

RAFAEL FERNANDES TRITANY
ADRIANA PASSOS OLIVEIRA

HOMEOPATIA NO TRATAMENTO DO TABAGISMO:

UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA



EDITORIA INOVAR

HOMEOPATIA NO TRATAMENTO DO TABAGISMO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Rafael Fernandes Tritany
Adriana Passos Oliveira

HOMEOPATIA NO TRATAMENTO DO TABAGISMO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

1.^a edição

MATO GROSSO DO SUL
EDITORA INOVAR
2020

Copyright © do autor e da autora.

Todos os direitos garantidos. Este é um livro publicado em acesso aberto, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que sem fins comerciais e que o trabalho original dos autores e autoras seja corretamente citado.

Rafael Fernandes Tritany; Adriana Passos Oliveira.

Homeopatia no tratamento do tabagismo: uma revisão integrativa da literatura. Campo Grande: Editora Inovar, 2020. 62p.

ISBN: 978-65-86212-43-3.

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-43-3.

1. Homeopatia. 2. Tabagismo. 3. Revisão Integrativa da Literatura. 4. Autores. I. Título.

CDD – 615

Os conteúdos dos capítulos são de responsabilidades do autor e da autora.

Conselho Científico da Editora Inovar:

Franchys Marizethe Nascimento Santana (UFMS/Brasil); Jucimara Silva Rojas (UFMS/Brasil); Maria Cristina Neves de Azevedo (UFOP/Brasil); Ordália Alves de Almeida (UFMS/Brasil); Otilia Maria Alves da Nóbrega Alberto Dantas (UnB/Brasil), Guilherme Antônio Lopes de Oliveira (CHRISFAPI - Cristo Faculdade do Piauí).

Editora Inovar

www.editorainovar.com.br

79002-401 - Campo Grande – MS

2020

AGRADECIMENTOS

Após ter concluído este trabalho, uma pergunta paira em minha mente: “e agora, como agradecer por ter chegado até aqui?”. Acredito que essa pergunta não possa ser respondida apenas pelas palavras que aqui escrevo. Estas, são apenas um singelo complemento, uma forma de expressão, do sentimento de gratidão por aquelas e aqueles que me apoiaram até então.

Primeiramente, gostaria de agradecer à linda equipe Cholandino que me abraçou e abriu as portas para conhecer esse maravilhoso universo das PICS. Em especial, à Prof. Carla, que plantou em mim a sementinha da homeopatia na disciplina de farmacotécnica; à Prof. Adriana por me orientar, tanto no projeto de extensão como no TCC; e, é claro, à Fortune e Prof. Gleyce, que me acolheram como monitor de homeopatia e aceitaram participar da minha banca de TCC.

Minha família, a quem devo todas as minhas conquistas, foi de grande importância nesse processo. Érika e Gui, esses dois guerreiros que o SUS herdou, espero que saibam que por trás desse garoto chato, que mal chega em casa e já começa a reclamar de algo, está uma pessoa que muito se orgulha e se inspira nos irmãos que tem. Não é fácil dividir a vida com outras pessoas, mas o amor encontra um jeitinho pra tudo, não é!? Vocês fazem da nossa casa um lar.

Pulei até uma linha para dedicar um parágrafo inteirinho à essa mulher especial. Mãe, sou muito grato a tudo que você me ensinou (e continua a ensinar): a levantar a cabeça, a lutar pelos meus sonhos e sempre dar valor a quem nos ama. Como seria sem nossas fofocas por telefone, nossas comidinhas e outras tantas coisas que aquecem meu coração e marejam meus olhos só de lembrar!?

À Evellyn, mais do que minha namorada, minha cúmplice, devo todo amor e gratidão possíveis. Você me faz enxergar o melhor de mim, me faz acreditar que sempre é possível ir além e que não há ferida que o amor não cure, mas há de se respeitar uma cicatriz. Evy, você me ensina tantas coisas que faltariam linhas para descrever, mas, de todas elas, a sua empatia é, com toda certeza, a que mais me faz crescer como pessoa e como seu companheiro.

Por fim, é com sentimento de dever cumprido (e cumprido!) que encerro esta etapa. Nesses 6 anos, maior do que os aprendizados profissionais, foram os aprendizados de vida. Estes eu devo a todos os meus amigos, principalmente àqueles que aturaram minhas piadas sem graça. A todos vocês: **muito obrigado!**

...Quanto mais palpável é uma verdade, mais tempo requer para conquistar o lugar a que tem direito. Os obstáculos, que se colocam em seu caminho, se devem a que essa verdade desencadeia ao seu redor um verdadeiro ódio.

Pois, ela anuncia uma revolução, uma perturbação dos interesses existentes e dos lugares conquistados.

Samuel Hahnemann

APRESENTAÇÃO

É notório que o tabagismo é um importante problema de saúde no Brasil e no mundo. É mundialmente considerado um dos mais relevantes fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e a maior causa prevenível de mortalidade e morbidade. Segundo a OMS, em 2011, morriam cerca de 6 milhões de pessoas por ano devido ao uso ou a exposição ao tabaco, sendo previsto e confirmado o aumento nos anos subsequentes. O tratamento da dependência do cigarro tem sido considerado uma política altamente custo efetiva. Dentre as diferentes abordagens terapêuticas, as mais utilizadas são a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e a farmacológica (nicotínica e não nicotínica). Entretanto, as terapias medicamentosas convencionais apresentam limitações como efeitos adversos e restrições a certos grupos (adolescentes, idosos e gestantes). Desta forma, aumenta-se a relevância da busca por novas alternativas terapêuticas, como o uso de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, em especial a Homeopatia. Neste contexto, o presente estudo visa discutir as evidências científicas disponíveis sobre o uso da Homeopatia no abandono do uso de tabaco. A busca de artigos científicos foi realizada no portal de bases de dados da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Foram incluídas apenas as publicações dos últimos 20 anos em português, espanhol e inglês e estudos com seres humanos. Foram encontrados 177 artigos, após a aplicação de filtros de pesquisa, e desses foram selecionados apenas 6. Os principais medicamentos homeopáticos utilizados foram o *Caladium Seguinum*, *Nicotinum*, *Nux vomica*, *Sulphur* e o *Tabacum*. A escassez de produção científica no tema foi um marco, além da fragilidade metodológica dos estudos encontrados. Entretanto, os resultados preliminares são indicadores parcialmente positivos de eficácia da homeopatia no tratamento do tabagismo, podendo ser utilizados em estudos futuros.

Palavras-chave: Homeopatia; Tabagismo; Revisão Integrativa da Literatura; Práticas Integrativas e Complementares.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1. TABAGISMO.....	12
2.1.1. Tipos de dependência ao tabaco.....	12
2.1.2. Epidemiologia.....	13
2.1.3. Impactos do tabagismo.....	17
2.2. TRATAMENTO CONVENCIONAL.....	19
2.2.1. Tratamento Não Farmacológico.....	19
2.2.2. Tratamento Farmacológico.....	23
2.3. HOMEOPATIA.....	28
2.3.1. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS).....	28
2.3.2. Princípios da Homeopatia.....	29
2.3.3. O medicamento homeopático.....	31
2.3.4. Homeopatia no Brasil.....	34
2.3.5. Homeopatia e o aditismo.....	36
3. CAMINHO METODOLÓGICO.....	37
4. HOMEOPATIA E TABAGISMO: RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
4.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	52
5. CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS.....	54
SOBRE O AUTOR E A AUTORA.....	60

1. INTRODUÇÃO

É notório que ao longo das últimas décadas ocorreram mudança no perfil de adoecimento da população mundial, processo conhecido como Transição Epidemiológica. As principais características desse foram:

substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas; deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante (SCHRAMM et al., 2004).

Esse fenômeno possui importantes implicações para os Sistemas de Saúde mundiais, e no Brasil para o Sistema Único de Saúde (SUS). As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), tais como tabagismo, diabetes e hipertensão, passam a representar uma parcela cada vez maior da utilização dos serviços de saúde e, por consequência, dos gastos públicos e individuais. Assim, as falhas na prevenção e tratamento dessas DCNT e suas complicações ocasionam a perda de autonomia e qualidade de vida da população (SCHRAMM et al., 2004).

Nesse cenário, o tabagismo é considerado um dos mais relevantes fatores de risco para as DCNT e a maior causa prevenível de mortalidade e morbidade (WHO, 2011a). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2011, morriam cerca de 6 milhões de pessoas por ano devido ao uso ou a exposição ao tabaco e a previsão é de que este valor suba ano após ano. (WHO, 2011a).

Com efeito, o tratamento da dependência ao cigarro tem sido estimulado pela sua alta relação de custo efetividade. Isso devido aos custos de implementação de programas, compra de medicamentos e capacitação de profissionais serem muito menores que os de tratamento das doenças relacionadas ao tabaco (DRT) e suas complicações (FIORE et al., 2008).

No Brasil, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), articulado pelo Ministério da Saúde através do Instituto Nacional de Câncer, visa à redução da prevalência de fumantes, e consequentemente das DRT, através de ações educativas, comunicativas e de atenção à saúde (INCA, 2014). Parte dessa trajetória foi a instituição de um protocolo de tratamento para a doença e a ampliação da oferta dele, com foco na Atenção Primária à Saúde (APS), principal porta de entrada do SUS.

Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Dependência à Nicotina, o tratamento não medicamentoso deve ser o primeiro a ser ofertado (BRASIL, 2016). Destacam-se, nesse sentido, a Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) e a Entrevista Motivacional (EM). A terapia medicamentosa preconizada, baseada na Terapia de Reposição de Nicotina e/ou antidepressivo, por esse protocolo é indicada para casos refratários às outras terapias e com alto nível de dependência (BRASIL, 2016).

Tais medicamentos, apesar de possuírem eficácia comprovada pela literatura, apresentam importantes inconvenientes, como reações adversas (BRASIL, 2015); contraindicações de uso (para grávidas, lactantes e adolescentes)(REICHERT et al., 2008) e custo elevado (BAROLLO et al., 2006). Além disso, já foi relatada uma tendência de sobreprescrição desses medicamentos nas unidades básicas de saúde, em contraposição aos protocolos que indicam a priorização da terapia não farmacológica (BRASIL, 2016; PORTES et al., 2014; REICHERT et al., 2008). Ganha relevância, assim, a busca por alternativas terapêuticas, seguras e eficazes, para o tratamento do tabagismo.

Nesse contexto, a homeopatia é uma prática integrativa e complementar em saúde (PIC) que estuda o indivíduo de maneira integral e utiliza como medicamento substâncias de origem diversas submetidas ao processo homeopático de dinamização. Esses medicamentos tratam a pessoa com a doença, e não apenas a doença isoladamente, sendo assim, individualizados (BARRIOS; BARREDA, 2010). Barrios e Barreda (2010) propõem que esses medicamentos transmitem informações a um nível que ativa os mecanismos autocurativos do organismo, sendo absorvidos pela via sublingual e passando pelo cérebro, que envia sinais para os órgãos energéticos ou Chacras, aumentando os mecanismos de defesa.

Este tipo de prática, cuja cura se dá mediante ativação de mecanismos de defesa corporais, é útil tanto para enfermidades agudas quanto crônicas, previne reações adversas, e pode ser complementar à cirurgia e traumatologia, aos primeiros socorros, entre outras áreas (BARRIOS; BARREDA, 2010).

Nesse sentido, o presente trabalho objetiva analisar o uso da homeopatia para o tratamento do tabagismo através de uma revisão integrativa da literatura envolvendo diferentes modelos de estudos publicados nos últimos 20 anos. Para tanto, os objetivos específicos foram: (a) realizar uma busca bibliográfica nas bases de dados selecionadas sobre o uso da homeopatia na cessação do tabaco; (b) selecionar os artigos, de acordo

com os critérios de inclusão e exclusão, e elencá-los em tabela; (c) construir um referencial teórico que aborde o estado da arte do tabagismo, dos tratamentos convencionais e da homeopatia; (d) discutir os resultados encontrados com base ao referencial teórico.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TABAGISMO

O tabaco é consumido das mais variadas formas há milhares de anos pela humanidade. Atualmente, por causar diversos problemas à saúde, tem sido um verdadeiro vilão para os Sistemas de Saúde em todo o mundo.

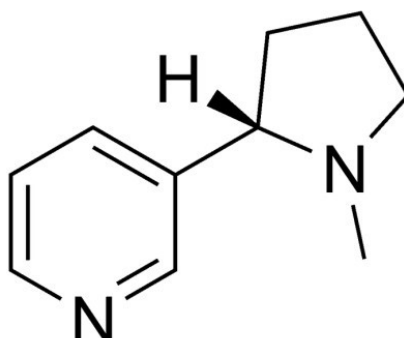
O tabagismo ativo, ou seja, o uso engajado de derivados de tabaco, é considerado uma doença e classificado por instrumentos como a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID-10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). Dentre as principais razões para o uso do cigarro estão a estimulação, o prazer, a redução da ansiedade e a dependência (BRASIL, 2015).

2.1.1 Tipos de dependência ao tabaco

A dependência química é “um padrão mal adaptativo do uso de substâncias que leva a prejuízo ou sofrimento clínico significativo” (PUPULIM et al., 2015), tendo como principais sintomas a tolerância e a síndrome de abstinência. A tolerância pode ser definida pela diminuição progressiva do efeito da substância no usuário, acompanhada com frequente aumento do uso da mesma. A abstinência diz respeito ao conjunto de sintomas gerados pela descontinuidade do uso de uma substância. No caso da abstinência de tabaco os principais sintomas observados são irritabilidade, ansiedade, dificuldade de concentração, aumento do apetite, humor deprimido e insônia (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

A nicotina é um alcaloide (figura 1) presente no tabaco tido como principal responsável pela dependência química. Esta substância química atinge o sistema nervoso central (SNC) em aproximadamente 15 segundos após a inalação do tabaco e interage com receptores colinérgicos nicotínicos. Esta interação gera a propagação de um impulso nervoso até o sistema de recompensa do cérebro, relacionado com a tolerância, aumento da fissura e disforia (PUPULIM et al., 2015).

Figura 1: Estrutura química da nicotina.



Fonte: ("Sabor de Tabaco: Nicotina - Estrutura química da molécula da nicotina", 2015).

Associada à dependência química, há muitas vezes a chamada dependência psicológica. Essa refere-se a uma ideia preconcebida da necessidade da substância para o bem estar daquele que a usa, que não está diretamente relacionada com a necessidade orgânica da substância (BRASIL, 2015). Essa dependência não é percebida por vezes devido a sua sutileza e grande integração com a personalidade do fumante, como também pela própria dependência química.

