

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências e Tecnologia

Estudo sobre a Avaliação da Necessidade de Implementação de Estratégias de Controlo e Combate ao Tabagismo em Farmácias Comunitárias das Zonas Centro e Este do Baixo Alentejo

Catarina da Graça Balala Lebre

Dissertação para obtenção do Grau de
Mestre em Ciências Farmacêuticas

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Ana Serralheiro
Professora Doutora Mónica Condinho

2022

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências e Tecnologia

Estudo sobre a Avaliação da Necessidade de Implementação de Estratégias de Controlo e Combate ao Tabagismo em Farmácias Comunitárias das Zonas Centro e Este do Baixo Alentejo

Catarina da Graça Balala Lebre

Dissertação para obtenção do Grau de
Mestre em Ciências Farmacêuticas

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Ana Serralheiro
Professora Doutora Mónica Condinho

2022

Estudo sobre a Avaliação da Necessidade de Implementação de Estratégias de Controlo e Combate ao Tabagismo em Farmácias Comunitárias das Zonas Centro e Este do Baixo Alentejo

Declaração de autoria de trabalho

Eu, Catarina da Graça Balala Lebre, declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Os autores e respetivos trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências bibliográficas apresentada.

Universidade do Algarve, março de 2022

(Copyright © Catarina da Graça Balala Lebre)

Copyright © Catarina da Graça Balala Lebre

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Epígrafe



“Quem caminha sozinho, pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado, com certeza, chegará mais longe, e terá a indescritível alegria de compartilhar alegria... alegria essa, que a solidão nega a todos que a possuem.”

- Clarice Lispector

Dedicatória

Ao meu amor Kevin,

Por todo o apoio, carinho e dedicação incondicionais.

Neste turbilhão de emoções dos últimos 5 anos foi, sem dúvida, um pilar essencial.

Amparou-me e ajudou-me, sempre, a gerir os meus medos e a manter-me centrada e equilibrada.

Ser-lhe-ei eternamente grata... O canudo é quase nosso, companheiro de todas as horas!

Agradecimientos



Agradecimentos

Muitas das vezes o esforço, trabalho, empenho e dedicação não são suficientes para alcançarmos as nossas metas, tornando-se fundamental o apoio dos que nos rodeiam, fazendo esses grande parte do nosso sucesso.

Primeiramente, deixo um reconhecimento especial às minhas orientadoras, Professoras Doutoras Ana Serralheiro e Mónica Condinho, que me acompanharam, arduamente, durante a realização deste projeto, transmitindo-me inúmeros conhecimentos, conselhos valiosos e uma persistente confiança, incentivo e motivação. Agradeço-lhes a orientação exemplar, pautada de rigor científico, interesse, dedicação, empenho e disponibilidade constantes, os quais contribuíram para enriquecer o presente trabalho.

Ao Ruben Viegas, ex-aluno do MICF da UAlg, por toda a ajuda crucial na análise estatística dos dados. Por todos os esclarecimentos e ensinamentos dispensados, pois a sua contribuição e coorientação foram preciosas para a concretização deste estudo.

A todos os profissionais das farmácias que participaram no estudo, bem como aos seus utentes, pela disponibilidade e paciência demonstrada para comigo, uma vez que foram essenciais para a realização do presente estudo.

À minha mãe, a minha melhor amiga e o meu pilar. Lutadora e determinada, é o meu modelo de coragem, a minha inspiração e um orgulho para mim. Obrigada por seres a minha força e exemplo na vida!

À minha família e amigos de longa data que sempre acreditaram em mim, pelo seu apoio incondicional, incentivo, amor e total ajuda na superação dos obstáculos que ao longo desta caminhada foram surgindo.

Para aqueles que me têm acompanhado, espero que com esta etapa que agora termina, eu possa, daqui para a frente, retribuir tudo aquilo que recebi da vossa parte nos últimos anos.

Aos meus colegas de curso e, em especial, às amigas que fiz, Margarida Perdigão, Filomena Nascimento, Mariana Jogo e Patrícia Santos, pelo espírito de ajuda, cooperação, boa disposição e por todos os momentos que partilhámos juntas ao longo destes cinco anos de curso, assim como às minhas colegas de casa, madrinhas e afilhadas de curso. Obrigada por me terem mostrado o verdadeiro significado do lema “*estudar onde é bom viver*”, tão especial durante o meu percurso académico. Obrigada pela vossa amizade que quero, sem dúvida, levar para a vida e traçar caminhos futuros bonitos com vocês.

Aos professores do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade do Algarve, os quais contribuíram positivamente, para o meu crescimento académico e profissional, nas mais diversas áreas.

A todos aqueles que me acompanharam neste percurso, permitindo que o fim desta etapa fosse possível, o meu profundo, sincero e especial,

MUITO OBRIGADA!

RESUMO



Resumo

O tabagismo é um problema gravíssimo de saúde pública, que contribui significativamente para o aparecimento de patologias crónicas culminando em mortalidade prematura. Como dependência, o tabagismo é considerado pela Organização Mundial de Saúde uma doença crónica, classificada como transtorno mental e comportamental. Neste âmbito, a cessação tabágica (CT) é a estratégia com melhor relação custo-efetividade, e embora tenha vindo a ser implementada ao longo dos anos, a sua oferta é reduzida face à quantidade de fumadores existentes.

A presente dissertação visa, primeiramente, abordar o tabaco, os seus problemas inerentes, bem como as soluções existentes para os colmatar e de seguida estudar e analisar, sob o ponto de vista prático, a necessidade de implementação de estratégias de controlo e combate ao tabagismo. Assim, realizou-se um estudo observacional transversal, com base numa recolha de dados a 23 profissionais de quatro farmácias do Baixo Alentejo.

