

## **ABORDAGEM FARMACOLÓGICA NA CESSAÇÃO TABÁGICA EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA**

**João Barbosa Martins**

Mestre em Ciências Farmacêuticas

Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Porto, Portugal

[Joao\\_b\\_martins@hotmail.com](mailto:Joao_b_martins@hotmail.com)

**João Paulo Soares Capela**

Professor Auxiliar

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

[joaoc@ufp.edu.pt](mailto:joaoc@ufp.edu.pt)

**RESUMO**

O tabagismo é responsável por inúmeras mortes e elevados custos de saúde a nível mundial. A nicotina é o principal responsável pela dependência ao tabaco. Nesta revisão foram analisadas as abordagens farmacológicas mais utilizadas actualmente e o papel do farmacêutico na cessação tabágica. As terapias de substituição de nicotina e fármacos como a bupropiona e a vareniclina, que ajudam a evitar a síndrome de abstinência, constituem fármacos de primeira linha. Fármacos menos utilizados são a nortriptilina e a clonidina. Dada a proximidade do farmacêutico com a população, este desempenha um papel primordial para o sucesso da cessação tabágica.

**PALAVRAS-CHAVE**

Cessação Tabágica, Nicotina, Síndrome de Abstinência, Terapias de Substituição de Nicotina, Bupropiona, Vareniclina, Farmacêutico, Seguimento Farmacoterapêutico

**ABSTRACT**

Smoking is responsible for countless deaths and heavy health costs worldwide. Nicotine is the main responsible for smoking addiction. In this review we made an overview of pharmacological approaches and the pharmacist role on smoking cessation. Nicotine replacement therapies, drugs like bupropione and varenicline that help to avoid the nicotine withdrawal syndrome represent the first-line therapies. Drugs like nortriptyline and clonidine are less used. The proximity of the pharmacist to the population has an extremely important role for the success of tobacco cessation therapy.

**KEYWORDS**

Smoking Cessation, Nicotine, Withdrawal Syndrome, Nicotine Replacement Therapies, Bupropion, Varenicline, Pharmacist, Pharmacotherapeutic follow-up

## 1. INTRODUÇÃO

Actualmente, o consumo de tabaco constitui um dos mais graves problemas de saúde pública. É uma causa documentada de vários tipos de cancro, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crónica, problemas respiratórios, impotência masculina e complicações na gravidez (Araújo et al.). Segundo a Organização Mundial de Saúde morrem anualmente cerca de cinco milhões de pessoas em todo o mundo devido ao tabagismo (WHO Report).

## 2. CONSUMO DO TABACO E A DEPENDÊNCIA

A dependência do tabaco é um fenómeno complexo, que resulta da interacção de vários factores, dos quais se destaca a nicotina (Nunes et al.). Esta possui uma estrutura similar à acetilcolina, distribui-se para o cérebro muito rapidamente e activa os receptores nicotínicos. Da activação destes receptores resulta um aumento da produção e libertação de dopamina, no núcleo *accumbens*, produzindo prazer e uma sensação agradável (Balbani e Montovani). Este fenómeno é similar ao que ocorre com outras substâncias de abuso e é responsável pela dependência. Existem ainda outros factores relevantes no processo de iniciação e dependência ao tabaco, tais como factores sociodemográficos (idade, classe social, género e nível de escolaridade), genéticos/familiares e culturais (Araújo et al.).

### 2.1. A SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA

A síndrome de abstinência à nicotina é mediada principalmente pela noradrenalina e começa a sentir-se em média oito horas depois de fumar o último cigarro, atingindo um pico pelas 24 a 48 horas (Balbani e Montovani). Pode originar ansiedade, irritabilidade, insónia, aumento do apetite, distúrbios cognitivos, dificuldade de concentração, agitação ou impaciência, mal-estar físico e cefaleias (Nides). A maioria dos sintomas dura cerca de quatro semanas, mas a sensação de fome e a necessidade de nicotina podem durar seis ou mais meses. Estes sintomas podem facilitar a ocorrência de recaídas (Balbani e Montovani).

