



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA**

LAIZE SILVA DO NASCIMENTO

CUIDADO FARMACÊUTICO NO TRATAMENTO DE TABAGISTAS

**CAMPINA GRANDE
2018**

LAIZE SILVA DO NASCIMENTO

CUIDADO FARMACÊUTICO NO TRATAMENTO DE TABAGISTAS

Trabalho de Conclusão de Curso – TCC apresentado ao Curso de Graduação Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento a exigência para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Clésia Oliveira Pachú.

CAMPINA GRANDE
2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

N244c Nascimento, Laize Silva do.
Cuidado farmacêutico no tratamento de tabagistas
[manuscrito] / Laize Silva do Nascimento. - 2018.
28 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em
Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de
Ciências Biológicas e da Saúde, 2018.
"Orientação : Profa. Dra. Clésia Oliveira Pachú,
Departamento de Farmácia - CCBS."
1. Tabagismo. 2. Assistência farmacêutica. 3.
Farmacoterapia. I. Título
21. ed. CDD 615.1

LAIZE SILVA DO NASCIMENTO

CUIDADO FARMACÊUTICO NO TRATAMENTO DE TABAGISTAS


Trabalho de Conclusão de Curso – TCC apresentado ao Curso de Graduação em Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Aprovada em: 20 / 11 /2018.

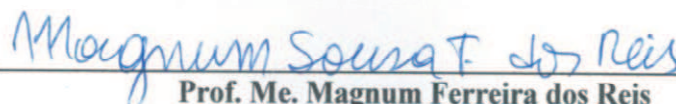
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Clésia Oliveira Pachú (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Rocha Melo Peixoto
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Magnum Ferreira dos Reis
Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, pelo dom da vida e por ter me capacitado e guiado para concluir mais essa etapa, sem Ele nada disso seria possível. Por todo seu amor e cuidado. A Ele toda honra e toda glória!

A Universidade Estadual da Paraíba por te me proporcionado à oportunidade de possuir um ensino superior e a expansão de meus horizontes.

A minha professora orientadora, Clésia Pachú que me acompanhou durante toda minha graduação. Por conduzir o Núcleo de Educação e Atenção em Saúde (NEAS) com maestria, sempre com muita paciência e apoio. Eis um exemplo de profissional a ser seguido. Ao trabalho!

A minha família, especialmente a minha mãe, Jane Silva, sem ela eu nada seria. É o incentivo diário para que eu possa construir meu caminho e me tornar sempre uma pessoa melhor. Por seu infinito amor, que fez os momentos difíceis se tornarem mais brandos. Sempre me enchendo de apoio e esperança, sem essa sua força eu não conseguiria seguir em frente. Essa conquista não é só minha, é nossa, é por você!

Aos amigos do curso, e agora amigos de profissão, que honra sinto em ter conhecido vocês. Foram anos de luta, mas também de alegrias, risadas, companheirismo. Sei que muitas dessas amizades não ficaram só na universidade, mas serão conduzidas para o resto da minha vida.

RESUMO

O tabagismo é uma das maiores causas de doenças e mortes no mundo. A mortalidade geral é duas vezes maior nos fumantes quando comparados aos não fumantes. Objetiva-se realizar o cuidado farmacêutico ao tabagista a partir do acompanhamento farmacoterapêutico com Cloridrato de Bupropiona (BUP). A presente intervenção se utilizou de metodologia ativa, do tipo Aprendizagem Baseada em Problemas, que ocorreu no período de dezembro de 2016 a novembro de 2017, no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da Universidade Federal de Campina Grande. Foram assistidos 151 tabagistas voluntários, de ambos os sexos e idade superior a 18 anos, disponível às sextas-feiras à tarde para realização do tratamento. Foi utilizado o Método Dáder, durante os encontros quinzenais e na totalidade dos três meses de duração do tratamento de tabagistas, acompanhou-se a evolução na redução tabágica, buscando-se estratégias para cessação do consumo de cigarros. Dos 151 assistidos, 64,23% afirmaram fazer uso de medicamentos. Foram citados 86 fármacos utilizados para morbidades pré-existentes sendo utilizada a Denominação Comum Brasileira (DCB) e os medicamentos foram classificados de acordo com o primeiro nível da classificação do *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)*. Neste, os medicamentos são divididos em diferentes grupos de acordo com seus locais de ação e suas características terapêuticas e químicas. Os grupos mais utilizados de medicamentos foram os atuantes no sistema cardiovascular (31%), sistema nervoso (29%), sistema alimentar e metabolismo (12%). No período de 12 meses, 44,37% dos assistidos conseguiram parar de fumar. A utilização de medicamentos precisa ser acompanhada, pois embora cure também pode trazer danos ao paciente, em especial, aos tabagistas. O farmacêutico se torna profissional imprescindível na equipe multidisciplinar de tratamento de tabagistas por ser atribuição exclusiva deste profissional o cuidado farmacêutico.

Palavras chaves: Tabagismo. *Anatomical Therapeutic Chemical*. Cuidado Farmacêutico.

ABSTRACT

Smoking is one of the biggest causes of illness and death in the world. Overall mortality is twice as high in smokers compared to nonsmokers. The objective of this study was to perform pharmacological care for smokers from the pharmacotherapeutic follow-up with Bupropion Hydrochloride (BUP). The present intervention used an active methodology, such as Problem-Based Learning, which occurred in the period from December 2016 to November 2017, at the University Hospital Alcides Carneiro (HUAC), Federal University of Campina Grande. A total of 151 volunteer smokers of both sexes and over 18 years of age were available on Friday afternoons for treatment. The Dáder Method was used during the biweekly meetings and during the entire three months duration of the treatment of smokers, followed the evolution in smoking reduction, seeking strategies for cessation of smoking. Of the 151 assisted, 64.23% reported using medication. There were 86 drugs used for preexisting morbidities and the Brazilian Common Denomination (DCB) was used and the drugs were classified according to the first level of the *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)* classification. In this, the medicines are divided into different groups according to their places of action and their therapeutic and chemical characteristics. The most used groups of drugs were those in the cardiovascular system (31%), nervous system (29%), food system and metabolism (12%). In the 12-month period, 44.37% of the attendees were able to quit smoking. The use of medications must be accompanied, because although cure can also bring harm to the patient, especially smokers. The pharmacist becomes an indispensable professional in the multidisciplinary team of treatment of smokers because it is the exclusive attribution of this professional pharmaceutical care.

