2021

Livro Digital



ABORDAGEM E TRATAMENTO DO TABAGISMO



UNIDADE 4

APOIO MEDICAMENTOSO

Autora:
Leila John Marques Steidle

Unidade 4

Objetivos da unidade:

- ✓ Descrever o tratamento medicamentoso do tabagismo com base nas atuais evidências científicas;
- ✓ Revisar e atualizar os principais fármacos utilizados no manejo do tratamento do tabagismo na prática clínica.

Apresentação da unidade

Esta unidade destaca a importância do apoio medicamentoso e apresenta as principais drogas com suas posologias, formas de apresentação, combinações, contraindicações e efeitos colaterais. Inicialmente descreveremos os medicamentos de primeira linha e, na sequência, os demais medicamentos com possibilidade de uso na prática. Também discutiremos o tempo de tratamento e o manejo na recaída do tabagista. Adicionalmente, apresentaremos informações sobre os dispositivos eletrônicos para fumar e destacaremos o manejo do tratamento em grupos especiais.

4.1 Introdução

Conforme vimos nas unidades anteriores, o tabagismo é um grave problema de saúde pública causado pela dependência da nicotina. É uma doença crônica de proporções pandêmicas que mata anualmente oito milhões de pessoas no mundo e demanda tratamento. Qualquer tipo de exposição ao tabaco contribui para o desenvolvimento de aproximadamente 50 doenças incapacitante e fatais. Entre elas estão a trombose, aterosclerose, doença arterial coronariana, IAM, o acidente vascular encefálico, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), enfisema pulmonar, tuberculose e câncer de pulmão. A cessação está associada a inúmeros benefícios à saúde e inclui redução do risco das referidas doenças, além do ganho de qualidade de vida. Oferecer tratamento aos fumantes é fundamental para o controle do tabagismo.

Uma vez determinado a parar de fumar, o paciente deve receber um tratamento constituído, principalmente, pelo **aconselhamento estruturado/abordagem intensiva realizado por profissionais treinados, associado a medicamentos**, sempre que possível. **As duas formas em conjunto são os pilares do tratamento e consistem em uma estratégia mais eficaz do que somente o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva ou a farmacoterapia isolada.**

Fiore *et al*. (2008) afirma que todos os fumantes devem receber tratamento baseado em evidências, incluindo apoio farmacológico, para auxiliar na cessação (REICHERT *et al*., 2008; FIORE *et al*., 2008). No entanto, como o próprio nome diz, trata-se de um “apoio”. Os fármacos entram neste contexto como um suporte à abordagem comportamental à medida que contribuem para diminuir os sintomas da abstinência e tornam menos desconfortável o alcance do objetivo final, ou seja, a cessação.

Não há recomendação do uso de nenhum dos medicamentos relacionados nesta unidade como estratégia única. Intervir na mudança do comportamento do tabagista é fundamental para o sucesso terapêutico da doença tabagismo. Vale ressaltar que o tratamento dessa dependência também necessita de um acompanhamento para observar lapsos e recaídas. De modo geral, não é tarefa fácil, uma vez que a adesão ao tratamento não é alta e muitas vezes diversos fumantes tentam cessar por cerca de quatro a seis vezes até abandonarem completamente o fumo. No entanto, trata-se de uma das maiores medidas custo-efetiva em saúde. Atualmente, o tratamento do tabagismo pode ser realizado gratuitamente em qualquer nível de atenção do SUS. Devido à sua capilaridade, a APS permite um maior alcance territorial e populacional.

Os medicamentos recomendados para a cessação do tabagismo podem ser classificados em fármacos de primeira linha, ou seja, são aqueles que demonstram melhores respostas terapêuticas nos estudos publicados, com mais evidência científica e elevada eficácia e menos efeitos adversos (EA). As opções de primeira linha são utilizadas de forma prioritária e incluem a terapia de reposição de nicotina (TRN) - adesivo transdérmico, goma e pastilhas -, e medicamentos ditos não nicotínicos como a bupropiona e a vareniclina. As demais drogas são recomendadas em situações de insucesso ou efeitos colaterais evidentes com as opções iniciais, por apresentarem menor eficácia. A nortriptilina e a clonidina são exemplos desse grupo.

Diversos aspectos de diretrizes internacionais e nacionais recentemente publicadas com recomendações sobre o tratamento medicamentoso do tabagismo serão abordados nesta unidade. O leitor encontrará várias "**notas importantes"** baseadas principalmente no atual Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Tabagismo aprovado em abril de 2020 pelo Ministério da Saúde por recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e com coordenação do INCA. (USPSTF *et al.*, 2021; LEONE *et al.*, 2020; HHS, 2020; PRÉCOMA *et al.*, 2019; ENSP, 2020; BRASIL, 2020)

Os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas são resultados de consensos técnico-científicos e são formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade e precisão de indicação. O PCDT 2020 orienta e auxilia o tratamento que é oferecido no SUS (Quadro 1). A medicação deve ser dispensada para os usuários que estejam participando do aconselhamento estruturado. O tempo de tratamento total sugerido é de 12 meses e envolve as etapas de avaliação, intervenção e manutenção da abstinência.

Quadro 1: Medicamentos para tratamento da dependência à nicotina disponíveis no SUS.