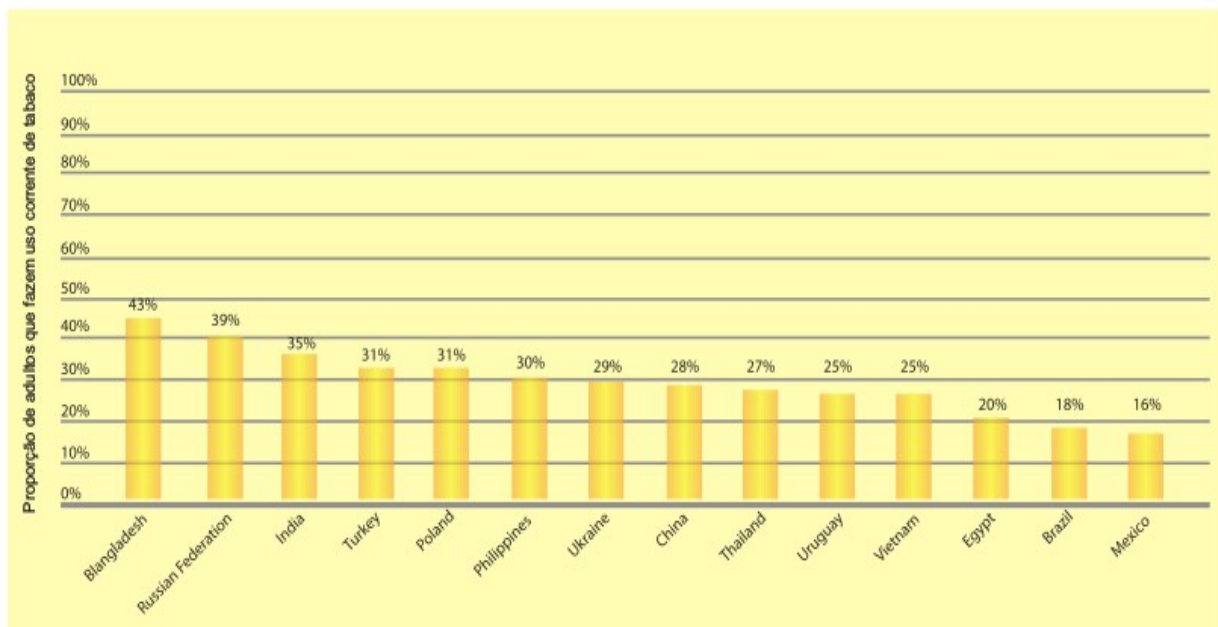
Além delas, há também a dependência comportamental, quando o consumo do tabaco esta entremeado às atividades cotidianas, tais como fumar tomando café, após o almoço ou ao dirigir. Ou seja, condicionam-se essas tarefas diárias ao fumo, tornando esses simples eventos estímulos para manutenção do hábito. Desta forma, (re)conhecer estes condicionantes, ou "gatilhos", e evitá-los deve ser parte do tratamento para a cessação do tabagismo e prevenção de recaídas (ISMAEL, 2007).

2.1.1 Epidemiologia

O tabagismo é um problema de saúde de relevância em praticamente todos os países do mundo. É responsável por aproximadamente 6 milhões de mortes ao ano no mundo, sendo considerado a principal causa prevenível de mortalidade e morbidade (WHO, 2011a). Além disso, há evidências que apontam para o tabagismo como causa de cerca de 50 doenças, em especial problemas cardiovasculares, respiratórios e cânceres (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015).

A OMS estimava em 2009 que cerca de um terço dos adultos do mundo fumassem, (1,2 bilhões de pessoas), sendo destes a grande maioria (80%) de países em desenvolvimento (WHO, 2009). Dados obtidos na pesquisa *Global Adult Tobacco Survey* (2008-2010) em 14 países, expressos no gráfico 1, em desenvolvimento demonstraram uma grande variação na prevalência desta doença entre os países (WHO, 2011b). O Brasil ficou em 13º lugar e sua prevalência nesse período era de mais da metade do 1º colocado, Bangladesh.

Gráfico 1: Prevalência do uso de tabaco em adultos em 14 países que completaram a *Global Adult Tobacco Survey* (2008-2010).



Fonte: WHO, 2011 adaptado por BRASIL, 2015.

Baseado em inquéritos residências, Monteiro et al (2007) observou que a prevalência do tabagismo entre adultos no Brasil reduziu aproximadamente em um terço de 1989 a 2003, de 34,8% para 22,4%. Em 2008, segundo do IBGE (2009), esse número já havia reduzido para 17,2%, para pessoas acima de 15 anos. Esses dados refletem os avanço no controle do tabagismo no país nas últimas décadas, conforme ilustrado na tabela 1.

Tabela 1: Prevalência do tabagismo em adultos no Brasil de 1989 a 2013.

Ano	1989	2003	2009	2013
Prevalência	34,8%	22,4%	17,2%	15,0%

Fonte: Adaptado de (MONTEIRO et al., 2007; IBGE, 2009; IBGE; FIOCRUZ, 2014).

Tais avanços podem ser em muito explicados pela implementação de políticas regulatórias visando à redução do consumo de cigarro. Dentre elas destacam-se:

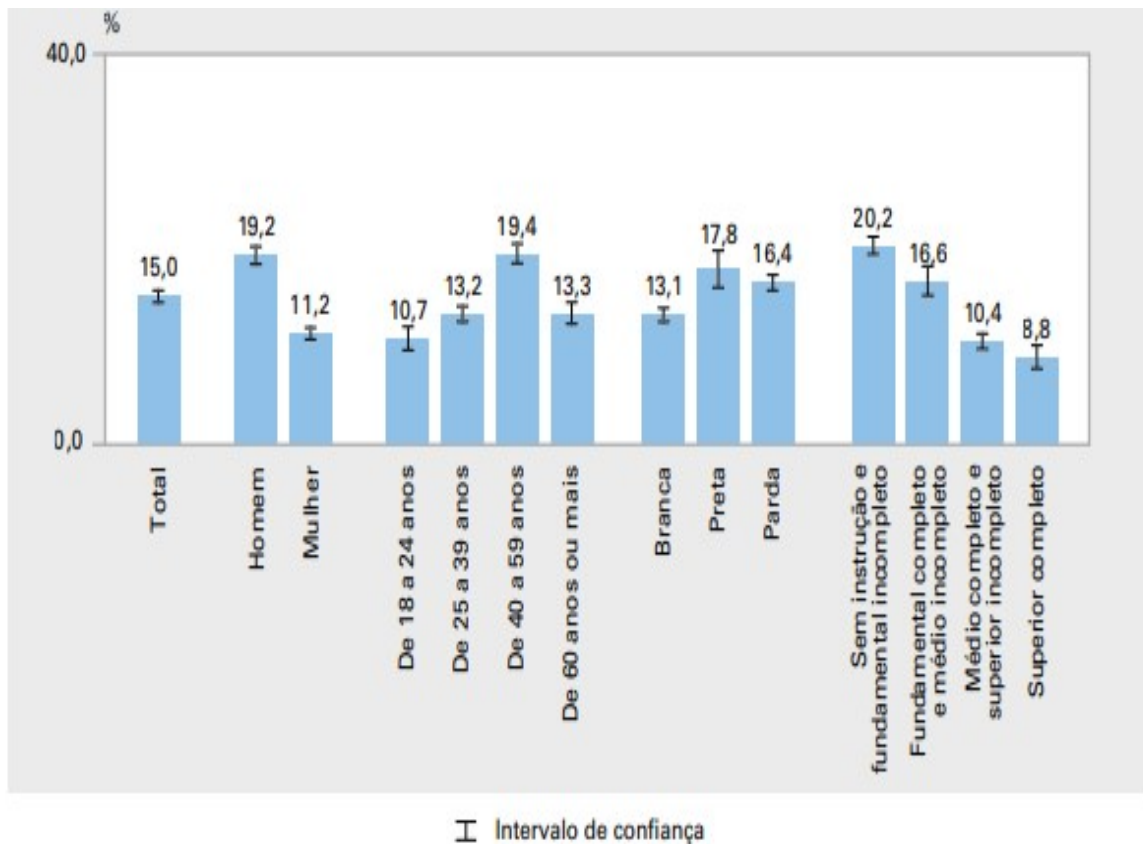
a proibição de publicidade do tabaco, aumento de impostos sobre o produto, inclusão de advertências mais explícitas sobre os efeitos danosos do tabaco nos maços, legislação para restrição do fumo em ambientes fechados, campanhas para controle do fumo e o desenvolvimento de programas de abordagem e tratamento. (BRASIL, 2015, p. 25)

Ao passo que os dados de prevalência demonstram avanços, denotam também o tamanho do desafio a ser vencido. Para isso, é de suma importância conhecer o perfil epidemiológico do tabagismo e os principais impactos gerados pela doença e seu tratamento.

2.1.1.1 *Perfil do tabagista no Brasil*

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde feita pelo IBGE apontou características no perfil econômico e sociodemográfico da população tabagista do Brasil (IBGE; FIOCRUZ, 2014). As principais categorias analisadas, descritas no gráfico 2, foram gênero, faixa etária, raça e grau de instrução.

Gráfico 2: Proporção de adultos tabagista, segundo o sexo, os grupos de idade, a cor ou raça e o nível de instrução no Brasil em 2013.



Fonte: (IBGE; FIOCRUZ, 2014)

É possível observar uma maior prevalência da doença entre homens (19,2%) do que em mulheres (11,2%). Apesar disso, alguns autores tem relatado que o aumento desta prevalência em mulheres jovens é uma tendência (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015). Observou-se uma larga diferença entre as faixas etárias e que a com maior número de fumantes foi a de 40 a 59 anos. Considerando aspectos raciais, o fumo foi mais prevalente entre os declarados negros (17,8% pretos e 16,4% pardos) que brancos (13,1%). Além disso, constatou-se uma relação inversamente proporcional entre o grau de instrução e a prevalência do tabagismo (IBGE; FIOCRUZ, 2014).

A constatação e análise do perfil do fumante no país é uma das ferramentas para elaboração de políticas públicas de saúde de controle do tabagismo. Conhecer este perfil dá especificidade para estas, aumentando as suas chances de sucesso. Em adição, é

importante que os profissionais de saúde conheçam esses dados, visto que ele são a “ponta da lança” dos serviços de saúde.

2.1.2 Impactos do tabagismo

Os impactos gerados pelo tabagismo podem ser medidos segundo diversas variáveis e perspectivas. Entre elas, a qualidade de vida e os anos de vida perdidos (AVP) foram descritos por Pinto e colaboradores (2015). No estudo, destacaram que mulheres e homens fumantes têm expectativa de vida de 4,47 e 5,03 anos, respectivamente, menor que não fumantes do mesmo gênero. Quando comparados com ex-fumantes os valores eram menos drásticos, 1,32 e 2,05 anos a menos que mulheres e homens não fumantes (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015).

Ademais, os efeitos nocivos à saúde causados pelo fumo são inúmeros, mas os principais envolvem doença cardíacas, respiratórias e câncer, neste caso denominadas Doenças Relacionadas ao Tabaco (DRT). Quase 5 mil substâncias já foram identificadas no cigarro, sendo cerca de 60 delas cancerígenas. Dessa forma, é estabelecido que não existem níveis seguros de utilização desta droga (BRASIL, 2015; WHO, 2009).

2.1.2.1 Doenças Relacionadas ao Tabaco (DRT)

O uso de tabaco é o principal fator de risco evitável para doenças cardiovasculares e também a maior causa de morte evitável, principalmente por infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC) . Sabe-se que o fumo favorece aterosclerose, tanto pelo seu potencial trombogênico, quanto pelo efeito da nicotina (estimulação neural simpática). Além disso, o monóxido de carbono inalado em excesso pelos fumantes diminui a capacidade de transporte de oxigênio. Assim, com a capacidade aeróbica prejudicada, a frequência cardíaca e a pressão arterial aumentam, aumentando as chances de surgimento de arritmias (BRASIL, 2015).

Esses riscos cardiovasculares, com destaque para as complicações macrovasculares (IAM e AVC), é ainda mais crítico para fumantes com diabetes *mellitus*. Além disso, os fumantes apresentam níveis de VLDL, LDL e triglicerídeos mais altos que

não fumantes (BRASIL, 2001). Nesse sentido, o tratamento do tabagismo para diabéticos é fundamental.

De todas as causas de morte relacionadas ao tabagismo, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), em 2015, foi responsável pela mortalidade de 6% no mundo e 5,5% no Brasil (JOSÉ et al., 2017). Além disso, os fumantes são mais predispostos a pneumonia, tuberculose, asma, sinusite e outras infecções respiratórias (BRASIL, 2015).

Por fim, diversos tipos de neoplasias são favorecidas pelo fumo de tabaco, sendo as principais o câncer de pulmão, traqueia e brônquios, esôfago, lábios e cavidade oral e nasofaringe (JOSÉ et al., 2017). Os fumantes possuem uma chance 10 a 30 vezes maior que não fumantes de desenvolver câncer de brônquios, de acordo com a carga tabagística (BRASIL, 2015).

2.1.2.2 *Custos para o Sistema de Saúde*

O impacto gerado pelo tabagismo também pode ser medido pelo custo financeiro gerado aos indivíduos e aos Sistemas de Saúde. Os custos relacionados às DRT em termos globais podem chegar a 500 bilhões de dólares, contando com a redução da produtividade, adoecimento e mortes prematuras (PINTO; PICHON-RIVIERE; BARDACH, 2015).

Em seu trabalho, Pinto e colaboradores (2015) calcularam que a estimativa do custo total das doenças atribuíveis ao tabagismo para o SUS foi de aproximadamente 23 bilhões em 2011. Esse valor corresponde a 0,5% do PIB do Brasil e a 4 vezes o valor arrecadado de impostos federais do setor Tabaco neste mesmo ano. Através desses números é possível identificar que apesar dos avanços para o controle do tabagismo, essa dependência continua a onerar significativamente o SUS.

Vale ressaltar que um estudo de revisão da Cochrane concluiu que tratamentos totalmente financiados, sem custos adicionais aos usuários, geram taxas de abstinência superiores àqueles custeados pelos próprios fumantes (REDA et al., 2012). Nesse sentido, os programas de tratamento de tabagismo, impulsionados pelo governo ou até mesmo pelas empresas, são importantes ferramentas para a promoção de saúde e melhora da qualidade de vida da população.

2.2 TRATAMENTO CONVENCIONAL

2.2.1 Tratamento Não Farmacológico

2.2.1.1 *Abordagem Motivacional*

A entrevista motivacional (EM) é uma ferramenta terapêutica cujo foco de trabalho é a motivação do usuário para transformação comportamental. Possui larga aplicação, desde mudanças de hábito de vida até adesão a terapia. Para tanto, o foco da EM é descrito como: colaborativo, na relação profissional-usuário; evocativo, por compreender que a motivação, capaz de trazer as mudanças, vem do usuário e não do profissional de saúde; e de respeito à autonomia da pessoa, reconhecendo que a tomada de decisão pela mudança cabe a ela. Nesse sentido, seus quatro princípios orientadores propostos são: resistência ao reflexo de consertar as coisas, entendimento das motivações do usuário, escuta reflexiva e empática e fortalecimento do usuário (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 2009)

A condução à mudança na entrevista motivacional prevê a busca por uma atmosfera positiva pelo terapeuta, com estratégias mais encorajadoras do que argumentativas ou coercitivas. Quando utilizada corretamente, os argumentos para a mudança vem, fundamentalmente, do paciente. Essa abordagem apropria-se de outras já existentes, como a terapia centrada na pessoa e terapias breves, para atingir seu propósito. Desta forma, o entrevistador deve estar atento ao *timing* para intervir em momentos decisórios (MILLER; ROLLNICK, 2001; NUNES; DE CASTRO, 2010).

A EM trabalha com dois conceitos centrais: a ambivalência e a prontidão para a mudança. O primeiro, trata não apenas da resistência à mudança, mas do embate pessoal entre dois caminhos a seguir. Por exemplo, os fumantes quando buscam por tratamento, em geral o fazem mediante um conflito, por um lado querem parar de fumar, por outro não querem. Esta motivação flutuante, característica da ambivalência, é objeto de análise e resolução da EM (NUNES; DE CASTRO, 2010). O segundo, descrito por Prochaska e Diclemente (1982), baseia-se na caracterização da motivação como uma vontade de mudar. Desta forma, a mudança se daria por um processo no qual o sujeito passa por diferentes estágios motivacionais representados na figura 2, os quais cabe ao terapeuta caracterizar e neles intervir.