Dos profissionais inquiridos, a maioria eram mulheres, (86,9%), e a generalidade (52,1%) não frequentou o ensino superior. Da amostra total, 16 profissionais (69,6%) revelaram não conhecer a intervenção mínima e/ou breve em CT, existindo, no entanto, uma diversidade de respostas quanto ao seu à vontade relativamente aos aconselhamentos realizados no balcão da farmácia sobre o tabagismo. Em relação à intervenção intensiva, percebeu-se que não existem consultas de CT em nenhuma das farmácias analisadas e, ainda que, 14 dos profissionais (60,9%) referiram não ter conhecimento acerca da existência deste serviço em Farmácia Comunitária. Ainda assim, foi unânime o facto de concordarem que as mesmas são uma mais-valia, com 21 respostas positivas.

Logo, comprovou-se a urgente necessidade de criação, desenvolvimento e implementação de medidas por parte dos profissionais, de forma a auxiliar no combate à epidemia tabágica, principalmente em regiões pouco desenvolvidas em termos de serviços de saúde e com elevado consumo de tabaco, como é o caso do Alentejo.

Palavras-chave:

Baixo Alentejo, Cessação tabágica, Controlo e Combate ao Tabagismo, Farmacêutico, Farmácia Comunitária.

Abstract

Smoking is a serious public health problem, being one of the factors that significantly contributes to the emergence of chronic pathologies, culminating in premature mortality. As a dependence, smoking is considered by the World Health Organization a chronic disease, classified as a mental and behavioral disorder. In this context, smoking cessation (SC) is the most cost-effective strategy, and although it has been implemented over the years, its offer is limited in relation to the number of existing smokers.

The present dissertation aims to initially approach tobacco, the problems inherent to it, as well as the existing solutions to overcome them, and then to study and analyze, from a practical point of view, the need to implement strategies to control and combat smoking. Thus, a cross-sectional observational study was carried out, based on data collection from 23 professionals from four pharmacies in Baixo Alentejo.

Of the professionals surveyed, the majority were women, (86.9%), and 52.1% did not attend higher education. Of the total sample, 16 professionals (69.6%) revealed that they did not know the minimum and/or brief intervention in SC, although there was a diversity of answers regarding their willingness to advise on smoking at the pharmacy counter. Regarding the intensive intervention, it was noticed that there are no SC consultations in any of the pharmacies analyzed and, moreover, 14 of the professionals (60.9%) referred to not being aware of the existence of this service in Community Pharmacy. Even so, it was unanimous that they agreed that this service is an asset, with 21 positive responses.

Therefore, the urgent need for the creation, development and implementation of measures by the professionals was proved, in order to assist in the fight against the tobacco epidemic, mainly in regions that are not well developed in terms of health services and with high tobacco consumption, such as Alentejo.

Key words:

Baixo Alentejo, Smoking cessation, Tobacco Control and Combat, Pharmacist, Community Pharmacy.

Índices



Índice Geral

Índice de Figuras	xii
Índice de Quadros	xv
Índice de Tabelas	xvi
Lista de abreviaturas	xviii
Capítulo I. Enquadramento Inicial	1
Parte A. Introdução	1
Parte B. Estrutura da Tese	3
Capítulo II. Enquadramento Teórico	5
Parte A. O tabaco	5
1.Caraterização geral.....	5
2.Formas existentes de consumo do tabaco.....	5
2.1.Produtos que produzem fumo.....	6
2.1.1. Composição química dos produtos que produzem fumo	8
2.2.Produtos que produzem vapor.....	9
2.2.1. Considerações sobre dispositivos eletrónicos	11
2.2.2. Comparação dos dispositivos eletrónicos com os cigarros convencionais.....	12
2.3.Produtos que não produzem fumo nem vapor.....	12
Parte B. Tabagismo - O Problema.....	13
3.A nicotina	13
3.1.Estrutura química	13
3.2.Propriedades físicas e químicas.....	14
3.3.Atuação no organismo humano.....	14
3.3.1. Absorção.....	15
3.3.2. Distribuição	16
3.3.3. Metabolização	17
3.3.4. Excreção	20
3.3.5. Mecanismo de ação	21
3.4. Efeitos biológicos no organismo	23
3.4.1. Efeitos comportamentais	23
3.4.2. Ativação do sistema de recompensa.....	24
3.4.3. Efeitos fisiológicos.....	24
3.4.4. Dependência tabágica.....	25
A. Fenómenos de tolerância	25

B. Fenómenos de neuroadaptação	26
C. Outros	27
4.O consumo de tabaco como uma doença problemática de saúde pública	28
4.1.A dependência tabágica.....	28
4.2.Malefícios e riscos associados ao tabagismo	28
4.3.O impacto do tabaco nos fumadores, na família e na sociedade	29
5.Epidemiologia do tabagismo	30
5.1.Evolução histórica do consumo de tabaco até à atualidade.....	32
5.2.Taxas de mortalidade relacionadas com o tabaco	33
Parte C. Tabagismo - A solução.....	35
6.Iniciativas de prevenção, controlo e combate ao tabagismo	35
6.1.A nível internacional	35
6.2.A nível europeu	36
6.3.A nível nacional	37
7.A cessação tabágica.....	39
7.1.Importância e Benefícios.....	39
7.2.Processo de mudança comportamental.....	40
7.2.1.Avaliação do estadio comportamental do fumador	44
7.3.Avaliação do grau de dependência e motivação de um fumador	44
7.4.Tratamento	48
7.4.1.Tratamento farmacológico	49
7.4.1.1.Terapêuticas de 1ª linha	50
<i>A.Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN)</i>	50
<i>B.Vareniclina</i>	54
<i>C.Bupropiona</i>	56
<i>D.Associação de fármacos de 1ª linha</i>	58
7.4.1.2.Terapêuticas de 2ª linha	59
<i>A.Citisiniclina</i>	59
<i>B.Clonidina</i>	60
<i>C.Nortriptilina</i>	60
7.4.2.Tratamento não farmacológico.....	61
7.4.2.1.Terapia motivacional cognitivo-comportamental	61
7.4.2.2.Exercício físico	62
7.4.2.3.Hipnoterapia	63
7.4.2.4.Acupuntura.....	63
7.5.Efeitos decorrentes de um processo de cessação tabágica	64