Denominação genérica	Forma de apresentação	Posologia	Modo de usar
Terapia de Reposição de Nicotina Combinada (CTRN)	Adesivos transdérmicos 7mg, 14mg e 21mg (liberação lenta) Gomas de mascar 2mg (liberação rápida) Pastilhas 2mg (liberação rápida)	Adesivos: 1ª a 4ª semana: adesivo de 21mg a cada 24 horas; 5ª a 8ª semana: adesivo de 14mg a cada 24 horas; 9ª a 12ª semana: adesivo de 7mg a cada 24 horas. Posologia condicionada ao número de cigarros fumados/dia. + Gomas/pastilhas: Uso indicado nos momentos de maior fissura. A boa prática clínica recomenda que não ultrapasse a quantidade de 5 gomas/pastilhas de 2mg/dia de nicotina.	Deve-se aplicar o adesivo pela manhã, em áreas cobertas (parte superior do tórax ou regiões anteriores, posteriores e superiores laterais do braço). Fazer rodízio entre os locais e trocar na mesma hora do dia. Evitar exposição solar no local. Deve-se mascar a goma, sem parar, por 30 minutos, até o surgimento de um sabor forte ou uma leve sensação de formigamento. Nesse momento, deve-se parar de mascar. A goma deve ser mantida entre a bochecha e a gengiva por aproximadamente 2 minutos ou até que desapareça o sabor ou o formigamento (tempo necessário para absorver a nicotina). Voltar a mascar lentamente a goma, repetindo o processo, por 30 minutos, para uma segunda liberação de nicotina. Além disso, antes do uso da goma, é indicado ingerir um copo de água para neutralizar o pH bucal e para remoção de resíduos alimentares. Deve-se mover a pastilha, de um lado para o outro da boca, repetidamente, até dissolver, o que leva em torno de 20 a 30 minutos. A pastilha não deve ser partida, mastigada ou engolida inteira. Não se deve comer ou beber enquanto estiver com a pastilha na boca.
Cloridrato de Bupropiona	Comprimido 150mg	1º ao 3º dia de tratamento: 1 comprimido de 150mg pela manhã; 4º ao 84º dia de tratamento: 1 comprimido de 150mg pela manhã e outro de 150mg após oito horas da primeira tomada. A dose máxima recomendada é de 300mg/dia de cloridrato de bupropiona, dividida em duas tomadas de 150mg.	Os comprimidos devem ser engolidos inteiros, não podem ser partidos, triturados e nem mastigados. Pois isso pode aumentar a chance de eventos adversos, inclusive convulsões. O intervalo de oito horas entre a 1ª e a 2ª dose deve ser respeitado. Recomenda-se não fazer uso da 2ª dose após as 16 horas, pelo risco de insônia. **Medicamento sujeito a prescrição médica e controle especial, conforme preconizado pela Portaria SVS n.º 344, de 12 de maio de 1998.**
Terapia de Reposição de Nicotina Isolada (TRN)	Adesivos transdérmicos 7mg, 14mg e 21mg (liberação lenta)	1ª a 4ª semana: adesivo de 21mg a cada 24 horas; 5ª a 8ª semana: adesivo de 14mg a cada 24 horas; 9ª a 12ª semana: adesivo de 7mg a cada 24 horas. Posologia condicionada ao número de cigarros fumados/dia.	Deve-se aplicar o adesivo pela manhã, em áreas cobertas (parte superior do tórax ou regiões anteriores, posteriores e superiores laterais do braço). Fazer rodízio entre os locais e trocar na mesma hora do dia. Evitar exposição solar no local.
	Goma de mascar 2mg (liberação rápida)	1ª a 4ª semana: 1 goma de 2mg a cada 1 a 2 horas; 5ª a 8ª semana: 1 goma de 2mg a cada 2 a 4 horas; 9ª a 12ª semana: 1 goma de 2 mg a cada 4 a 8 horas. A quantidade máxima é de 15 gomas de 2mg de nicotina/dia.	Deve-se mascar a goma, sem parar, por 30 minutos, até o surgimento de um sabor forte ou uma leve sensação de formigamento. Nesse momento, deve-se parar de mascar. A goma deve ser mantida entre a bochecha e a gengiva por aproximadamente 2 minutos ou até que desapareça o sabor ou o formigamento (tempo necessário para absorver a nicotina). Voltar a mascar lentamente a goma, repetindo o processo, por 30 minutos, para uma segunda liberação de nicotina. Além disso, antes do uso da goma, é indicado ingerir um copo de água para neutralizar o pH bucal e para remoção de resíduos alimentares.
	Pastilha 2mg (liberação rápida)	1ª a 4ª semana: 1 pastilha de 2mg a cada 1 a 2 horas; 5ª a 8ª semana: 1 pastilha de 2mg a cada 2 a 4 horas; 9ª a 12ª semana: 1 pastilha de 2 mg a cada 4 a 8 horas. A quantidade máxima é de 15 pastilhas de 2mg de nicotina/dia.	Deve-se mover a pastilha, de um lado para o outro da boca, repetidamente, até dissolver, o que leva em torno de 20 a 30 minutos. A pastilha não deve ser partida, mastigada ou engolida inteira. Não se deve comer ou beber enquanto estiver com a pastilha na boca.

Fonte: Brasil, 2020 (adaptado).

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovações em Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. CONITEC: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo – Relatório de Recomendação, No 520 (Internet). Brasília – DF; março de 2020.

Saiba mais:

Saiba mais sobre o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo – Relatório de Recomendação, nº 520 (Internet). Brasília – DF; março / 2020 clicando aqui.

4.2 Tratamento Medicamentoso do Tabagismo

De modo geral, o apoio medicamentoso pode ser oferecido àquele fumante que está realmente determinado a cessar o tabagismo e quer utilizar remédios. Na prática, devido ao sucesso terapêutico, existem muito mais situações de recomendação do que não recomendação dos fármacos. Os fumantes que querem cessar devem ser encorajados a usar medicações nas condições potenciais descritas abaixo:

1) Usuários de cinco ou mais cigarros por dia;
2) Usuários do primeiro cigarro até uma hora após acordar;
3) Usuários com Teste de Fagerström ≥ a 4 (ver Unidade 2);
4) Usuários com tentativas prévias de aconselhamento estruturado isolado sem sucesso devido a sintomas de abstinência intensos;
5) Critério médico.

O uso dos fármacos não é recomendado para tabagistas que apresentem contraindicações clínicas para o tratamento medicamentoso e nem para aqueles que optarem pelo não uso de medicamento (mesmo com o devido esclarecimento), independentemente da carga tabágica (número de cigarros/dia ou anos de tabagismo) e do grau de dependência à nicotina.

Vale ressaltar mais uma vez que a associação das duas formas de tratamento é mais eficaz do que somente o aconselhamento estruturado ou a farmacoterapia isolada. No entanto, a diretriz brasileira 2020 destaca algumas situações nas quais os medicamentos não são utilizados inicialmente. O uso do aconselhamento estruturado é preconizado sem medicamentos em uma ou mais das condições 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.

4.3 Medicamentos de primeira linha

4.3.1 Terapia de Reposição de Nicotina (TRN)

A TRN é utilizada desde a década de 80 e trata-se da terapia mais estudada e empregada no mundo para a cessação do tabagismo. Seu mecanismo de ação é baseado no fornecimento de nicotina, ao SNC, em doses seguras, controladas e progressivamente menores. Em algumas semanas de tratamento ocorre uma dessensibilização dos receptores de nicotina. A absorção se dá através da circulação sanguínea.

A partir do efeito "sensação de recompensa", semelhante à encontrada durante o ato de fumar, ocorre uma diminuição dos sintomas desconfortáveis da Síndrome de Abstinência (SA), redução da fissura e aumento da aderência do fumante ao tratamento. A TRN auxilia o paciente a passar pelo período mais crítico da abstinência. O profissional de saúde deve transmitir segurança ao paciente e explicar que ele estará exposto a quantidades cada vez menores de nicotina com o objetivo final de interromper o uso do tabaco, sem causar dependência.

A TRN pode ser de liberação lenta, como os adesivos transdérmicos que liberam a nicotina de forma constante nas 24 horas e alcançam máxima concentração plasmática em 8-10 horas. As formas classificadas por sua liberação rápida (gomas, pastilhas, comprimidos sublinguais, sprays nasais e inaladores) atingem picos de concentração da nicotina em tempo médio de 20 minutos. No Brasil são disponibilizadas no formato de adesivos, gomas e pastilhas. É importante lembrar que nenhuma das TRNs fornece nicotina ao SNC na mesma velocidade que o cigarro fumado.

Qualquer forma de TRN é considerada medicamento de primeira linha com evidências nível A para aumento significativo da taxa de cessação do tabagismo (HARTMANN-BOYCE *et al*., 2018.).

A escolha do tipo, da dosagem e o esquema da TRN devem ser discutidos com o paciente**. É importante alertar o paciente de que o início da TRN seja realizado na mesma data do dia "D" marcado para a cessação**. A TRN não deve ser usada de forma concomitante com o cigarro ou outros derivados de tabaco, pois existe risco de intoxicação. Adicionalmente, é preciso destacar que o acompanhamento do tabagista e do seu comportamento também é fundamental (REICHERT *et al*., 2008; BRASIL, 2020; HARTMANN-BOYCE *et al*., 2018; FRANCO; LOPES, 2021).