Keywords: Smoking. *Anatomical Therapeutic Chemical*. Pharmaceutical Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	9
2.1 Perspectiva histórica do tabagismo.....	9
2.2 Morbimortalidade relacionadas ao consumo de cigarros.....	10
2.3 Assistência profissional ao tabagista.....	11
3 METODOLOGIA.....	13
3.1 Metodologia da intervenção.....	13
3.2 Local de realização da intervenção.....	13
3.3 Assistidos.....	14
3.4 Rodas de conversa acerca de saúde.....	14
3.5 Avaliação das possíveis interações medicamentosas dos assistidos do PMTT	14
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	15
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
REFERÊNCIAS	
APÊNDICE A	

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é uma das maiores causas de doenças e mortes. A mortalidade geral é duas vezes maior nos fumantes quando comparados aos não fumantes. Fumar cigarro pode provocar câncer, doença cardiovascular, doenças pulmonares, úlcera péptica e outras patologias. Esse hábito é considerado a mais importante causa de morbidade e mortalidade prematura no mundo (NUNES et al., 2011).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a epidemia de tabagismo, apesar da redução geral nesses últimos 20 anos, apresenta prevalências maiores nas capitais brasileiras de regiões mais industrializadas, para ambos os sexos. A prevalência é maior entre homens e a razão de prevalência por sexo (masculino/feminino), entretanto, é menor nas regiões Sudeste e Sul, possivelmente apontando para aumento de consumo de tabaco no grupo feminino nessas regiões. A prevalência também é maior entre jovens dessas regiões, mostrando que nas regiões mais urbanizadas está havendo preocupante aumento de consumo (CAMPOS E GOMIDE, 2015).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), a Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CQCT) da Organização Mundial da Saúde é o primeiro tratado internacional de saúde pública da história da Organização Mundial da Saúde. Representa instrumento de resposta dos 192 países membros da Assembleia Mundial da Saúde à crescente epidemia do tabagismo em todo mundo.

O Brasil ratificou a CQCT em novembro de 2005, mas já em 1989, com a criação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), implementou uma série de medidas abrangentes e efetivas de controle do tabaco, tais como, proibição da propaganda em todos os tipos de mídia; proibição de descritores enganosos light, ultra-light e regular; proibição de fumar em ambientes públicos fechados; obrigatoriedade na implantação de advertências com imagens nos maços de cigarros; e, mais recentemente, uma política consistente de aumento de impostos e preços dos produtos do tabaco (FIGUEIREDO et al., 2016).

Como consequência dessa política, a prevalência de tabagismo diminuiu consideravelmente, passando de 34,8% em 1989 a 14,7% em 2013 na população de 18 anos ou mais; inclusive entre os jovens adultos – 18 a 24 anos, passando de 29,0% a 10,6%. Porém, o Brasil ainda enfrenta muitos desafios nesse campo, como a necessidade de reduzir a iniciação e inequidades provocadas pela maior prevalência de tabagismo em jovens e adultos de baixa renda (FIGUEIREDO et al., 2016).

A presente intervenção social se utilizou de metodologia do tipo aprendizagem baseada em problemas com 151 tabagistas em tratamento por equipe multidisciplinar no Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, no período de dezembro de 2016 a novembro de 2017. Neste Contexto, objetivou-se realizar o cuidado farmacêutico ao tabagista a partir do acompanhamento farmacoterapêutico com Cloridrato de Bupropiona (BUP).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O tabagismo é um grande problema de saúde pública. A rápida dependência a nicotina, torna-se grande barreira para o tratamento. A dependência ao tabaco dá-se pela presença da nicotina (fator reforçador) que estimula os receptores colinérgicos nicotínicos a liberar neurotransmissores específicos, gerando assim, a sensação de prazer (PUPULIM et al., 2015). A sensação após tragar um cigarro é similar à descrita pelos usuários de anfetamina, heroína, cocaína e *crack* (MARQUES et al., 2001).

São atribuíveis ao consumo de tabaco 45% das mortes por doença coronariana, como infarto do miocárdio e, 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica, como o enfisema. Ainda, 25% das mortes por doença cérebro-vascular, como derrames e 30% das mortes por câncer, sendo que 90% dos casos de câncer de pulmão ocorrem em fumantes. (BRASIL, 2006).

O tabagismo é considerado uma doença pediátrica, pois quase 90% dos fumantes regulares começam a fumar até os 19 anos de idade. Sendo 15 anos a idade média de iniciação (MUAKAD, 2014). Segundo o Banco Mundial, 100 mil jovens começam a fumar no mundo a cada dia estando 80% deles em países em desenvolvimento (ZANINI et al., 2006).

2.1 Perspectiva histórica do tabagismo

A utilização do tabaco data do século XV, nos nativos na América do Sul, os índios como forma de tratamento de doenças, rituais, na lavoura. No século XVIII era moeda de troca entre portugueses e negros na costa africana, no Período Colonial. Na 1ª Grande Guerra foi realizada em larga escala para servir de passatempo no exército (HILSINGER, 2016).

O hábito de fumar é muito antigo, segundo Hilsinger (2016), quando Cristóvão Colombo começou as grandes navegações e chegou às novas terras, os índios que aqui estavam já possuíam o hábito de utilizar o tabaco de diversas formas, em rituais religiosos,

como inseticida nas plantações, planta medicinal. A partir disso os colonizadores vendo a vasta utilidade dessa planta decidiram levar as sementes para Europa onde foi difundido para o resto do mundo. As primeiras indústrias de cigarro surgiram na Inglaterra e nos Estados Unidos, e tornou-se muito lucrativa. Só depois de alguns anos começaram a perceber o aumento da incidência de cânceres em pessoas que fumavam. Sendo o fumo diagnosticado como mau hábito que contribui para surgimento de doenças graves.

No período entre 1990 e 2015 a porcentagem de fumantes diários no Brasil caiu de 29% para 12% entre homens e de 19% para 8% entre mulheres. O Brasil ocupa o oitavo lugar no ranking de número absoluto de fumantes 7,1 milhões de mulheres e 11,1 milhões de homens (GDB, 2017).

Neste contexto, o Brasil desenvolve o Programa de Controle do Tabagismo realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Envolve o auxílio com campanhas educativas de prevenção ao consumo de cigarros, esclarecimento acerca das consequências adquiridas com exposição e tratamento. Este realizado por intervenção farmacológica e não farmacológica. A primeira utilizando medicação Cloridrato de Bupropiona, Tratamento de Reposição Nicotínico (TRN) ou gomas de mascar, contendo doses decrescentes de nicotina de 7,14 e 21 mg. Já, a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), não farmacológica, por meio da avaliação da motivação para cessar o tabagismo (ZOLDAN E RIBEIRO, 2017).