Figura 2: Estágios motivacionais – Roda de Prochaska.



Fonte: adaptado de PROCHASKA & DICLEMENTE, 1982.

O estágio inicial para o processo de mudança, no qual o sujeito nem sequer considera a mudança como uma possibilidade, é conhecido como *pré-contemplação*. No caso do tabagista, é o momento de despertar a percepção desse acerca dos riscos e problemas do tabagismo e motivá-lo a pensar na mudança. No estágio seguinte, de *contemplação*, a pessoa geralmente considera mudar, pensando em minimizar ou cessar o comportamento problema. É nele que a ambivalência chega a seu ápice, por isso cabe ao terapeuta encorajar o usuário a descobrir as suas próprias barreiras razões para mudança (NUNES; DE CASTRO, 2010; PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982).

Através do manejo dessa ambivalência, o usuário chega ao estágio de *preparação*, estando pronto para mudança. Neste estágio o profissional de saúde deve ajudar na construção de um plano de ação em conjunto. O próximo estágio é o de *ação*, o usuário já mudou, parou de fumar, está seguindo o tratamento corretamente, ou está fazendo exercícios com regularidade, por exemplo. O direcionamento à mudança deve ser acompanhado pelo terapeuta, de modo a ajudar na identificação de situações de risco à recaída, assim como apoiar o usuário na escolha suas estratégias de ação (NUNES; DE CASTRO, 2010; PROCHASKA; DICLEMENTE, 1982).

Não obstante, deve-se atentar que, mesmo tendo obtido a mudança, o usuário pode ter *recaídas*, retrocedendo seu estágio motivacional. É importante que o profissional, como também o paciente, aceite que as recaídas também fazem parte do tratamento. Desta forma, o profissional ajudará a renovar os processos estágio por estágio, fortalecendo a motivação para cessação (NUNES; DE CASTRO, 2010).

Segundo Andretta et al (2014), o número de estudos clínicos randomizados envolvendo EM ultrapassam 160 e abrangem diversas áreas da saúde, tais como hipertensão, diabetes, doenças cardíacas, uso de drogas e suas comorbidades, transtornos alimentares, adesão à terapia medicamentosa, entre outros. Nesse sentido, a abordagem motivacional pode ser uma importante ferramenta para auxiliar o fumante a largar a dependência ao tabaco.

2.2.1.2 *Método clínico (abordagem) centrado na pessoa*

A EM desvia o foco do tratamento para a pessoa, visando à promoção da mudança de comportamento, e, dessa forma, diferencia-se da clínica tradicional. Esse modelo de atenção, conhecido como abordagem centrada na pessoa, que se embasa também outras teorias, sugere uma nova forma de relação terapeuta-usuário em contraposição a abordagem “centrada na doença”. É, portanto, mais ampla que a EM, visto que é dedicada aos processos comunicativos das pessoas (BRASIL, 2015).

Este método parte do princípio de que nenhum fumante é igual ao outro. Cada um possui um motivo para fumar e uma experiência pessoal da dependência. Cada pessoa possui um contexto social, cultural e familiar diferenciado que deve ser levado em conta pelo profissional de saúde. Além disso, a pactuação de um plano de cuidado para cessação tabágica, em contraste com a imposição de modo verticalizado e intransigente pelo terapeuta, oferece maiores chances de sucesso, visto que abrange as preferências e limitações do usuário (BRASIL, 2015).

2.2.1.3 *Terapia Cognitivo-comportamental (TCC)*

Essa abordagem é fruto da combinação de técnicas de intervenções comportamentais e cognitivas, amplamente utilizadas para o tratamento da dependência a

substâncias (BRASIL, 2001). A terapia cognitiva (TC) compreende o processamento da informação e a atribuição de significados aos acontecimentos como fundamentais para entender um comportamento inadequado. A terapia comportamental (BT) concentra-se na modulação do estado motivacional, buscando a mudança do estilo de vida e comportamentos de risco para saúde (SILVA; SERRA, 2004).

A BT se baseia na Teoria do Aprendizado Social, que estuda a forma como os humanos aprendem a sentir, pensar e agir em determinadas situações. Baseado em experimentos datados desde o início do século XX, descreveu-se o condicionamento clássico enquanto capacidade de um dado estímulo condicionar a um determinado comportamento. Com isso, o terapeuta pode mapear e sinalizar junto ao usuário situações, lugares, companhias que foram condicionadas (associadas) ao uso de drogas, por exemplo. (SILVA; SERRA, 2004).

A racionalidade utilizada na TC é de que o comportamento e o afeto de um sujeito têm forte associação com a forma como ele se estrutura no mundo. Ou seja, mais importante do que a real situação problema, é o modo como a pessoa interpreta. Nesse sentido, a TC objetiva a reestruturação e flexibilização cognitiva de modo a instrumentalizar o paciente para responder ao real com funcionalidade. (SILVA; SERRA, 2004).

A dependência química de modo geral, inclusive à nicotina, é produto da complexa interação entre cognições (crenças, ideias, esquemas, pensamentos, valores), emoções, comportamentos, relacionamentos (sociais e familiares), influências culturais e processos tanto biológicos quanto fisiológicos (SILVA; SERRA, 2004). Portanto, para modificar um comportamento, como por exemplo o uso de tabaco, a TCC busca identificar cognições disfuncionais e estímulos condicionantes. Dessa forma, a TCC é considerada base para a Cessação do Tabagismo, tendo o tratamento farmacológico, se necessário, um papel auxiliar (BRASIL, 2001, 2016)

A prevenção das recaídas e o treinamento de habilidades são os principais pilares da TCC. O primeiro é um programa de autocontrole que visa ao auxílio no estágio motivacional de manutenção da mudança de estilo de vida. Frente a uma situação de risco, o tabagista em tal estágio de mudança possui duas alternativas: responder os enfrenamentos ou não respondê-los. Para inibir as recaídas é importante que o terapeuta identifique, junto ao usuário, o estágio motivacional, quais são as possíveis situações de

risco, quando está ocorrendo a recaída e quais os fatores cognitivos associados a essa (MARLATT; GORDON, 1994).

O segundo pilar da TCC se fundamenta na hipótese de que a falta habilidades para defrontar certas situações está associada a um maior consumo de drogas. Silva e Serra (2004) descrevem os momentos em que a falta destas habilidades se faz mais significativa, eles são: sentimentos negativos, fazer críticas, receber críticas, recusar droga, negar algo, socialização, frustrações, fissura, entre outros. Nesse sentido, um recurso terapêutico utilizado são as dramatizações em grupo. O grupo planeja uma encenação das situações supracitadas e, através da criatividade e da improvisação, trabalha-se a flexibilidade de respostas e o desenvolvimento de habilidades (SILVA; SERRA, 2004).

As intervenções para cessação do tabagismo são classificadas segundo o tempo investido pelo profissional de saúde no contato com a pessoa, são elas as abordagens Mínimas (ou Breves) (menos de 3 minutos), Básicas (entre 3 e 10 minutos) e Intensivas (mais de 10 minutos) (BRASIL, 2015; FIORE et al., 2008). Estudos de meta-análise demonstraram que o aconselhamento realizado por um profissional de saúde, independente de sua categoria, aumenta as taxas de sucesso na cessação tabágica (FIORE et al., 2008).

Segundo Fiore et al (2008), quanto maior o tempo total de sessões de aconselhamento, maiores as taxas de abstinência. Entretanto, não há evidências de que mais de 90 horas de tempo de contato total aumente as taxas de abstinência. A abordagem mínima, apesar de possuir apenas efeitos moderados sobre a cessação, é de grande valia para a saúde pública, visto que possui largo potencial de aplicação em diversos momentos e níveis de complexidade nas redes de atenção a saúde (ZWAR et al., 2011).

2.2.2 Tratamento Farmacológico

O tratamento farmacológico para o tabagismo é considerado como adicional ou complementar, sendo indicado apenas nos casos em que as abordagens supradescritas não forem suficientes devido ao alto grau de dependência à nicotina (BRASIL, 2016; REICHERT et al., 2008). Isso porque esse tratamento visa, em suma, “ao controle dos sintomas de abstinência provocados pela suspensão do uso da nicotina, portanto voltado apenas ao que se refere à dependência **física**” (BRASIL, 2015, grifo nosso). Um

tratamento completo deve atuar nas características físicas (ou químicas), psíquicas e sociais (condicionamento) da dependência (SULS et al., 2012).

Uma das primeiras ferramentas para avaliação da dependência química foi o *Fagerström Tolerance Questionnaire* (Teste de Tolerância de Fagerström) com 8 perguntas. Após algumas revisões desse questionário, surge o *Fagerström Test for Nicotine Dependence* (FTND - Teste de Fagerström para Dependência à Nicotina), com 6 perguntas ilustradas no Quadro 1, que é largamente utilizado nos serviços de saúde. Segundo o FTND, uma pontuação acima de 6 demonstra um possível desconforto (síndrome de abstinência) para largar o cigarro (REICHERT et al., 2008).

Quadro 1: Teste de Fagerström para Dependência à Nicotina

1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?
(3) nos primeiros 5 minutos
(2) de 6 a 30 minutos
(1) de 31 a 60 minutos
(0) mais de 60 minutos
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
(1) sim
(0) não
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?
(1) o 1º da manhã
(0) os outros
4. Quantos cigarros você fuma por dia?
(0) menos de 10
(1) 11-20
(2) 21-30
(3) mais de 31
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?
(1) sim
(0) não
6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?
(1) sim
(0) não
Total: 0-2 = muito baixa; 3-4 = baixa; 5 = média; 6-7 = elevada; 8-10 = muito elevada

Fonte: (REICHERT et al., 2008)

Os fármacos utilizados podem ser classificados como nicotínicos e não-nicotínicos. Além disso, consideram-se 1ª linha de tratamento (farmacológico) a terapia de reposição de nicotina (TRN), a bupropiona (BRASIL, 2016) e a vareniclina (FIORE et al., 2008;

REICHERT et al., 2008). Enquanto a nortriptilina e a clonidina são considerados de 2ª linha no tratamento (REICHERT et al., 2008).

2.2.2.1 *Terapia de Reposição de Nicotina (TRN)*

A terapia de reposição de nicotina é utilizada desde 1984 para cessação do tabagismo, cujo objetivo é reduzir os sintomas da síndrome de abstinência à nicotina administrando doses baixas e seguras da própria droga (REICHERT et al., 2008).

Diversas formas da TRN tem a eficácia comprovada com fortes evidências (grau A), fruto de revisões sistemáticas e meta-análises (FIORE et al., 2008). Dentre elas, destacam-se os adesivos transdérmicos (formas de liberação lenta), a goma de mascar e a pastilha (formas de liberação rápida), que estão disponíveis no SUS para esse tipo de tratamento, conforme a Relação Nacional de Medicamentos de 2013 (RENAME) (BRASIL, 2015).

Segundo a revisão sistemática de Stead et al (2012), para fumantes motivados e com dependência elevada, a TRN aumenta de 50% a 70% a possibilidade de abstinência a longo prazo. Além disso, segundo a mesma revisão, a associação de adesivos e gomas de nicotina provou-se mais efetiva que separadamente (STEAD et al., 2012). Apesar de efetivas para o controle da fissura, as formas de liberação rápida apresentam riscos de dependência. Além disso, as gomas de mascar são de difícil manejo devido aos efeitos adversos na mucosa oral, como doenças gengivais e periodontais (REICHERT et al., 2008).

As principais apresentações dos adesivos são de 21 mg, 14 mg e 7 mg, sendo indicados de acordo com o grau de dependência, medido pelo teste de Fagerström, com posologia decrescente ao decorrer do tempo (BRASIL, 2015). O adesivo deve ser trocado de local a cada 24h, revesando o local para evitar irritações na pele. Recomenda-se o início do uso apenas após a cessação tabágica, com vistas em evitar uma intoxicação nicotínica, e a duração do tratamento de 8 a 12 semanas (BRASIL, 2001). A reação adversa mais comum é a irritação local e as menos frequentes são náusea, vômito, hipersalivação e diarreia. Raramente podem ocorrer palpitação e angina pectoris (BRASIL, 2001).

A nicotina das gomas de mascar é absorvida em picos pela mucosa oral, levando de 2 a 3 minutos para atingir o cérebro. Em adição, a forma e força da mastigação podem alterar a sua absorção. Por isso e pelo gosto desagradável, dificilmente a dosagem recomendada é atingida, tornando falho o seu uso como monoterapia (BRASIL, 2015). Os principais efeitos adversos são “vertigem, cefaleia, náuseas, vômitos, desconforto gastrointestinal, soluços, dor de garganta, dor bucal, aftas, fadiga muscular com dor na região mandibular, hipersalivação e amolecimento dos dentes” (BRASIL, 2001).

Tal qual a goma, a pastilha nicotínica está disponível na concentração de 2 mg, cuja dissolução completa demora em torno de 20 a 30 minutos e deve ser aguardada sem morder ou ingerir outros alimentos. Assim como a goma, é recomendada como um complemento aos adesivos ou bupropiona (BRASIL, 2015). Os seus efeitos adversos mais comuns são “tonteira, cefaleia, náuseas, vômitos, desconforto gastrointestinal, eructação, diarreia, flatulência, constipação, ulceração na boca ou língua” (BRASIL, 2001).

A TRN é contraindicada em caso de apresentação de hipersensibilidade, descompensação cardíaca, quadro de angina pectoris constante e eventos coronarianos agudos recentes. Possui contraindicação relativa para grávidas, lactantes e menores de 18 anos. Em adição, as gomas e pastilhas devem ser evitadas para aqueles que possuem úlcera péptica ativa (BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008; ZWAR et al., 2011).

2.2.2.2 *Cloridrato de bupropiona*

A bupropiona é um antidepressivo do tipo atípico de ação lenta reconhecido como 1ª linha de tratamento para fumantes que querem largar o vício do cigarro. Seu mecanismo de ação antidepressivo, envolvendo a redução do transporte de dopamina e noradrenalina ou antagonismo aos receptores nicotínicos, não explica completamente o seu efeito (REICHERT et al., 2008).

Variados estudos consideraram a bupropiona eficaz para obtenção da abstinência do tabaco a longo prazo. Fiore et al (2008) encontrou um OR 2.0 (IC 95% 1,8-2,2), e em outra meta-análise de 2014 obteve-se um RR de 1,62 (IC 95% 1,49-1,76) para abstinência do tabaco período de no mínimo 6 meses em comparação com placebo (BRASIL, 2015 apud HUGHES; STEAD; LANCASTER, 2014).

Este tratamento deve se iniciar com uma semana de antecedência da data de cessação. Sua dose máxima recomendada é de 300 mg/dia para adultos e 150 mg/dia para idosos com insuficiência renal ou hepática. A duração recomendada para o tratamento é de 12 semanas. Entre os efeitos adversos mais comuns estão a insônia, cefaleia, boca seca, tonturas, aumento da pressão arterial (REICHERT et al., 2008).

Além disso, a bupropiona pode reduzir o limiar de convulsão, apresentando uma incidência de crise convulsiva em 0,1% dos que faziam uso do medicamento em estudos clínicos. Este risco é dose dependente, e tem maior foco em casos de sobredosagem. Seu uso é, portanto, desestimulado em indivíduos que fazem uso de antimaláricos, hipoglicemiantes orais ou outros antidepressivos, visto que esses também alteram o limiar convulsivo (FIORE et al., 2008; ZWAR et al., 2011).