7.5.1.Síndrome de abstinência.....	64
7.6.Definição das Estratégias de Cessação Tabágica	64
7.6.1.Atuação primária	64
7.6.2.Atuação secundária	65
7.6.2.1.Mínima.....	65
7.6.2.2.Breve.....	66
7.6.3.Atuação terciária.....	66
7.6.3.1.Intensiva.....	67
A.Primeira Consulta	68
B.Dia D	69
C.Consultas Seguintes.....	69
7.7.O papel da farmácia comunitária e do farmacêutico	70
Capítulo III. Enquadramento Prático	75
Parte A. Contextualização/abordagem da investigação	75
1.Questão da investigação	75
2.Objetivos	75
2.1.Gerais	75
2.2.Específicos	75
3.Metodologia	76
3.1.Desenho do estudo	76
3.2.Localização espacial.....	76
3.3.Localização temporal	77
3.4.Amostragem	77
3.4.1.População-alvo.....	77
3.4.2.Amostra	77
3.5.Método e Instrumentos de recolha dos dados	78
3.6.Proteção dos dados	79
3.7.Definição das Variáveis	79
3.7.1.Plano de operacionalização	80
3.8.Processamento e tratamento dos dados	80
3.8.1.Instrumentos de tratamento de dados utilizados.....	80
3.8.2.Formato de Análise, interpretação e discussão dos resultados.....	80
Parte B. Apresentação e discussão dos resultados	81
4.Análise e interpretação dos dados dos Profissionais de saúde	81
4.1.Caraterização da amostra em estudo	81
4.1.1.Sociodemográfica.....	81

4.1.2.Formativa e Profissional.....	82
4.1.3.Intelectual.....	84
4.1.4.Comportamental.....	84
4.2.Caraterização da Intervenção na Cessação Tabágica.....	85
4.2.1. Intervenção Mínima e/ou breve.....	85
4.2.2. Intervenção Intensiva.....	91
4.3.Caraterização dos medicamentos que auxiliam a Cessação Tabágica.....	95
4.3.1.Nível de Procura.....	95
4.3.2. <i>Stock</i> 's existentes.....	98
4.3.3.Nível de dispensa.....	103
5.Limitações do estudo.....	108
6.Fundamento global.....	108
Capítulo IV. Enquadramento final.....	109
Parte A. Considerações finais.....	109
Parte B. Perspetivas futuras.....	111
Referências bibliográficas.....	114
Apêndices.....	126

Índice de Figuras

Capítulo I

Figura I. 1 - Estrutura global da presente dissertação. 3

Capítulo II

Figura II. 1 - Classificação dos diferentes tipos de produtos à base de tabaco. 5

Figura II. 2 - Prevalência do consumo de tabaco das formas mais utilizadas pelos adolescentes do ensino público (13 aos 18 anos) e respetivas percentagens do tipo de produto consumido, em Portugal, no ano de 2019. (PLV = referente ao consumo ao longo da vida; 12 meses = referente ao consumo no último ano e 30 dias = referente ao consumo do último mês) ^[25] 6

Figura II. 3 - Ilustração de um cachimbo. 7

Figura II. 4 - Modelos de charutos que existem - a. tradicionais; b. filtrados e c. cigarrilhas. ^[28] 7

Figura II. 5 - Grupos de compostos constituintes no fumo do tabaco. 8

Figura II. 6 - Composição interna e externa de uma Shisha ^[41]. 9

Figura II. 7 - Gerações de cigarro eletrónico ^[22]. 10

Figura II. 8 - Ilustração de tabaco aquecido IQOS ^[57]. 11

Figura II. 9 - Ilustração de tabaco aquecido IQOS ^[57]. 11

Figura II. 10 - Ilustração de tabaco de mascar. 12

Figura II. 11 - Ilustração de tabaco de snus. 12

Figura II. 12 - Ilustração de tabaco de rapé. 12

Figura II. 13 - Neurónio pré- e pós-sináptico cerebral, com recetores colinérgicos: A. muscarínicos (mAChR) e B. nicotínicos (nAChR) ^[98]. 21

Figura II. 14 - Estruturas químicas: 22

Figura II. 15 - Biologia estrutural do recetor nicotínico de acetilcolina ^[98]. 22

Figura II. 16 - Cinética da ligação do recetor nicotínico de acetilcolina e abertura do canal ^[98]. 22

Figura II. 17 - Circuito geral da atuação da nicotina a nível cerebral e ampliação da zona da fenda sináptica, onde ocorreu libertação de dopamina por ação da nicotina ^[104]. 23

Figura II. 18 - Efeitos comportamentais positivos da nicotina no organismo ^[78]. 23

Figura II. 19 - Representação de um corte sagital médio do encéfalo humano com a marcação das principais áreas do sistema dopaminérgico mesocorticolímbico (recompensa cerebral) ^[100]. 24

Figura II. 20 - Efeitos da tolerância e sensibilização sobre a curva de dose-resposta ^[107]. 25