2.2 Morbimortalidade relacionadas ao consumo de cigarros

O consumo do tabaco pode ser inalado, aspirado ou mascado. Sua composição química irá depender do tipo de folha do tabaco, desde seu cultivo até seu processamento (CUNHA et al, 2007). A fumaça do cigarro contém mais de quatro mil substâncias, e divide-se na fase gasosa que possui monóxido de carbono, dióxido de carbono, cetonas, álcoois, éteres, enxofre e na fase particulada que possui nicotina, água e alcatrão (GOODMAN & GILMAN, 2005).

Diante de sua composição o tabaco causa inúmeras doenças. O tabagismo é considerado uma das mais graves epidemias que afeta a população. Está relacionado a 30% das mortes por câncer, podendo ser de esôfago, estômago, pulmão, aparelho respiratório, bexiga, entre outros (NUNES, et al., 2011). É a 1ª causa de morte passível de prevenção, bastando apenas não utilizar o tabaco ou se utilizar algumas das formas de tratamento para abandonar o vício.

A partir de 1992, a Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a classificar o tabagismo como transtorno mental e comportamental, fazendo o fumante deixar de ser considerado "um viciado". É sabido ser o tabagismo grande problema de saúde pública, que conduz a diversas morbidades. Assim, surge em todo o mundo, programas que visam à prevenção, promoção, proteção e apoio à cessação do tabagismo (SILVA E LUCENA, 2008).

De acordo com recomendações da OMS (2017) as principais ações para controle do tabagismo são o monitorar políticas de uso e de prevenção do tabaco, proteger as pessoas contra a fumaça do tabaco, oferecer ajuda para cessação do tabagismo, avisar a população acerca dos perigos do tabaco, reforçar as proibições de publicidade, promoção e patrocínio do tabaco e, aumentar os impostos sobre o tabaco. O chamado *MPOWER*, princípios básicos da CQCT para países signatários implementarem o controle e gerenciarem o uso do tabaco. Esses passos são importantes por ajudar os países a seguirem uma linha de controle da referida epidemia.

Diante das evidências acerca dos malefícios do fumo, vários países passaram a assumir o tabagismo como um problema de saúde pública. No Brasil o Ministério da Saúde (MS) realiza controle no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como órgão executor o INCA por meio do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) e pela articulação da Rede de Tratamento do Tabagismo no SUS, em parceria com Estados e Municípios e Distrito Federal. A Rede foi organizada, seguindo a lógica de descentralização do SUS para que houvesse o gerenciamento regional do Programa tendo como premissa a intersetorialidade e a integralidade das ações (RODRIGUES, 2017).

2.3 Assistência profissional ao tabagista

Ao profissional de saúde, cabe perguntar a qualquer paciente acerca dos seus hábitos de vida, incluindo o tabagismo e desejo de tratamento (MAZONI et al., 2008). Estudos revelam que o aconselhamento dado por qualquer profissional de saúde aumenta as taxas de cessação do tabagismo (MIRRA et al., 2010). O tratamento do dependente pode ser realizado de diversas maneiras, primeiro deve haver um aconselhamento da equipe (médicos, nutricionistas, farmacêuticos, odontólogos, psicólogos, educadores físicos) com o paciente, observar o grau de dependência a nicotina, quanto fuma, se está disposto a deixar de fumar, se tem alguma doença em decorrência do fumo.

Após a aceitação do tratamento, o fumante deve ser acolhido por profissional capacitado, abordando-o com acolhimento, empatia, respeito e confiança (REICHERT et al.,

2008). Neste momento, realiza-se o Teste de Fagerström para medir o grau dependência a nicotina, caracterizando de acordo com a pontuação no teste (0 - 2: muito baixa; 3 - 4: baixa; 5: média; 6 - 7: alta e 8 - 10: muito alta) (FAGERSTRÖM E SCHNEIDER, 1989).

O aconselhamento tem por finalidade a redução dos riscos de saúde a partir de mudanças nos hábitos e comportamentos de vida do paciente. Uma forma de aconselhar é o uso dos 4A's (arguir, aconselhar, assistir, acompanhar), tendo formato individual ou em grupo. No individual o paciente terá uma atenção maior para o seu problema específico, já no grupo há uma discussão com todos acerca do problema que os une e faz com que não se sintam tão diferentes do resto da população (BISSON, 2007).

Na Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) a abordagem envolve a detecção de situações de risco de recaída e desenvolvimento de estratégias para enfrentamento do problema. Envolve o autocontrole do paciente para que ele possa está pronto para escapar e enfrentar as situações do dia a dia que lhe colocam na dependência. O TCC segue os seguintes passos: 1- Preparar o fumante para soluções de seus problemas; 2- Estimular habilidades para resistir às tentações de fumar; 3- Preparar para enfrentar as situações de risco de recaída; 4- Preparar o fumante para lidar com o estresse (BECK, 2013).

A realização da referida terapia tem como principal objetivo informar o tabagista acerca dos riscos do cigarro e os benefícios de parar de fumar, mostrando a vida saudável, possível após deixar o vício. Possibilita também maior apoio ao paciente durante todo o processo de cessação, desde como lidar com abstinência, dependência e comportamentos associados ao hábito de fumar. São utilizadas técnicas para treinar as habilidades, soluções dos problemas para que se esqueçam do cigarro e, consigam fazer outra atividade em vez de fumar. O tratamento em grupo dá a vantagem para os pacientes poderem apresentar estratégias e uns possam seguir os conselhos dos outros (BRASIL, 2001).

Estudos pré-clínicos e clínicos demonstram a nicotina como principal agente responsável pelo desenvolvimento da dependência ao tabaco. Embora a fumaça do cigarro contenha mais de quatro mil substâncias químicas, muitas das quais podem contribuir para os efeitos reforçadores do tabaco (STOLERMAN E JARVIS, 1995). No entanto, a nicotina exerce ação farmacológica se ligando a receptores colinérgicos nicotínicos (nAChR) (PICCIOTTO, 2000).

Wise e Bozarth (1987) sugeriram ser o efeito reforçador positivo das drogas decorrentes da ativação do sistema dopaminérgico meso-corticolímbico. Esse sistema é parte do sistema de recompensa tendo como principais componentes a área tegmental ventral (sítio de corpos celulares de neurônios dopaminérgicos) e suas projeções para regiões do sistema

límbico incluindo o núcleo accumbens, o tubérculo olfativo, a amígdala e o córtex frontal e límbico (KOOB E LE MOAL, 2001).

