE ADESIVOS DE NICOTINA



Se ligue nessas dicas importantes para seu tratamento!

- Pare de fumar ao iniciar o tratamento.
- Utilize 1 adesivo de cada vez, a cada 24 horas.
- Aplique os adesivos sempre no mesmo horário, de preferência ao acordar ou após caminhadas.
- Aplique na pele íntegra, limpa, seca, sem pelos e oleosidades, na região do tronco ou dos braços.
- Não aplique em regiões diretamente expostas ao sol.
- As mulheres não devem aplicar adesivos nos seios.
- Você pode tomar banho com o adesivo fixado na pele sem problemas.
- Faça um rodízio de aplicação: não repita o mesmo local antes de 7 dias.
- Mantenha o adesivo aplicado durante toda a noite. Caso tenha dificuldade, busque usá-lo por pelo menos 16 horas por dia.
- Os adesivos não podem ser usados por crianças ou pessoas que não fumam.
- Se for fazer uma ressonância magnética, retire o adesivo antes!

Modo de aplicação

- Abra o envelope cortando na linha pontilhada, com cuidado para não danificar o adesivo. Retire-o cuidadosamente.
- Um filme claro e protetor recobre o lado prateado e aderente do adesivo: este é o lado que deverá ser aplicado na sua pele.
- Com o lado prateado voltado para você, descole um dos lados do filme protetor, iniciando pelo meio. Evite tocar o lado prateado (pois nele está a substância ativa).
- Coloque este lado sobre a pele enquanto descola o outro lado do filme.
- Escolha a região indicada e pressione o adesivo contra sua pele, com a palma da mão, por aproximadamente 10 segundos. Garanta que esteja bem fixado, principalmente nas bordas!
- Lave imediatamente as mãos, sempre com água (não use sabão ou sabonete). Evite contato com os olhos e nariz.
- Caso o adesivo se solte, ele pode ser colado novamente com a ajuda de um esparadrapo.

Suspenda o uso e procure a unidade de saúde se ocorrer:

- Vermelhidão, inchaço ou erupções na pele que durem mais que 4 dias.
- Batimentos cardíacos irregulares ou palpitações.
- Náuseas, vômitos, tonturas, fraqueza, taquicardia.
- Sintomas de reações alérgicas, como dificuldade para respirar.

Descarte de adesivos

Quando remover o adesivo usado da pele, dobre-o ao meio e coloque-o dentro do envelope vazio do qual você retirou o novo adesivo que será aplicado. Coloque o envelope usado no lixo, com cuidado, certificando-se de que esteja fora do alcance de crianças e animais domésticos.

ANEXO A - Orientações para pacientes (continuação)

ORIENTAÇÕES PARA USO DE GOMAS DE NICOTINA



Se ligue nessas dicas importantes para seu tratamento!

- Pare de fumar ao iniciar o uso da goma de nicotina.
- Sempre siga a posologia indicada na sua receita (quantidade de gomas que deve ser utilizada em cada horário).
- Você deve mascar uma goma por vez, com força, sem parar, até aparecer um forte sabor amargo (de tabaco) ou uma leve sensação de formigamento. Nesse momento, pare a mastigação e coloque a goma entre a bochecha e a gengiva até que o sabor ou formigamento desapareçam. Volte a mascar lentamente e repita esse processo por 30 minutos. Depois, jogue fora a goma mascada.
- Durante a mastigação da goma, não beba nenhum líquido, nem mesmo água.
- Você pode mascar **NO MÁXIMO**: 15 gomas por dia. Não utilize mais do que isso!
- Você deve reduzir, aos poucos, a quantidade de goma utilizada por dia. Quando o consumo diário chegar a 1-2 gomas, interrompa o tratamento e informe sua equipe de saúde. Mantenha algumas gomas com você para o caso se surgir vontade súbita de fumar.



ORIENTAÇÕES PARA USO DE BUPROPIONA 150 MG



Se ligue nessas dicas importantes para seu tratamento!

- Pare de fumar no **8º dia após o início do uso da Bupropiona**.
- Sempre siga a posologia indicada na sua receita (quantidade de comprimidos que deve ser utilizada em cada horário).
- Você pode tomar **NO MÁXIMO**: 2 comprimidos por dia (300 mg/dia). Não utilize mais do que isso!
- O tratamento com Bupropiona não pode durar mais do que 12 semanas.
- Evite, se possível totalmente, o uso de bebidas alcoólicas durante o uso de Bupropiona.
- Informe à equipe de saúde se apresentar algum fator de risco para convulsão, tais como: crise convulsiva anterior, convulsão febril na infância, epilepsia, alterações no eletroencefalograma.



