



UEPB
Universidade
Estadual da Paraíba

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

IRYS RAPHAELLA GOMES RICARTE

ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA REDUÇÃO DO TABAGISMO

CAMPINA GRANDE

2016

IRYS RAPHAELLA GOMES RICARTE

ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA REDUÇÃO DO TABAGISMO

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento a exigência para obtenção do grau de Bacharel em Farmácia.

Orientador (a): Prof^ª Dr^ª. Clésia Oliveira Pachú

CAMPINA GRANDE

2016

É expressamente proibida 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 da dissertação.

R488a Ricarte, Irys Raphaella Gomes.
Atenção farmacêutica na redução do tabagismo [manuscrito] /
Irys Raphaella Gomes Ricarte. - 2016.
19 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) -
Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e
da Saúde, 2016.
"Orientação: Profa. Dra. Clésia Oliveira Pachú, Departamento
de Farmácia".

1. Tabagismo. 2. Cigarro. 3. Atenção farmacêutica. 4.
Farmacoterapia. I. Título.

21. ed. CDD 615.58

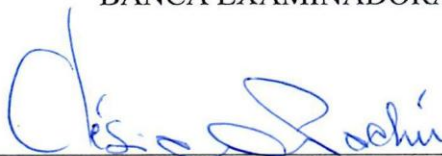
IRYS RAPHAELLA GOMES RICARTE

ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA REDUÇÃO DO TABAGISMO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento a exigência para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Aprovada em: 29/08/2016.

BANCA EXAMINADORA



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



Prof.^a. Dr.^a. Lindomar de Farias Belém
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Eduardo Lira de Assis
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu pai e todo poderoso que me guia e dar força todos os dias para lutar em busca dos meus sonhos e objetivos, a ele que me ama tanto, embora eu não mereça, me prova a todo instante o mais doce e sublime amor, a Nossa Senhora, minha mãezinha que intercede e roga sempre por mim. Santa Terezinha, obrigada por derramar flores de amor em minha vida e deixa-la sempre perfumada, meu Anjo da Guarda, obrigada por me proteger e me guiar sempre perto de pessoas abençoadas.

Aos meus pais Ricardo e Dodora, que me deram a vida e me ensinaram em meio as dificuldades o que é ter dignidade, me mostraram que para ser alguém na vida tem que estudar e sempre se esforçaram para me proporcionar o melhor, a vocês a minha infinita gratidão e amor eterno. Meu irmão lindo, amigo e companheiro Igor Raphael, a quem eu sempre posso contar, na certeza de que estará sempre me apoiando, te amo muito seu abusado!

Ao meu namorado Charles, que pegou o barco andando, mas desde que entrou em minha vida, tem provado que é o José que sempre pedi a Deus em minhas orações, obrigada por todo apoio, meu presentinho de Deus.

A minha família de modo geral, que me apoia em tudo, minha tia Marise que me socorreu quando meu computador quebrou, sem ela esse TCC não ficaria pronto, mas em especial eu dedico esse trabalho a minha tia Hilda Verônica, que esteve sempre do meu lado, sempre participando de tudo e hoje ela se encontra ao lado do pai, a sua ausência dói muito, as suas ultimas palavras martelam em minha mente, mas tenho certeza que a sua ausência física é presença viva em meu coração, VOCÊ ESTÁ SIM AQUI, te amo muito. Maysa, minha tia perua e farmacêutica, a mais arrumada e chique, obrigada por tudo! Aos demais familiares, eu amo vocês!!!!

Aos meus amigos acadêmicos, eles mais que todos sabem o quão difícil é chegar até aqui, muitas noites em claro, muitos medos, porém, muitos sorrisos, brincadeiras e conquistas, enfim, gostaria de agradecer em especial a Anderson Fellyp, que desde o principio esteve comigo me aguentando, tirando todas as minhas dúvidas e chamando minha atenção, em meio ao meu comodismo. Cinthian fofinha, agradeço-te absurdamente por sempre me socorrer, continue sempre com essa pureza no coração.

Aos meus amigos que fazem a família Trindade, obrigada por serem bênçãos em minha vida. “Sim, perfeito, sei, eu não sou também. Não me leve a mal, to tentando. Será sempre assim, estou aprendendo a amar.”