2.2.2.3 *Tartarato de Vareniclina*

A vareniclina possui efeitos nos receptores colinérgicos nicotínicos que se assemelham aos da própria nicotina. É também considerada 1ª linha de tratamento para o tabagismo (REICHERT et al., 2008), porém não está disponível no protocolo de tratamento do SUS.

Algumas evidências indicam que a vareniclina ajuda nos sintomas de abstinência e na diminuição do prazer em fumar (ZWAR et al., 2011). Foi aprovada pelo FDA para o tratamento da dependência ao tabaco em 2006, porém em 2008 a mesma agência reportou a possibilidade de variações de humor, depressão e ideias suicidas em pacientes que faziam uso do medicamento para largar o cigarro. Portanto, é importante que os médicos se atentem ao histórico psiquiátrico do usuário antes de prescrevê-la (FIORE et al., 2008).

Esse medicamento deve ser utilizado com cuidado por pessoas com disfunções renais, visto que é eliminado praticamente inteiro pela urina. Além disso, não é recomendada a associação da TRN a Vareniclina por causa do seu efeito antagonista nicotínico. Seus efeitos adversos mais comuns são: náusea, insônia e pesadelos (FIORE et al., 2008).

2.2.2.4 2ª Linha de tratamento

Os principais fármacos descritos como 2ª linha de tratamento para a cessação do tabagismo são a Nortriptilina e a Clonidina (REICHERT et al., 2008). Não são consideradas de 1ª linha, em geral, por não terem a indicação terapêutica aprovada por agências regulatórias, por não terem evidências superiores às supradescritas ou por possuírem efeitos adversos significativos.

A nortriptilina, antidepressivo tricíclico, atua bloqueando a recaptção de noradrenalina na pré-sinapse, elevando a sua concentração na fenda sináptica. Não é aprovada pelo FDA para essa indicação e as evidências apontam que o seu efeito no tratamento do tabagismo não está relacionado com seu mecanismo antidepressivo, tendo eficácia semelhante à TRN ou bupropiona (REICHERT et al., 2008).

É contraindicada para pessoas com arritmias e IAM pela possibilidade de gerar distúrbios de condução. Além disso, é contraindicada em casos de insuficiência hepática, epilepsia, psicose e mulheres em amamentação (REICHERT et al., 2008).

A clonidina, apesar de ser utilizada como anti-hipertensivo, é um agonista adrenérgico (alfa-2) de ação central utilizado no tratamento do tabagismo. Evidências de grau A (metanálise) demonstraram que o fármaco aumenta até duas vezes a chance de parar de fumar frente ao placebo (FIORE et al., 2008). No entanto, devido a alta frequência de seus efeitos adversos (boca seca, sedação, sonolência, depressão, constipação, etc) seu uso é limitado (REICHERT et al., 2008).

2.3 HOMEOPATIA

2.3.1 Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS)

Atualmente, os Sistemas Médicos Complexos (SMC), definidos como “sistemas completos de teoria e prática que evoluíram de forma independente ao longo do tempo em diferentes culturas separados da medicina convencional” (BAARS; HAMRE, 2017 apud NCCAM, 2013), são utilizados em quase todo o mundo. Esses são também conhecidos como Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa (MT/MCA), tendo seu desenvolvimento incentivado internacionalmente pela OMS desde a década de 1970 (BRASIL, 2006).

Esses sistemas possuem uma abordagem voltada ao fortalecimento dos mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde através de métodos seguros e eficazes, “com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade” (BRASIL, 2006).

No Brasil, em 2006, a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PNPICS) buscou englobar todos esses conceitos no sistema público de saúde do país. Entre seus objetivos estão a incorporação e implementação das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no SUS, contribuir para o aumento da resolutividade do sistema, garantindo um acesso de qualidade e promover a racionalização das ações de saúde através de alternativas inovadoras e sustentáveis (BRASIL, 2006). À época, apenas cinco PICS foram incorporadas pela política, dentre elas a Homeopatia e Medicina Tradicional Chinesa. No entanto, novas práticas, como a Terapia Floral, foram reconhecidas ao longo dos anos, totalizando vinte e nove PICS em 2018 (BRASIL, 2018).

Segundo dados retirados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos do Brasil (CNES), aproximadamente 76% dos municípios brasileiros (4.213) ofertaram PICS no primeiro semestre de 2017 (BRASIL, 2017a). Além disso, esses atendimentos foram realizados em sua maioria no âmbito da APS. Esses dados apontam uma importância crescente dessas práticas no cuidado em saúde do país.

2.3.2 Princípios da homeopatia

A Homeopatia é um Sistema Médico Complexo (SMC) descrito pela primeira vez por Christian Friedrich Samuel Hahnemann (1755-1843) em 1796 e amplamente utilizado até os dias de hoje (CORRÊA; SIQUEIRA-BATISTA; QUINTAS, 1997). As suas bases fundadoras consistem em 4 princípios básicos: a lei dos semelhantes, a experimentação no homem sadio, a utilização de doses mínimas e o uso de medicamento único.

A lei da semelhança foi descrita pela primeira vez por Hipócrates (460-350 a.C.), conhecido como o “Pai da Medicina”. O filósofo descreveu três princípios da cura: “*Vis Natura Mediatric*” (a natureza se encarrega do reestabelecimento do doente, cabendo ao médico imitar a natureza); “*Contraria Contrariis Curantur*” (uso de medicamentos que

induzem sintomas contrários à doença), consolidado por Galeno (129-199 d.C.) e Avicena (980-1037), fundamento da medicina alopática; “*Similia Similibus Curantur*” (a doença seria curada pela substância capaz de reproduzir os sintomas da doença), também proposta por Paracelso (1493-1591) e consolidada por Hahnemann (CORRÊA; SIQUEIRA-BATISTA; QUINTAS, 1997).

A teoria experimentação no homem são começou pela autoexperimentação de Hahnemann com a *China officinalis*, utilizada como tratamento para a malária. O resultado foi aparição de sintomas muito semelhantes ao que a planta tratava (prostração geral, sonolência, rubor facial, febre, etc), sugerindo assim, mais uma fundamentação para a lei dos semelhantes. Tal constatação inspirou Hahnemann a experimentar, em si e em outros indivíduos sadios, diversas outras drogas, inclusive tóxicas (KOSSAK-ROMANACH, 2003).

O agrupamento das manifestações clínicas de um sujeito sadio e sensível ao experimentar uma substância foi chamado de **patogenesia**. O trabalho de catalogação das patogenesias deu origem à primeira Matéria Médica Homeopática (KOSSAK-ROMANACH, 2003).

Para Hahnemann, o adoecimento é produto de influências dinâmicas sobre a força vital do indivíduo e que, nesse sentido,

as substâncias naturais que se nos apresentam como medicamentos, **são apenas medicamentos desde que possuam a força** [...] de alterar o estado do homem pela influência de natureza espiritual, **dinâmica** [...] sobre o princípio vital de natureza espiritual que controla a vida (HAHNEMANN, 2013, p. 7, grifo nosso).

Dessa forma, o criador da homeopatia sugere que os medicamentos dinamizados teriam o potencial de atingir a real causa das enfermidades, o desequilíbrio da força vital.

Esta nada mais é para a homeopatia, assim como para outros SMC, que o “princípio imaterial que permeia os seres vivos e é responsável pela homeostase do organismo humano” (TEIXEIRA, 1997, p. 13). Ou seja, uma força imaterial, dinâmica e invisível que rege o corpo orgânico, a mente e a alma.

Sobre as doses mínimas, Hahnemann acreditava que

Muito **mais força curadora** manifesta-se [...] **pela menor dose dos remédios melhor dinamizados** [...] do que por doses grandes do mesmo remédio em substância. **Aquela pequenissima dose pode**, portanto, conter quase inteiramente, a força medicinal de natureza espiritual pura [...] e **realizar dinamicamente tantos efeitos quanto nunca podiam ser obtidos pela substância medicinal bruta**, tomadas mesmo em doses altas (HAHNEMANN, 2013, p. 8, grifo nosso).

Pode-se dizer, dessa forma, que, sob o prisma da homeopatia, as doses mínimas ou infinitesimais têm efeitos diferentes e superiores aos da substância pura e em altas doses. Isso porque as primeiras são utilizadas com foco no princípio vital do indivíduo, enquanto que as segundas, por alopatas, seguem a lógica biomédica da farmacologia tradicional. Com isso, criam-se as bases do medicamento homeopático utilizado até hoje: diluições e sucussões seriadas para produção das potências homeopáticas.

Por fim, a prescrição homeopática, segundo a escola Hahnemanneana, deve sintetizar o conjunto de sintomas do sujeito em um único medicamento, o seu *simillimum* (KOSSAK-ROMANACH, 2003). Assim, o tratamento ganha um caráter individualizado, ao passo que a escolha do *simillimum* deve coincidir com as patogenesias das drogas, descritas em Matérias Médicas Homeopáticas, e com as manifestações apresentadas pelo doente, sendo foco principal nessas últimas.

2.3.3 O medicamento homeopático

Na primeira metade do século XIX, durante a implantação da homeopatia no Brasil, os insumos para produção dos medicamentos eram importados da Europa e quem os manipulava eram os próprios médicos. A discussão em torno da manipulação dos medicamentos homeopáticos, muito pautada pelos farmacêuticos que começaram a se aproximar da terapêutica, fez com que, em torno de 1851, a Escola Homeopática do Brasil aprovasse a separação entre a prática médica e farmacêutica. No entanto, somente em 1886, através do Decreto nº 9554, a manipulação se torna privativa do farmacêutico (FONTES et al., 2013).

Outro importante marco histórico nesse tema foi a aprovação do primeiro compêndio farmacêutico nacional de homeopatia, em 1976, a primeira Farmacopeia Homeopática Brasileira (FHB) (BRASIL, 1976). Atualmente se encontra na 3ª edição e tem como finalidade auxiliar e regulamentar: as farmácias e laboratórios que produzem medicamentos ou insumos homeopáticos, a prescrição homeopática por profissionais habilitados, a fiscalização das boas práticas de manipulação, dispensação, controle de qualidade e do receituário pelos órgãos fiscalizadores e o ensino da farmacotécnica homeopática nos cursos de graduação e pós-graduação (BRASIL, 2011).

Segundo a FHB 3ªed., a definição de medicamento homeopático é “toda forma farmacêutica de dispensação ministrada segundo o princípio da semelhança e/ou da identidade, com finalidade curativa e/ou preventiva [...] obtido pela [...] dinamização” (BRASIL, 2011). Pode ser utilizado em preparações de uso interno ou externo, e seus componentes fundamentais podem ser divididos em insumos ativos e insumos inertes.

Os insumos ativos utilizados nessa terapêutica provêm, fundamentalmente, de três origens: vegetal, mineral e animal. O reino vegetal fornece o maior número de drogas, o que faz com que muitos confundam a homeopatia com a fitoterapia. No entanto, a homeopatia, diferente da fitoterapia, utiliza doses infinitesimais prescritas pelo princípio hipocrático da semelhança, enquanto a segunda se vale da lógica alopática (“lei dos contrários”) (FONTES et al., 2013).

Os veículos e excipientes (insumos inertes) mais utilizados para esse propósito são a água, o álcool etílico, a lactose e a sacarose. A conservação das matrizes e tinturas mães de uma farmácia se dá em solução hidroalcoólica, podendo esse tipo de solução ser utilizada também para dispensação. A lactose é o insumo inerte utilizado para trituração, confecção de tabletes e dispensação de pós, enquanto a sacarose é o insumo dos glóbulos e microglóbulos.

Além disso, há diversas formas farmacêuticas de dispensação da homeopatia, variando de acordo com a posologia e as características do paciente. Os medicamentos podem ser dispensado em formas farmacêuticas sólidas, como os glóbulos, tabletes, pós e comprimidos, ou em formas líquidas, como as “gotas” (solução hidroalcoólica 30% (v/v)) e a água (FONTES et al., 2013).

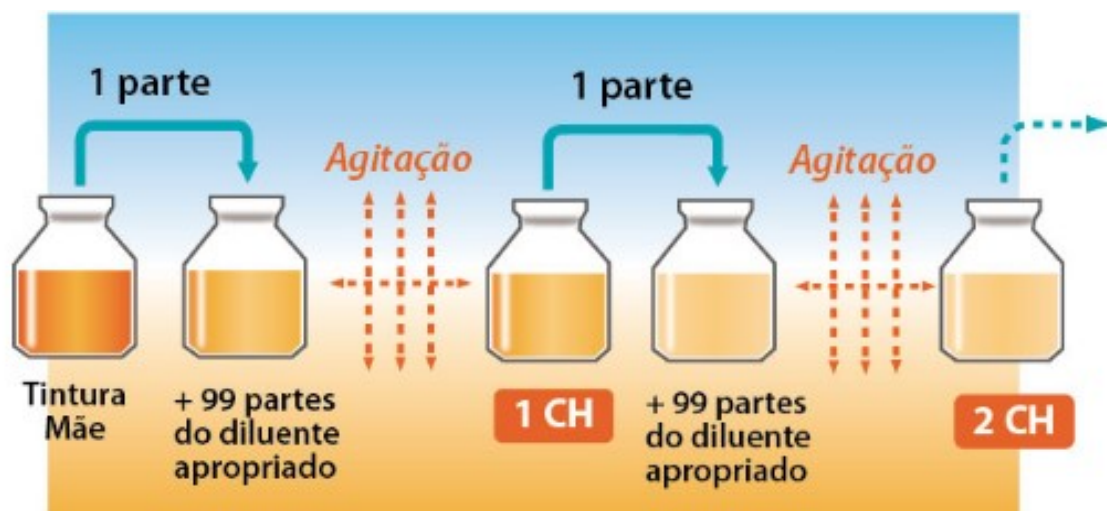
Vale ressaltar que algumas delas podem apresentar restrições. A formulação em “gotas”, por conter álcool, podem ser indesejável para alcoolistas. Os tabletes são feitos de lactose e por isso são contraindicados para intolerantes à lactose. E os glóbulos, por serem de sacarose, não são recomendados aos diabéticos.

Além disso, a preparação desses medicamentos segue métodos e escalas. Escala “é a proporção entre o insumo ativo e o insumo inerte empregada na preparação das diferentes dinamizações” (BRASIL, 2011). Os métodos descrevem a forma de preparo. Os métodos contidos na FHB 3ª ed. são o Hahnemanniano, o Korsakoviano e o Fluxo Contínuo.

O método Hahnemanneano utiliza três escalas diferentes que, por não haver correspondência, tem a interconversão vedada pela Farmacopeia (BRASIL, 2011). Elas são: Centesimal Hahnemanneana (CH) preparada na proporção de 1/100 (1 parte de IA para 99 de II), a Decimal Hahnemanneana (DH) preparada na proporção de 1/10 (1 parte de IA para 9 de II) e a Cinquenta Mlesimal (LM) preparada na proporção de 1/50.000 (BRASIL, 2011).

As potências medicamentosas utilizadas variam de acordo com a condição enfermidade de cada paciente. A dinamização, responsável pela crescente da potência medicamentosa, no método Hahnemanneano, se dá por meio de succussões e diluições seriadas. A figura 3 ilustra o processo de dinamização, partindo de uma tintura mãe, na escada CH.

Figura 3: Dinamização do medicamento homeopático na escala CH.



Fonte: (PRADO, 2016)

Os outros dois métodos, o fluxo contínuo e o Korsakoviano, compartilham algumas características tais como não possuírem escalas definidas e terem como ponto de partida a potência 30 CH. Esses são utilizados para atingir altíssimas potências em menor tempo.