ANEXO B - Interações medicamentosas

1. NICOTINA				
INTERAÇÃO MEDICAMENTO-MEDICAMENTO				
MEDICAMENTO	GRAVIDADE	DOCUMENTAÇÃO	O QUE PODE OCORRER	CONDUTA CLÍNICA
TEGAFUR - INIBIDORES DA CYP2A6	Contraindicado	Razoável	O uso concomitante de INIBIDORES da CYP2A6 e TEGAFUR (Pró-fármaco do 5- fluoruracil) pode resultar na diminuição da eficácia do 5-fluorouracil.	A utilização concomitante deve ser evitada.
HEMINA - INDUTORES DA CYP450	Contraindicado	Razoável	O uso concomitante de HEMINA e INDUTORES da CYP450 pode resultar na diminuição da eficácia da hemina.	A utilização concomitante deve ser evitada.
MEMANTINA	Moderada	Razoável	O uso concomitante de MEMANTINA e NICOTINA pode resultar na alteração dos níveis plasmáticos de memantina e nicotina.	A utilização concomitante deve ser evitada.
NIACINA	Secundária	Boa	O uso concomitante de NIACINA e NICOTINA pode resultar em rubor e tontura.	Se a niacina e nicotina transdérmica forem usadas concomitantemente, o paciente deve ser avisado sob o risco potencial dessa interação.
ADENOSINA	Secundária	Boa	O uso concomitante de ADENOSINA e NICOTINA pode resultar em taquicardia.	Monitorar aumento da frequência cardíaca ou diminuição da pressão arterial.
CIMETIDINA	Secundária	Boa	O uso concomitante de CIMETIDINA e NICOTINA pode resultar em aumento dos níveis de nicotina.	Monitore a toxicidade da nicotina (por exemplo, náuseas e vômitos, diarreia, dor abdominal, tontura) e ajuste a dose de acordo. Se o uso concomitante não puder ser evitado, selecione outro antagonista H2 (por exemplo, ranitidina ou famotidina) que tenha menos potencial para alterar o metabolismo da nicotina.

ANEXO B - Interações medicamentosas (continuação)

1. NICOTINA				
INTERAÇÃO MEDICAMENTO-GRAVIDEZ				
MEDICAMENTO	GRAVIDADE	DOCUMENTAÇÃO	O QUE PODE OCORRER	CONDUTA CLÍNICA
GRAVIDEZ	Contraindicado	Desconhecido	A nicotina é classificada pelo FDA como Categoria D. Estudos controlados ou observacionais, em mulheres grávidas, demonstraram um risco para o feto. No entanto, os benefícios da terapia podem superar o risco potencial.	A nicotina passa livremente pela placenta e é encontrada no líquido amniótico e no sangue do cordão umbilical. A nicotina é transferida para o feto durante toda a gravidez; o feto é exposto a concentrações mais altas de nicotina do que a mãe. O uso de cigarros ou gomas de nicotina durante o terceiro trimestre da gravidez tem sido associado a movimentos respiratórios diminuídos no feto.
INTERAÇÃO MEDICAMENTO-LACTAÇÃO				
MEDICAMENTO	GRAVIDADE	DOCUMENTAÇÃO	O QUE PODE OCORRER	CONDUTA CLÍNICA
LACTAÇÃO	Contraindicado	Desconhecido	Evidências e/ou consenso de especialistas demonstraram efeitos nocivos do lactente quando a nicotina é usada durante a amamentação. Uma alternativa à nicotina deve ser prescrita ou os pacientes devem ser aconselhados a descontinuar a amamentação.	A nicotina é excretada no leite materno em pequenas quantidades que geralmente não são clinicamente importantes. O ato de fumar pela mãe pode causar náusea ou vômito no lactente, bem como mudanças comportamentais. A nicotina concentra-se no sangue fetal, líquido amniótico e leite materno.