Adesivos de Nicotina Transdérmicos

Estão disponíveis nas apresentações de 7, 14 e 21 mg e liberam a nicotina lentamente. Devem ser aplicados sobre a pele seca e limpa, uma vez por dia, pela manhã (ao despertar), em áreas do corpo sem pelos e sem cremes ou pomadas. Devem ser trocados a cada 24 horas em rodízio dos locais de aplicação (REICHERT *et al*., 2008; BRASIL, 2020; HARTMANN-BOYCE *et al*., 2018; FRANCO; LOPES, 2021). Os adesivos não devem ser cortados. A prescrição é feita com receita simples. As doses iniciais dos adesivos de nicotina transdérmicos estão descritas a seguir, conforme recomenda o PCDT (BRASIL, 2020):

De 6 a 10 cigarros/dia: iniciar com adesivo de 7mg/dia.

De 11 a 19 cigarros/dia: iniciar com adesivo de 14mg/dia.

Vinte (20) ou mais cigarros/ dia: iniciar com adesivo de 21 mg/dia.

*Considerar aproximadamente 1 mg de nicotina para cada cigarro fumado.

* Abaixo de 5 cigarros/dia - Iniciar com outra forma de TRN que não seja o adesivo.

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

Doses maiores que as necessárias aumentam a intensidade dos efeitos colaterais, enquanto o uso de doses insuficientes pode acarretar menor eficácia da TRN e maior chance de recaída. Tabagistas de mais de 20 cigarros/dia e que apresentam dificuldade para reduzir o número de cigarros, mas que estão motivados a parar de fumar, são candidatos ao uso de mais de um adesivo, conforme orientação a seguir. As prescrições combinadas podem ser feitas de acordo com a quantidade de cigarros fumados e a intensidade dos sintomas de abstinência a nicotina, conforme recomenda o PCDT 2020 (BRASIL, 2020):

Fuma mais de 40 cigarros por dia:
21 mg + 21 mg/dia.

Fuma acima de 30 a 40 cigarros por dia:
21 mg + 14 mg/dia.

Fuma acima de 20 a 30 cigarros por dia:
21 mg + 7 mg/dia.

A dose inicial pode variar entre os pacientes, pois está baseada na necessidade cerebral da nicotina. Pacientes tabagistas com DPOC e sinais de SA podem necessitar de até 42 mg (dois adesivos de 21 mg).

As reduções das doses dos adesivos devem ser progressivas com retirada de 7mg a cada semana a depender da resposta ao tratamento e dos sintomas da SA. O tempo médio de tratamento com TRN/adesivos são três meses (12 semanas). Pode haver prorrogação de mais três meses para aqueles que tem maior dificuldade ou risco de recaída.

As contraindicações absolutas são: Infarto agudo do miocárdio (IAM) relatado nos últimos 15 dias antes do tratamento; arritmia grave; angina instável; doença cerebrovascular grave (ou acidente vascular encefálico nos últimos 15 dias); úlcera péptica ativa; doença dermatológica que interfira na absorção (ex.: psoríase; dermatites); gravidez/lactação. De modo geral os adesivos são bem tolerados. O principal efeito colateral é o aparecimento de reações cutâneas (prurido, eritema e bolhas) no local da aplicação do adesivo. Cefaleia, tontura, insônia, sonhos incomuns, náuseas, vômitos e tremores também são relatados. Palpitações e taquicardia podem ocorrer com doses mais elevadas (REICHERT *et al.*, 2008; BRASIL, 2020; HARTMANN-BOYCE *et al.*, 2018; FRANCO; LOPES, 2021).

Para auxiliar o profissional de saúde, o Quadro 1 contém informações sobre a apresentação, posologia e modo de uso dos adesivos transdérmicos.

Gomas de mascar e pastilhas de nicotina (ou nicotina oral)

As apresentações de 2 e 4 mg são atualmente comercializadas, liberam a nicotina de forma rápida (início em 2-3 minutos e atingem picos de ação em 20 minutos) e seu efeito tem curta duração (menor que 24 horas). Desta forma são mais efetivas para alívio imediato da fissura e dos sintomas da AS (REICHERT *et al*., 2008; BRASIL, 2020; HARTMANN-BOYCE *et al*., 2018; FRANCO; LOPES, 2021). No SUS estão disponíveis as apresentações de 2mg. A absorção da nicotina com o uso das pastilhas pode ser acima de 90%. A prescrição é feita com uma receita simples.

A goma deve ser mascada vigorosamente até produzir um formigamento na boca. A partir daí deve-se colocar a goma entre a bochecha e a gengiva até que a sensação de formigamento e o sabor desapareçam, quando o processo de mastigação deve ser reiniciado. Repetir esse processo por 30 minutos.

As pastilhas devem ser dissolvidas naturalmente na boca por cerca de 20 a 30 minutos, sem ser mastigada, chupada, cortada ou engolida. Esta TRN contém aspartame não deve ser utilizada em pacientes com fenilcetonúria. Antes do uso da goma recomenda-se ingerir água para remover resíduos alimentares. A absorção de nicotina por meio das pastilhas é mais rápida do que a goma.

Durante o uso das gomas/pastilhas e até 15 a 30 minutos após, deve-se evitar a ingestão de alimentos ou líquidos. Podem ser consumidas até 15 gomas/pastilhas/ por dia. Em fumantes altamente dependentes há maior benefício na utilização de 4 mg/dose de goma de nicotina em comparação com 2 mg. Um paciente fumante de 20 cigarros/dia pode receber a seguinte orientação como exemplo (goma ou pastilha) de tratamento isolado (BRASIL, 2020):

1º mês 4mg (2 x 2mg) a cada 1 a 2 horas

2º mês 2mg a cada 2 a 4 horas

3º mês 2mg a cada 4 a 8 horas

Para aqueles fumantes de até 5 cigarros/dia existe a recomendação de goma ou pastilha isoladamente para controle da fissura. Nesses casos, não se recomenda ultrapassar 5 gomas/pastilhas de 2 mg ou 3 gomas/pastilhas de 4 mg.

O tempo de tratamento deve ser de três meses (12 semanas) em doses progressivamente menores. Existem relatos de que um pequeno percentual de pacientes que utilizam a goma/pastilha pode apresentar dificuldade em deixar a TRN ao final do tratamento. Até o momento não está esclarecido se é uma forma nova de dependência ou se a dependência iniciada pelo tabaco fumado fica sustentada nesses casos.

As contraindicações absolutas incluem: IAM relatado nos últimos 15 dias antes do tratamento; arritmia grave; angina instável; doença cerebrovascular grave; úlcera péptica ativa. As contraindicações relativas são: comprometimento da articulação temporomandibular ou distúrbios que prejudiquem a mastigação; comprometimento de próteses dentárias móveis; lesões de mucosa oral; inflamação das cordas vocais (REICHERT *et al*., 2008; BRASIL, 2020; HARTMANN-BOYCE *et al*., 2018; FRANCO; LOPES, 2021).