As bases neurais da dependência à nicotina, geralmente são semelhantes às demais drogas que induzem à sujeição, causando efeitos euforizantes ou prazerosos, e dessa forma, atuando como reforçador positivo à dependência. O antidepressivo BUP inibe a recaptação pré-sináptica de dopamina e noradrenalina. Sua ação nas vias dopaminérgicas centrais demonstra o mecanismo responsável pela diminuição da fissura pelo cigarro nos pacientes com abstinência da nicotina (BALBANI E MONTOVANI, 2005).

A posologia correta no tratamento com BUP é de 150 mg/dia nos 3 primeiros dias e 300 mg/dia até o final do trabalho, no período de 3 meses. Reduzindo a síndrome de abstinência caracterizada por desconforto, irritabilidade, ansiedade, falta de concentração, disforia, aumento do apetite, insônia e bradicardia (REICHERT, 2008).

3 METODOLOGIA

3.1 Metodologia da intervenção

A presente intervenção faz parte de projeto de extensão vinculado ao Programa de Educação e Prevenção ao uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas (PEPAD), este é formado por dez projetos, e entre eles esta vinculado o projeto de Atenção Farmacêutica no Tratamento de Tabagistas.

Utilizou-se de metodologia ativa do tipo Aprendizagem Baseada em Problemas (BERBEL, 1998), para assistência de 151 tabagistas voluntários assistidos por equipe multiprofissional de tratamento de tabagistas, no período de Dezembro de 2016 a Novembro de 2017.

3.2 Local de realização da intervenção

O Programa Multidisciplinar de Tratamento do Tabagismo (PMTT) se trata de uma parceria entre Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), e é realizado no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da UFCG.

3.3 Assistidos

Tabagistas de ambos os sexos e idade superior a 18 anos, disponíveis às sextas-feiras à tarde para realização do tratamento.

3.4 Rodas de conversa acerca de saúde

No primeiro momento, fez-se exposição por todas as equipes para explicar o tratamento a ser realizado. As equipes são formadas por profissionais e estudantes da área de saúde que envolve os cursos de medicina, farmácia, nutrição, educação física, psicologia e odontologia, explanando acerca do efeito da droga no organismo quanto à área de atuação de cada profissão, e como cada equipe vai agir beneficiando o assistido no tratamento. Em seguida, com a devida aceitação e disposição do paciente, partiu-se para verificar as informações socioeconômicas, delineando o perfil dos assistidos visando aprimoramento das atividades.

No terceiro momento, realizou-se a observação do tipo de dependência do tabagista, se física, psicológica ou comportamental. Em conjunto com o Teste de Fagerström definindo o grau de dependência à nicotina. No momento seguinte, verificou-se a (in) existência da síndrome de abstinência por meio de diálogos com tabagistas.

3.5 Possíveis interações medicamentosas dos assistidos do PMTT

O Método Dáder de Seguimento Farmacoterapêutico (SF) desenvolvido pelo “*Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada*” apresenta-se como uma ferramenta útil, permitindo ao farmacêutico seguir normas claras e simples para realizar SF de forma sistematizada (HERNÁNDEZ, 2009).

Neste momento, verifica-se a pressão arterial e, a consulta farmacêutica se torna essencial. É solicitado ao assistido que traga todas as prescrições dos medicamentos que faz uso para verificação de possíveis problemas relacionados a medicamentos, interações deste com o BUP e observar o *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)* de cada medicamento que o assistido utiliza, conforme apêndice A.

O *ATC* divide e codifica os medicamentos em 15 grupos anatômicos, o 1º nível é o grupo principal é representado por uma letra e corresponde ao grupo anatômico; 2º nível é representado por dois números e corresponde ao grupo terapêutico; 3º nível é representado por uma letra e corresponde ao grupo farmacológico; 4º nível é representado por uma letra e

corresponde ao grupo químico; 5º nível é representado por dois números e corresponde à substância química.

Por último, caso necessário e se não houvesse contraindicação foi realizada a dispensação do medicamento cloridrato de bupropiona. Os pacientes foram orientados e acompanhados frente às ressalvas para pacientes hipertensos e usuários de alguns medicamentos, em especial, os anticoncepcionais. O Cloridrato de Bupropiona (BUP) facilita o fechamento dos canais de nicotina. Diminuindo assim, o uso constante da droga até seu desuso.

A promoção da educação em saúde permanente acerca das doenças crônicas não transmissíveis estimula e qualifica o cuidado, garantindo a continuidade dos usuários alvos no tratamento. Foi necessário esclarecer a cada tabagista o seu papel nestas ações.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em se tratando de um conjunto de estratégias intervencionistas, fundamentadas nos objetivos da Política Nacional de Controle do Tabagismo e elaboradas por uma parceria entre Ensino - pesquisa - extensão, comunidade - Universidade e Secretarias de Saúde resultaram na assistência de 151 assistidos pelo Programa Multidisciplinar de Tratamento de Tabagistas.

É possível observar na Tabela 1 que os assistidos pertenciam, em maior quantidade, ao sexo feminino com 58,28% (n=88), corroborando com os estudos realizados por Nunes et al., (2011) e Ricarte (2016). O sexo feminino ser maioria no tratamento de tabagistas se justifica pelo fato de receberem aconselhamento médico com maior frequência, por fatores relacionados à estética e, possivelmente darem credibilidade ao fato das doenças e malefícios que o cigarro acarreta.

A faixa etária deste estudo se apresentou >46 anos 58,28% (n=88), nesse sentido, observou-se consumo de cigarros em idades avançadas, sugerindo maior risco à saúde. Quanto ao estado civil, a grande parte dos assistidos eram solteiros 39,74% (n=60). Este fato mostra que, muitas vezes, o cigarro se torna o companheiro na vida, remetendo a necessidade de laços afetivos pessoais com humanos.

Em relação à escolaridade os tabagistas em tratamento, em sua maioria, afirmaram possuir o ensino fundamental I 32,45 (n=49). Possuir grau de escolaridade mais baixo indica que a falta de informação e conhecimento faz com que se mantenha o consumo de cigarro, isso mostra que é importante que haja uma conscientização nas escolas, para que os alunos cresçam com hábitos mais saudáveis. Quanto à religião disseram ser católicos 70,20%

(n=106), onde se faz necessário observar os estudos que demonstram a crença religiosa se apresenta como fator protetor robusto para o uso de substâncias psicoativas, como o tabaco (LUCCHETTI, 2014). Observa-se que ter uma religião causa bons efeitos para manter uma mente saudável, associando-se aos hábitos saudáveis para vida, incluindo a cessação do tabagismo.