ANEXO B - Interações medicamentosas (continuação)

2. BUPROPIONA				
INTERAÇÃO MEDICAMENTO-MEDICAMENTO				
MEDICAMENTO	GRAVIDADE	DOCUMENTAÇÃO	O QUE PODE OCORRER	CONDUTA CLÍNICA
SELEGILINA	Contraindicado	Razoável	Aumento do risco de reação hipertensiva.	Interrupção do tratamento de desordens psiquiátricas com bupropiona e selegilina. Esse medicamento só deve ser iniciado após 14 dias do término do tratamento com bupropiona.
AMANTADINA	Importante	Razoável	Toxicidade no SNC, com aparecimento de sinais e sintomas como: inquietação, agitação, tremor, ataxia, problemas na marcha, vertigem e tontura.	Evitar o uso concomitante de bupropiona e amantadina.
ARIPIRAZOL	Importante	Razoável	Aumento da concentração plasmática de Aripirazol devido à inibição do seu metabolismo hepático pela bupropiona.	Redução da dose de aripirazol.
CARBAMAZEPINA	Importante	Razoável	Diminuição da disponibilidade da bupropiona e do seu metabólito.	Aumento da dose de bupropiona.
DABRAFENIB	Importante	Razoável	Diminuição da disponibilidade da bupropiona e do seu metabólito.	Aumento da dose de bupropiona.
DOXIRRUBICINA	Importante	Razoável	Aumento da concentração plasmática de doxirrubicina.	Evitar o uso concomitante de doxirrubicina e bupropiona.
EFAVIRENZ	Importante	Razoável	Redução da concentração plasmática de bupropiona e do seu metabólito hidroxibupropiona.	Ajuste de dose (aumento) da bupropiona.
FENITOÍNA	Importante	Razoável	Aumento do metabolismo hepático da bupropiona com consequente redução de disponibilidade do fármaco e do seu metabólito (hidroxibupropiona).	Aumento da dose de bupropiona.

ANEXO B - Interações medicamentosas (continuação)

2. BUPROPIONA				
INTERAÇÃO MEDICAMENTO-MEDICAMENTO				
MEDICAMENTO	GRAVIDADE	DOCUMENTAÇÃO	O QUE PODE OCORRER	CONDUTA CLÍNICA
FENOBARBITAL	Importante	Razoável	Diminuição da disponibilidade da bupropiona e do seu metabólito.	Ajuste de dose (aumento) da bupropiona.
LEVODOPA	Importante	Razoável	Toxicidade no SNC, com aparecimento de sinais e sintomas como: inquietação, agitação, tremor, ataxia, problemas na marcha, vertigem e tontura.	Evitar o uso de levodopa e bupropiona.
LINEZOLIDA	Importante	Razoável	Aumento do risco de reação hipertensiva. Por sinergismo da inibição da monoamina oxidase (tipo A e B).	Descontinuar o tratamento com bupropiona pelo menos 14 dias antes de iniciar linezolida. Em situações emergenciais, interromper o tratamento com bupropiona e avaliar risco benefício do uso da linezolida (monitorar o paciente por duas semanas). Após o término do tratamento com linezolida, a bupropiona pode ser iniciada após 24h.
LOPINAVIR	Importante	Razoável	Diminuição da concentração plasmática de bupropiona e do seu metabólito hidroxibupropiona.	Ajustar a dose deste fármaco até que a resposta adequada seja alcançada.
METILFENIDATO	Importante	Razoável	Aumento do risco de convulsões.	Monitorar o paciente e em casos de crises convulsivas, suspender os dois medicamentos.
METOCLOPRAMIDA	Importante	Razoável	Aumento do risco de efeitos extrapiramidais.	Monitorar o paciente, caso apresente sinais e sintomas de reações extrapiramidais, descontinuar o uso de metoclopramida.

ANEXO B - Interações medicamentosas (continuação)