O fluxo contínuo possui uma característica peculiar que é a utilização de um maquinário que realiza a dinamização por turbilhonamento e não por succussão (hahnemanneano). A diluição ocorre através da passagem contínua de água, por isso o nome “fluxo contínuo”, por um tubo metálico para a câmara dinamizadora, onde ocorre a dinamização por uma pá metálica dinamizadora (DUTRA, 2011).

O método Korsakoviano, ou método do frasco único, utiliza as dinamizações igualmente ao Hahnemanniano, porém, após sua realização o seu conteúdo é descartado e em seguida adicionado álcool 70% (p/p) novamente. Ou seja, assume-se que mesmo ao descartar o conteúdo do frasco, uma fração permanece no mesmo, e dessa forma a “informação” do medicamento é passada através das potências. Além disso, é realizado em um único frasco e por um único manipulador, sendo vedada a sua estocagem (FONTES et al., 2013).

2.3.3.1 *Isoterápicos*

A isoterapia é uma terapêutica que consiste na administração de medicamentos obtidos “a partir de insumos relacionados com a patologia/enfermidade do paciente, elaborados conforme a farmacotécnica homeopática” (BRASIL, 2011, p. 93). Ou seja, vale-se do princípio da igualdade, diferenciando-se da homeopatia, que segue o princípio da semelhança. É utilizada tanto na medicina alopática (como por exemplo nas vacinas e na TRN), como na homeopática. Nesse último caso, através da diluição e dinamização dos medicamentos, promove a desintoxicação de substâncias e a dessensibilização a alimentos (BAROLLO et al., 2006).

A isoterapia, no âmbito da homeopatia, é classificada diferentemente de acordo com a origem do medicamento. Nesse campo, os Nosódios ou Bioterápicos são medicamentos isoterápicos preparados, segundo os métodos homeopáticos, a partir de produtos patológicos de origem animal ou vegetal, tais como órgãos doentes, secreções patológicas e germes em geral ou suas toxinas (KOSSAK-ROMANACH, 2003).

2.3.4 Homeopatia no Brasil

Segundo Fontes et al (2013), a história da homeopatia no Brasil começa com a vinda do Dr. Benoit Jules Mure em 1840. Não obstante, Weber (2006) destaca que o cenário de introdução da prática homeopática no país foi de grande conflito, sofrendo duras críticas da medicina formal da época, representadas pelas emblemáticas Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (em 1832) e a Academia Imperial de Medicina (1835). Destaca também que os homeopatas foram tratados como charlatões, devido às suas

duras críticas às práticas médicas ortodoxas, a qual chamavam de “velha medicina” (WEBER, 2006).

Após a sua implantação (1840-1859), cujo marco final é a implantação do Instituto Hahnemanniano do Brasil (IHB), Luz (2014) descreve um período da história da homeopatia no Brasil que chama de “expansão e resistência” (1859-1900). Tal época foi marcada pela interiorização geográfica e aceitação popular da homeopatia, como também pela luta institucional para a aceitação das escolas médicas homeopáticas. Até mesmo o IHB foi extinto nessa época sendo reaberto somente em 1900, ano que dá início ao período chamado de “Áureo” (1900-1930) pelo mesmo autor (LUZ, 2014).

Nos anos entre 1900 e 1930 uma grande expansão popular da homeopatia acomete o Brasil devido, em grande parte, à oficialização do ensino médico homeopático. Surgem as faculdades de Medicina de Homeopatia no Rio de Janeiro e no Rio Grande do Sul, um hospital homeopático (associado a Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro) e também Ligas de Homeopatia em diversos estados. Tudo isso, é claro, em movimento contrário às investidas da medicina “institucional” de desqualificar essa prática (LUZ, 2014).

Em sequência, é descrito um período de “silêncio” tanto dos defensores quanto dos críticos à homeopatia que perdura cerca de 40 anos. Nesse período, há paradoxalmente um declínio acadêmico na área em conjunto com o seu reconhecimento nos planos legislativo e executivo (LUZ, 2014).

Vale lembrar, que em suas raízes, a prática homeopática brasileira atingia tantos as classes privilegiadas quanto as populares. Isso porque a homeopatia se dava não apenas nos consultórios, restritos àqueles que podiam pagar, mas também ganhou popularidade (e “popularização”) através da umbanda (MONTEIRO; IRIART, 2007). Esse e outros grupos religiosos passaram a utilizar a homeopatia, sendo ela prescrita por leigos ou por médicos religiosos (LUZ, 2014), o que contribuiu para associação equivocada da terapêutica à prática religiosa, que perdura, em menor grau, até os dias de hoje.

Apenas na década de 1970, observa-se uma retomada dessa terapêutica, que passa a ser observada como alternativa ao modelo biomédico dominante. Dessa forma, além do crescimento numérico de instituições de formação na área, aprofunda-se a crise do modelo médico vigente, pautado na mercantilização da saúde e em práticas invasivas e iatrogênicas (LUZ, 2014).

Atualmente, a homeopatia é amplamente utilizada no Brasil, tanto em consultórios particulares como no serviço público de saúde. Apesar de reconhecida, promovida e ofertada no SUS, através da PNPIC, ainda existem disparidades na oferta do serviço por região, assim como barreiras de acesso aos medicamentos homeopáticos (LEMONICA, 2014).

2.3.5 Homeopatia e o aditismo

A utilização da homeopatia para o tratamento de dependência à substâncias é descrita nas Matérias Médicas de medicamentos como *Nux vomica* e *Sulphur*. Além disso, alguns estudos têm sido realizados para testar a eficácia desse tratamento para diferentes substâncias tais como o crack, cocaína e tabaco (ADLER et al., 2013; BARRIOS; BARREDA, 2010; LOZANO, 2015). Adicionalmente, muitos pacientes procuram médicos homeopatas para cessar o uso de psicotrópicos (antidepressivos, ansiolíticos, entre outros).

Ante à farmacoterapia convencional para dependência de drogas, que envolve fundamentalmente o uso de medicamentos psicotrópicos, a homeopatia apresenta importantes vantagens. O tratamento homeopático leva em conta a situação individual do usuário, seus motivos, características pessoais, história de vida e outros fatores associados ao vício, tratando-o de maneira integral e humanizada. Além disso, o medicamento homeopático, em geral, não gera reações adversas (MINISTRY OF AYUSH, 2016).

3. CAMINHO METODOLÓGICO

A metodologia utilizada para este trabalho foi a Revisão Integrativa da Literatura. EsSa é uma ferramenta cuja finalidade é agrupar os resultados obtidos em pesquisas sobre um dado tema, sistematizando e ordenando-os, com o objetivo de contribuir para o conhecimento nesse tema (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

Trata-se de um instrumento para Prática Baseada em Evidências (PBE). A PBE é uma abordagem utilizada na prática clínica e pedagógica que busca na melhor e mais recente evidência a resposta para tomada de decisões e resolução de problemas (MELNYK, 2003). Envolve a delimitação de um problema, a busca e a avaliação crítica das evidências na prática e a avaliação dos consequentes resultados. Assim, essa abordagem fortalece uma prática de saúde fundamentada em conhecimento científico, com resultados de qualidade e custo efetiva (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

A revisão integrativa da literatura, em relação aos outros tipos de revisão, possui maior amplitude, pois permite a inclusão de diferentes tipos de estudos, advindos da literatura teórica ou empírica. Embora a inclusão de diferentes delineamentos de pesquisas possa dificultar a análise do tema, o aumento da variedade no processo de amostragem favorece uma maior profundidade e abrangência das conclusões da revisão (GALVÃO; SAWADA; MENDES, 2003).

A rigorosidade e fidelidade metodológica são importantes pilares da qualidade de uma revisão. O viés sistemático e o erro podem ocorrer em todas as etapas de uma revisão, como por exemplo, os dados primários que são extraídos ou interpretados incorretamente (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Nesse sentido, se faz relevante a incorporação da busca sistemática, métodos de investigação científica que busca eliminar vieses por meio de sistematização da busca em bases de dados, característica da revisão sistemática. Para isso, critérios de inclusão e exclusão dos dados são estabelecidos previamente (FERENHOF; FERNANDES, 2016). Desta forma, a revisão integrativa incorpora tanto características da revisão narrativa, principalmente a amplitude e variedade de estudos, quanto da sistemática, que confere um maior rigor metodológico

A construção do trabalho teve como base a proposta de Mendes e colaboradores (2008) através do encadeamento destas 6 etapas: (1) estabelecimento da questão de pesquisa, (2) amostragem, (3) categorização dos estudos, (4) avaliação dos estudos incluídos, (5) interpretação dos resultados e (6) síntese do conhecimento.

A revisão foi realizada com o auxílio do portal de bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que agrega importantes bases de dados nacionais e internacionais, tais como a LILACS, MEDLINE e PAHO. Para isso, foram selecionados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) (quadro 2) mais relevantes para o tema que, associados aos operadores *booleanos*, formaram as chaves de busca. O DeCS é um vocabulário estruturado e trilingue que serve como linguagem única para indexação de artigos científicos, livros, anais de congresso, entre outros, na BVS, desenvolvido a partir do *Medical Subject Headings* (MeSH) da U.S. *National Library of Medicine* (BVS, 2018).

Quadro 2: DeCS utilizados na pesquisa.

Português	Espanhol	Inglês
Homeopatia	<i>Homeopatía</i>	<i>Homeopathy</i>
Tabagismo	<i>Tabaquismo</i>	<i>Tobacco use disorder</i>
Abandono do uso de tabaco	<i>Cese del uso del tabaco</i>	<i>Tobacco use cessation</i>
Prevenção do hábito de fumar	<i>Prevención del hábito de fumar</i>	<i>Smoking prevention</i>
Produtos para o abandono do tabaco	<i>Produtos para dejar de fumar tabaco</i>	<i>Tobacco cessation products</i>

Fonte: elaboração própria.

Os critérios de inclusão adotados foram: estudos experimentais e observacionais, publicados nos últimos 20 anos, com humanos, utilizando homeopatia para o tratamento do tabagismo. Enquanto, foram excluídos aqueles que possuíam o idioma diferente de português, inglês e espanhol.

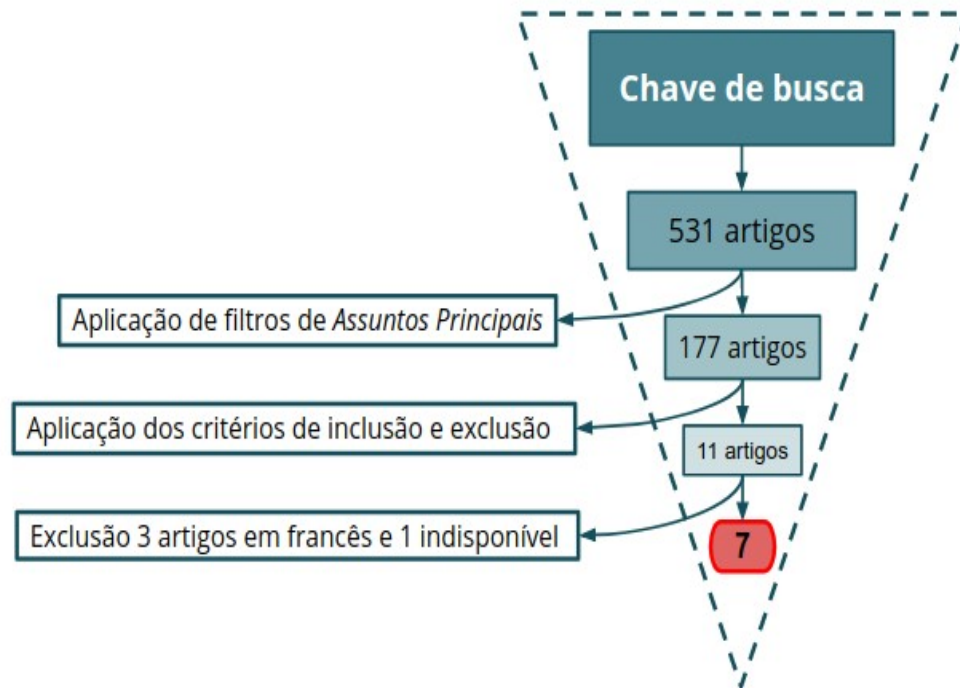
4. HOMEOPATIA E TABAGISMO: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio do encadeamento dos DeCS com os operadores *booleanos*, a chave de busca foi construída. A intenção foi, centralmente, conectar dois núcleos de saberes, o da Homeopatia com o do Tabagismo. Para o primeiro foi utilizada a chave de busca “*homeopat**”, que engloba o descritor do tema nas três línguas, além de palavras derivadas como “homeopático” e “*homeopathic*”. O segundo núcleo, separado do primeiro pelo operador “AND”, foi composto pelos últimos três descritores dispostos no quadro 1, nos três idiomas propostos, agrupados entre parênteses, ou aspas, e separados pelo operador “OR”.

A pesquisa foi realizada, em 2019, buscando por “título, resumo ou assunto” no portal da BVS e no total foram encontrados 531 artigos. No entanto, a grande maioria se mostrou irrelevante para esse trabalho por tratarem de assuntos diferentes. Escolheu-se, por esses motivos, aplicar os seguintes filtros de *Assuntos Principais*: “Homeopatia”, “Terapias Complementares”, “Tabagismo” e “Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias”. O número de artigos reduziu, assim, para 177.

Em sequência, procedeu-se a seleção dos estudos que atendessem aos critérios de inclusão através da leitura primeiramente dos títulos e posteriormente, quando pertinente, dos resumos. Nesse momento foram obtidos 11 estudos, porém 3 foram excluídos serem escritos em francês e um estava indisponível. Os 7 restantes foram lidos na íntegra e deles foram selecionados seis visto que, por falta de informações cruciais, um dos artigos foi excluído. A figura 5 representa graficamente o fluxo da seleção de artigos realizado.

Figura 5: Fluxograma da seleção de artigos na revisão bibliográfica.



Fonte: Elaboração própria.

Segue abaixo, na tabela 2, a sumarização das principais informações dos artigos selecionados, organizados em ordem crescente pelo ano de publicação.