As pastilhas são mais bem toleradas do que as gomas. Na prática, observa-se uma menor aderência ao tratamento com as gomas.

Não há evidências de que a TRN, em qualquer forma de apresentação, esteja relacionada a efeitos adversos graves, incluindo morte. Os EAs das gomas/pastilhas são: lesões na mucosa oral, aftas, produção de saliva em excesso (sialorreia), soluços, dor na articulação temporomandibular (musculatura da mandíbula relacionada com o processo mastigatório intenso e repetitivo relacionado com o uso da goma), cefaleia, vômitos e amolecimentos dos dentes (REICHERT *et al*., 2008; BRASIL, 2020; HARTMANN-BOYCE *et al*., 2018; FRANCO; LOPES, 2021).

Para adequada prescrição de acordo a apresentação, posologia e modo de usar das gomas e pastilhas, aconselha-se a consulta do Quadro 1.

Terapia de Reposição de Nicotina Combinada (TRNC)

Após a apresentação das formas disponíveis de TRN, vale ainda assinalar que essa terapia pode ser utilizada isoladamente, quando apenas um único tipo de apresentação é selecionado para o tratamento. A TRNC é definida como a associação de adesivo transdérmico como forma de TRN de liberação lenta associada a uma forma de liberação rápida para resgate e alívio dos sintomas. Por exemplo: Adesivo + goma ou adesivo + pastilha.

Baseado em estudos recentes, o PCDT de 2020 recomenda fortemente que TRNC seja utilizada preferencialmente para o tratamento da dependência à nicotina por sua superioridade em relação ao uso de adesivo isolado, principalmente naqueles pacientes que fumam mais do que 10 cigarros/dia e/ou possuem mais sintomas de abstinência. Apesar de ser um tratamento de maior custo, a possibilidade de redução de gastos com uma taxa de cessação mais elevada torna a TRNC uma boa opção. A TRNC é superior à TRN isolada (BRASIL, 2020; HARTMANN-BOYCE *et al*., 2018; FRANCO; LOPES, 2021; LINDSON *et al*., 2019):

> Para os que tem indicação de farmacoterapia, o tratamento com Terapia de Reposição de Nicotina Combinada (TRNC) é o PREFERENCIAL por sua maior eficácia. TRNC = Adesivo (forma lenta) + goma ou pastilha (forma rápida) de liberação de nicotina.

É importante destacar que a TRN, seja isolada ou em combinação, só deve ser iniciada na data em que o paciente deixar de fumar. **As TRNs não devem ser usadas de forma concomitante com o cigarro ou outros derivados de tabaco** (BRASIL, 2020).

As combinações de adesivo + goma ou pastilha de nicotina podem ser feitas de acordo com o esquema de uso do adesivo já descrito acima para aqueles que fumam mais do que 6 cigarros/dia. Recomenda-se que não ultrapasse 5 gomas/pastilhas de 2mg/dia ou 3 gomas/pastilhas de 4 mg para redução dos sintomas de fissura quando combinadas com o adesivo transdérmico.

Para adequada prescrição de acordo a apresentação, posologia e modo de usar a TRNC, recomenda-se a consulta do Quadro 1.

4.3.2 Cloridrato de Bupropiona

O cloridrato de bupropiona é um fármaco não nicotínico de primeira linha. É da classe dos antidepressivos e é reconhecido como inibidor seletivo da recaptação de noradrenalina e dopamina. Seu mecanismo de ação ainda não é totalmente conhecido, mas ao longo do tempo constatou-se que os usuários desse medicamento apresentaram diminuição da vontade de fumar. Sua ação pode ser explicada pela inibição da recaptação neuronal da dopamina, independente do efeito antidepressivo, embora possa aliviar sintomas depressivos. Em síntese, a bupropiona diminui o ciclo de recompensa e reduz a fissura por nicotina.

A bupropiona tem absorção rápida, pico de concentração em três horas e ação lenta (meia vida de 21 horas). A metabolização é hepática e a eliminação é renal (RUSSO, 2021).

Vários estudos demonstram aumento significativo da taxa de cessação em longo prazo utilizando apenas a bupropiona (LINDSON *et al*., 2019; HUGHES *et al*., 2020; RUSSO, 2021). O atual PCDT recomenda essa droga para o tratamento de dependência à nicotina com o objetivo de amenizar os sintomas da abstinência, ele confirma com alto grau de confiança que **a bupropiona é menos eficaz que a TRNC e mais eficaz do que a TRN isolada.** Deve ser preferencialmente utilizada em monoterapia em casos de contraindicação ao uso de TRN, condicionada à existência de médico prescritor, estrutura e recursos dos serviços de saúde e características dos pacientes. O tratamento com bupropiona associada a uma TRN é mais eficaz e seguro do que o tratamento com TRN isolada (BRASIL, 2020).

Desta forma está recomendada em associação com um outro TRN, quando ocorre insucesso da TRN isolada. Ainda não existem evidências suficientes para recomendar o uso da bupropiona associada à TRNC (BRASIL, 2020; HUGHES *et al*. 2020).

A bupropiona é menos eficaz que a TRNC e mais eficaz do que a TRN isolada.

Preferencialmente usar em monoterapia nos casos de contraindicação ao uso de TRN.

A bupropiona associada a uma TRN é mais eficaz do que o tratamento com TRN isolada.

Esta associação está recomendada quando ocorre insucesso da TRN isolada.

Mulheres, fumantes com tendência a recaídas e com elevado grau de dependência podem se beneficiar desse medicamento (RUSSO, 2021).

A bupropiona é apresentada em caixas de 30 e 60 comprimidos de 150 mg de liberação prolongada. Sua posologia sugerida é: do 1º ao 3º dia: um comprimido/dia sempre pela manhã; a partir do 4º dia: dois comprimidos/dia, com intervalo de oito horas entre eles e preferencialmente à tarde (no máximo até as 17 horas), para diminuir o risco de insônia. A partir do 8º dia o paciente deverá cessar o tabagismo definitivamente (dia "D") e manter dois comprimidos/dia. Desta forma a ação do medicamento será máxima para alívio do desconforto dos sintomas de abstinência (BRASIL, 2020; RUSSO, 2021). Recomenda-se o uso por três meses (12 semanas). Está condicionada à existência de médico prescritor (receita controlada).

A bupropiona apresenta várias interações com outros medicamentos e pode sofrer interferência no seu metabolismo através da ação sobre a isoenzima CYP2B6. Fármacos como o valproato de sódio, cimetidina e ciclofosfamida comprometem a ação da bupropiona. Vale também destacar que a bupropiona pode interferir sobre o metabolismo de alguns antiarrítmicos, betabloqueadores, hipoglicemiantes, psicotrópicos e outros antidepressivos (RUSSO, 2021).

As contraindicações absolutas são: **epilepsia, qualquer história de convulsão (inclusive febril na infância)**, alterações no eletroencefalograma, bulimia, anorexia, interrupção súbita de sedativos e álcool, uso de inibidores da monoamina oxidase (IMAO) nos últimos 15 dias. Caso o paciente faça ou tenha feito uso de IMAO, como os medicamentos selegilina, fenelzina, tranicilpromina 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. As contraindicações relativas conhecidas são: hipertensão arterial não controlada, uso de cimetidina, barbitúricos, fenitoína, carbamazepina, corticoides, hipoglicemiantes orais e insulina (RUSSO, 2021).