E por fim, a minha infinita gratidão, a essa mulher que é exemplo de garra e luta, não se amedronta por nada e quando acredita vai até o fim carregando a certeza de que o correto deve sempre prevalecer, és um exemplo para todos que te cerca, obrigada Clésia Pachú, por acreditar em mim, pelos puxões de orelha, pelos ensinamentos e maestria em que você conduz o Núcleo de Educação e Atenção em Saúde (NEAS).

ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA REDUÇÃO DO TABAGISMO

RICARTE, Irys Raphaella Gomes¹; PACHÚ, Clésia Oliveira²

RESUMO

O tabagismo é responsável pelo maior número de mortes evitáveis no mundo. A cessação do tabagismo representa processo dinâmico, considerado desafio pessoal exigindo esforço dos fumantes, na busca por novo comportamento e, superação da abstinência na dependência do tabaco. Objetiva-se avaliar a atenção farmacêutica em tratamento multidisciplinar dirigido a tabagistas. A presente pesquisa quantitativa descritiva, realizado no ano de 2015, foi desenvolvida no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), em Campina Grande, Paraíba. Avaliou-se a evolução de 107 tabagistas em tratamento com Bupropiona e, acompanhados por equipe multiprofissional. Neste estudo foi utilizado o método Dáder na atenção farmacêutica. Observou-se no início do tratamento quantidade máxima de 60 cigarros fumados por pacientes e mínimo 10 cigarros por pessoa, média de 19,7% do total. Após trinta dias de tratamento houve evolução significativa com quantidade máxima de 30 cigarros fumados por paciente e, mínima zero, média de 5,67% de cigarros fumados. Sessenta dias após início do tratamento continuou a redução onde a máxima foi de 17 cigarros, observando aumento do número de pacientes que deixou de fumar neste período. Aos noventa dias, ao final do tratamento, o consumo máximo de 10 cigarros, com média de 0,12%, menos de um cigarro por paciente. É satisfatório o resultado do acompanhamento farmacoterapêutico em uma equipe multidisciplinar, no programa de cessação do tabagismo. Foi comprovada a eficácia do tratamento, com redução de quase 100% do número de fumantes durante o tratamento. Neste estudo foi possível perceber que a participação farmacêutica adentra a casa dos tabagistas e promove melhoramento na saúde destes, por redução da automedicação e aconselhamentos durante a dispensação de medicamentos.

Palavras-chave: Tabagismo. Cigarro. Atenção Farmacêutica.

¹irysraphaella@yahoo.com.br . Acadêmica de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

²clesiapachu@hotmail.com . Professora Dr^a. da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

WARNING TO REDUCE THE PHARMACEUTICAL TOBACCO

RICARTE, Irys Raphaella Gomes¹; PACHÚ, Clésia Oliveira²

ABSTRACT

Smoking is responsible for the largest number of preventable deaths worldwide. Smoking cessation is dynamic, considered personal challenge requiring effort of smokers in the search for new behavior and overcoming the withdrawal in tobacco dependence. The objective is to evaluate the pharmaceutical care in multidisciplinary treatment aimed at smokers. This descriptive quantitative research, conducted in 2015, was developed at the University Hospital Alcides Carneiro (HUAC) in Campina Grande, Paraíba. We evaluated the evolution of 107 smokers treated with bupropion and, accompanied by multi-professional team. This study used the Dader method in pharmaceutical care. It was noted at the beginning of treatment maximum of 60 cigarettes smoked by patients and less than 10 cigarettes per person average of 19.7% of the total. After thirty days of treatment there was significant progress with maximum of 30 cigarettes smoked per patient and minimal zero average of 5.67% of cigarettes smoked. Sixty days after the beginning of treatment continued to decrease where the maximum was 17 cigarettes, observing increase in the number of patients who quit smoking during this period. Ninety days after the treatment, the maximum consumption of 10 cigarettes, averaging 0.12%, less than one cigarette a patient. It is satisfied with the result of pharmacotherapeutic monitoring in a multidisciplinary team, in the smoking cessation program. It was demonstrated the effectiveness of the treatment, a reduction of almost 100% of the number of smoking during treatment. In this study it was possible to realize that the pharmaceutical participation enters the house of smokers and promote improvement in the health of these by reducing the self-medication and advice on dispensing drugs.