## 3. ACONSELHAMENTO FARMACÊUTICO AO FUMADOR

De acordo com o estatuto da Ordem dos Farmacêuticos é dever do farmacêutico salvaguardar a saúde pública e educar a população no sentido da promoção da saúde. É também seu dever, durante a dispensa da medicação, assegurar que o utente recebe a informação correcta sobre a sua utilização, garantindo que o mesmo obtém um tratamento com qualidade, eficácia e segurança (Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos). Deste modo, o farmacêutico deve promover a cessação tabágica, já que se encontra próximo dos utentes, possui um elevado grau de conhecimento farmacológico e pode facilmente acompanhá-los durante o respectivo tratamento ou aconselhá-los na aquisição da melhor opção terapêutica (Hudmon et al., "Tobacco"). Estudos dos Estados Unidos revelam a importância do aconselhamento farmacêutico para o sucesso da terapêutica de cessação tabágica, demonstrando mesmo que utentes que efectuaram uma terapia segundo o aconselhamento de um farmacêutico tiveram mais sucesso do que os que seguiram a terapia sem acompanhamento (Bock et al.). Outros estudos provam ainda que, programas de intervenção colocados em prática pelos farmacêuticos e dirigidos para os fumadores, abarcam menos custos para o

doente e para a sociedade (Tran et al.; Thavorn et al.), permitem um aumento do tempo de vida das populações e agradam aos utentes (Thavorn et al.), havendo mesmo utentes que os consideram fundamentais ao ponto de estarem dispostos a pagar pelo aconselhamento (Hudmon et al.).

### 3.1. ABORDAGEM MOTIVACIONAL

Durante o aconselhamento farmacêutico é importante uma abordagem delicada e eficaz ao fumador, que pode durar entre dois a dez minutos (Fiore et al.). Deve ser feita de uma forma que envolva empatia, utilizando perguntas abertas e uma atitude reflexiva, de modo a evitar situações de oposição e confronto directo (Nunes et al.). Devem usar-se afirmações que encorajem o utente para que este se aperceba que é realmente capaz de mudar (Tonstad). O farmacêutico deve obter informações sobre o perfil, motivação e a história de consumo de cada fumador, uma vez que isso pode influenciar a opção terapêutica e consequentemente a adesão à mesma. Deve informar sobre os riscos de continuar a fumar e os benefícios de parar (Hudmon, Prokhorov e Corelli). Mesmo que o fumador não pare de fumar na altura do conselho, as várias tentativas terão influência na futura abordagem do problema (Murthy et al.). Quando o fumador se mostra receptivo a deixar de fumar, passa para o estadió de preparação, aqui o farmacêutico elabora um plano com ele, uma espécie de “contrato”, definindo datas, objectivos, terapêutica a seguir, resultados esperados e possíveis dificuldades (Nunes et al.). O farmacêutico deve manter o contacto com o utente, marcando encontros na farmácia ou pela via telefónica, nos quais monitoriza, acompanha, motiva e aconselha (Tonstad). Assim o farmacêutico pode alertar o utente de forma a evitar efeitos desagradáveis relacionados com a cessação tabágica e detectar efeitos adversos que podem ser importantes (Bock et al.).

### 3.2. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DO TABAGISMO

A utilização de terapêuticas farmacológicas é fundamental, pois a percentagem de sucesso é superior (Shiffman et al.). O uso de medicação está indicado nas seguintes situações: a) Fumadores de 10 ou mais cigarros por dia; b) Consumo menor, com sintomas de privação intensos; c) Fumar o primeiro cigarro nos 30 minutos após acordar; d) Fumadores com resultados a partir de cinco no teste de Fagerström; e) Insucesso com a abordagem motivacional; f) O desejo do fumador, salvo se contra-indicado (Araújo et al.).

A terapêutica farmacológica usada na cessação tabágica pode ser classificada como de primeira e de segunda linha, tendo em conta a eficácia que apresenta e/ou as reacções adversas que provoca (Nides). Deste modo, são consideradas de primeira linha as terapêuticas de substituição de nicotina (TSN) nas suas diversas formulações farmacêuticas, a bupropiona e a vareniclina. Consideram-se fármacos de segunda linha a nortriptilina e a clonidina (Nides). Os critérios de selecção da terapêutica farmacológica compreendem os custos para o doente, o grau de adesão, o grau de dependência de nicotina medido por teste de Fagerström, as experiências anteriores, o sexo do fumador, factores dentários, factores dermatológicos e, ainda, factores fisiopatológicos (Fiore et al.; Araújo et al.).