Os tabagistas em tratamento afirmaram possuir renda familiar de até 2 salários mínimos 77,49% (n=117), refletindo maior concentração, do tabagismo, na população de baixa renda. Possivelmente colaborando com a informação acima referida de possuir menor escolaridade e possuírem baixa escolaridade.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico dos assistidos do PMTT.

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Feminino	88	58,28
Masculino	63	41,72
Faixa etária		
>46 anos	88	58,28
36 a 45 anos	28	18,54
26 a 35 anos	28	18,54
<26 anos	7	4,64
Estado Civil		
Solteiro	60	39,74
Casado	49	32,45
Viúvo	12	7,95
Divorciado	21	13,90
Separado	6	3,97
Outros	3	1,99
Escolaridade		
Analfabeto	13	8,61
Semi-analfabeto	5	3,31
Ensino Fundamental I	49	32,45
Ensino Fundamental II	16	10,60
Ensino Médio	47	31,13
Ensino Superior Incompleto	11	7,28
Ensino Superior Completo	10	6,62
Religião		
Católico	106	70,20
Evangélico	20	13,25
Espírita	7	4,63
Nenhuma	1	0,66
Outras	17	11,26
Renda		
Até 2 Salários Mínimos	117	77,49
2 – 4 Salários Mínimos	30	19,87
10 – 20 Salários Mínimos	2	1,32
Não Possui Renda	2	1,32

Fonte: O autor, 2018.

Acerca da quantidade mínima do uso do cigarro, a utilização diária estabelecida na faixa de 11 a 20 cigarros foi a de 55,62%, seguido por quem utiliza menos de 10 cigarros (23%) e mais de 20 cigarros (20,52%). Ainda mencionando o número de cigarros utilizados, 40,40% dos assistidos afirmaram que logo que acordam, trazem o cigarro, mesmo na cama. Outros tempos após acordarem também foram relatados, 37,09% dos assistidos fumam o primeiro cigarro entre 6 e 30 minutos, 11,26% afirmaram que demoram entre 31 e 60 minutos para tragar o primeiro cigarro, tempo de preparar e tomar café e, 11,26% fumam após 60 minutos.

Quando perguntado acerca da tentativa de parar de fumar, 82,72% dos assistidos disseram que já tentaram parar e 17,29%, não fizeram à tentativa. Na perspectiva de parar o uso do cigarro, 71,52% não utilizaram nenhum meio para parar de fumar, 13,24% referiram utilização de reposição de nicotina, 10,60% buscaram apoio de profissionais de saúde e 4,63% utilizaram outros meios para tentar parar. Ainda da história tabágica, foi discutido acerca do desenvolvimento de morbidades referentes ao uso do cigarro, 66,22% afirmaram não ter nenhum tipo de doença decorrente ao uso do mesmo e 33,77% afirmaram ter, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), tuberculose, bronquite e gastrite.

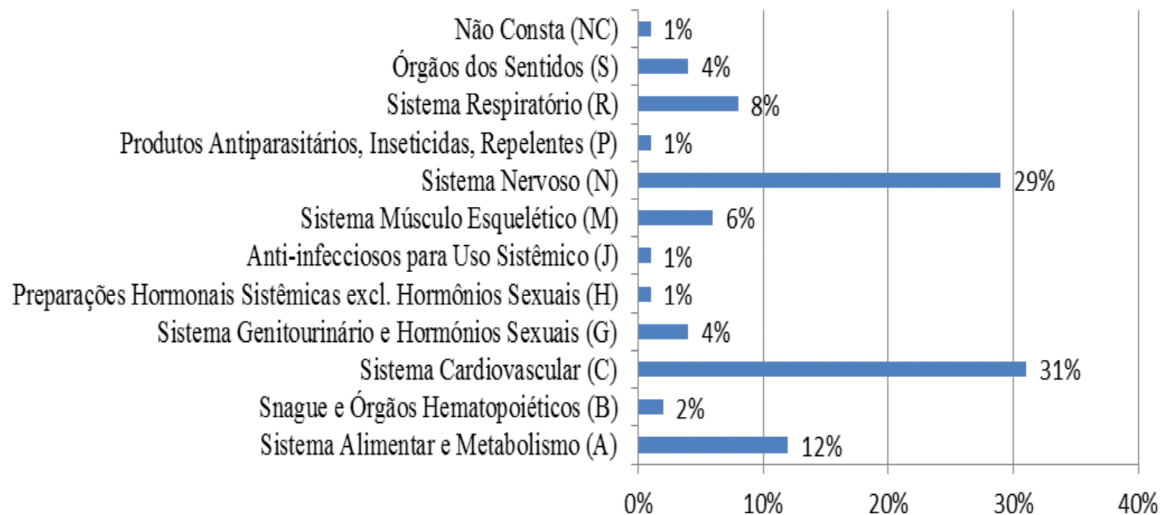
Em relação à associação do ato de fumar com situações cotidianas relataram uso do cigarro no dia-a-dia, motivações, 65% faziam uso quando estavam ansiosos e outros 65% quando tomavam café. Quanto à convivência com fumantes em casa, 64,90% afirmaram não residirem e 35,09% disseram que convivem com pai, mãe, esposo (a), filho (a) e sobrinho (a). E quando citado o temido medo de engordar após a cessação, 46,36% afirmaram que não têm medo e 53,64% disseram ter medo de engordar. Os assistidos revelaram como fator para deixar de fumar que o cigarro está prejudicando a sua saúde, pressão de familiares e gasto monetário com a carteira de cigarros.

Após encerrado o acolhimento com informações acerca do perfil socioeconômico e história tabágica, realizou-se o perfil farmacoterapêutico onde são citados medicamentos utilizados e problemas de saúde, antecedidos ou não, ao uso do cigarro. Neste momento, conversou-se acerca do nome do medicamento, forma de utilização, para que serve se está se sentindo melhor e, se houve algo estranho após sua administração. Com as respostas obtidas, faz-se uma lista com o nome dos fármacos utilizados, a fim de checar a associação com o BUP, medicamento utilizado no tratamento oferecido no hospital.