Keyword: Smoking, Cigarette, Pharmaceutical care.

¹irysraphaella@yahoo.com.br . Acadêmica de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

²clesiapachu@hotmail.com . Professora Dr^a. da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
2	REVISÃO DA LITERATURA	10
3	METODOLOGIA	11
3.1	Instrumentos para coleta de dados.....	12
3.2	Análise dos dados.....	12
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
4.1	Caracterização da amostra.....	12
4.2	Descrição da amostra.....	15
4.3	Evolução do pacientes durante o Tratamento.....	16
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
	REFERÊNCIA	

1 INTRODUÇÃO

O tabagismo é considerado um problema de saúde pública em razão da alta prevalência de fumantes e da mortalidade decorrente das doenças relacionadas ao tabaco (MIRRA, 2010). Este mal gera perda mundial de 200 bilhões de dólares por ano, sendo metade nos países em desenvolvimento. Resulta da soma de vários fatores, tratamento das doenças relacionadas ao tabaco, mortes de pessoas em idade produtiva, aposentadorias precoces, faltas ao trabalho e menor rendimento produtivo (MENEZES, 2004).

As doenças associadas ao tabaco são responsáveis por cerca de cinco milhões de mortes ao ano, no mundo correspondendo a 15% do total mundial de mortes. Estudos demonstram que esse número poderá chegar a 10 milhões em 2025, sendo no Brasil estimado em 200 mil o número de óbitos anuais por doenças associadas ao hábito de fumar (OMS, 2014).

A organização mundial da saúde (OMS) estima que o tabagismo é responsável por aproximadamente 5,4 milhões de óbitos anuais, sendo que 40 a 45% são por câncer, dos quais 90 a 95% por câncer de pulmão, 75% dos óbitos ocorrem por doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC, 20% por doença vascular e 35% por doença cardiovascular. (PINTO, 2010).

Neste contexto, observa-se a necessidade de tratamento de tabagista entre as intervenções que apresentam melhores relações custos-benefícios. Em estudo realizado por Brasil (2014), na recuperação de tabagista, cerca de 80% dos tabagistas são portadores de doenças pulmonares advindas desse hábito e desejam parar de usar o tabaco; entretanto, apenas 3% conseguem abandoná-lo. Esse dado é indicador da capacidade da nicotina em causar dependência, pois, provavelmente, os tabagistas que têm baixa dependência à nicotina conseguem parar mais rápido de usar tabaco sem tratamento formal.

As estimativas de custos-benefícios de breve abordagem dos tabagistas demonstram que se 2,7 a 3,7% deixarem de usar o tabaco com essa medida, o custo estimado por ano de vidas salvas seria da ordem de U\$ 748,00 a U\$ 2.020,00, bastante inferior ao do tratamento da hipertensão arterial sistêmica leve a moderada (U\$ 11.300 – U\$ 24.408). No tocante a hipercolesterolemia a economia seria de U\$ 65.511,00 – U\$ 108.189,00, e, do infarto, U\$ 55.000,00 (BRASIL, 2014).

Os dados infere o indicador do baixo acesso dos tabagistas aos avanços da abordagem à abstenção do tabagismo. O tratamento do tabagista está entre as intervenções multiprofissionais que apresentam as melhores relações custos-benefícios (BRASIL, 2014). Conclui-se que a cessação do tabagismo é intervenção efetiva com melhor custo-efetividade. O abandono do tabagismo significa reduzir o risco de desenvolver doenças pulmonares e interromper sua progressão (COSTA, 2006).

O INCA (2014) afirma que para alcançar reduções sustentáveis na morbimortalidade relacionadas às doenças causadas pelo tabaco, o Brasil deve continuar a investir no Programa Nacional de Controle ao Tabagismo (PNCT). E acrescenta a necessidade de focalizar na Atenção Primária, nas ações destinadas a evitar a iniciação e nas destinadas à cessação. Tais ações exigem financiamento e fortalecimento dos programas estaduais e municipais de controle do tabagismo.