Tabela 2: Estudos selecionados utilizando homeopatia para o tratamento do tabagismo nos últimos 20 anos

Autores	Título	Desenho de Estudo	Amostra	Intervenção (Tratamento)	Instrumentos de Avaliação	Desfecho
MACHÍN et al., 2003	Efectividad del tabacum 12 ch en el tratamiento del tabaquismo	Estudo prospectivo observacional.	274 fumantes, com similaridade entre os sexos (52% homens).	Administração do medicamento homeopático Tabacum 12 CH, 4 gotas sublinguais, a cada 8 horas, de 4 a 12 semanas.	As avaliações foram feitas por seus respectivos médicos de família a cada 2 semanas. Foram coletados dados de histórico tabágico, nº de cigarros fumados/dia, aparição de sintomas clínicos e a avaliação do prognóstico segundo a Doutrina Médica Homeopática.	176 de 274 participantes (64,23%) seguiram o tratamento proposto, desses, 76,13% parou de fumar.
BAROLLO et al., 2006	Ensaio Clínico duplo cego, randomizado, para avaliar os resultados do tratamento isoterápico do tabagismo, em voluntários adultos tabagistas da cidade de São Paulo.	Ensaio clínico randomizado controlado e duplo cego.	61 fumantes funcionários da mesma empresa.	Administração de isoterápicos de <i>Nicotine</i> Laboratorial e de preparação obtida pelo Isomake da fumaça da combustão do cigarro e solução hidroalcoólica (controle), todos a 30 CH, durante 8-12 semanas.	Os instrumentos de avaliação foram: Ficha de Observação Semanal, Ficha de Acompanhamento de Avaliação da Síndrome de Abstinência e o Questionário Teste de Fagerström (QTF)	Dos que seguiram tratamento, o percentual daqueles que diminuíram o nº de cigarros/dia ou pararam de fumar foi de 50% para Nicotina dinamizada, 47% para os Isoterápicos e 50% para o Placebo.
MACHÍN et al., 2007	Ensayo Clínico Controlado con Tabacum 12 CH en el Tratamiento de la Intoxicación Tabáquica.	Ensaio clínico randomizado controlado e triplo cego.	140 fumantes com idade entre 18 e 50 anos.	Foram administrados Tabacum 12 CH a cada 8 horas para o grupo tratamento (metade dos participantes), selecionado aleatoriamente, e álcool 30% (v/v) como placebo para o grupo controle.	A eficiência do medicamento foi medida pelos seguintes desfechos: diminuição do desejo de fumar, aparição de sintomas exonerativos (bom prognóstico), aparição de outros sintomas novos (mal prognóstico) e aparição de agravamento (apenas no início ou por volta do 15ª dia).	No grupo controle não houve abandono do hábito de fumar nem diminuição do consumo de cigarros, enquanto no experimental 30% cessou e 42% reduziu.

Tabela 2: Estudos selecionados utilizando homeopatia para o tratamento do tabagismo nos últimos 20 anos

Autores	Título	Desenho de Estudo	Amostra	Intervenção (Tratamento)	Instrumentos de Avaliação	Desfecho
BARRIOS; BARREDA, 2010	Aplicación de la homeopatía a pacientes fumadores de la localidad "Enrique Varona"	Ensaio Clínico não randomizado.	40 fumantes, em sua maioria entre 40 e 49 anos (50%) e homens (62,5%).	Na primeira visita foi feita uma repertorização médica por um homeopata. Foi feito o uso de Sulphur 5 gotas sublinguais uma vez ao dia e Nicotinum 5 gotas sublinguais ao sentir vontade de fumar, preparados pelo métodos homeopáticos. A evolução foi conduzida a cada 15 dias, ao mês e ao ano.	Questionários de caracterização dos fumantes segundo idade, sexo, padrão de consumo de cigarros e resultados do tratamento.	37,5% cessou o uso de tabaco, enquanto o restante (62,5%) reduziu o consumo. Todos os participantes responderam ao tratamento.
BARRIOS; RAMÍREZ; ROMÁN, 2012	Tratamiento con terapia floral de Bach y homeopatía a fumadores del Policlínico Norte de Morón.	Ensaio clínico não randomizado.	20 fumantes em sua maioria (50%) de 40 a 49 anos e homens (60%).	Foi realizada uma consulta de desintoxicação tabágica previamente. Utilização das essências florais Agrimony, Cherry plum, Crab apple e Larch, 4 gotas sublinguais 4 vezes ao dia por 6 semanas, associadas à utilização de Nicotinum 30 CH, 5 gotas sublinguais, até no máximo 10 vezes por dia, ao sentir vontade de fumar. Sucucionar o frasco 10 vezes na palma da mão antes de tomá-lo. O Sulphur foi utilizado com 5 gotas sublinguais, uma vez ao dia.	Foram avaliados através de questionários o perfil do fumantes, a classificação e o acompanhamento do número de cigarros fumados por dia.	30% dos participantes cessaram o uso de tabaco, enquanto o restante (70%) reduziu o consumo. Todos os participantes responderam ao tratamento.
RODRÍGUEZ et al., 2012	Estudio de intervención en pacientes adictos al tabaquismo con técnicas tradicionales.	Ensaio clínico não randomizado.	175 participantes, em sua maioria homens (56,5%).	Foram utilizados florais 6 vezes ao dia. Em combinação, foi utilizada a Nux vomica 30 CH, 5 gotas sublinguais antes de dormir, por 10 dias consecutivos por mês e Nicotinum 6H em jejum e auriculoterapia nos pontos shenmen, ansiolítico, pulmão, traqueia, boca e coração externo.	Foram utilizados questionários para avaliação do perfil dos fumantes, assim como para o acompanhamento da carga tabágica ao longo do tratamento. Foram feitas coletas de dado no 3ª e no 6ª mês.	Dos 175 participantes, 55,4% diminuíram consideravelmente o consumo do número de cigarros e 35,4% cessou o consumo.

Tabela 2: Estudos selecionados utilizando homeopatia para o tratamento do tabagismo nos últimos 20 anos

Autores	Título	Desenho de Estudo	Amostra	Intervenção (Tratamento)	Instrumentos de Avaliação	Desfecho
EGIDO; BARBA, 2017	<i>Tratamiento combinado del tabaquismo. Homeopatía, acupuntura y naturopatía</i>	Ensaio clínico não randomizado.	69 fumantes, em sua maioria mulheres (82,6%).	Os participantes foram tratados em concomitância com nitrato de prata 1%, Tabacum em potências (5, 7, 9, 12,15 e 30 CH) crescentes uma vez por semana e quando fissurados (5 CH), Caladium Seguinum 5 CH, 3 vezes ao dia, por 3 meses, e auriculoterapia.	Foi utilizado para avaliação do tratamento o QTF e as revisões ocorreram na 2ª, 4ª e 6ª semana, assim como no 3ª e 6ª mês e ao final do ano.	47,8% dos participantes cessou o uso de tabaco em até um ano.

Fonte: Elaboração própria.

No trabalho de Machín e colaboradores (2003), sumarizado na tabela 2, os autores caracterizam os tipos de sintomas sentidos pelos participantes em *sintoma guia* (desejo de fumar), *sintomas exonerativos* (náuseas, vômitos e sialorreia) e *sintomas de abstinência* (ânsia de fumar, dor de cabeça, vertigem, irritabilidade, falta de concentração, mudança do paladar, avidez por comida, contração muscular, cansaço, debilitamento, suor nas mãos e formigamento na pele) (MACHÍN et al., 2003). Algumas escolas médicas consideram que o aparecimento desses sintomas durante o tratamento homeopático não caracteriza necessariamente um mal prognóstico.

Segundo as leis de cura de Hering, “os sintomas caminham de cima para baixo, de dentro para fora e dos órgãos mais importantes para os menos importantes” (TEIXEIRA, 1999, p. 44). Portanto, o aparecimento de alguns sintomas é natural ao processo de desintoxicação ou cura do vício.

Nesse sentido, Machín et al (2003) descrevem que, segundo a doutrina homeopática, o bom prognóstico é caracterizado pela melhora continua do sintoma guia a partir do uso do medicamento, precedida ou não por agravamento inicial, podendo ocorrer sintomas exonerativos. Enquanto que o mal prognóstico é denotado por melhora súbita seguida de recaída ou agravação intensa e prolongada e/ou aparecimento de sintomas novos. A adoção de tais medidas de avaliação personaliza o cunho homeopático do estudo.

Nesse mesmo estudo foi observado o abandono de tratamento por 98 participantes. Desses, 38 manifestaram intolerância a reações consideradas de bom prognóstico, 10 casos de interrupção do tratamento por agravamento do sintoma guia (aumento do desejo de fumar após a quarta semana). O restante abandonou por causas alheias ao tratamento. Desta forma, de 274 participantes, 176 seguiram o tratamento de acordo com a prescrição médica. Desses, 134 (76,13%) conseguiram abandonar o uso de tabaco (MACHÍN et al., 2003).

O *Tabacum*, medicamento utilizado por Machín e colaboradores (2003), é preparado a partir das folhas frescas, colhidas no final da floração, da *Nicotiana tabacum* L.. Possui em sua composição cumarínicos, ácido colinérgico, esteróis e alcaloides, com destaque para a nicotina (DEMARQUE et al., 2009). Sua toxicidade está interligada à atividade da nicotina no sistema nervoso central, podendo gerar “náuseas”, “vertigens”, “cefaleias”, “tremores” e “taquicardia” como sintomas agudos e “forte dependência”, “sintomas cardiovasculares”, “irritação das mucosas respiratórias e digestivas” como sintomas crônicos (DEMARQUE et al., 2009, p. 888). Sendo, portanto, esses os sintomas tratados pelo *Tabacum* preparado segundo a FHB.

Além disso, Vijnovsky (2003, p. 451) descreve a utilização do *Tabacum* para o tabagismo crônico, que se observa por “inapetência, fraqueza sexual, tremores nos dedos [...] transtornos cardíacos e arteriais” e para o tabagismo agudo, caracterizado por “prostração [...], desfalecimento, [...] palidez facial [...], náuseas e corpo gelado” (VIJNOVSKY, 2003, p. 452). Fundamenta-se, assim, o uso desse medicamento como recurso terapêutico para o tratamento do tabagista por Machín et al. (2003, 2007) e Egido e Barba (2017).

Segundo Machín et al. (2003), a diminuição do desejo de fumar causado pelo *Tabacum* se explica pela eliminação da nicotina, principal composto responsável pela dependência. Além disso, destaca que a síntese de hsp 70 e outras proteínas do estresse, como resposta ao estresse oxidativo proveniente dos radicais livres gerados pelo hábito de fumar, reduz os danos ocasionados às diferentes estruturas celulares. Desta forma, o tratamento com *Tabacum* 12 CH parece promover mecanismos de autorrecuperação através da lei da similitude.

Além disso, o estudo constatou que o *Tabacum* 12 CH produziu melhorias a partir da quarta semana, porém com um agravamento inicial representado pelo aumento do desejo de fumar na primeira e segunda semana de tratamento (MACHÍN et al., 2003).

Classificando, assim, um prognóstico favorável segundo a doutrina homeopática (TEIXEIRA, 1999).

O estudo de Barollo et al. (2006) introduz uma técnica inovadora para produção do seu isoterápico, o *Isomake*. Esse equipamento consiste em uma bomba a vácuo que suga a fumaça do cigarro direcionando-a para uma solução hidroalcoólica e dando origem à solução extrativa, ponto de partida para as dinamizações do medicamento.

Apenas 64% dos participantes desse estudo continuaram o tratamento até o final. A taxa de diminuição do nº de cigarros ou cessação desses foi de 50% para o grupo que utilizou o isoterápico a base da nicotina sintética, 47% para o grupo que utilizou o medicamento proveniente do *Isomake* e 50% para o grupo controle (placebo) (BAROLLO et al., 2006). Logo, não foram observadas diferenças estatísticas entre os grupos tratamento e placebo.

O autor destacou que a falha da comunicação interna da empresa atrapalhou na adesão ao tratamento. Além disso, avaliou que o pequeno número de participantes (n=61) aliado à taxa de desistência (36%) prejudicou a avaliação dos resultados. No entanto, por não apresentar efeitos adversos e ser mais de 20 vezes mais barata que a Bupropiona ou Adesivos de Nicotina, Barollo et al (2006) sugere a utilização da nicotina diluída e dinamizada como terapia complementar nos programas de tratamento de tabagismo.

Devido aos resultados positivos do estudo anterior (MACHÍN et al., 2003), Machín et al (2007) continuou estudando os efeitos do *Tabacum* 12 CH no tratamento da intoxicação tabágica, porém, dessa vez, com controle e randomização. A randomização aumenta a confiança da evidência científica pois permite avaliar com maior acurácia os resultados do tratamento, considerando nele o efeito placebo.

O *tabacum* 12 CH foi administrado a cada 8 horas para o grupo tratamento, selecionado aleatoriamente, e álcool 30% (v/v) como placebo para o grupo controle. O abandono de tratamento foi muito semelhante em ambos os grupos, cerca 20%. Observou-se que, enquanto 30% (n=21) do grupo tratamento abandonaram o hábito de fumar e 42% (n=30) diminuíram o consumo de cigarro (menos de 5 por dia) – dois únicos desfechos considerado positivos pelo autor –, nenhum participante do grupo controle diminuiu ou cessou o tabagismo, ou seja, 79% (n=55) respondeu ao tratamento (MACHÍN et al., 2007).

Destaca-se que o artigo referido de Machín et al (2003) é um estudo prospectivo observacional e que, portanto, mede a efetividade do tratamento. Enquanto que a pesquisa do mesmo autor em 2007 trata-se de um ensaio clínico controlado e randomizado com o objetivo de medir a eficácia do *Tabacum* 12 CH, ou seja, em condições ideais. Logo, a

comparação dos resultados é limitada tendo em vista que correspondem a condições diferentes de tratamento.

Barrios e Barreda (2010) testaram a eficácia do tratamento homeopático com *nicotinum* e *sulphur* para a cessação do hábito de fumar por meio de um ensaio clínico não randomizado. O primeiro medicamento foi escolhido para inibir o desejo de fumar e o segundo para desintoxicação da nicotina no corpo. No entanto, não foram descritas as potências medicamentosas utilizadas.

O *nicotinum* é um heteroisoterápico preparado a partir da molécula da nicotina isolada. A sua patogenesia é descrita por Vijnovsky (2003) como de “incapacidade de pensar ou fixar a atenção”, “excitação” e “inquietação” para os sintomas mentais; “efeitos tóxicos causados por fumar” para sintomas gerais; Para desejos e aversões, o autor indica que o medicamento causa “grande aversão ao tabaco e a fumar ou sentir o odor do tabaco” (VIJNOVSKY, 2003, p. 496).

Nesse sentido, tal medicamento, apesar de possuir um princípio distinto do hipocrático (semelhante cura semelhante) para o tratamento do tabagismo, parece ser útil para o mesmo, quando utilizado em doses imponderáveis segundo a Farmacopeia Homeopática. Explica-se, assim, a escolha do *nicotinum* por alguns autores dos estudos selecionados (BARRIOS; BARREDA, 2010; BARRIOS; RAMIREZ; ROMAN, 2012; RODRÍGUEZ, et al., 2012).

O *sulphur* é o enxofre sublimado e lavado. Apresenta-se na “forma de um pó amarelo, inodoro, insípido e praticamente insolúvel na água e no álcool” (DEMARQUE et al., 2009, p. 866). É um dos maiores policrestos, medicamentos homeopáticos mais estudados e utilizados, e, por possuir diversas aplicações, é um medicamento complexo (VIJNOVSKY, 2003). No entanto, foram encontradas poucas referências que relacionassem seu uso com o tabagismo, senão pela sua patogenesia ansiosa e aversa ao tabaco (VIJNOVSKY, 2003).

Os resultados foram considerados positivos pelos autores no que tange à eficácia. Foram obtidas taxas de cessação de 37,5% (n=15) e de redução do número de cigarros de 62,5% (n=25), logo todos os participantes tiveram resposta favorável ao tratamento. Embora não esteja claro no artigo como se deu o acompanhamento dos participantes e com quanto tempo de tratamento os dados foram coletados. Por fim, por possuir resultados positivos e um bom perfil de segurança, o autor sugere a necessidade da ampliação dos conhecimentos em homeopatia pelos profissionais de saúde, com vistas na sua

incorporação na atenção primária e outras áreas da ciência médica (BARRIOS; BARREDA, 2010).

Barrios, Ramírez e Román (2012) realizaram um estudo de intervenção utilizando a terapia floral em associação à homeopatia no tratamento do tabagismo. Os medicamentos homeopáticos utilizados e os seus respectivos motivos foram os mesmos que Barrios e Barreda (2010). Foram utilizadas apenas essências florais do sistema de Bach, foram elas: *Agrimony*, *Cherry plum*, *Crab apple* e *Larch*.