Figura II. 21 - Processo de desenvolvimento da neuroadaptação que ocorre ao nível dos recetores nicotínicos, em função do tempo de consumo tabágico ^[112]. 26

Figura II. 22 - Modelo epidemiológico do consumo de tabaco ^[130]. 31

Figura II. 23 - Modelo epidemiológico do tabaco atualizado: A. Homens e B. Mulheres ^[131]. .. 31

Figura II. 24 - Prevalência de fumadores com 15 ou mais anos, entre 2014 e 2019: 32

Figura II. 25 - Consumo diário de tabaco em jovens de 18 anos, por regiões de Portugal, entre 2015 e 2019, expresso em % ^[137]	33
Figura II. 26 - Medidas MPOWER lançadas pela OMS ^[147]	36
Figura II. 27 - Principais políticas públicas de prevenção e controlo do tabagismo implementadas pelo Ministério da Saúde em 2018 ^[256] . (Legenda: ACES – Agrupamento de Centros de Saúde e DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica).....	38
Figura II. 28 - Estimativa, em média, de anos ganhos pelos indivíduos que decidem deixar de fumar ^[161]	39
Figura II. 29 - Benefícios que advém de um processo de cessação tabágica. Fonte: Adaptado de ^[157,161,162]	40
Figura II. 30 - Modelo Transcetório proposto por Porschaska e DiClemente ^[164]	41
Figura II. 31 - Terapêuticas utilizadas em Portugal para a cessação tabágica.....	48
Figura II. 32 - Número de embalagens de TSN e Vareniclina dispensadas, entre 2016 e 2018, em Farmácia Comunitária e locais de venda livre MSRM, em Portuga ^[185]	50
Figura II. 33 - Objetivos terapêuticos da TSN: A. Imediato e B. Longo Prazo ^[190]	51
Figura II. 34 - Mecanismo de ação da nicotina presente: A. no tabaco e B. nas TSN. (Legenda: PA – Potencial de ação, EPSP – Corrente pós-sináptica excitatória, TSN – Terapêutica de Substituição de nicotina, Na – Sódio e Ca – Cálcio).....	52
Figura II. 35 - A. Efeitos da nicotina presente no cigarro; B. Síndrome de abstinência e C. Mecanismo de ação da Vareniclina. ^[198]	54
Figura II. 36 - Mecanismo de ação da Bupropiona ^[200]	56
Figura II. 37 - Relação entre a concentração de nicotina no sangue ao longo do tempo, com: A. Cigarros e B. TSN oral + ST ^[205]	58
Figura II. 38 - Cronograma para programa de intervenção intensiva em cessação tabágica ^[157] .67	
Figura II. 39 - Fluxograma com oportunidades para o farmacêutico comunitário intervir no âmbito do tabagismo. Fonte: Junção e Adaptação de vários.....	74

Capítulo III

Figura III. 1 - Mapa do Baixo Alentejo com a localização das farmácias comunitárias selecionadas para participar no estudo.	77
Figura III. 2 - Categoria Profissional na Farmácia.	82
Figura III. 3 - Compreensão sobre a participação dos profissionais em formações na temática em estudo.	83
Figura III. 4 - Classificação do Tabagismo pelas diferentes categorias profissionais.....	84
Figura III. 5 - Situação Tabágica das diferentes categorias profissionais.	85
Figura III. 6 - Conhecimento sobre a metodologia de intervenção mínima e/ou breve em cessação tabágica pelas diferentes categorias profissionais.	86

Figura III. 7 - Questões efetuadas e quantificação das respetivas respostas obtidas.....	88
Figura III. 8 - Compreensão sobre o interesse dos profissionais da farmácia em relação aos hábitos tabágicos dos utentes pelas diferentes categorias profissionais.	89
Figura III. 9 - Intervenção de promoção de Cessação Tabágica pelas diferentes categorias.	90
Figura III. 10 - Motivos inerentes à não realização de questões sobre os hábitos tabágicos.....	91
Figura III. 11 - Motivos inerentes à não realização de registo dos hábitos e/ou promoção de Cessação Tabágica.	91
Figura III. 12 - Conhecimento sobre a metodologia de intervenção intensiva em cessação tabágica pelas diferentes categorias profissionais.	92
Figura III. 13 - Conhecimento das diferentes categorias profissionais sobre o facto do farmacêutico ser um dos profissionais que pode acompanhar os utentes fumadores no seu processo de Cessação Tabágica em âmbito de consulta.....	92
Figura III. 14 - Compreensão, junto dos diretores técnicos, sobre a existência de Consulta Farmacêutica de CT.	93
Figura III. 15 - Compreensão sobre a perceção dos profissionais acerca da mais-valia da consulta farmacêutica de CT.	94
Figura III. 16 - Apresentação das questões seguintes a responder, tendo em conta a classificação dos profissionais face à procura de medicamentos para a CT.....	96
Figura III. 17 - Motivos que os profissionais assinalaram para a baixa procura de medicamentos para a CT.	97
Figura III. 18 - Compreensão, junto dos profissionais de saúde que responderam que existia uma procura considerável de medicamentos para a CT, sobre o feedback dos utentes acerca da utilização destes medicamentos.	97
Figura III. 19 - Averiguação, junto dos diretores técnicos, sobre a existência momentânea de medicamentos para a CT e as duas questões seguintes que foram colocadas no questionário. ..	98