Neste sentido, em novembro de 2005, o Brasil ratifica a Convenção Quadro para Controle do Tabaco. Trata-se do primeiro Tratado Internacional de Saúde Pública tendo por objetivo conter a epidemia global do tabagismo — por meio do Decreto Legislativo n.º 1012/2005, e sua implementação nacional ganhou o status de Política de Estado. O objetivo da Convenção-Quadro é “proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco” (artigo 3º). (OMS, 2006).

Na atualidade, o Brasil, por meio do Ministério da Saúde e, como órgão executor da política de tratamento do tabagismo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2013). Está vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), e é regulado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 571 publicada em 05 de abril de 2013 (**Portaria nº 571/2013**). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No presente estudo, foi avaliada a efetivação da atenção farmacêutica como auxiliar do fumante a desenvolver habilidades para permanecer sem fumar. O tratamento de tabagistas foi realizado em grupo com apoio medicamentoso, quando foi necessário sendo recurso usual no tratamento do tabagismo disponibilizado na rede SUS.

2 REVISÃO DA LITERATURA

O tabagismo é a maior causa de morte evitável no mundo. Seis milhões de vidas são perdidas todos os anos por causa de doenças tabaco- -relacionadas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). No Brasil, são mais de 200 mil mortes anuais. Esse número é alarmante e indica claramente que as autoridades nacionais, em seus respectivos territórios, devem assumir o compromisso de reduzir a prevalência do tabagismo, além de se associarem internacionalmente para conter a disseminação desse mal que assola todo o mundo. (NOGUEIRA, 2015).

O uso do tabaco é responsável no Brasil por aproximadamente 95% dos casos de câncer de boca, 90% das inflamações de mama, 80% da incidência de câncer no pulmão, 97% dos casos de câncer da laringe, 50% dos casos de câncer de pele, 45% das mortes por doença coronariana e, também, 25% das mortes por doença vascular cerebral. Existem mais de 50 doenças associadas ao uso do tabaco. (BRASIL, 2010).

O cigarro e outras formas de tabaco são capazes de levar à dependência por ação da nicotina, que atua na liberação de dopamina e noradrenalina, induzindo euforia e sensação de bem-estar. A nicotina possui ação dopaminérgica similar, porém bem menos intensa, às de outras drogas, como a heroína e a cocaína (MARQUES, 2010). A dependência da nicotina pode ser desmembrada em três componentes: dependência física, dependência psicológica e condicionamentos a fumar; que se inter-relacionam.

Dentre as possibilidades para auxiliar no processo de cessação tabágica encontram-se a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), a farmacoterapia, o acompanhamento clínico, os grupos terapêuticos e o apoio da família. (ECHER, 2008). A abordagem em grupo permite que um número maior de pessoas sejam tratadas, o que pode tornar, em termos de saúde pública, mais custo efetivo em relação à abordagem individual. Elas podem trocar suas experiências e relatar os benefícios do apoio mútuo entre os integrantes do grupo.

Quanto ao número de sessões, as evidências sugerem uma forte dose-reposta entre o número de sessões e a efetividade do tratamento, sendo o mínimo de quatro sessões para que se obtenha um resultado satisfatório (MIRRA, 2010). Depois de estabelecida a dependência ao tabaco, a dificuldade de cessar o tabagismo é alta, e geralmente é proporcional ao número de cigarros fumados por dia e o tempo de consumo da droga.

A intervenção farmacológica pode ser utilizada como estratégia de apoio a situações bem definidas, e tem a finalidade de facilitar a abordagem cognitiva comportamental que é a base do tratamento do tabagismo e deve ser sempre utilizada. Esta abordagem tem demonstrado efetividade na cessação do tabagismo. (FOCCHI, 2005). As atuais terapias medicamentosas de combate ao tabagismo no mundo incluem Terapia de Reposição da Nicotina (TRN), bupropiona (BUP) e vareniclina (VAR) (SILVA, 2012).

A bupropiona, considerada de primeira linha para o tratamento do tabagismo, atua ocupando os receptores dopaminérgicos que seriam ocupados pela nicotina, reduzindo os sintomas da Síndrome de Abstinência. Inicialmente utilizada como antidepressivo, foi posteriormente lançada como adjuvante no tratamento do tabagismo. É segura e eficaz, por não causar dependência química e por apresentar poucos efeitos colaterais, mas deve ser utilizada com cuidado nos cardiopatas. Foi introduzida pelo Ministério da Saúde como terapia de primeira linha no tratamento do tabagismo em 2004, pela Portaria n. 442 de 13 de agosto de 2004. (BRASIL, 2004).