O principal efeito colateral da bupropiona é diminuir o limiar convulsivo. Todos os episódios prévios de convulsão ou uso de outros fármacos que reduzam o limiar de crises convulsivas devem ser questionados. Insônia, cefaleia e boca seca são frequentes. Outros EAs incluem aumento da pressão arterial, náuseas, vômitos, tremores e dores abdominais. Não há evidências de EAs neuropsiquiátricos ou cardiovasculares graves com o uso da bupropiona para a cessação do tabagismo (RUSSO, 2021).

A Bupropiona deve ser iniciada 8 dias antes do dia "D" da cessação, está contraindicada em situações de risco de convulsão e necessita de prescrição médica (BRASIL, 2020; HARTMANN-BOYCE *et al*., 2018; FRANCO; LOPES, 2021; LINDSON *et al*., 2019).

1º ao 3º dia de tratamento: 1 comp. de 150 mg pela manhã; a partir do 4º dia de tratamento: 1 comp. de 150 mg pela manhã e outro de 150 mg após oito horas da primeira dose (até às 17h). A partir do 8º dia (dia "D" da cessação) manter dois comp./dia.

Não deve ser prescrita com história de episódios prévios de convulsão, ou uso de outros fármacos que reduzam o limiar de crises convulsivas devem ser rastreados. O principal efeito colateral da bupropiona é diminuir o limiar convulsivo.

Ressalta-se que para o medicamento cloridrato de bupropiona, há a necessidade de prescrição médica e guarda e dispensação sob responsabilidade de profissional farmacêutico, conforme preconiza a Portaria SVS n.º 344, de 12 de maio de 1998 – Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

Para auxiliar o profissional de saúde, o Quadro 1 contém informações sobre a apresentação, posologia e modo de usar da bupropiona.

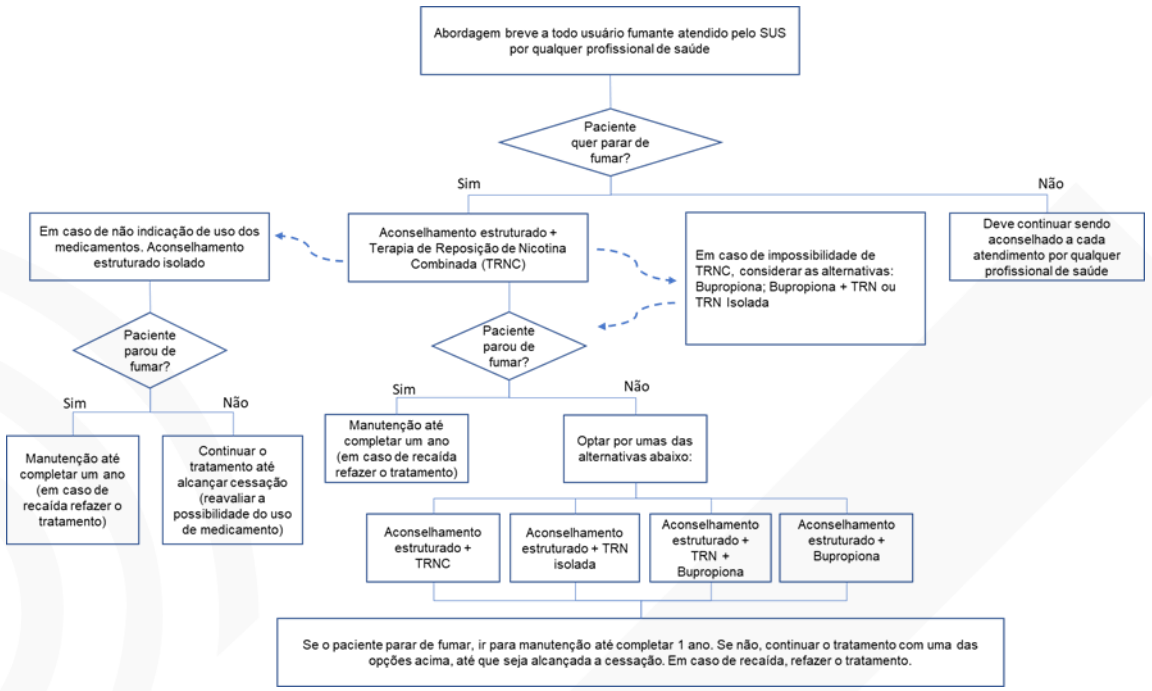
4.3.3 Fluxograma de Tratamento – PCDT 2020

O PCDT 2020 propõe um fluxograma de tratamento com base nas opções oferecidas pelo SUS: a) Adesivo transdérmico de 7, 14 e 21 mg; b) goma de mascar de 2 mg; c) pastilha de 2mg; e d) Cloridrato de bupropiona comprimido de liberação prolongada 150 mg. O tratamento com TRNC (forma lenta e rápida de liberação de nicotina) está indicado como **preferencial** por sua maior eficácia. Podem ser oferecidas como opções terapêuticas alternativas: bupropiona monoterapia, TRN isolada (adesivo, goma ou pastilha) ou bupropiona associada a uma TRN isolada. Em casos de pacientes com contraindicação ao uso de TRN, a indicação de bupropiona deve ser considerada. A TRN isolada está indicada no caso de contraindicação do uso de uma das formas e impossibilidade do uso de bupropiona (BRASIL, 2020).

Podem ser oferecidas como opções terapêuticas à TRN combinada: bupropiona isolada, TRN isolada (adesivo, goma ou pastilha) ou bupropiona associada a uma TRN isolada.

Em casos de falha terapêutica, o novo tratamento deve ser definido considerando os motivos da falha, como por exemplo: eventos adversos à terapia ou dificuldade de adesão. As possibilidades farmacológicas devem sempre ser precedidas pela avaliação individual e cuidadosa do paciente, pois somente mediante o conhecimento das características de seu quadro clínico e da dependência à nicotina será possível ao profissional a escolha do fármaco que potencializará as chances de cessação do tabagismo pelo paciente ou da contraindicação de seu uso (Figura 1) (BRASIL, 2020).

Figura 1: Fluxograma de tratamento da dependência à nicotina modificado do Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para tratamento do Tabagismo (PCDT 2020).



Fonte: Brasil, 2020.

4.3.4 Vareniclina

A vareniclina é uma medicação de primeira linha dirigida ao tabagismo e desenvolvida para estimular parcialmente os receptores cerebrais nicotínicos colinérgicos α4β2, onde a nicotina atua. Simula cerca de 50% do efeito da ativação do sistema de recompensa da nicotina. É capaz de contrabalançar a queda na dopamina no sistema límbico relacionada com a abstinência da nicotina. O fármaco age de maneira modular ao impedir que a nicotina se ligue completamente ao receptor e ao provocar uma liberação parcial de dopamina. Ocorre uma redução da sensação de satisfação ao fumar, da fissura e dos sintomas da abstinência. Mesmo que o paciente fume, a sensação de recompensa associada ao tabagismo não será a mesma.