Dos 151 assistidos, 64,23% afirmaram fazer uso de medicamentos. Foram citados 86 fármacos utilizados para morbidades pré-existentes. Utilizou-se a Denominação Comum Brasileira (DCB) e os medicamentos foram classificados de acordo com o primeiro nível da

classificação do *ATC* (Gráfico 1). Nesta, os medicamentos são divididos em diferentes grupos de acordo com seus locais de ação e suas características terapêuticas e químicas. Os grupos mais utilizados de medicamentos foram o sistema cardiovascular (31%), sistema nervoso (29%), sistema alimentar e metabolismo (12%).

Gráfico 1 – Classificação dos medicamentos utilizados pelos tabagistas de acordo com o *ATC*.



Fonte: O autor, 2018.

Entre os malefícios do tabagismo, as alterações cardiovasculares ficam em destaque. Dos 64,23% assistidos que utilizavam medicamentos, 31% usavam fármacos para tratar alguma doença relacionada ao sistema cardiovascular, como Hidroclorotiazida, Losartana Potássica, Sinvastatina, Enalapril, Belisilato de Anlodipino. Fumar um cigarro aumenta a resistência, prejudica o barorreflexo e aumenta a tensão da parede carotídea em fumantes leves, esses achados podem explicar a maior taxa de um evento cardiovascular em fumantes (AROSIO, 2006).

Além disso, acelera o processo de aterosclerose nas coronárias e artérias, aumentando o risco de acidente vascular cerebral, doença arterial periférica e aneurisma da aorta. Mecanismos que possam explicar os efeitos maléficos do cigarro envolvem desenvolvimento de aterogênese, mudanças desfavoráveis no perfil lipídico, aumento da viscosidade no sangue, alterações nas funções das plaquetas, promoção de trombose e atividade adrenérgica aumentada (CRYER et al., 1976). Após um ano sem fumar o risco é reduzido à metade, e após dez anos é semelhante ao de indivíduos sem antecedentes de tabagismo.

Em relação ao sistema nervoso 29% dos assistidos relataram ter alguma doença e utilizavam medicamentos como Clonazepam, Fluoxetina, Diazepam, Fenobarbital, Dipirona Monoidratada. A nicotina se comporta como estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC) e atua em receptores colinérgicos cerebrais, modificando a fisiologia destes. Conduz à liberação de inúmeros mediadores do sistema nervoso como dopamina, serotonina, beta endorfinas, acetilcolina, noradrenalina, vasopressina, glutamato e ácido gama-aminobutírico, cada um com efeitos cerebrais específicos (COSTA et al., 2006).

De acordo com Furtado (2002), utilizar pequenas doses de nicotina pode provocar tremores, e à medida que essas doses vão sendo aumentadas, surgem convulsões, finalizando em depressão do SNC e morte por insuficiência respiratória, tanto por paralisia central como por bloqueio periférico da musculatura respiratória. A ação no bulbo também induz à êmese, que conduz ao aumento do estado de alerta e à redução do apetite.

Manter o vício contribui para que possa ocorrer acidente vascular encefálico, piora nos casos de depressão, convulsão, síndrome de Parkinson, esquizofrenia. Em estudos anteriores, foi estabelecido que fumantes com uma história de desordens mentais têm uma baixa taxa de sucesso na cessação do hábito, sendo duas vezes maior a probabilidade de fumar do que pessoas sem doença psiquiátrica (SCHMITZ; KRUSE; KUGLER, 2003).

No sistema alimentar e metabolismo 12% dos assistidos apresentam doenças e para o tratamento utilizam Omeprazol, Pantoprazol, Multivitamínicos, Cloridrato de Metformina. Seus efeitos sobre este sistema se devem, à ação parassimpática, com aumento do tônus e atividade motora do intestino. Além disso, pode acarretar em redução do tônus do esfíncter gastroesofágico e pilórico, maior risco de aspiração de conteúdo gástrico, aumento da recorrência de úlcera duodenal, e aumento do tempo de esvaziamento gástrico (FURTADO, 2002).

As interações de maior frequência no presente estudo se classificavam como moderadas. Ocorrendo geralmente entre Hidroclorotiazida + Metformina, podendo causar aumento dos níveis sanguíneos de glicose e Hidroclorotiazida + Omeprazol, ocasionando alteração no ritmo cardíaco normal; AAS + Losartana Potássica, podendo afetar a função renal e a diminuição dos efeitos da Losartana; Clonazepam + Fluoxetina podendo causar sonolência, tonturas, e tais efeitos podem ser duplicados em idosos (DRUGS.COM, 2018).

Em relação a interações com a Bupropiona as mais encontradas durante esta intervenção foram às moderadas resultando em efeitos aditivos na redução da pressão arterial. Podendo ocasionar dores de cabeça, tontura, desmaios e/ou alterações no pulso ou na

frequência cardíaca, e interação grave com Fluoxetina, podendo aumentar o risco de convulsões.

Na realização do o Teste de Fagerström, onde avalia o grau de dependência à nicotina e os seus níveis, foram apresentados pelos assistidos os seguintes resultados, muito baixo (11,25%), baixo (26,49%), médio (25,16%), elevado (30,46%) e muito elevado (6,62%). A partir disso, buscaram-se formas para ajudar os assistidos a reduzir progressivamente o uso do cigarro, como por exemplo, tiras de cenoura imitando um cigarro, mascar cravo, mascar chiclete, exercício físico, fazer alguma atividade que lhe traga prazer, assistir filme, leitura ou até mesmo, jogar a carteira de cigarros na água. Nos retornos foram realizadas as escutas e aconselhamento acerca da abstinência, fome excessiva, ansiedade, insônia, sonolência e irritabilidade. Quanto as reação adversa ao medicamento BUP foram citadas náuseas, tremor, boca seca, paladar alterado e tontura.

No período de 12 meses, dos 151 assistidos, 44,37% conseguiram parar de fumar. Ao profissional de saúde, cabe perguntar ao paciente acerca de seus hábitos de vida, incluindo o tabagismo e desejo de tratamento, sendo assim, com interesse e responsabilidade há chance de aumentar o número de assistidos que alcançam a cessação tabágica por meio do tratamento. Neste a orientação do farmacêutico é imprescindível no acompanhamento do paciente em uso de medicamentos, na tentativa de impedir o uso irracional de medicamento e até mesmo, o encerramento abrupto do tratamento.