#### 3.2.1. TERAPÊUTICAS DE SUBSTITUIÇÃO DE NICOTINA

Esta medicação pode ser dispensada na Farmácia de Oficina sem necessidade de receita médica, no entanto poderá ser prescrita pelo médico. Existem diversas formulações far-

macêuticas, com características farmacocinéticas e dosagens diferentes: gomas, pastilhas, sistemas transdérmicos, comprimidos sublinguais, inalador bucal, spray nasal (Fiore et al.; Nides). Em Portugal estão disponíveis em farmácia comunitária apenas as quatro primeiras formulações (Tabela 1).

Apresentação	Via de Administração	Dosagens/Especialidade	Principais Vantagens	Principais Reações Adversas
Goma	Bucal	2mg/4mg Vários sabores, consistência e forma	MNSRM; administração fácil e prática; permite ajustes de doses.	Irritação da mucosa oral e faríngea; dor e hipertrofia dos músculos masseterianos; indigestão; soluços.
Pastilha	Bucal	1mg/1.5mg/2mg/4mg Vários sabores, consistência e forma	MNSRM; administração fácil e prática; não adere à mucosa nem aos dentes; liberta mais 25% de nicotina que a goma; permite ajustes de dose possíveis.	Irritação local; complicações digestivas; soluços; aumento da salivação.
Comprimido	Sublingual	2mg/4mg com ou sem sabor a limão	MNSRM; administração fácil e prática; maior biodisponibilidade.	Irritação local; boca seca; desconforto gastrointestinal; soluços; tosse.
Sistema transdérmico	Trandérmica	Duração 16 horas: 15/10/5 mg Duração 24 horas: 21/14/7 mg	MNSRM; evita síndrome de abstinência durante a noite; aporte prolongado; administração fácil e prática, não interagindo com alimentos.	Irritação cutânea; prurido; cefaleias; náuseas; insónias; mialgias.

**TABELA 1** - As diversas apresentações, vias de administração, dosagens e principais vantagens e reações adversas das formulações de nicotina comercializadas em Portugal. (MNSRM, medicamento não sujeito a receita médica).

A TSN apresenta algumas vantagens, já que elimina os efeitos negativos da depleção da nicotina, substituindo aquela anteriormente fornecida pelo cigarro. No entanto, não elimina completamente a síndrome de abstinência e apresenta efeitos adversos (Nides). Esta terapêutica deve ser iniciada no dia escolhido pelo fumador para abandonar o tabaco e este não deve, por norma, fumar durante o tratamento (Fiore et al.). A TSN encontra-se contraindicada nas primeiras semanas após enfarte agudo do miocárdio, angina estável, arritmias cardíacas graves, acidente vascular cerebral em evolução, insuficiência arterial periférica, úlcera gastroduodenal, gravidez, amamentação e idade inferior a 18 anos (Balbani e Montovani; Araújo et al.).

### 3.2.1.1. GOMAS DE NICOTINA

As gomas libertam quantidades controladas de nicotina, que é absorvida através da mucosa bucal, atingindo o nível sérico máximo passados vinte minutos (Nunes et al.). Existem gomas doseadas a 2 e 4 mg, com sabores e consistência diferentes. A dosagem recomendada baseia-se no grau de dependência. Para os fumadores que fumam menos de 25 cigarros por dia recomenda-se 1 goma de 2 mg de uma a duas horas nas primeiras quatro semanas e um máximo de 20 por dia; 1 goma de 2 mg de duas a quatro horas da quinta a oitava semana; 1 goma de 2 mg de quatro a oito horas da nona à décima segunda semana. Para pacientes que fumem mais de 25 cigarros por dia recomenda-se 1 goma de 4 mg de uma a duas horas

nas primeiras quatro semanas e um máximo de dez por dia seguindo posteriormente o esquema relatado anteriormente (Infarmed, "RCM Nicorette", 2 mg"; Fiore et al.). O tratamento deve ser interrompido quando a posologia estiver reduzida a 1-2 gomas por dia.