A vareniclina é importante opção no tratamento de cessação do tabagismo. Auxilia na diminuição dos sintomas de abstinência e no aconselhamento estruturado comportamental. A atual diretriz americana de 2020 recomenda essa droga como a melhor opção para iniciar o tratamento do tabagismo (LEONE *et al*., 2020). Destaca que é superior em relação à bupropiona ou ao uso de adesivo transdérmico isolado (LINDSON-HAWLEY; THOMPSON; BEGH, 2015). A combinação de vareniclina com bupropiona ou vareniclina com TRN parecem ser promissoras, no entanto ainda faltam estudos que comprovem esses benefícios.

No Brasil, a vareniclina não é disponível no SUS e passa por período de desabastecimento temporário devido a dificuldades com o processo regulatório do local de fabricação do produto.

Em 2019, um relatório técnico foi submetido à avaliação da CONITEC com decisão inicial pela não incorporação da vareniclina como alternativa de tratamento (BRASIL, 2019). O PCDT 2020 não avaliou o papel desse medicamento no tratamento do tabagismo. Trata-se de uma opção que poderá ser incluída em futura revisão desse protocolo.

A vareniclina apresenta um pico de ação entre três e quatro horas e meia vida de 24 horas. Geralmente é iniciada cerca de oito dias antes do dia marcado para a cessação (dia D). Sua apresentação é de comprimidos de 0,5 mg e 1,0 mg. A posologia deve ser titulada nas primeiras semanas conforme o esquema: dias um a três: um comprimido de 0,5 mg dia pela manhã; do dia 4 a 8: um comprimido (0,5 mg), duas vezes ao dia; a partir do dia oito (dia D): dois comprimidos (1,0 mg), duas vezes ao dia até o término do tratamento. A duração habitual do tratamento é de três meses. Pacientes com insuficiência renal grave devem reduzir a dose máxima preconizada para 1 mg pela manhã.

A vareniclina apresenta menos interações medicamentosas do que a bupropiona. O uso em associação com a cimetidina pode aumentar a concentração da vareniclina em até 30% por provável redução da eliminação renal. No entanto, não se recomenda ajuste de dose. O uso em associação com a cimetidina aumenta a concentração desta droga em 30%. É importante ressaltar que estudos mais recentes não confirmaram as descrições iniciais de associação da vareniclina com ideação e comportamentos suicidas. O estudo EAGLES de 2016, considerado o maior estudo já realizado em tratamento do tabagismo, com mais de 6000 pacientes fumantes (psiquiátricos e não psiquiátricos), demonstrou que a vareniclina é segura e não está associada a um aumento de intercorrências psiquiátricas e graves (ANTHENELLI *et al*., 2016). No entanto, seu uso deve ser cauteloso em pacientes com doenças psiquiátricas previamente estabelecidas.

Adicionalmente, a vareniclina apresenta segurança cardiovascular sem elevar os riscos de doenças cardíacas graves durante o tratamento. A maior contraindicação é ter hipersensibilidade à vareniclina. Os principais efeitos colaterais descritos são: náuseas (20%), insônia e sonhos anormais.

4.4 Outros Medicamentos

4.4.1 Nortriptilina

O uso de medicações antidepressivas por tabagistas está baseado em três pilares: a depressão é mais frequentes em fumantes do que em não fumantes; a ausência da nicotina tem efeito depressivo; e os antidepressivos atuam em neurotransmissores e receptores cerebrais ligados à dependência nicotínica.

A nortriptilina é um antidepressivo bem conhecido usado há vários anos e de baixo custo, considerado de segunda linha para o tratamento do tabagismo. Atua com bloqueio na recaptação de noradrenalina e/ou serotonina e aumento das concentrações de neurotransmissores. Uma análise recente, com inclusão de dez estudos, demonstrou aumento evidente na taxa de abstinência ao fumo com a utilização da nortriptilina (HOWES *et al*., 2020). O atual PCDT optou por

recomendar somente os medicamentos considerados de 1ª linha e avalia a inclusão da nortriptilina em futuras revisões dessa diretriz (BRASIL, 2020).

As atuais características de eficácia, boa tolerância, disponibilidade no SUS (para tratamento de depressão e dor crônica) e efeitos colaterais comparáveis aos da bupropiona, torna essa droga uma opção a ser considerada na impossibilidade do uso ou do **insucesso** dos fármacos de primeira linha (HOWES *et al*., 2020).

As apresentações são em cápsulas de 10, 2, 50 e 75 mg. Deve ser iniciada duas a três semanas antes da data marcada para a cessação (dia D) e usada em doses crescentes até 75 a 100mg por dia, conforme a tolerância do fumante. O tempo de tratamento é de 12 semanas (HOWES *et al*., 2020).

Dentre as interações medicamentosas destaca-se o uso de fármacos que prolongam o intervalo QTc, pois podem aumentar o risco de arritmia. Um eletrocardiograma deve ser solicitado antes de iniciar o tratamento, principalmente naqueles com história de arritmias. Está contraindicada em: IAM recente (< 15 dias), arritmia grave, uso de inibidores da MAO (nos últimos 14 dias) e uso de linezolida. Os efeitos colaterais mais frequentes são: sonolência, boca seca, cansaço, visão turva, constipação, aumento do apetite, retenção urinária e dificuldade de concentração.

4.4.2 Outros Antidepressivos e Ansiolíticos

Até o momento, não há evidência de eficácia para recomendar a utilização de outros antidepressivos ou medicamentos da classe dos ansiolíticos (diazepam, buspirona ou meprobamato) para tratamento da cessação do tabagismo. São necessários mais estudos para responder sobre os benefícios dessas medicações sobre a cessação.

4.4.3 Clonidina

A clonidina é um agonista dos receptores alfa-2 adrenérgicos no SNC, com efeito hipotensor intenso. Apesar dos estudos promissores no passado, é atualmente considerada medicamento de segunda linha e de eficácia limitada para a cessação do tabagismo. Os efeitos adversos, como sonolência, fadiga e boca seca também limitam o uso da clonidina como opção para o tratamento da dependência à nicotina.

4.5 Tratamento Pré-cessação

Consiste no início de tratamento medicamentoso antes da data marcada para interromper o tabagismo. Essa forma de terapia ainda é controversa, mas provavelmente auxilia na redução do número de cigarros, na percepção de recompensa, nos sintomas de abstinência e da fissura (REICHERT *et al*., 2008). Alguns estudos sugerem que o uso da TRN por duas a quatro semanas

anterior à data de parada “parece” aumentar a taxa de cessação quando comparado ao início no dia da cessação (BRASIL, 2020; LINDSON *et al*., 2019).

O PCDT 2020 sugere o uso de adesivo em um período curto anterior à data de parada, pois pode aumentar a cessação em seis meses quando comparado ao início da utilização no dia da cessação (BRASIL, 2020). Essa estratégia deve ser individualizada e pode beneficiar principalmente dois grupos: tabagistas que não estão motivados a parar de fumar e aceitam reduzir o número de cigarros fumados; e aqueles que estão inseguros para interromper o tabagismo (REICHERT *et al*., 2008; LINDSON *et al*., 2019).