A regressão dos sintomas de abstinência, bem como das reações adversas, evidencia a eficácia do tratamento proposto em conjunto com o trabalho da equipe multiprofissional. Os resultados têm sido bastante satisfatórios. Desta forma, a execução do cuidado farmacêutico tem sido de extrema importância, visto que os sintomas indesejados, muitas vezes, são as principais barreiras encontradas pelos pacientes ao desistir de se abster do cigarro. O acompanhamento e orientação mediada por farmacêutico tem gerado boa alternativa de controle da dificuldade de ultrapassar a síndrome de abstinência.

O farmacêutico é um profissional muito importante neste tratamento, pois tem capacidade de esclarecer dúvidas em relação ao processo de dependência química, uso racional de medicamentos, melhorar a terapia medicamentosa, buscando sempre qualidade, eficácia e segurança no tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados mostram que a maioria dos tabagistas assistidos pelo Programa de

Tratamento Multidisciplinar do Tabagismo era do sexo feminino, acima de 46 anos, solteiro, apresentava baixo grau de escolaridade, de religião católica e com baixa renda mensal.

A apresentação do PMTT engrandece por ser o primeiro contato dos tabagistas a serem assistidos pela equipe multidisciplinar que irá acompanhá-los, onde no momento de expor acerca dos malefícios do cigarro e como se dará o tratamento, também existe a tentativa de sensibilizá-los por parte de todas as equipes (Medicina, farmácia, psicologia, nutrição, educação física, odontologia).

Na observação dos medicamentos que os assistidos já faziam uso e classificados de acordo com o *Anatômico Terapêutico Químico (ATC)* ficou demonstrado que os sistemas mais requeridos foram o cardiovascular (31%), nervoso (29%), alimentar e metabolismo (12%).

Quando da dispensação da medicação, o Cloridrato de Bupropiona, observou-se que os assistidos precisavam de reforço motivacional para adesão ao tratamento. Embora a totalidade do tratamento fosse gratuito, inclusive a medicação, não era suficiente para adesão dos tabagistas em tratamento.

O presente estudo demonstrou que 44,37% dos pacientes deixaram de fumar, abandonando a dependência à nicotina. Obteve-se assim, êxito no tratamento do tabagismo. Por outro lado faz-se necessário a prevenção no contexto escolar no sentido de amenizar o número de fumantes.

Nos programas públicos de cessação de tabagismo devem atentar para sensibilização, escuta e ser multiprofissional, permitindo a realização de uma abordagem eficiente para tabagistas, ressaltando a importância da disponibilidade de recursos farmacológicos gratuitos.

É preciso avançar no controle (prevenção, promoção de ambientes livres de fumo e tratamento) do tabagismo conduzindo de forma entusiasmada as atividades de profissionais de saúde com participação efetiva do tabagista, quiçá ex-tabagista, no tratamento.

O autor declara não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

AROSIO, E. et al. Effects of smoking on cardiopulmonary baroreceptor activation and peripheral vascular resistance. **European Journal of Clinical Investigation**, v. 36, ed. 5, p. 20 – 325, 2006.

BALBANI, A. P. S.; MONTOVANI, J. C. Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 71, n. 6, parte 1, 820-827, 2005.

BECK, J. S. Terapia Cognitiva-Comportamental: teoria e prática. **Artmed**, 2ª Ed, Porto Alegre, 2013.

BERBEL, N. N.: “Problematization” and Problem-Based Learning: different words or different ways? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.2, n.2, 1998.

BISSON, M. P. Farmácia Clínica e atenção Farmacêutica. **Medfarma**, São Paulo, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Rio de Janeiro: INCA, 2006.

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

CAMPOS, P. C. M.; GOMIDE, M. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 2015.

COSTA, A. A. et al. Programa multiprofissional de controle do tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n. 5, p. 397-403, 2006.

CUNHA, G. H. et al. Nicotina e tabagismo. **Revista Eletrônica Pesquisa Médica**, Fortaleza. v. 1, n. 4, 2007.

CRYER, P. E. et al. Norepinephrine and epinephrine release and adrenergic mediation of smoking associated hemodynamic and metabolic events. **The New England Journal of Medicine**, 295:573-577, 1976.

DRUGS.COM. **Verificador de Interações Medicamentosas**, c 2000-2018. Disponível em: <<https://www.drugs.com/>>. Acesso em: 17 out 2018.

FAGERSTRÖM, K.O; SCHNEIDER, N.G. Measuring nicotine dependence: a review of the fagerstrom tolerance questionnaire. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 12, n. 2, 1989.

FIGUEIREDO, V. C. et al. ERICA: prevalência de tabagismo em adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, 50(sup11): 12s, 2016.

FURTADO, R. D. Implicações anestésicas do tabagismo. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Porto Alegre, v. 52, n 3, p. 354 - 367, 2002.

GOODMAN & GILMAN. As bases farmacológicas da terapêutica/editores responsáveis: Joel G. Hardman, Lee E. Limbird; editor-consultor, Alfred Goodman Gilman; [tradução da 10ª. ed. Original, Carla de Mello Vorsatz.. et al.; revisão técnica, Almir Lourenço da Fonseca]. – McGraw-Hill, Rio de Janeiro, 2005.

GBD. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet**, v. 389, n. 10082, p. 1885-1906, 2017.

HERNÁNDEZ, D. S. et al. Método Dáder: Manual de Segmento Farmacoterapêutico. **Edições Universitárias Lusófonas**. ed 3, Lisboa, 2009.

HILSINGER, R. **O território do tabaco no Sul do Rio Grande do Sul diante da Convenção Quadro para o Controle do Tabaco**. 2016. Tese (Doutorado em Geografia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS, 2016.

KOOB, G. F.; LE MOAL, M. Drug Addiction, Dysregulation of Reward, and Allostasis. **Neuropsychopharmacology**. 24(2), p. 97-129, 2001.

LUCCHETTI, G. et al. Spirituality, Religiosity and Substance use: Evidence and Proposed Mechanisms. **Journal of Substance Abuse & Alcoholism J Subst Abuse Alcohol**, 2(2): 1016, 2014.

MARQUES, A. C. P. R. et al. Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. **Revista Brasileira Psiquiatria**, 23: 200-14, 2001.

MAZONI, C. G. et al. **Efficacy of pharmacological and no-pharmacological treatments for smoking cessation.** Estudos de Psicologia, Natal, 13.2, p.133-140, 2008.

MIRRA, A. P. et al. Diretrizes em foco: Tabagismo parte I. **Rev. Assoc. Med. Bras,** São Paulo, vol. 56, n. 2, 2010.