As gomas devem ser mastigadas até se sentir um sabor forte a nicotina, e não se devem ingerir líquidos quinze minutos antes da mastigação (Fiore et al.). Possuem como principais reacções adversas irritação da mucosa oral e faríngea, indigestão, soluços, ulcerações, ton-turas, dores de cabeça, náuseas, dor e hipertrofia dos músculos masseterianos, problemas de articulação temporomandibular e aumento dos problemas ortodonticos (Nunes et al.; Araújo et al.).

### 3.2.1.2. PASTILHAS DE NICOTINA

As pastilhas libertam nicotina de um modo constante e uniforme ao serem chupadas, não devendo ser mastigadas ou deglutidas. Existem pastilhas doseadas a 1 mg, 1,5 mg, 2 mg e 4 mg com diferentes sabores e consistência. Estas libertam cerca de 25% mais nicotina que as gomas (Nunes et al.) e apresentam a vantagem de não serem aderentes à mucosa nem aos dentes. Dissolvem-se na boca em cerca de 20 a 30 minutos e devem ser tidos em conta os mesmos cuidados com a ingestão de líquidos referidos para as gomas (Fiore et al.).

O esquema de toma é semelhante àquele referido anteriormente para as gomas (Infarmed, "RCM Niquitin"; Fiore et al.). Não se deve tomar mais de uma pastilha de cada vez, nem mais de 15 pastilhas por dia e as mesmas não devem ser tomadas mais do que 24 semanas (Infarmed, "RCM Niquitin"). Surgem menos reacções adversas do que com o uso de gomas, no entanto as mais frequentes são irritação local, aumento da salivação, alterações digestivas e soluços (Nunes et al.).

### 3.2.1.3. COMPRIMIDOS SUBLINGUAIS

Os comprimidos sublinguais destinam-se a ser dissolvidos debaixo da língua e assim entrar directamente para a circulação sistémica, evitando o efeito de primeira passagem. A biodisponibilidade de nicotina pelos comprimidos sublinguais é de aproximadamente 50%. Estima-se que as concentrações plasmáticas sejam cerca de dois terços do nível normal alcançado por um fumador (Infarmed, "RCM Nicorette" Microtab"). Os fumadores muito dependentes ou que não tenham conseguido sucesso com os comprimidos de 2 mg devem utilizar os de 4 mg. Numa fase inicial, deve-se tomar um comprimido a cada uma ou duas horas, numa média de oito a doze por dia. Não deverão ser utilizados mais de 15 comprimidos por dia. A duração do tratamento varia entre dois a três meses (Infarmed, "RCM Nicorette" Microtab"). As reacções adversas são semelhantes aos referidos anteriormente, dependendo da dosagem, sendo que estes verificar-se-ão com mais frequência durante as primeiras três a quatro semanas de tratamento.

### 3.2.1.4. SISTEMAS TRANSDÉRMICOS DE NICOTINA

Os sistemas transdérmicos de nicotina permitem um aporte mais constante e duradouro de nicotina que as outras TSN. São aplicados na pele, podendo diferir no tamanho, formato, farmacocinética e duração de acção (Nunes et al.). No nosso país estão disponíveis sistemas que libertam nicotina durante 16 ou 24 horas, sendo que os primeiros apresentam concentrações plasmáticas mais próximas das encontradas nos fumadores (Araújo et al.). Os de 24

horas apresentam dosagens de 21 mg, 14 mg e 7 mg e os de 16 horas dosagens de 15 mg, 10 mg e 5 mg de nicotina. A principal diferença prende-se com a possibilidade de libertação nocturna, proporcionada pelos de 24 horas, evitando assim os efeitos da síndrome de abstinência nas primeiras horas do dia (Infarmed, "RCM Nicotinell"; Nunes et al.).

Um fumador muito dependente deve iniciar a terapêutica com adesivos de 21 mg por dia durante seis semanas, reduzindo para 14 mg por dia durante mais duas semanas e para 7 mg por dia durante mais uma ou duas semanas. No caso de se utilizarem sistemas de 16 horas a dose, recomendada é 15 mg por dia durante seis semanas, 10 mg por dia durante duas semanas e 5 mg por dia nas últimas duas semanas (Fiore et al.; Nunes et al.). Um fumador menos dependente poderá iniciar a terapêutica com doses mais reduzidas. Devem aplicar-se de manhã na pele íntegra, seca, glabra, sem lesões e em zonas pouco pilosas e retirados ao deitar, ou no dia seguinte. O local de aplicação deve variar de dia para dia, nunca repetindo o mesmo local em semanas consecutivas (Infarmed, "RCM Nicotinell"). A duração média do tratamento completo é cerca de três meses, raramente excedendo os seis meses (Infarmed, "RCM Nicotinell"). A principal vantagem dos pensos é a sua facilidade de utilização, proporcionando uma boa adesão e registando-se raros casos de sobredosagem. Encontram-se reportadas várias desvantagens, sendo as fundamentais não mimetizarem os picos de nicotina, habituais num fumador muito dependente, possibilitarem irritação cutânea e prurido e mais raramente mialgias (Nunes et al.). As restantes reacções adversas são semelhantes às outras TSN.