Descoberta pelo médico inglês Edward Bach, a terapia floral tem suas primeiras 30 essências florais em 1930 e desde então tem sido utilizada para o tratamento de diversos estados emocionais e doenças, principalmente de ordem mental (BARRIOS; RAMÍREZ; ROMÁN, 2012). Em 1983 foi reconhecida e recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um tratamento individualizado, sem efeitos adversos e excelente para o autocuidado (FORBES, 1988). A sua indicação no caso do tabagismo pode estar relacionada a multifatorialidade dessa doença, envolvendo questões emocionais e psicológicas.

A associação da homeopatia aos florais foi responsiva para todos os participantes obtendo, assim, queda diminui da carga tabágica de 70% (n=14) dos participantes e a cessação de 30% (n=6). O estudo apresentou algumas limitações quanto a qualidade metodológica, tais como: o reduzido número de participantes (n=20), falta de randomização e a omissão da potência medicamentosa e do tempo de tratamento dificultando a reprodutibilidade desses resultados. Não obstante, é possível comparar que a taxa de cessação do tratamento com a associação das duas PICS foi menor do que apenas com a homeopatia.

O estudo de Rodríguez et al (2012), além da terapia floral, associou também a auriculoterapia à homeopatia. O tratamento homeopático baseou-se no uso do *nicotinum* 6 CH, em observância ao princípio isoterápico, e da *Nux vomica* 30 CH, para desintoxicação da nicotina do corpo, com 5 gotas sublinguais à noite por 10 dias de cada mês. Os florais utilizados foram descritos apenas por números (“1, 4, 18, 29 e 33”) impossibilitando a identificação, no entanto suas indicações foram “aumentar a autoestima e a vontade de alcançar o abandono total do cigarro” (RODRÍGUEZ et al., 2012). Os pontos auriculares utilizados foram *Shenmen*, *Ansiedade*, *Pulmão*, *Traqueia*, *Boca* e *Coração externo*.

A auriculoterapia é uma vertente da acupuntura que utiliza, geralmente, sementes para estimulação de pontos auriculares e que tem sido amplamente estudada e utilizada para o tratamento de dependência à substâncias como o álcool, cocaína, heroína (BIER et

al., 2002) e tabaco (FRITZ et al., 2013; SILVA et al., 2014; WU et al., 2007). Além disso, um recente ensaio clínico multicêntrico com mais de 300 participantes obteve resultados de eficácia na cessação do tabaco, confirmada por carbono exalado, semelhantes entre a acupuntura e a TRN, tratamento de primeira linha da terapia medicamentosa (WANG et al., 2017). Essas evidências têm demonstrado que a acupuntura é segura e eficaz para o tratamento do tabagismo.

Uma das vantagens da auriculoterapia é que, após a aplicação das sementes, o usuário pode seguir estimulando os pontos selecionados pelo terapeuta por um tempo prolongado. Nesse sentido, pode ajudar nos momentos de fissura e abstinência do cigarro, além de engendrar o conceito de autocuidado apoiado no tratamento.

A tintura mãe da *nux vomica*, ponto de partida do medicamento homeopático, é preparada a partir das sementes dessecadas da *Strychnos nux-vomica*, também conhecida como noz vômica. Essa semente contém ácidos graxos, polissacarídeos, iridroides e alcaloides, principalmente a estricnina (DEMARQUE et al., 2009).

Segundo Demarque e colaboradores (2009), esse medicamento pode ser indicado para fenômenos agressivos ao sistema nervoso e aparelho digestório causados por excesso de café, álcool, tabaco; abuso de estimulantes ou calmantes; preocupações profissionais. Além disso, é indicado também para sintomas como insônia, irritabilidade e sintomas digestórios (DEMARQUE et al., 2009), característicos da síndrome de abstinência ao cigarro (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Dessa forma, por tratar tanto a dependência ao tabaco como os sintomas de abstinência a ele, o uso da *nux vomica* por Rodríguez et al (2012) parece se justificar.

Assim, dos 175 fumantes submetidos ao tratamento, 55,4% (n=97) diminuíram consideravelmente o consumo de cigarros, enquanto 35,4% (n=52) conseguiram parar de fumar (RODRÍGUEZ et al., 2012). Esses resultados parecem positivos principalmente pois apenas 14,9% dos participantes não tiveram resposta favorável ao tratamento.

Deve-se ressaltar que, apesar de contar com um número considerável de participantes, o estudo, além de não ser randomizado, não deixou claro informações acerca do tempo de tratamento, da posologia do medicamento homeopático e das essências florais utilizadas. Esses foram seus principais fatores limitantes.

O tratamento proposto por Egido e Barba (2017) envolveu, além da homeopatia, o uso conjuntamente da naturopatia (representada pelo Nitrato de prata a 1%) – com o objetivo de gerar uma experiência ruim ao fumar devido ao sabor desagradável–, e de auriculoterapia. O *tabacum*, medicamento homeopático, foi utilizado em potências

crescentes (5, 7, 9, 12, 15 e 30 CH), subindo-as semanalmente, mas também o *tabacum* 5 CH em caso de fissura. Adicionalmente, o *caladium seguinun* 5 CH foi administrado 3 vezes ao dia por 3 meses, com a intenção de manter uma aversão ao tabaco. Para auriculoterapia foram escolhidos os pontos de *Darwin*, *30°* e *reacional* (EGIDO; BARBA, 2017).

O *Caladium seguinum* é um arum, gênero botânico da família das Aráceas, das Antilhas, espécie robusta que ultrapassa os dois metros de altura. Sua tintura mãe é preparada a partir da planta inteira seca. A planta provoca reações inflamatórias na pele provocadas pelo contato (DEMARQUE et al., 2009).

Enquanto medicamento homeopático, o *caladium* é indicado, em potências baixas (5 CH ou 7 CH), 5 glóbulos duas ou três vezes ao dia, para “distúrbios neurovegetativos causados por um consumo importante de tabaco ou durante a abstinência” (DEMARQUE et al., 2009, p. 185). Justificando, dessa forma, a utilização desse medicamento, na potência 5 CH, por Egido e Barba (2017).

Conforme observado na Tabela 2, o estudo de Egido e Barba (2017) apresentou uma alta taxa de cessação após um ano, de 47,8% (n=33). Não obstante, deve-se considerar a falta de randomização para avaliação do efeito placebo e o número reduzido de participantes do estudo. Desta forma, os autores discutem que a associação da auriculoterapia à homeopatia na cessação do tabagismo pode ajudar o usuário na diminuição da frequência de uso dos medicamentos através da estimulação dos pontos auriculares nos momentos de fissura.

É importante observar que nenhum dos estudos selecionados utilizou métodos bioquímicos de conferência de carga tabágica, tais como monóxido de carbono exalado ou cotinina urinária, comuns em protocolos de estudos clínicos para o tratamento do tabagismo. A quantificação de monóxido de carbono exalado é, atualmente, o marcador mais recomendado e utilizado para diagnóstico e terapêutica da adição ao tabaco, além de ser barato, rápido, simples e não invasivo. A cotinina é considerada o marcador mais exato e específico para o tabagismo, podendo ser doseado pelo sangue ou pela urina (BARROS, 2011). Isso denota um menor rigor metodológico e por consequência uma menor confiabilidade da evidência.

Além disso, vale ressaltar que a utilização de outras PICS é uma variável de confundimento presente em três dos artigos selecionados (BARRIOS; RAMÍREZ; ROMÁN, 2012; EGIDO; BARBA, 2017; RODRÍGUEZ et al., 2012). Uma das alternativas para eliminar tal variável seria a criação de grupos de tratamento com as terapias isoladas, além

da randomização dos participantes do estudo. Para isso, é claro, dever-se-ia garantir um número estatisticamente relevante de participantes para cada grupo, evitando um viés de seleção. Assim, poder-se-ia descobrir a contribuição de cada uma delas para o tratamento.

Em adição, é notório que a falta de clareza metodológica observada em alguns estudos gera um importante entrave tanto à replicação de seus protocolos quanto à validação dos resultados. As principais falhas metodológicas identificadas nos trabalhos selecionados foram as omissões das informações das potências homeopáticas utilizadas (BARRIOS; BARREDA, 2010; BARRIOS; RAMÍREZ; ROMÁN, 2012), da posologia (RODRÍGUEZ et al., 2012), do tempo de tratamento (BARRIOS; BARREDA, 2010; BARRIOS; RAMÍREZ; ROMÁN, 2012; RODRÍGUEZ et al., 2012) e das essências florais indicadas (RODRÍGUEZ et al., 2012).

Outros critérios a serem considerados são o tamanho das populações de estudo e o uso de placebo. Apenas dois estudos foram controlados (BAROLLO et al., 2006; MACHÍN et al., 2007) e apenas três tiveram $n > 100$ (MACHÍN et al., 2007; RODRÍGUEZ et al., 2012), sendo um deles com $n > 200$ (MACHÍN et al., 2003). Essas duas variáveis são também importantes no que tange à consistência do estudo.

A abordagem motivacional é uma ferramenta recomendada para a mudança de hábitos, cuja utilização no tratamento do tabagismo vai além da entrevista motivacional, abrangendo também a identificação do nível motivacional do usuário, auxiliando qualquer outro tipo de abordagem. É uma importante variável para os estudos pois permite que o pesquisador faça associações dos resultados do tratamento com o nível de motivação do fumante. Dentre os estudos selecionados, nenhum deles utilizou esse tipo de associação. A análise prévia do estágio motivacional dos participantes poderia ajudar na leitura dos resultados das pesquisas.

Embora os estudos selecionados não tenham apresentado alto rigor metodológico, os resultados são indicadores parciais da eficácia da homeopatia para a cessação do hábito de fumar. Essa terapêutica parece estar associada à redução do desejo de fumar, à ajuda nos sintomas de abstinência ao tabaco e à mecanismos autocurativos.

Diversos pesquisadores tem se dedicado à formular hipóteses importantes sobre o mecanismo de ação preciso dos medicamentos homeopáticos (HOLANDINO, 2017). Dentre eles, Holandino et al (2017 apud SIQUEIRA, 2017) destaca um estudo utilizando células do sistema imune, que quando submetidas a homeopatia apresentaram imunomodulação (estímulo à liberação de citocinas). Outra hipótese seria a da “memória da água”, que descreve a capacidade da água de memorizar as características de uma

substância nela solubilizada, assim como a transmissão dessa informação através do processo mecânico da sucussão (HOLANDINO, 2017 apud BELLAVITE, 2014).

A comprovação da “lei da semelhança”, considerada por muitos o paradigma da homeopatia, pode estar tão longe quanto perto. Não obstante, diversas evidências apontam claramente a distinção do medicamento homeopático do placebo, devido a sua atividade farmacológica comprovada (HOLANDINO, 2017). Vale lembrar que todo medicamento, inclusive os fármacos das terapias convencionais, apresenta efeito placebo e que, portanto, não se pode atribuir tal efeito apenas às PICS.

Além disso, nos estudos selecionados a homeopatia não apresentou efeitos indesejáveis, senão os de agravação primária, também associados à síndrome de abstinência. Em contrapartida, a abordagem farmacológica preconizada pode apresentar uma série de reações adversas (FIORE et al., 2008). Até mesmo os adesivos de nicotina podem apresentar inconvenientes como irritação cutânea, náusea, vômito e diarreia (BRASIL, 2001). O uso da homeopatia, nesses casos, poderia reduzir o desconforto do usuário, aumentando, assim, a adesão à terapia.

A prevalência do tabagismo em mulheres grávidas, lactantes e pessoas menores de 18 anos é razão de grande preocupação para saúde pública, devido às possíveis complicações do fumo tanto na gravidez quanto na infância. Além disso, os medicamentos alopáticos utilizados convencionalmente (TRN, bupropiona e a vareniclina) possuem contraindicações para esses grupos (BRASIL, 2001). Dessa forma, há um incremento na importância da busca de alternativas seguras de tratamento para esses grupos.

Em contraste, os medicamentos homeopáticos, segundo dossiê do ministério AYUSH indiano, “não estão associados a qualquer efeito tóxico e podem ser utilizados com segurança em mulheres grávidas, mães lactantes, lactentes e crianças e na população geriátrica” (MINISTRY OF AYUSH, 2016, p. 25). Reforça-se, assim, a necessidade da ampliação dos estudos em homeopatia, visto que essa prática pode representar uma alternativa terapêutica para tais grupos, tanto como monoterapia, quanto como adjuvante às abordagens não medicamentosas.

É importante lembrar que, apesar da consistência das evidências do tratamento farmacológico, principalmente dos medicamentos de 1ª linha, a recomendação para utilização desses é apenas para casos restritos, de alto grau de dependência ou ineficiência das abordagens comportamentais (BRASIL, 2016). No entanto, Portes e colaboradores (2014) destacam uma tendência a oferta indiscriminada destes medicamentos nos serviços de atenção básica, o que corresponde a uma prática de saúde

centrada no medicamento e não na pessoa. Dessa forma, fortalece-se a ideia da cura pela “pílula mágica”, retirando o sujeito da arena do (auto)cuidado, além de aumentar os custos e riscos de iatrogenias no tratamento.

O tratamento que objetiva o sucesso deve estar centrado no usuário, em sua motivação para mudança de hábitos, em suas experiências pessoais de vida e sua rede de apoio. Nesse contexto, a atenção básica possui um papel fundamental por ser a maior porta de entrada do SUS e o tipo de cuidado de saúde provido de maior vínculo e longitudinalidade com o usuário (BRASIL, 2017b). Dessa forma, pela sua perspectiva humanizada e integral, o apoio à utilização da Homeopatia nos serviços de saúde pode trazer frutos positivos à qualidade de vida da população brasileira.

4.1. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A revisão integrativa da literatura, apesar de amplamente utilizada como instrumento da PBE (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), possui algumas limitações. Esse método possui consideravelmente menor rigidez metodológica, e portanto mais vieses, que uma revisão sistemática. No caso desse trabalho, a não utilização de instrumentos validados para seleção dos artigos, através de uma avaliação qualitativa e/ou quantitativa (em forma de escore ou grau de evidência, por exemplo), aumenta o risco de inclusão de artigos com resultados de baixa confiabilidade.

Além disso, a restrição de idiomas e de período temporal pode acabar por excluir estudos de relevância para o tema. Nesse caso, a delimitação de 20 anos não influenciou a busca, visto que não foram encontrados estudos anteriores a essa data que cumprissem os outros critérios de inclusão e exclusão. Porém, o mesmo não pode ser dito sobre o idioma, já que foram excluídos 3 artigos em francês.

Vale ressaltar que a utilização de apenas um portal de bases de dados, por mais amplo que seja, contribuiu para a limitação desse trabalho. Por outro lado, o pequeno número de artigos selecionados, com debilidades metodológicas marcantes, deveu-se, em grande parte, pela escassez de produção científica na temática abordada. Apesar de haver um grande número de pesquisas sendo realizadas com a homeopatia, as investigações acerca do dessa prática para o tratamento do tabagismo parecem escassas na literatura.

5. CONCLUSÃO

O combate ao tabagismo, assim como às outras DCNT, segue sendo um dos marcos do século, no que tange à transição epidemiológica e aos cuidados em saúde da população mundial. A busca por alternativas terapêuticas humanizadas, de cuidado integral, eficazes e seguras tem motivado pesquisadores e profissionais de saúde. Nesse sentido, as práticas integrativas, em especial a homeopatia, têm apresentado um importante potencial.