Conforme já citado anteriormente, fármacos como a bupropiona, vareniclina e a nortriptilina são exemplos de tratamento pré-cessação e devem ser iniciados antes da data marcada para a cessação habitualmente. O uso da vareniclina por períodos maiores (quatro a seis semanas antes da cessação) ainda é controverso. No entanto a diretriz americana de 2020 recomenda o início da vareniclina antes da cessação, mesmo naqueles que não estão prontos para ela (LEONE *et al*., 2020).

4.6 Tratamento Estendido

O tratamento chamado de estendido ou prolongado é realizado com o uso de aconselhamento estruturado e medicamentos por período de seis a doze meses, períodos superiores ao tempo padrão médio de três meses. Essa estratégia ainda é muito discutida quanto à eficácia em prevenir recaídas tardias, ao tempo de utilização, aos benefícios/riscos e às populações mais beneficiadas. É interessante destacar que, após 12 meses de tratamento estendido, o aumento de sucesso, em geral, é perdido com o tempo. O tratamento estendido parece ser mais eficaz em pacientes com elevada dependência e com maiores dificuldades para cessar. O PCDT 2020 não avaliou o tratamento estendido e sugere que pode ser incluído em futura revisão do documento (REICHERT *et al*., 2008; PEREIRA, 2012).

4.7 Tratamento da Recaída

Por ser uma doença crônica, o tabagismo necessita de um acompanhamento a longo prazo para a prevenção das frequentes recaídas e algumas estratégias têm sido propostas para prevenilas. O PCDT 2020 não detalha o monitoramento desses pacientes, mas recomenda acolher todos os pacientes que voltaram a fumar; reforçar os benefícios obtidos com as experiências anteriores; e destacar a importância da decisão de parar de fumar (BRASIL, 2020).

A diretriz brasileira ressalta ainda que, **se houver recaída, o paciente deve ser sempre incentivado a fazer nova tentativa para deixar de fumar, pois essa ocorrência pode acontecer em qualquer tratamento de dependência química** (BRASIL, 2020)**.** O paciente e o profissional de saúde devem decidir, em conjunto, se mantêm ou se alteram os medicamentos no novo plano terapêutico. Os eventos adversos dos medicamentos utilizados nas tentativas anteriores devem ser sempre considerados. É importante ressaltar que o aconselhamento estruturado precisa estar sempre associado.

4.8 Dispositivos Eletrônicos para Fumar

O uso de dispositivos eletrônicos (cigarros eletrônicos com nicotina) para fumar (DEFs) têm sido cada vez maior, principalmente entre os jovens. Atualmente existe um conceito **errado** de que os cigarros eletrônicos (conhecidos como Juul®, IQOS e Eclipse) são uma forma alternativa de uso do tabaco, com menos danos à saúde e que poderiam ser usados para auxiliar na cessação do tabagismo. Os DEFs produzem um aerossol e liberam inúmeras substâncias tóxicas de risco à saúde. A grande maioria tem nicotina com aromatizantes e facilita a iniciação ao tabagismo bem como o desenvolvimento da dependência ao tabaco. Não há evidência de que o uso dos DEFs reduz danos à saúde.

Os atuais estudos não têm comprovação científica para orientar o uso dos DEFs como tratamento do tabagismo. Vários pacientes que cessam o uso dos cigarros tradicionais mantêm dependência à nicotina com o uso dos DEFs. Outro grupo de fumantes inicia o uso de DEFs com a intenção de cessar, porém continua dependente e com uso duplo das duas formas de liberação de tabaco. Até o momento, os DEFs não estão indicados para a cessação do tabagismo (KIRCHENCHTEJN, 2021).

O PCDT 2020 não incluiu a análise dos DEFs. Vale destacar que a comercialização e a publicidade desses produtos estão proibidas no Brasil desde 2009.

4.9 Grupos Especiais

4.9.1 Adolescentes

Até o momento, não há recomendação suficiente para o uso de medicamentos em jovens com menos de 18 anos. Os adolescentes devem receber tratamento com o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva. A abordagem em grupo parece ser mais promissora do que a intervenção individual. Com a entrada de novos produtos derivados de tabaco no mercado brasileiro, o profissional de saúde deve estar atento à importância de oferecer atendimento a essa população considerada mais vulnerável (BRASIL, 2020).

4.9.2 Idosos

Os idosos podem receber o mesmo protocolo oferecido para a população adulta, exceto quando apresentarem efeitos adversos em decorrência de interações medicamentosas ou comorbidades que possam contraindicar o uso medicamentoso (BRASIL, 2020).

Os fármacos de primeira linha são seguros para essa população. Para indivíduos acima de 65 anos recomenda-se a bupropiona na dose máxima de 150 mg/dia pela manhã. A nortriptilina é bem tolerada pelos idosos, porém seu uso deve ser reservado para os casos de contraindicação ou

intolerância aos medicamentos de primeira linha. No caso de utilizar essa medicação, recomenda-se acompanhar possíveis efeitos cardiovasculares (BRASIL, 2020).

4.9.3 Gestantes e Nutrizes

Os diversos malefícios da nicotina sobre o feto já são bem conhecidos. Por isso, as gestantes devem receber atenção especial com aconselhamento estruturado sempre que possível. Não há evidência sobre eficácia ou segurança da bupropina, vareniclina ou dispositivos eletrônicos para fumar. O PCDT 2020 orienta que a cessação em gestantes e nutrizes deve ser realizada sem uso de qualquer medicamento (BRASIL, 2020). No entanto, estudos mais recentes do que esse documento já preconizam o uso de TRN durante a gestação baseados no fato de que os danos do tabaco superariam os efeitos adversos das medicações (CLAIRE *et al.*, 2020).

4.9.4 Pacientes Oncológicos

O tratamento do tabagismo em pacientes com câncer deve ser iniciado o mais breve possível e a conduta terapêutica deve incluir o mesmo protocolo oferecido para a população em geral, com aconselhamento estruturado e apoio medicamentoso. A TRNC (forma lenta mais uma forma rápida de liberação de nicotina) demonstra bom resultado. As gomas e pastilhas devem ser evitadas em pacientes com mucosite oral. A bupropiona e a vareniclina devem ser usadas com cautela devido ao risco de convulsão (BRASIL, 2020).

4.9.5 Pacientes com Tuberculose

Os pacientes tabagistas portadores de tuberculose, em qualquer fase do tratamento, podem utilizar as mesmas medidas terapêuticas empregadas para a população em geral. Sugere-se monitorar as eventuais interações medicamentosas (BRASIL, 2020).

4.9.6 Pacientes com Distúrbios Psiquiátricos

Para fumantes com transtornos psiquiátricos, inclusive aqueles em acompanhamento para a dependência de álcool e outras drogas, é recomendado oferecer tratamento para o tabagismo sempre que possível. As intervenções recomendadas envolvem o aconselhamento estruturado em conjunto com a farmacoterapia. O tratamento deve ser preferencialmente realizado quando a doença mental estiver controlada (BRASIL, 2020).