### 3.2.2. TERAPÊUTICA NÃO NICOTÍNICA DE PRIMEIRA LINHA

A medicação alternativa à nicotina é sujeita a receita médica e encontra-se resumida na Tabela 2.

Fármaco	Via de Administração	Dosagens/Especialidade	Principais Vantagens	Principais Reacções Adversas
Bupropiona	Oral	150mg comprimido de libertação prolongada	Único que permite a associação com TSN; igual efeito em homens e mulheres; suprime o aumento de peso.	Boca seca; cefaleias; confusão; irritabilidade; tremores; depressão com tendências suicidas; convulsões.
Vareniclina	Oral	0,5 /1mg comprimido revestido	Muito bem tolerado; igual efeito em homens e mulheres.	Náuseas; cefaleias; insónia; sonolência, tonturas; casos de depressão e suicídio.
Clonidina	Oral	0,15 mg comprimido	Terapia de ultima linha; participado.	Hipotensão; boca seca; prurido ocular; sonolência; vertigens; diarreia.
Nortriptilina	Oral	25 /50 mg comprimido revestido	Terapia de ultima linha; participado.	Boca seca; obstipação; visão turva; retenção urinária; cefaleias; toxicidade cardíaca.

**TABELA 2** - Fármacos alternativos à TSN comercializados em Portugal e suas vias de administração, dosagens, principais vantagens e reacções adversas. (TSN, Terapêutica de substituição de nicotina).

#### 3.2.2.1. BUPROPIONA

Foi o primeiro fármaco não nicotínico aprovado em 1997 na cessação tabágica. A bupropiona, ou anfebutamona, é um antidepressivo com estrutura similar às feniletilaminas e à

anfetamina. O mecanismo farmacológico de acção da bupropiona é a inibição da recaptação das catecolaminas e, em menor grau, da serotonina, podendo ainda funcionar como antagonista dos receptores nicotínicos. É útil na cessação tabágica, na medida em que reduz a síndrome de abstinência e o desejo de fumar (Nides; Infarmed, "RCM Zyban").

A dose aconselhada é de duas tomas de 150 mg separadas pelo menos por oito horas, devendo iniciar-se sete a dez dias antes do paciente deixar de fumar. O tratamento tem a duração de sete a nove semanas (Nunes et al.; Balbani e Montovani). Podem associar-se pensos de nicotina com bupropiona, iniciando-se os pensos no dia em que se deixa de fumar, sendo esta a única associação aprovada pela Food and Drug Administration (FDA) (Fiore et al.).

A bupropiona possui algumas reacções adversas tais como, insónia, boca seca, cefaleias, enxaquecas, irritabilidade, tremores, hipertensão, náuseas, vómitos, exantema, prurido, hiper-sudação e urticária. No entanto, os efeitos adversos mais perigosos e que têm contribuído para o decréscimo no uso deste fármaco são o aumento da incidência de depressão com tendências suicidas e do risco de convulsões. Estes efeitos foram verificados em cerca de 0,1% dos utilizadores (Balbani e Montovani; Nides; Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb).

A bupropiona está contra-indicada na anorexia nervosa e bulimia, tumor do sistema nervoso central, história recente de enfarte do miocárdio, cirrose hepática, doença bipolar, mulheres grávidas ou em amamentação e em menores de 18 anos (Araújo et al.; Balbani e Montovani). Não deve ser associada com inibidores da monoaminoxidase, barbitúricos, fenitoína, carbamazepina, antipsicóticos, antidepressivos, teofilina, corticosteróides sistémicos, hipoglicemantes orais ou insulina (Araújo et al.).