Em sua maioria, os artigos selecionados demonstraram um desfecho positivo em relação ao uso da homeopatia para cessação do fumo. Além disso, não ocorreram efeitos adversos graves e foram raros os eventos adversos leves, o que indica um perfil de segurança aceitável.

No entanto, uma das barreiras para o seu uso no tratamento da dependência ao tabaco é escassez de evidências científicas robustas. Apesar das limitações apontadas, tais como restrição de idiomas e bases de dado, pode-se observar, através dessa revisão da literatura, um baixo volume de produção científica no tema da homeopatia para o tabagismo. Além disso, os poucos documentos encontrados possuem baixa confiabilidade devido à falta de rigor metodológico. Entretanto, os resultados preliminares são indicadores paricalmente positivos da eficácia da homeopatia no tratamento do tabagismo, podendo ser utilizados em estudos futuros.

Dessa forma, o incentivo à ampliação e melhoria dos estudos em homeopatia para a cessação do cigarro é uma perspectiva para a fundamentação do seu uso e fortalecimento dessa PICS. Além disso, a pesquisa sobre a utilização da homeopatia de modo complementar às terapias preconizadas pelos protocolos, tal qual a TCC, EM ou até mesmo aos medicamentos alopáticos, pode agregar importantes frutos a esse tratamento, assim como ao SUS.

REFERÊNCIAS

ADLER, U. C. et al. Homeopatia na fissura por cocaína-crack: estudo randomizado, duplo-cego e placebo controlado (Estudo COCACRACK). **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 40, n. 6, p. 241–242, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (ED.). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. 5th ed ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association, 2013.

ANDRETTA, I. et al. A Entrevista Motivacional no Brasil: Uma Revisão Sistemática. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 22, n. 2, p. 15–21, 30 dez. 2014.

BAARS, E. W.; HAMRE, H. J. Whole Medical Systems versus the System of Conventional Biomedicine: A Critical, Narrative Review of Similarities, Differences, and Factors That Promote the Integration Process. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, v. 2017, p. 1–13, 2017.

BAROLLO, C. et al. **Ensaio Clínico duplo cego, randomizado, para avaliar os resultados do tratamento isoterápico do tabagismo, em voluntários adultos tabagistas da cidade de São Paulo**. Congresso apresentado em XXVIII Congresso Brasileiro de Homeopatia - AMHB. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.bvshomeopatia.org.br/texto/ensaioClinDuploCegoRandomizTabagismo_CeliaBarollo.htm#_ftn1>. Acesso em: 11 set. 2018

BARRIOS, M. D. M.; BARREDA, M. A. Aplicación de la homeopatía a pacientes fumadores de la localidad “Enrique Varona”. **Revista Cubana de Higiene y Epidemiología**, v. 48, n. 3, p. 253–263, dez. 2010.

BARRIOS, M. D. M.; RAMÍREZ, T. Z.; ROMÁN, E. P. Tratamiento con terapia floral de Bach y homeopatía a fumadores del Policlínico Norte de Morón. **Revista Médica Electrónica da Ciego de Ávila**, v. 18, n. 1, 2012.

BARROS, A. R. G. DE. **MARCADORES BIOLÓGICOS DE TABAGISMO Determinação de cutoff points**. Mestrado em Saúde e Aparelho Respiratório—Lisboa, Portugal: Universidade Nova de Lisboa, 2011.

BIER, I. D. et al. Auricular Acupuncture, Education, and Smoking Cessation: A Randomized, Sham-Controlled Trial. **American Journal of Public Health**, v. 92, n. 10, p. 1642–1647, out. 2002.

BRASIL. 78.841. DECRETO Nº 78.841, DE 25 DE NOVEMBRO DE 1976 - Publicação Original - Portal Câmara dos Deputados. . 25 nov. 1976, Sec. 1 - 6/1/1977.

BRASIL. **Abordagem e tratamento do fumante: consenso 2001**. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer, 2001.

BRASIL. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. 1a. ed ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006.

BRASIL. **Farmacopeia Homeopática Brasileira**. 3^a ed. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2011.

BRASIL. **ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA, O cuidado da pessoa tabagista**. 1^a ed. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2015.

BRASIL. PORTARIA Nº 761, DE 21 DE JUNHO DE 2016. . 2016.

BRASIL. **Monitoramento dos sistemas de informação da AB e MAC – Uma sistematização dos dados nacionais de PICS para o 1o semestre de 2017**Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CNPICS), 2017a.

BRASIL. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. , Brasília, DF, 21 set. 2017. Seção 1, p. 68., 2017.

BRASIL. PORTARIA Nº 702, DE 21 DE MARÇO DE 2018. 21 mar. 2018.

BVS. **DeCS - Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/P/decsweb2018.htm>>. Acesso em: 8 out. 2018.

CORRÊA, A. D.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; QUINTAS, L. E. M. Similia Similibus Curentur: notação histórica da medicina homeopática. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 43, n. 4, dez. 1997.

DEMARQUE, D. et al. **FARMACOLOGIA E MATÉRIA MÉDICA HOMEOPÁTICA**. Tradução Cláudio Roiman; Francisco José De Freitas. 1^a ed brasileira, 3^aed francesa ed. São Paulo: Editora Organon, 2009.

DUTRA, V. C. Farmacotécnica homeopática. **Serviço Brasileiro de Respostas Técnicas**, Rede de Tecnologia e Inovação do Rio de Janeiro - REDETEC. p. 36, 2011.

EGIDO, J. R.; BARBA, E. C. Tratamiento combinado del tabaquismo. Homeopatía, acupuntura y naturopatía. **Revista Médica de Homeopatía**, v. 10, n. 1, p. 3–8, jan. 2017.

FERENHOF, H. A.; FERNANDES, R. F. Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: método SFF DEMYSTIFYING THE LITERATURE REVIEW AS BASIS FOR SCIENTIFIC WRITING: SSF METHOD. **Revista ACB**, v. 21, n. 3, p. 550–563, 29 dez. 2016.

FIORE, M. C. et al. **Evidence and Recommendations**. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, 2008.

FONTES, O. L. et al. **Farmácia Homeopática: teoria e prática**. 4. ed. Barueri (SP): Manole, 2013.

FORBES, H. A. W. **Selected Individual Therapies**. Geneva: World Health Organisation, 1988.

FRITZ, D. J. et al. The Efficacy of Auriculotherapy for Smoking Cessation: A Randomized, Placebo-Controlled Trial. **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 26, n. 1, p. 61–70, 1 jan. 2013.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; MENDES, I. A. C. A busca das melhores evidências. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n. 4, p. 43–50, dez. 2003.

HAHNEMANN, C. F. S. **Exposição da Doutrina Homeopática ou ORGANON DA ARTE DE CURAR**. Tradução David Castro; Rezende Filho; Kamil Curi. 6ª ed. alemã–5ª ed. brasileira ed. São Paulo: Grupo de Estudos Homeopáticos de São Paulo “Benoit Mure”, 2013.

HOLANDINO, C. Medicamentos homeopáticos e o paradigma da evidência científica. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 8, n. 2, p. 322–332, 2017.

IBGE. **Tabagismo, 2008: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

IBGE; FIOCRUZ (EDS.). **Pesquisa nacional de saúde, 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da Federação**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2014.

INCA. **Política Nacional de Controle do Tabaco: Relatório de Gestão e Progresso 2011-2012**. [s.l.] Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para controle do Tabaco (CONICQ), 2014.

INCA. **INCA - Ações e Programas no Brasil - Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa-nacional-controle-tabagismo/programa-nacional. Acesso em: 6 nov. 2018.

ISMAEL, S. M. C. **Efetividade da terapia cognitivo-comportamental na terapêutica do tabagista**. doutorado—São Paulo: USP, 2007.

JOSÉ, B. P. DE S. et al. Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. suppl 1, p. 75–89, maio 2017.

KOSSAK-ROMANACH, A. **HOMEOPATIA EM 1000 CONCEITOS**. 3ª ed. São Paulo: ELCID, 2003.

LEMONICA, R. **COMPREENDENDO O IMPACTO DAS DIRETRIZES PROPOSTAS PELA POLÍTICA NACIONAL DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SERVIÇOS DE HOMEOPATIA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**. tese de doutorado—Botucatu – SP: Universidade Estadual Paulista, 2014.

LOZANO, N. L. E. **Genero epidémico de los síntomas de pacientes consumidores de basuco, proyecto piloto**. Trabalho de conclusão para obter o título de especialista em medicina homeopática—Bogotá: FUNDACIÓN UNIVERSITARIA ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA HOMEOPÁTICA LUIS G PÁEZ, 2015.

LUZ, M. T. **A Arte de Curar versos a Ciência das Doenças**. 2ª ed. Porto Alegre (RS): Rede UNIDA, 2014.

MACHÍN, M. L. C. et al. Efectividad del tabacum 12 ch en el tratamiento del tabaquismo. Effectiveness of Tabacum-12ch to treat smoking. **Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río**, v. 7, n. 2, p. 69–78, 2003.

MACHÍN, M. L. C. et al. ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO CON TABACUM 12 CH EN EL TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN TABÁQUICA. **CIGET Pinar del Río**, v. 9, n. 2, 2007.

MARLATT, G. A.; GORDON, G. R. **Prevenção da Recaída**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MELNYK, B. M. Finding and appraising systematic reviews of clinical interventions: critical skills for evidence-based practice. **Pediatric Nursing**, v. 29, n. 2, p. 147–149, 125, abr. 2003.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, dez. 2008.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamento adictivos**. Porto Alegre (RS): ArtMed, 2001.

MINISTRY OF AYUSH. **HOMOEOPATHY SCIENCE OF GENTLE HEALING**. New Delhi: CCRH, 2016.

MONTEIRO, C. et al. Population-based evidence of a strong decline in the prevalence of smokers in Brazil (1989-2003). **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, n. 7, p. 527–534, 1 jul. 2007.

MONTEIRO, D. DE A.; IRIART, J. A. B. Homeopatia no Sistema Único de Saúde: representações dos usuários sobre o tratamento homeopático. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1903–1912, ago. 2007.

NUNES, S. O. V.; DE CASTRO, M. R. P. **Tabagismo abordagem, prevenção e tratamento**. Londrina, Brasil: EDUEL, 2010.

PINTO, M. T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1283–1297, jun. 2015.

PORTES, L. H. et al. Actions geared to tobacco control: a review of their implementation in Primary Health Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 439–448, fev. 2014.

PRADO, L. S. **Dinamização e Diluição** Blog do Instituto, 12 ago. 2016. Disponível em: <<https://blog.institutoalmaconsciente.com/2016/08/12/dinamizacao-e-diluicao/>>. Acesso em: 25 out. 2018

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. **Psychotherapy: Theory, Research & Practice**, 1 jan. 1982.

PUPULIM, A. F. et al. MECANISMOS DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO TABAGISMO: REVISÃO DA LITERATURA. **Revista Médica da UFPR**, v. 2, n. 2, p. 74, 14 jul. 2015.

REDA, A. A. et al. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. In: THE COCHRANE COLLABORATION (Ed.). . **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2012.

REICHERT, J. et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. **J Bras Pneumol.**, p. 36, 2008.

RODRÍGUEZ, J. A. C. et al. Estudio de intervención en pacientes adictos al tabaquismo con técnicas tradicionales. **Revista Médica Electrónica da Ciego de Ávila**, v. 18, 2012.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. **Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde: Ajudando pacientes a mudar o comportamento**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. REVISÃO INTEGRATIVA DE PESQUISA APLICADA À ENFERMAGEM. **Cogitare enferm**, v. 3, n. 2, p. 109–112, 1998.

Sabor de Tabaco: Nicotina - Estrutura química da molécula da nicotina. Disponível em: <<http://sabordetabaco.blogspot.com/2015/09/nicotina-estrutura-quimica-da-molecula.html>>. Acesso em: 28 out. 2018.

SCHRAMM, J. M. DE A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897–908, dez. 2004.

SILVA, C. J. DA; SERRA, A. M. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. suppl 1, p. 33–39, maio 2004.

SILVA, R. DE P. et al. Contribuições da auriculoterapia na cessação do tabagismo: estudo piloto. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, p. 883–890, out. 2014.

STEAD, L. F. et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 11, p. CD000146, 14 nov. 2012.

SULS, J. M. et al. Efficacy of smoking-cessation interventions for young adults: a meta-analysis. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 42, n. 6, p. 655–662, jun. 2012.

TEIXEIRA, M. Z. **CONCEPÇÃO VITALISTA DE S. HAHNEMANN**. [s.l.] Robe Editora, 1997.

TEIXEIRA, M. Z. Prognosticos em homeopatia: de Hahnemann a Kent. **Rev. homeopatia (AMHB)**, n. 3, p. 24–46, 1999.

VIJNOVSKY, B. **Tratado de Matéria Médica Homeopática**. Tradução Heloisa Helen De Macedo. São Paulo: Editora Organon, 2003. v. 2

WANG, Y. et al. Efficacy of Acupuncture Is Noninferior to Nicotine Replacement Therapy for Tobacco Cessation: Results of a Prospective, Randomized, Active-Controlled Open-Label Trial. **CHEST**, v. 153, n. 3, p. 680–688, 2017.

WEBER, B. Algumas considerações sobre história, saúde e homeopatia. **História Unisinos**, v. 10, n. 1, p. 26–34, 2006.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v. 52, n. 5, p. 546–553, dez. 2005.

WHO. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011a.

WHO. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2009: implementing smoke-free environments**. Geneva: World Health Organization, 2009.

WHO. **WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco**. Geneva: World Health Organization, 2011b.

WU, T.-P. et al. A randomized controlled clinical trial of auricular acupuncture in smoking cessation. **Journal of the Chinese Medical Association: JCMA**, v. 70, n. 8, p. 331–338, ago. 2007.

ZWAR, N. et al. **Supporting smoking cessation A guide for health professionals**. Melbourne, Australia: The Royal Australian College of General Practitioners, 2011.

SOBRE O AUTOR E A AUTORA

RAFAEL FERNANDES TRITANY

Bacharel em Farmácia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (2018), Especialista em Farmácia Hospitalar pela Faculdade Venda Nova do Imigrante (FAVENI) (2020) e, atualmente, pós-graduando do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), inserido na Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro.

ADRIANA PASSOS OLIVEIRA

Farmacêutica Industrial pela Universidade Federal Fluminense (2004), Mestre em Química de Produtos Naturais pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2007) e Doutora pelo mesmo instituto (2011) com período sanduíche no Department of Pharmaceutical Sciences, Universidade de Basel, Suíça. Atualmente, é Professora Adjunta da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, na área de Tecnologia Farmacêutica Integrada. Atua como consultor "ad hoc" do Comitê Técnico Temático de Homeopatia da Comissão Farmacopeia Brasileira. É membro titular do Comitê de Ética em Pesquisa Clínica da EEAN-HESFA-UFRJ. Faz parte do "Comitê Temático de Produtos Naturais" do Consórcio Acadêmico Brasileiro de Saúde Integrativa. É colaboradora da Pós-graduação stricto sensu de Ciências Farmacêuticas (PPG-CF) da UFRJ. Tem experiência na área de Química dos Produtos Naturais, Tecnologia Farmacêutica e Farmácia Clínica, atuando principalmente nas seguintes áreas: bioprospecção de metabólitos secundários de plantas, desenvolvimento de metodologias analíticas, desenvolvimento de formulações submicrônicas tópicas (nano e microemulsões), estudo de sistemas dinamizados, saúde integrativa e complementar.

ISBN 978-65-86212-43-3



9 786586 212433 >