No Brasil, o cloridrato de bupropiona, em comprimidos, e nicotina, sob as formas de goma de mascar e adesivo transdérmico, foram incluídos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) desde 2006 até 2014, como terapêuticas de primeira linha no tratamento de combate ao tabagismo. (BRASIL, 2015).

3 METODOLOGIA

O presente estudo se configura numa abordagem quantitativa descritiva, desenvolvido no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HAUC), da Universidade Federal de Campina Grande, situado na cidade de Campina Grande, PB.

O trabalho é realizado por uma equipe multidisciplinar que executam suas atividades de forma conjunta para melhor corroborar para o resultado final que é a redução do tabagismo, o tratamento é voluntário, onde os pacientes são assistidos gratuitamente por todas as equipes, seguindo desde o tratamento cognitivo comportamental até o medicamentoso, onde são acompanhados periodicamente para tirar dúvidas a respeito do tratamento e do medicamento, são anotados os efeitos adversos da medicação e evolução da redução do número de cigarros fumados pelos pacientes.

A realização da pesquisa ocorreu durante o ano de 2015. Foram assistidos 107

pacientes, de ambos os sexos, faixa etária, renda e escolaridades distintas. No presente estudo, foi utilizados como terapia medicamentosa o Cloridrato de Bupropiona.

3.1 Instrumentos para coleta de dados

Foram utilizados os seguintes instrumentos para caracterizar a população da pesquisa:

- A. Perfil sócio demográfico:** Os pacientes respondem ao questionário contendo informações como: idade, estado civil, escolaridade e renda.

- B. Caracterização dos dados:** O levantamento dos dados se deu por meio dos questionários farmacoterapêutico aplicado a 107 pacientes assistidos no Programa de Tabagismo durante o ano de 2015, tendo como critério de inclusão pessoas de ambos os sexos, com idade a partir de 15 anos e procuraram o tratamento de forma voluntária.

- C. Dados éticos:** Foram respeitados aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos, conforme preconiza a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS. Esta pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UEPB, sob o número 20082912-50.

3.2 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada com dados brutos e percentuais, utilizando o software Microsoft Excel® 2010 e SPSS versão 21.

Para as análises, foi realizada relação entre o acompanhamento farmacoterapêutico com a evolução da redução de cigarros durante o tratamento.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização da amostra

Participaram do estudo 107 pacientes, que fizeram tratamento para cessação do tabagismo, no hospital público. Todos seguiram tratamento durante três meses, os que abandonaram o tratamento durante esse período foram excluídos do presente estudo. Os sujeitos eram fumantes de faixa etária e níveis de escolaridade diversos, de ambos os sexos.

Ao final da tabulação e análise dos dados (Tabela 1) foi possível perceber prevalência da faixa etária entre 31 a 50 anos e de 51 a 70, chegando a ser, 43,0% cada, da amostra total. Corroborando com Castro (2010), onde afirma que a média para iniciar o tratamento para cessação do tabagismo é de 45 anos.

Quanto ao sexo, 64,5% (69/107) pertenciam ao feminino e, 35,5% (38/107) ao masculino, sendo correspondente com aos dados encontrados por Nunes (2011), a busca para o tratamento de cessação do tabagismo foi maior entre o sexo feminino, 61,1%, se comparada ao sexo masculino 38,9%.

De modo que predomínio de mulheres em abordagem de cessação do tabagismo tem sido descrito, pois essas recebem aconselhamento médico mais frequentemente e acreditam mais no fato de que o tabagismo cause câncer. (CASTRO, 2010).

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo características sociodemográficas e funcionais.