Índice de Quadros

Capítulo II

Quadro II. 1 - Principais propriedades químicas e físicas da nicotina.	14
Quadro II. 2 - Principais efeitos fisiológicos que afetam o organismo	25
Quadro II. 3 - Critérios de dependência de acordo com a CID-10.....	28
Quadro II. 4 - Patologias e alterações provocadas pelo tabaco em diferentes locais do organismo	29
Quadro II. 5 - Classificação dos fármacos para a cessação tabágica.....	49
Quadro II. 6 - Reações adversas mais comuns da Citisiniclina, descrita em RCM.....	60
Quadro II. 7 - Princípios da terapia motivacional cognitivo-comportamental.	61
Quadro II. 8 - Abordagem motivacional 5 R's.....	62
Quadro II. 9 - Componentes do aconselhamento prático da terapia motivacional.....	62
Quadro II. 10 - Componentes da síndrome de abstinência tabágico.	64
Quadro II. 11 - Passos a realizar numa Intervenção mínima.....	65
Quadro II. 12 - Passos a realizar numa Intervenção breve.	66
Quadro II. 13 - Atitude preventiva que o Farmacêutico Comunitário pode realizar.....	72

Capítulo III

Quadro III. 1 - Grupo de variáveis direcionadas a cada subgrupo amostral, Diretor Técnico e outros profissionais de farmácia.....	79
Quadro III. 2 - Classificação das variáveis tendo em conta a sua dependência para os objetivos do estudo no global.	80
Quadro III. 3 - Correspondência entre a escala quantitativa e qualitativa.....	85
Quadro III. 4 - Exemplos de intervenções que os profissionais confessaram realizar.	90
Quadro III. 5 - Vantagens e desvantagens/limitações que os inquiridos consideraram como relevantes sobre a implementação das consultas de cessação tabágica.....	94
Quadro III. 6 - Correspondência entre a escala quantitativa e qualitativa.....	95

Índice de Tabelas

Capítulo II

Tabela II. 1 - Comparação entre o cigarro convencional e os novos dispositivos para consumo de tabaco.	12
Tabela II. 2 - Parâmetros farmacocinéticos relacionados com a eliminação de nicotina e cotinina do organismo.	21
Tabela II. 3 - Mortalidade atribuível às principais doenças que estão comprovadas que o tabaco causa em Portugal, expressas em números de indivíduos e em %	34
Tabela II. 4 - Estratégias presentes no Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo de 2020	38
Tabela II. 5 - Avaliação da fase do processo de mudança comportamental de um fumador.	44
Tabela II. 6 - Teste de Fagertröm.	45
Tabela II. 7 - Índice de Intensidade do Tabagismo.	46
Tabela II. 8 - Teste de Richmond	47
Tabela II. 9 - Escala Visual Analógica de Motivação.	47
Tabela II. 10 - Formulações e respetivas dosagens de TSN presentes em Portugal	51
Tabela II. 11- Posologia para cada etapa do tratamento com Vareniclina	56
Tabela II. 12 - Posologia para cada etapa do tratamento com Bupropiona	58
Tabela II. 13 - Posologia para cada etapa do tratamento com Citisiniclina	59

Capítulo III

Tabela III. 1 - Número de inquiridos, por localidade da farmácia e por subgrupos amostrais, diretor técnico e profissionais de farmácia.	78
Tabela III. 2 - Média da durabilidade, em minutos, de cada entrevista aos dois subgrupos amostrais, diretor técnico e outros profissionais da farmácia.	78
Tabela III. 3 - Caracterização Sociodemográfica dos profissionais de farmácia.	81
Tabela III. 4 - Escolaridade dos profissionais de farmácia.	82
Tabela III. 5 - Duração da prática do exercício profissional em farmácia comunitária e na presente farmácia.	83
Tabela III. 6 - Perceção sobre o à vontade dos profissionais no âmbito do tabagismo em contexto de balcão pelas diferentes categorias.	86
Tabela III. 7 - Classificação pelos profissionais de saúde da procura de medicamentos para a CT. ...	96
Tabela III. 8 - Especificação quantitativa dos medicamentos presentes no stock momentâneo das farmácias, bem como os stock´s mínimo e máximo definido na Farmácia localizada na cidade grande.	100

Tabela III. 9 - Especificação quantitativa dos medicamentos presentes no stock momentâneo das farmácias, bem como os stock´s mínimo e máximo definido na Farmácia localizada na cidade pequena.	100
Tabela III. 10 - Especificação quantitativa dos medicamentos presentes no stock momentâneo das farmácias, bem como os stock´s mínimo e máximo definido na Farmácia localizada na vila.	102
Tabela III. 11 - Nível de dispensas do 1º semestre de 2021 de medicamentos para a CT, na farmácia situada na cidade grande.....	104
Tabela III. 12 - Nível de dispensas do 1º semestre de 2021 de medicamentos para a CT, na farmácia situada na cidade pequena.	105
Tabela III. 13 - Nível de dispensas do 1º semestre de 2021 de medicamentos para a CT, na farmácia situada na vila.....	106
Tabela III. 14 - Nível de dispensas do 1º semestre de 2021 de medicamentos para a CT, na farmácia situada na aldeia	107