2. BUPROPIONA				
INTERAÇÃO MEDICAMENTO-MEDICAMENTO				
MEDICAMENTO	GRAVIDADE	DOCUMENTAÇÃO	O QUE PODE OCORRER	CONDUTA CLÍNICA
MOCLOBEMIDA	Importante	Razoável	Aumento do risco de reação hipertensiva.	Interrupção do tratamento de desordens psiquiátricas com bupropiona e moclobemida. Este medicamento só deve ser iniciado após 14 dias do término do tratamento com bupropiona.
NORTRIPTILINA	Importante	Boa	Aumento da concentração plasmática de Nortriptilina.	Quando a nortriptilina já estiver em uso e for necessário iniciar bupropiona, a dose de nortriptilina deve ser reduzida.
RITONAVIR	Importante	Boa	Diminuição da concentração plasmática de bupropiona e aumento da concentração plasmática de ritonavir.	Ajustar a dose deste fármaco até que a resposta adequada seja alcançada.
TEOFILINA	Importante	Boa	Aumento da concentração plasmática de teofilina.	Iniciar o tratamento com doses baixas de teofilina e aumentar gradualmente até resposta clínica desejada.
TICLOPIDINA	Importante	Razoável	Aumento da disponibilidade da bupropiona e diminuição da biodisponibilidade do metabólito ativo hidroxibupropiona.	Ajuste de dose da bupropiona (aumento) de acordo com a resposta terapêutica.
TRANILCIPROMINA	Importante	Razoável	Aumento do risco de reação hipertensiva.	Interrupção do tratamento de desordens psiquiátricas com bupropiona e tranilcipromina. Este medicamento só deve ser iniciado após 14 dias do término do tratamento com bupropiona.
VORTIOXETINA	Importante	Razoável	Aumento da disponibilidade de vortioxetina.	Redução da dose de vortioxetina pela metade.

ANEXO B - Interações medicamentosas (continuação)

2. BUPROPIONA				
INTERAÇÃO MEDICAMENTO-EXAMES LABORATORIAIS				
MEDICAMENTO	GRAVIDADE	DOCUMENTAÇÃO	O QUE PODE OCORRER	CONDUTA CLÍNICA
TESTE DE ANFETAMINA NA URINA	Moderada	Excelente	O uso de bupropiona pode resultar em resultado falso-positivo de teste de anfetamina na urina por reatividade cruzada devido à semelhança estrutural entre anfetamina e bupropiona e seus metabólitos.	Apenas métodos mais específicos, como a técnica de espectrometria de massa com cromatografia gasosa, serão capazes de distinguir entre bupropiona e anfetamina.
INTERAÇÃO MEDICAMENTO-GRAVIDEZ				
MEDICAMENTO	GRAVIDADE	DOCUMENTAÇÃO	O QUE PODE OCORRER	CONDUTA CLÍNICA
GRAVIDEZ	Moderada	Desconhecido	A bupropiona é classificada como US FDA Categoria C. Estudos em animais mostraram um efeito adverso e não há estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas. Não foram realizados estudos em animais e não existem estudos adequados e bem controlados em mulheres grávidas.	Alguns estudos apontam para risco aumentado de defeitos cardíacos congênitos e aumento na taxa de abortos espontâneos. A bupropiona deve ser utilizada durante a gravidez apenas após ter a relação risco/benefício avaliada (benefício materno e o risco fetal). Gestantes devem ser incentivadas a usar intervenções não farmacológicas para a cessação do tabagismo antes do uso de bupropiona. O risco de tratamento inadequado da depressão durante a gravidez e pós-parto também deve ser considerado.

ANEXO B - Interações medicamentosas (continuação)

2. BUPROPIONA				
INTERAÇÃO MEDICAMENTO-LACTAÇÃO				
MEDICAMENTO	GRAVIDADE	DOCUMENTAÇÃO	O QUE PODE OCORRER	CONDUTA CLÍNICA
LACTAÇÃO	Importante	Desconhecido	De acordo com a Academia Americana de Pediatria, bupropiona tem efeitos desconhecidos e pode ser motivo de preocupação durante a amamentação.	A bupropiona e os seus metabólitos são excretados no leite materno. O potencial para efeitos adversos no lactente da exposição à droga é desconhecido; no entanto, recomenda-se precaução e deve-se decidir sobre a interrupção da amamentação ou descontinuação do fármaco, tendo em vista o benefício materno com o uso da bupropiona. Se o tratamento antidepressivo for usado em mães lactantes, a monoterapia é preferível à terapia combinada para minimizar a exposição infantil, e a criança deve ser monitorada de perto quanto a efeitos adversos ou toxicidade.
INTERAÇÃO MEDICAMENTO-ÁLCOOL				
MEDICAMENTO	GRAVIDADE	DOCUMENTAÇÃO	O QUE PODE OCORRER	CONDUTA CLÍNICA
ETANOL	Importante	Boa	O uso concomitante de bupropiona e ETANOL pode resultar em aumento do risco de convulsões, eventos neuropsiquiátricos ou redução da tolerância ao álcool.	A ingestão de etanol deve ser minimizada, e, preferencialmente, evitada completamente, em pacientes que recebem bupropiona.

Fontes: MICROMEDEX, acessado em: 05 de abril de 2019



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**