Variáveis	Categoria	Fa	Fr
Sexo	Masculino	38	35,5
	Feminino	69	64,5
Faixa etária	15-30	9	8,4
	31-50	46	43,0
	51-70	46	43,0
	71-mais	6	5,6
Estado civil	Casado(a)	46	43,0
	Solteiro(a)	42	39,3
	Divorciado(a)	10	9,3
	Viúvo(a)	9	8,4
Escolaridade	Analfabeto	6	5,6
	Semianalfabeto	6	5,6

	1º incompleto	32	30,0
	1º completo	14	13,1
	2º incompleto	12	11,2
	2º completo	23	21,5
	Superior incompleto	7	6,5
	Superior completo	7	6,5
Renda	até 2 salários mínimos	77	72,0
	2 a 4 salários mínimos	28	26,1
	10 a 20 salários mínimos	2	1,9
Total		107	100

Fa: Frequência absoluta; Fr: Frequência relativa

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Em relação à escolaridade 30% (32/107) tem primeiro grau incompleto, 21,5% (23/107) possui primeiro grau completo, 13% (14/107) com segundo grau completo e, 11,2% (12/107) com segundo grau incompleto, obtiveram resultados iguais, pacientes que afirmam ter nível superior incompleto e superior completo, com 6,5% (7/107), e apenas 5,6% (6/107) dizem ser analfabetos ou semianalfabetos. Resultando em uma população onde a maioria dos pacientes possuem baixa escolaridade, porém, o tratamento é gratuito, a baixa procura por pacientes com maior grau de escolaridade e renda pode ser devido aos tratamentos em consultórios particulares.

Quanto ao estado civil, 43 % (46/107) dos pacientes disseram ser casados, 39,3% (42/107), 9,3% (10/107) divorciados e, 8,4% (9/107) viúvos. Fumantes não diferiram de situação conjugal.

Tabagistas em tratamento afirmaram ter renda de até 2 salários mínimos sendo representado por 72% (77/107), 26,1% (28/107) recebem cerca de 2 a 4 salários mínimos e, 1,9% (2/107) possuem renda de 10 a 20 salários mínimos.

4.2 Descrição da amostra por quantidade de cigarros fumados *versus* sexo.

Foi observado na Tabela 2 que 32,7% (35/107) do total de pacientes fumam entre 16 20 cigarros, respondendo o sexo feminino por 31,9% (22/107) e, o sexo masculino 34,2% (13/107).

Tabela 2- Descrição do número de cigarros fumados por sexo.

Nº de cigarros	Feminino		Masculino		Todos	
	Abs	%	Abs	%	Abs	%
1-5 cigarros	6	8,7	4	10,5	10	9,3
6-10 cigarros	16	23,2	5	13,2	21	19,6
11-15 cigarros	11	15,9	5	13,2	16	15
16-20 cigarros	22	31,9	13	34,2	35	32,7
Mais de 20	14	20,3	11	28,9	25	23,4
Total	69	100	38	100	107	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Este resultado corrobora com os estudos realizados por Dantas (2016), onde afirma que, em relação aos que pararam de fumar há menos de 12 meses, 51,1% haviam realizado tentativas para parar, sendo maior a parcela de mulheres (55,9%) do que de homens (47,9%).

4.3 Evolução dos pacientes durante o tratamento

Na descrição da evolução, é possível observar na Tabela 3, no início do tratamento um total máximo de 60 cigarros e mínimo de 1 cigarro por paciente, chegando a média 19,74%. Após trinta dias de tratamento e acompanhamento farmacoterapêutico, obteve uma redução significativa de metade do número máximo de 30 cigarros por paciente e já encontrou pacientes que parou de fumar nesse período, média de 5,67%.

Com sessenta dias de tratamento teve redução para 17 cigarros no máximo, onde comprova que a maioria parou de fumar, durante o período entre trinta e sessenta dias, média 1,09%, ou seja 1 cigarro por paciente do número total da população na amostra, Por fim, com noventa dias, tivemos uma média de 0,12%, ou seja, menos de um cigarro por

paciente, tivemos uma máxima de 10 cigarros, pois um dos pacientes continuou fumando dez cigarros.

Tabela 3- Evolução da redução de consumo de cigarros durante o tratamento de tabagistas

Tratamento	Mínimo	Máxima	Média
Início	1	60	19,74
30 dias	0	30	5,67
60 dias	0	17	1,09
90 dias	0	10	0.12

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Segundo Mirra (2010), é notória a evolução da redução do número de cigarros durante o tratamento. Seus estudos mostrou uma taxa estimada de abstinência de 10,9% caso o fumante tente parar de fumar sozinho contra 13,4% se ele for submetido a um aconselhamento mínimo (< 3 minutos), 16% a um aconselhamento entre 3 a 10 minutos, e 22,1% se ele sofrer um aconselhamento intensivo (>10 minutos) Deve-se priorizar o aconselhamento profissional, procedimento este que aumenta a chance de cessação do tabagismo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados, pode-se perceber entre os tabagistas, a prevalência do sexo feminino que buscam o tratamento de tabagismo.