Lista de abreviaturas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
Ach	Acetilcolina
BA	Baixo Alentejo
CID-10	10ª Classificação Internacional de Doenças
CQCT/OMS	Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco da Organização Mundial de Saúde
CYP	Citocromo
CT	Cessação Tabágica
DGS	Direção Geral de Saúde
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DPT	Diretiva Produtos de Tabaco
ENSP	<i>European Network for Smoking and Tobacco Prevention</i>
ERS	<i>European Respiratory Society</i>
FC	Farmácia Comunitária
FF	Forma Farmacêutica
FMO3	Flavina Monooxigenase 3
GABA	Ácido Gama-Aminobutírico
HBS	<i>Heart-not-burn</i>
HSI	<i>Heaviness of Smoking Index</i>
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
IQOS	<i>I Quit Ordinary Smoking</i>
INS	Inquérito Nacional de Saúde
mACHR	Recetor Colinérgico Muscarínicos
MPOWER	<i>Monitor, Protect, Offer, War, Enforce and Raise</i>
nACHR	Recetor Colinérgico Nicotínico
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNPCT	Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo
RAA	Região Autónoma dos Açores
RAM	Região Autónoma da Madeira
SNC	Sistema Nervoso Central
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPP	Sociedade Portuguesa de Pneumologia
SPSS	<i>Software Statistical for Social Sciences</i>
TSN	Terapêutica de Substituição de Nicotina
UE	União Europeia
UGT	UDP-Glucuronosyltransferase
USF	Unidades Saúde Familiar
VASM	Escala Visual Analógica de Motivação

Capítulo I.



Enquadramento Inicial

Parte A.



Introdução

*“You do not just wake up and become the butterfly.
Growth is a process.”*

- Rupi Kaur

Capítulo I. Enquadramento Inicial

Parte A. Introdução

O ato de fumar tem vindo a ser definido como um “comportamento que leva a efeitos negativos para a saúde, sendo um fenómeno de carácter voluntário com pretensão de prazer, reforço da personalidade e procura de êxito intersexual e social”.^[1] É reconhecido desde 1992, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma doença crónica evitável, estando classificada no grupo dos transtornos mentais e comportamentais.^[2,3] Caracteriza-se por um consumo contínuo e regular de nicotina, uma substância psicoativa, que estimula a libertação de dopamina no cérebro, provocando uma sensação de prazer e bem-estar, tendo assim uma elevada capacidade de incitar dependência física e psicológica.^[4,5]

Após várias décadas de investigações e descobertas sobre o tabagismo, e mesmo depois de inúmeras iniciativas organizadas pelas entidades responsáveis pela saúde e de diversos esforços desenvolvidos, quer a nível internacional, quer nacional, esta patologia continua a apresentar elevada expressão^[6], sendo que a OMS reportou, em 2020, 1,3 mil milhões de fumadores em todo o mundo^[7], correspondendo a 19% da população total^[8]. O consumo de tabaco é uma causa documentada de morbimortalidade no mundo, continuando a ser a primeira causa de morte precoce e de incapacidade, estando assim associada ao desenvolvimento de um grande número de patologias, como cancro e doenças a nível orofaríngeo, pulmonar, cérebro-cardiovascular, gastrointestinal, reprodutivo, entre outras^[9]. Segundo o *Institute of Health Metrics and Evaluation* de Washington aponta que por ano o tabaco mata, em média, mais de 8 milhões de pessoas no mundo^[7,10], sendo que a Europa contribuiu com 700 000 mil óbitos^[11] e Portugal com 13 500 mil^[10,12], equivalendo a uma morte a cada 50 minutos^[13]. Por estes motivos, o tabagismo constitui um problema grave de saúde pública, repercutindo-se em elevados custos clínicos, económicos e sociais para os países, pelo que a implementação de estratégias de prevenção e combate ao tabagismo constitui, atualmente, uma prioridade a nível mundial^[14].

Segundo o Relatório da OCDE - *State of Health in the EU: Perfil de Saúde de Portugal em 2017*^[15], os programas de prevenção e controlo do tabagismo são uma das ações de saúde pública que têm contribuído de forma bastante eficaz para auxiliar no combate desta patologia. Em particular as consultas de cessação tabágica têm demonstrado extrema importância neste âmbito, uma vez que o processo de cessação do consumo de tabaco apresenta vários períodos de remissão e recaídas, o que faz com que um acompanhamento de um profissional de saúde qualificado aumente a probabilidade de sucesso, auxiliando sob o ponto de vista motivacional e terapêutico^[16]. A Direção Geral de Saúde (DGS) tem vindo a desenvolver iniciativas de prevenção e controlo do tabagismo a nível nacional, entre as quais se inclui a consulta de cessação tabágica. No entanto,

em 2018 registou-se, um aumento de apenas 4,6% no número de novos pontos de consultas no Serviço Nacional de Saúde, o que revela um nível de implementação baixo ^[14].

O Alentejo, em 2019, apresentou a taxa de prevalência mais elevada de fumadores (19,1%), comparativamente às restantes regiões de Portugal Continental ^[12]. Sabe-se também que o Baixo Alentejo carece de inúmeros recursos, estando a saúde até então pouco desenvolvida e dinamizada, sendo, inclusivamente, muitas vezes de difícil acesso pelo isolamento geográfico a que vários doentes estão sujeitos na região. Estes fatores fazem com que os cuidados de saúde nem sempre deem as respostas eficientes e rápidas que a população cada vez mais necessita e exige.

O farmacêutico comunitário, pelas suas competências técnico-científicas e estreito contacto com a população, assume uma posição privilegiada na redução dos impactos provocados pelo consumo do tabaco, podendo intervir de forma eficaz não só no âmbito da educação e promoção para a saúde, incentivando a adoção de estilos de vida mais saudáveis por parte da população, como também através de intervenções de carácter breve, ao balcão, ou mais intensivas, em contexto de consulta de cessação tabágica ^[17].

Desta forma, a presente dissertação tem como objetivo principal, compreender, através de um estudo observacional transversal, de que forma existe a necessidade de implementação de estratégias de controlo e combate ao tabagismo em Farmácias Comunitárias do Baixo Alentejo, nomeadamente através da instituição de consulta farmacêutica de cessação tabágica, na perspetiva dos profissionais de farmácia (Farmacêuticos, Técnicos de Farmácia e Auxiliares). Para tal realizaram-se entrevistas estruturadas e a informação foi, posteriormente, analisada com recurso a uma ferramenta estatística, o *Software Statistical for Social Sciences* (SPSS).