Pacientes com transtornos psiquiátricos prévios como depressão ou esquizofrenia (prévia ou atual) apresentam maior taxa de cessação com bupropiona. No entanto, tabagistas com depressão atual não demonstram benefícios com esse fármaco. Não há evidências sobre a eficácia da TRN em pacientes com depressão ou esquizofrenia (BRASIL, 2020). A vareniclina está recomendada pela atual diretriz americana como a melhor opção nesses casos. Destaca ainda que

é superior em relação à bupropiona ou ao uso de adesivo transdérmico de nicotina (LEONE *et al*., 2020).

É necessário que pacientes tabagistas com história pregressa de transtorno psiquiátrico sejam encaminhados (caso ainda não o tenham sido) para avaliação de profissional da saúde mental e tratamento adequado. O tratamento para a cessação do tabagismo pode ser realizado em paralelo ou após o tratamento psiquiátrico (BRASIL, 2020).

4.9.7 Pacientes Hospitalizados

A hospitalização oferece ao tabagista uma janela de oportunidade para a cessação. Pacientes hospitalizados devem receber intervenções comportamentais de alta intensidade, iniciadas já durante a internação hospitalar. Independente do diagnóstico de admissão, existem evidências de que o acompanhamento ambulatorial pós alta, por pelo menos um mês, aumenta a taxa de cessação. O hospitalizado que iniciou um medicamento para cessação durante a internação deve ser encaminhado a uma unidade de saúde para que possa receber o tratamento completo após a alta hospitalar (BRASIL, 2020).

O apoio farmacológico pode ser utilizado e oferece mais conforto durante esse período tão estressante. A TRN é a mais utilizada nesse grupo de pacientes e, quando adicionada ao aconselhamento intensivo, aumenta significativamente a taxa de cessação. Os adesivos são seguros nos internados com história de doença coronariana. Há relatos de taquicardia sem associação com mortalidade devido a eventos cardiovasculares. A bupropiona e a vareniclina não apresentam efeitos imediatos e geralmente demonstram interações medicamentosas com as demais drogas utilizadas durante a hospitalização.

4.9.8 Instituições de Reabilitação e Presídios

A abordagem terapêutica com apoio medicamentoso aumenta a chance de cessação do tabagismo de instituições como os presídios e demonstra resultados semelhantes aos observados na população geral (BRASIL, 2020).

Vamos retomar os pontos importantes abordados nesta Unidade?

- A doença tabagismo é uma velha pandemia que interrompe a vida de milhões de pessoas todo ano;

- O tratamento do tabagismo é desafiador e não é simples como uma receita culinária. Necessita de abordagem repetida e estruturada quase que personalizada para cada paciente, principalmente após o insucesso;

- Cessar é um processo e pode necessitar de várias tentativas prévias. A melhor estratégia associa pacientes motivados com profissionais de saúde treinados e apoio medicamentoso;

- A farmacoterapia não é o único elemento do tratamento, porém pode auxiliar muito na redução do desconforto causado pela falta da nicotina;

- A escolha do tipo, da dose e do esquema farmacológico utilizado deve ser decidido com o paciente pesando os riscos e benefícios.

Referências

ANTHENELLI, RM *et al*. **Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES)**: a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovações em Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. **CONITEC**: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo – Relatório de Recomendação, No 520. Brasília, mar. 2020. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2020/Relatrio_PCDT_Tabagismo_520_2020_FINAL.pdf. Acesso em: 23 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovações em Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. **CONITEC**: Vareniclina para cessação do tabagismo. Relatório de recomendação. No 468. Julho de 2019. Disponível em http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2019/Relatorio_VARENICLINA_TABAGISMO_FINAL_468.pdf. Acesso em: 23 abr. 2021.

CLAIRE, R. *et al*. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. **Cochrane Database Syst Rev**. V. 3, n. 3, mar. 2020.

European Network for Smoking and Tobacco Prevention (ENSP). **Guidelines for treating tobacco dependence**. 2020.Disponível em: http://ensp.network/wp-content/uploads/2020/10/guidelines_2020_english_forprint.pdf. ACesso em: 23 abr. 2021.

FIORE, M. C. *et al*. **Treating Tobacco Use and Dependence**: 2008 Update. Clinical practice guideline. Rockville, MD: Department of Health and Human Services. Public Health Service, 2008. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63952/. Acesso em: 23 abr. 2021.

FRANCO, C. A.; LOPES, MC. Quando, como e por quanto tempo prescrever a reposição de nicotina? In: PEREIRA, L. F. F. *et al* (org.). **Tabagismo Prevenção e Tratamento**. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Rio de Janeiro: Di Livros Editora Ltda., 2021. p. 263- 270.

HARTMANN-BOYCE, J. *et al*.. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev**. V. 5, n. 5, mai 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29852054/. Acesso em: 23 abr. 2021.

HOWES, S. *et al*. Antidepressant for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev**. V. 4, n. 4. abr. 2020. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32319681/. Acesso em: 23 abr. 2021.

HUGHES, JR. *et al*. Antidepressants for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev** (negrito). V. 4, n. 4, abr. 2020.

KIRCHENCHTEJN, C. Dispositivos eletrônicos para fumar podem ajudar a cessar o tabagismo? In: In: PEREIRA, L. F. F. *et al* (org.). **Tabagismo Prevenção e Tratamento**. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Rio de Janeiro: Di Livros Editora Ltda., 2021. p. 307-315.

LEONE, F. T.; *et al*. Initiating Pharmacologic Treatment in Tobacco-Dependent Adults. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. **Am J Respir Crit Care Med**. New York, v. 202, n. 2, p. 5-31, jul. 2020. Disponível em: https://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.202005-1982ST. Acesso em: 23 abr. 2021 .

LINDSON-HAWLEY, N; THOMPSON, TP; BEGH, R. Motivational interviewing for smoking cessation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2015. Disponível em: https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006936.pub3/epdf/full. Acesso em: 23 abr. 2021.

LINDSON, N. *et al*. Different doses, durations and modes of delivery of nicotine replacement therapy for smoking cessation. **Cochrane Database of Syst Rev**. V. 4, n. 4, abr. 2019.

PEREIRA, L. O que é terapia estendida e quando poderá ser indicada? In: ARAUJO, A. J. (org) **Manual de Condutas e Práticas em Tabagismo da SBPT**. Rio de Janeiro: Gen Ac Farmaceutica, 2012. RJ. p. 229-232.

PRÉCOMA, D. B. *et al*. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**. V. 4, n. 113, p. 787-891, nov. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abc/a/SMSYpcnccSgRnFCtfkKYTcp/?format=pdf&lang=en. . Acesso em: 29 abr. 2021.

REICHERT, J, *et al*. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. Brasília, v. 34, n. 10, p. 845-880, 2008.

RUSSO. Quando, como e por quanto tempo prescrever a bupropiona? In: PEREIRA, L. F. F. *et al* (org.). **Tabagismo Prevenção e Tratamento**. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Rio de Janeiro: Di Livros Editora Ltda., 2021. p. 271- 277.

United States Preventive Services Task Force (USPSTF) *et al*. Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. **JAMA**. V. 3, n. 325, p. 265-279, jan. 2021. Disponível em: file:///C:/Users/cies-sc/Downloads/jama_krist_2021_us_200025_1610652650.95273.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.

U.S. Department of Health and Human Services (HHS). **Smoking Cessation**: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555596/. Acesso em: 29 abr. 2021.