### 3.2.2.2. VARENICLINA

Este fármaco foi aprovado para cessação tabágica pela FDA, em 2006 (Fiore et al.). Pertence à classe dos agonistas parciais específicos do receptor nicotínico  $\alpha_4\beta_2$ , reduzindo assim a necessidade de fumar e os sintomas de abstinência (Nides).

A terapêutica deve iniciar-se sete a catorze dias antes do dia estabelecido para a cessação tabágica. A dose deve aumentar progressivamente, para minimizar os possíveis efeitos adversos: do primeiro ao terceiro dia, 0,5 mg por dia; do quarto ao sétimo dia, 0,5 mg duas vezes por dia; a partir do oitavo dia até ao final do tratamento, 1 mg duas vezes por dia. A duração normal do tratamento é de doze semanas, no entanto, para alguns doentes, pode considerar-se um período de tratamento adicional de mais doze semanas (European Medicines Agency, RCM Champix).

O fármaco é administrado pela via oral, já que por esta via a biodisponibilidade é elevada e as concentrações plasmáticas máximas ocorrem entre as três a quatro horas (European Medicines Agency, RCM Champix).

Não deve ainda ser administrada, em grávidas ou durante a fase de aleitamento, nem em indivíduos com menos de 18 anos (Nunes et al.). A vareniclina é geralmente bem tolerada e tem poucas interacções farmacológicas. As reacções adversas mais frequentes são náuseas, cefaleias, insónia, sonolência, tonturas e pesadelos. Lamentavelmente, foram notificados alguns casos de depressão e suicídio associados à terapêutica (Nunes et al.; European Medicines Agency, RCM Champix).

### 3.2.2.3. EFICÁCIA COMPARADA DAS TERAPÊUTICAS DE PRIMEIRA LINHA

Segundo estudos que comparam a eficácia dos vários métodos abordados relativamente a um placebo, o medicamento mais eficaz é a vareniclina, seguida do spray nasal de nicotina e do inalador de nicotina (Silagy et al.; Fiore et al.). Estudos demonstram que os sistemas transdérmicos, a terapêutica mais vendida nos Estados Unidos, poderão ser mais eficazes que as pastilhas (Schnoll et al.), mas menos eficazes que a vareniclina (Aubin et al.). Relativamente às TSN mais usadas em Portugal, a ordem de eficácia parece ser a seguinte: comprimidos sublinguais, sistemas transdérmicos, pastilhas e gomas. Analisando a bupropiona em relação às TSN a diferença não é muito significativa, no entanto, a bupropiona demonstra, na maioria dos ensaios clínicos, ser ligeiramente mais eficaz (Eisenberg et al.; Silagy et al.; Fiore et al.; Aubin et al.). Comparando a vareniclina com a bupropiona, o número de sucessos associados à primeira é cerca do dobro da segunda (Bolina et al.), demonstrando a vareniclina ser três vezes mais eficaz comparativamente a um placebo (Aubin et al.). Além disso, em termos de segurança e custos, comprovou-se que o tratamento com vareniclina é mais seguro e mais barato do que com bupropiona (Bolina et al.).

### 3.2.3. TERAPÊUTICA NÃO NICOTÍNICA DE SEGUNDA LINHA

#### 3.2.3.1. CLONIDINA

A clonidina é um agonista dos receptores  $\alpha_2$  adrenérgicos e foi aprovada pela FDA no tratamento de hipertensão e para a redução dos sintomas associados à privação de álcool e opiáceos, mas não para a cessação tabágica. No entanto, vários estudos confirmam a sua utilidade na terapêutica da cessação tabágica (Nides).

Na terapêutica da cessação tabágica recomenda-se a dosagem de 0,15 mg a 0,75 mg por dia, durante três a dez semanas, sendo necessário ajustar a dose e efectuar uma vigilância apertada de modo a evitar reacções adversas (Nunes et al.). As mais frequentes podem ser distúrbios do sono, depressão, sedação, tonturas, hipotensão ortostática sintomática, boca seca e fadiga (Infarmed, "RCM Catapresartan").