Capítulo I.

Enquadramento Inicial

Parte B.



Estrutura da Tese

“A felicidade às vezes é uma bênção, mas geralmente é uma conquista.”

- Paulo Coelho

Parte B. Estrutura da Tese

A presente dissertação pode-se dividir em 5 partes principais – Componente Pré-textual, Principal e Pós-textual que, por sua vez, se subdividem em diferentes tópicos, seguindo uma ordem sequencial, podendo ser consultados no esquema da Figura I.1.

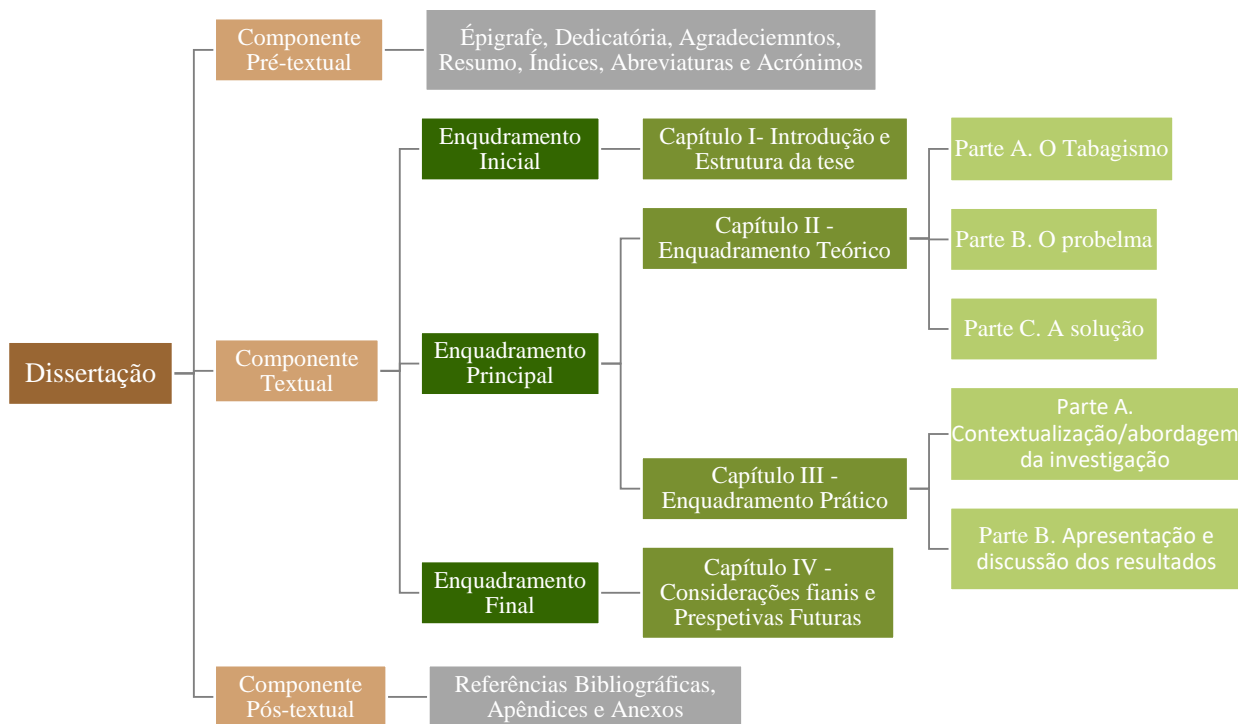


Figura I. 1 - Estrutura global da presente dissertação.

Após a elaboração da **Componente Pré-Textual**, onde constam a Epígrafe, a Dedicatória, os Agradecimentos, os Índices e a Lista de Abreviaturas e Acrónimos, desenvolveu-se a **Componente Textual** subdividida em:

- *Enquadramento Inicial*: onde se pode encontrar o capítulo I, que inclui a Introdução do trabalho e a atual explicação da estrutura global da dissertação.
- *Enquadramento Principal*: constituído pelo capítulo II do estudo da arte, onde será abordada a evidência científica publicada na literatura no âmbito do tabagismo, dando a conhecer o seu enquadramento histórico, noções básicas sobre o tabaco e os seus diferentes problemas e principais soluções que têm vindo a ser sugeridas pelas entidades competentes, nacionais e internacionais. Esta parte engloba, também, o capítulo III referente ao estudo prático efetuado em Farmácias Comunitárias do Baixo Alentejo.
- *Enquadramento Final*: onde será apresentado um delineamento das considerações finais, efetuadas com base nos principais resultados obtidos e na elaboração de potenciais recomendações, com vista à transposição das barreiras identificadas durante a realização do

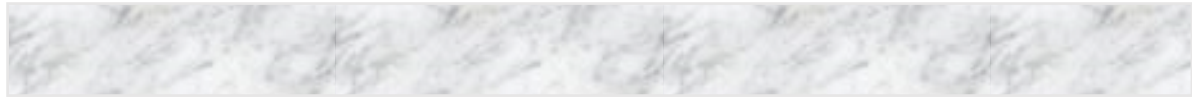
estudo e à proposta de ações de melhoria, numa perspetiva futura, relativamente ao controlo e combate ao tabagismo.

A **Componente Pós-Textual** posiciona-se no final deste trabalho, e nela irão constar as Referências Bibliográficas, os Apêndices e os Anexos, peças imprescindíveis na realização deste estudo.

Capítulo II.

Enquadramento Teórico

Parte A.