MUAKAD, I. B. Tabagismo: Maior causa evitável de morte do mundo. **R. Fac. Dir. Univ.,** São Paulo, v. 109, p. 527 – 558, 2014.

NUNES, S. O. V. et al. Tabagismo, comorbidades e danos à saúde. **Tabagismo: Abordagem, prevenção e tratamento,** Londrina: EDUEL, p. 17-38, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório da OMS revela aumento na última década de políticas de controle do tabaco que podem salvar vidas.** Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5463:relatorio-da-oms-revela-drastico-aumento-na-ultima-decada-de-politicas-de-controle-do-tabaco-que-podem-salvar-vidas&Itemid=839>. Acesso em: 9 out 2018.

PICCIOTTO, M. R. et al. Nicotine Receptors in Brain: Links between Molecular Biology and Behavior. **Neuropsychopharmacology,** 22: 451-64, 2000.

PUPULIM, A. F. et al. Mecanismos de dependência química no tabagismo: revisão da literatura. **Revista médica da UFPR,** 2(2):74-78, 2015.

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

RICARTE, I. R. G. **Atenção farmacêutica na redução do tabagismo.** 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2016.

RODRIGUES, T. M. **Plano de ação para implantar o programa “deixando de fumar sem mistérios” em uma estratégia de saúde da família do município de Montes Claros – Minas Gerais.** 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família) - Universidade Federal de Alfenas, Montes Claros – Minas Gerais, 2017.

SILVA, M. M; LUCENA, R. R. **Perfil epidemiológico de estudantes de enfermagem em uma universidade privada, Taguatinga-DF 2008.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2008.

SCHMITZ, N.; KRUSE, J.; KUGLER, J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. **American Journal of Psychiatry**, Washington, v.160, p.1670- 1676, 2003.

STOLERMAN, I. P.; JARVIS, M. J. The Scientific Case that Nicotine Is Addictive. **Psychopharmacology**. 117: 2-10, 1995.

TAYLOR, P. Agentes que Atuam na Junção Neuromuscular e nos Gânglios Autônomos, em: **Goodman & Gilman - As Bases Farmacológicas da Terapêutica**, ed 9, Rio de Janeiro, McGraw Hill, 131-145, 1996.

ZANINI, R. R. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo de cigarros entre estudantes de escolas estaduais do ensino médio de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil, 2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 8, p. 1619-1627, 2006.

ZOLDAN, L. G. V.; RIBEIRO, M. (Organizadores). CRATOD. **Uma proposta de cuidado ao Dependente Químico**, São Paulo, 2017.

WISE, R. A.; BOZARTH, M. A. A Psychomotor Stimulant Theory of Addiction. **Psychol Rev.** 94: 469-92, 1987.

APÊNDICE A

MEDICAMENTOS	ATC
Ácido Acetilsalicílico	N02BA01
Ácido Valpróico	N03AG01
Alprazolam	N05BA12
Atenolol	C07AB03
Atenolol e Clortalidona	C07CB03
Atorvastatina Cálcica	C10AA05
Belisilato de Anlodipino	C08CA01
Belisilato de Anlodipino e Losartana Potássica	C09DB06
Bimatoprosta	S01EE03
Bissulfato de Clopidogrel	B01AC04
Bromazepam	N05BA08
Brometo de Tiotrópio	R03BB04
Brometo de Umeclidíneo e Trifenatato de Vilanterol	R03AL03
Captopril	C09AA01
Carvedilol	C07AG02
Cilostazol	B01AC23
Ciprofibrato	C10AB08
Clonazepam	N03AE01
Cloreto de Magnésio	A12CC01
Cloridrato de Amilorida	C03DB01

Cloridrato de Amitriptilina	N06AA09
Cloridrato de Biperideno	N04AA02
Cloridrato de Bupropiona	N06AX12
Cloridrato de Clorpromazina	N05AA01
Cloridrato de Dorzolamida	S01EC03
Cloridrato de Levopromazina	N05AA02
Cloridrato de Metformina	A10BA02
Cloridrato de Paroxetina	N06AB05
Cloridrato de Prometazina	R06AD02
Cloridrato de Propranolol	C07AA05
Cloridrato de Sertralina	N06AB06
Cloridrato de Trazodona	N06AX05
Clortalidona	C03BA04
Complexo B	A11EA
Deltametrina	P03BA03
Diazepam	N05BA01
Diclofenaco Sódico	M01AB05
Dipirona Monoidratada	N02BB02
Dipropionato de Beclometasona	R03BA01
Dutasterida e Cloridrato de Tansulosina	G04CA52
Enalapril	C09AA02
Esomeprazol Magnésico Tri-hidratado	A02BC05
Espironolactona	C03DA01
Fenobarbital	N03AA02
Fenofibrato	C10AB05
Fenoterol	R03AC04
Fluoxetina	N06AB03
Fumarato de FormoterolDi-hidratado e Budesonida	R03AK07
Furosemida	C03CA01
Glibenclamida	A10BB01
Haloperidol	N05AD01
Hemitartarato de Zolpidem	N05CF02
Hidroclorotiazida	C03AA03
Hidroclorotiazida e Cloridrato de Amilorida	C03EA01
Ibuprofeno	M01AE01
Indapamida	C03BA11
Insulina	A10AC01
Isoflavona	NC*
Levonorgestrel e Etinilestradiol	G03AA07
Levotiroxina Sódica	H03AA01
Losartana e Hidroclorotiazida	C09DA01
Losartana Potássica	C09CA01
Maleato de Timolol	C07AA06
Melatonina	N05CH01
Multivitaminas e Outros minerais	A11AA
Olanzapina	N05AH03
Olmesartana Medoxomila	C09CA08
Omeprazol	A02BC01
Oxcarbazepina	N03AF02
Pantoprazol	A02BC02

Paracetamol	N02BE01
Paracetamol, Cafeína, Carisoprodol e Diclofenaco Sódico	N02BE51
Pentoxifilina	C04AD03
Piroxicam	M01AC01
Propatilnitrato	C01DA07
Risedronato Sódico	M05BA07
Risperidona	N05AX08
Ritonavir	J05AE03
Sinvastatina	C10AA01
Sulfato de Salbutamol	R03AC02
Tibolona	G03DC05
Travoprostá	S01E04
Trometamol Cetorolaco	M01AB15
Valsartana	C09CA03
Valsartana e Hidroclorotiazida	C09DA03
Vildagliptina	A10BH02

NC*= NÃO CONSTA