#### 3.2.3.2. NORTRIPTILINA

Trata-se de um antidepressivo tricíclico aprovado pela FDA para tratamento de depressão, mas não para a cessação tabágica. Actua como inibidor da recaptção da noradrenalina e da serotonina (Nides). O mecanismo na cessação tabágica ainda não está bem esclarecido, pensa-se que esteja relacionado com a substituição dos efeitos da nicotina, assim como, no combate da depressão resultante do tratamento (Nides).

Na cessação tabágica tem sido usada em doses de 75 a 100 mg diariamente. Deve iniciar-se com 50 mg por dia ou de uma forma gradual com 25 mg durante três dias, duplicando a dose durante quatro dias, passando finalmente para 75 mg por dia durante 12 semanas. Deve iniciar-se duas a três semanas antes da cessação (Infarmed, "RCM de Nortrelol"). As reacções adversas mais frequentes são boca seca, distúrbios intestinais, distúrbios de acomodação visual, taquicardia, dores de cabeça, tremores e fadiga (Infarmed, "RCM de Nortrelol").

### 3.3. TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DO TABAGISMO

As terapias não farmacológicas podem ser uma ferramenta importante na cessação tabágica, quer como tratamento de suporte ou como tratamento alternativo.

A acupunctura é uma destas terapias, mas cuja eficácia não se encontra comprovada cientificamente. Estudos demonstram que esta terapêutica diminui a vontade de fumar e o tabaco tem um sabor menos agradável (Balbani e Montovani).

As terapias de grupo e a psicoterapia podem ser úteis no tratamento da dependência de nicotina especialmente quando esta conduz a depressão ou ansiedade. Procura-se identificar quais as situações quotidianas (depois de refeição, com café, álcool ou outra) ou estados emocionais (nervosismo ou tristeza) em que surge a necessidade de fumar, com o objectivo de desenvolver estratégias para as ultrapassar (Balbani e Montovani). A família e os amigos podem desempenhar um papel fundamental na cessação, pelo que estes devem ser sensibilizados para estarem atentos às dificuldades, ajudando o fumador (Araújo et al.).

## 4. CONCLUSÃO

São vários os factores que contribuem para o êxito da terapia da cessação tabágica. Os fármacos disponíveis e as estratégias não farmacológicas constituem uma útil ajuda para a terapêutica e o seu uso depende dos hábitos do fumador conjugados com o perfil de efeitos adversos. A selecção do fármaco ideal nem sempre é fácil, no entanto, a TSN parece ser a que melhor se adequa à maioria dos casos, sendo a vareniclina o fármaco que apresenta maior taxa de sucesso. O farmacêutico tem um papel importante no aconselhamento e seguimento da terapêutica e contribui de forma inequívoca para seu sucesso.

## 5. BIBLIOGRAFIA

Araújo, A., et al. "Diretrizes para cessação do tabagismo." *Jornal brasileiro de pneumologia* 30. suppl. 2 (2004): 2-76.

Aubin, H., et al. "Varenicline versus Transdermal Nicotine Patch for Smoking Cessation: Results from a Randomised Open-Label Trial." *Thorax* 63.8 (2008): 717-24.

Balbani, A., e J. Montovani. "Methods for Smoking Cessation and Treatment of Nicotine Dependence." *Rev Bras Otorrinolaringol* 71.6 (2005): 820-26.

Bock, B., et al. "A Tailored Intervention to Support Pharmacy-Based Counseling for Smoking Cessation." *Nicotine & Tobacco Research* 12.3 (2010): 217-25.

Bolina, K., et al. "Varenicline as Compared to Bupropion in Smoking-Cessation Therapy-Cost-Utility Results for Sweden 2003." *Respiratory Medicine* 102.5 (2008): 699-710.

"Decreto-lei n.º 288/2001, 10 de Novembro - Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos." *Diário da República* n.º 261, 1.ª Série-A, 2001.

Eisenberg, M., et al. "Pharmacotherapies for Smoking Cessation: a Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials." *CMAJ* 179.2 (2008): 135-44.

European Medicines Agency. "RCM de Champix® 0,5 mg comprimidos revestidos por película." 2009. Internet. 5 Mar. 2010. <<http://www.ema.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/champix/emea-combined-h699pt.pdf>>

Fiore, M., et al. "Clinical Practice Guideline - Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update." U.S. Department of Health and Human Services; Public Health Service, (2008): 1-256.