Dentre estes, os pacientes que buscam o tratamento esteve na faixa etária entre 31 a 70 anos. O baixo índice de tabagistas com ensino superior pode ser devido aos consultórios particulares.

Quanto a renda familiar, obtivemos uma quantidade significativa de até 2 salários mínimos, chegando a 72% do total de pacientes.

O tratamento apresentou efetividade na redução do número de cigarros fumados por dia, tanto a curto como a longo prazo, obtendo resultado significativo, a curto prazo no período de 30 dias chegando a metade do número de cigarros fumados de quando iniciou o

tratamento e a longo prazo no período de 90 dias teve redução de quase 100% dos pacientes assistidos durante o estudo.

Neste trabalho foi possível, observar a importância da atenção farmacêutica durante o tratamento de tabagismo, fazendo o acompanhamento cognitivo comportamental e medicamentoso.

Sendo fundamental a presença do profissional farmacêutico em equipe multidisciplinar, para que possa haver acompanhamento farmacoterapêutico adequado e juntos obter êxito na redução do tabagismo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 442, de 13 de agosto de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Implantando um programa de controle do tabagismo e outros fatores de risco em unidades de saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis por Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde; 2014

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Brasília, 2015.

CASTRO M.R.P; MATSUO, T; NUNES, S.O.V. Características clínicas e qualidade de vida fumantes em um centro de referênciade abordagem e tratamento do tabagismo. J Bras Pneumol ;36(1):67-74, 2010.

COSTA, A.A et al. Programa Multiprofissional de Controle do Tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. Revista da SOCERJ - set/out 2006.

DANTAS, D.R.G et al. Tratamento do Tabagismo no Brasil. REVISTA SAÚDE E CIÊNCIA; 5(1): 61 – 75, 2016.

ECHER I.C; BARRETO S.S.M. Determinação e apoio como fatores de sucesso no abandono do tabagismo. Revista Latino-americana de Enfermagem, mai-jun. 2008.

FOCCHI, G. R. A; BRAUN, I. M. Tratamentos farmacológicos para tabagismo. Revista Psiquiátrica Clínica. 32 (5): 267-75, 2005.

- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. Rio de Janeiro, 2013.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Política Nacional de Controle do Tabagismo. Relatório de Gestão e Progresso. Rio de Janeiro, 2014.
- MARQUES, A.C.P.R et al. Diretrizes Gerais para o Tratamento da Dependência Química. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010.
- MENEZES, A.M.B. Epidemiologia do tabagismo. J Bras Pneumol. 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Legislação da Saúde. 2013.
- MIRRA, A.P. et al . Diretrizes Clínicas na saúde suplementar: tabagismo. 2010.
- NOGUEIRA, R.P et al. Observatório Internacional de Capacidades Humanas, Desenvolvimento e Políticas Públicas. Organização Pan-Americana da Saúde Brasília, DF, Brasil 2015.
- NUNES, S.O.V; CASTRO, M.R.P. Tabagismo: prevenção, abordagem e tratamento. Londrina: EDUEL, 2011.
- OMS. Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco. Decreto nº5.658, de 2 de janeiro de 2006 Diário Oficial da União, 2006.
- OMS. Cigarro mata mais de 5 milhões de pessoas. Portal Brasil, 2014.
- PINTO, M.; UGÁ, M.A.D. Os custos de doenças tabaco – relacionadas para o Sistema Único de Saúde. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro: p. 1234- 1245, 2010.
- SEABRA C.R; FARIA, H.M; SANTOS, F.R. O tabagismo em uma perspectiva biopsicossocial: panorama atual e intervenções interdisciplinares. CES Revista (25)321-36, 2011.
- SILVA, L.C.C. As Doenças e os Danos. In: Silva, L.C.C. Tabagismo: doença que tem tratamento, Porto Alegre: Artmed, 2012.