Hudmon, K. et al. "The Pharmacist's Role in Smoking Cessation Counselling: Perceptions of the Users of Non-Prescription Nicotine Replacement Therapies." *J Am Pharm Assoc* 43.5 (2003): 573-82.

Hudmon, K., A. Prokhorov, e R. Corelli. "Tobacco Cessation Counselling: Pharmacists' Opinions and Practices." *Patient Education and Counseling* 61.1 (2006): 52-160.

Infarmed. "RCM de Catapresartan® 0,150 mg, comprimido.» *Infarmed*. 2009. Internet. 7 Mar. 2010. <[http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=1507&tipo\\_doc=rcm](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=1507&tipo_doc=rcm)>.

Infarmed. "RCM de Nicorette®, 2 mg e 4 mg goma para mascar medicamentosa.» *Infarmed*. 2009. Internet. 3 Mar. 2010. <[http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=6069&tipo\\_doc=rcm](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=6069&tipo_doc=rcm)>.

Infarmed. "RCM de Nicorette® Microtab Limão 2 e 4 mg comprimidos sublinguais." *Infarmed*. 2007. Internet. 3 Mar. 2010. <[http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=43492&tipo\\_doc=rcm](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=43492&tipo_doc=rcm)>.

Infarmed. "RCM de Nicotinell® 7 mg/24 horas sistema transdérmico." *Infarmed*. 2006. Internet. 5 Mar. 2010 <[http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=41317&tipo\\_doc=rcm](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=41317&tipo_doc=rcm)>.

Infarmed. "RCM de Norteroi® 25 mg comprimidos revestidos." *Infarmed*. 2008. Internet. 7 Mar. 2010. <[http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=6247&tipo\\_doc=rcm](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=6247&tipo_doc=rcm)>.

Infarmed. "RCM de Zyban® 150 mg comprimidos de libertação prolongada." *Infarmed*. 2010. Internet. 5 Mar. 2010. <[http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=29402&tipo\\_doc=rcm](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=29402&tipo_doc=rcm)>.

Infarmed. "RCM Niquitin®, comprimidos par chupar 2 e 4 mg." *Infarmed*. 2006. Internet. 4 Mar. 2010 <[http://www.infarmed.pt/infomed/download\\_ficheiro.php?med\\_id=38342&tipo\\_doc=rcm](http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=38342&tipo_doc=rcm)>.

Murthy, P., e B. Shubodh. "Current Developments in Behavioural Interventions for Tobacco Cessation." *Current Opinion in Psychiatry* 23.2 (2010): 151-56.

Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb. "Bupropion and Suicidality." *Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb*. 2007. Web. 6 Mar. 2010. <[http://www.lareb.nl/documents/kwb\\_2006\\_2\\_bupro.pdf](http://www.lareb.nl/documents/kwb_2006_2_bupro.pdf)>.

Nides, M. "Update on Pharmacologic Options for Smoking Cessation Treatment." *The American Journal of Medicine* 121.4A (2008): S20-S31.

Nunes, E., et al. *Cessação tabágica - programa tipo de actuação*. Lisboa: Gradiva, 2007.

Schnoll, A., et al. "Nicotine Patch vs. Nicotine Lozenge for Smoking Cessation: an Effectiveness Trial Coordinated by the Community Clinical Oncology Program." *Drug and Alcohol Dependence* 107.2-3 (2010): 237-43.

Shiffman, S. et al. "Use of Smoking-Cessation Treatments in the United States." *American Journal of Preventive Medicine* 34.2 (2008): 102-11.

Silagy, C., et al. "Nicotine Replacement Therapy for Smoking Cessation (Review)." *The Cochrane Library* 3 (2007): 1-106.

Thavorn, K., e N. Chaiyakunapruk. "A Cost-Effectiveness Analysis of a Community Pharmacist-Based Smoking Cessation Programme in Thailand." *Tobacco Control* 17 (2008): 77-182.

Tonstad S. "Smoking Cessation: How to Advise the Patient." *Heart* 95.19 (2009): 1635-40.

Tran, M., et al. "Modeling the Cost-Effectiveness of a Smoking-Cessation Program in a Community Pharmacy Practice." *Pharmacotherapy* 22.12 (2002): 1623-31.

World Health Organization (WHO). "WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2009: Implementing Smoke-Free Environments." World Health Organization: Geneva, 2009.