O Tabaco

“People smoke for nicotine but die of smoke.”

- Michael Russel
(pioneiro na investigação da dependência nicotínica)

Capítulo II. Enquadramento Teórico

Parte A. O tabaco

1. Caracterização geral

O ato de fumar é definido como um “*comportamento que leva a efeitos negativos para a saúde, sendo um fenómeno de carácter voluntário com pretensão de prazer, reforço da personalidade e procura do êxito intersexual e social*”.^[1] Nesta definição são integrados fatores internos (prazer, personalidade) e externos (aceitação social), num processo cuja origem parece estar na aprendizagem que se efetua desde muito cedo, com padrões comportamentais associados à saúde e eventualmente à cultura^[18]. Estes padrões mudam com o desenvolvimento humano, devido à pressão cultural, aos processos de imitação e reforço realizado pelas recompensas de origem fisiológica e psicológica^[19].

2. Formas existentes de consumo do tabaco

O tabaco pode ser consumido sob várias formas, existindo no mercado diversos produtos à base de tabaco. Atualmente, classificam-se em 3 categorias, consoante o facto de existir ou não, durante o consumo, a produção e conseqüente inalação de fumo e vapor^[20-22]. Na figura II.1 pode-se observar um esquema que menciona os diferentes tipos de produtos derivados do tabaco, que são comercializados, e a sua respetiva classificação.

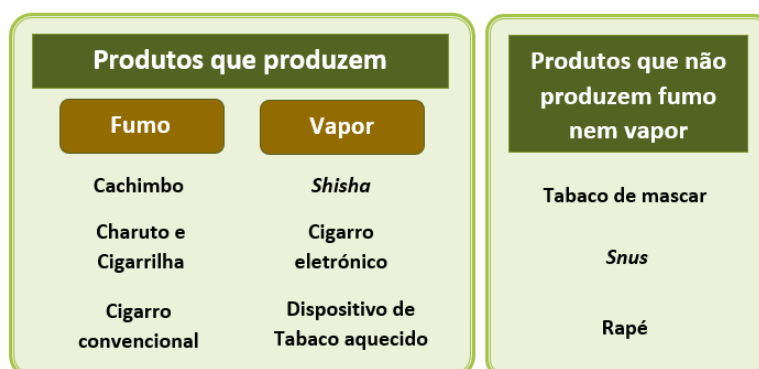


Figura II. 1 - Classificação dos diferentes tipos de produtos à base de tabaco.

Como os perigos dos cigarros convencionais para a saúde têm sido cada vez mais documentados, a indústria tabaqueira, para manter a sua diversificada gama de consumidores, tem fabricado novos produtos, tal como dispositivos eletrónicos e de tabaco aquecido^[23].

De acordo com dados do último Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2019, 1,6% da população Portuguesa era consumidora diária ou ocasional de cigarros eletrónicos ou outros

aparelhos eletrónicos semelhantes e 2-3% já tinha utilizado anteriormente não sendo, porém, consumidora à data da realização do questionário. [24]. Em relação ao tabaco aquecido, segundo o estudo *Special Eurobarometer 506*, realizado em 2020, concluiu-se que 1% da população europeia era consumidor atual, 6% consumiu apenas uma ou duas vezes e 1% já consumiu, mas deixou [11].

O consumo destas novas formas de tabaco, começam a emergir na sociedade e a ser cada vez mais expressivas, principalmente, na população mais jovem, por isso vários investigadores têm-se dedicado à compreensão da prevalência deste tipo de produtos. No gráfico da figura II.2 são visíveis os dados referentes à prevalência do consumo de tabaco sob diferentes formas em adolescentes Portugueses [25].

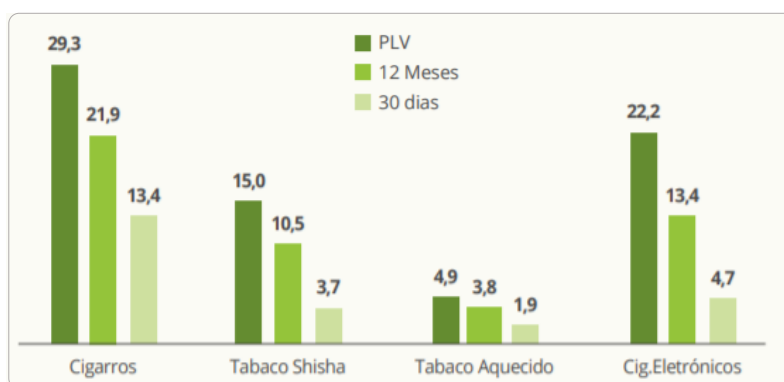


Figura II. 2 - Prevalência do consumo de tabaco das formas mais utilizadas pelos adolescentes do ensino público (13 aos 18 anos) e respetivas percentagens do tipo de produto consumido, em Portugal, no ano de 2019. (PLV = referente ao consumo ao longo da vida; 12 meses = referente ao consumo no último ano e 30 dias = referente ao consumo do último mês) [25]

Relativamente aos motivos para experimentar cigarros eletrónicos, o “deixar de fumar ou reduzir o consumo de tabaco”, seguido do “acreditar que são menos perigosos para a saúde do que o tabaco convencional” e do “gosto pelos aromas”, foram os mais referidos. No caso do tabaco aquecido, o principal motivo foi a “convicção de que são menos perigosos”, sucedendo-se o facto de “os amigos os usarem” [11].

Pode-se assim concluir que, pelo consumo crescente dos novos dispositivos é necessário conhecê-los adequadamente, para se orientar e aconselhar da melhor forma possível os fumadores que frequentam a farmácia comunitária.

2.1. Produtos que produzem fumo

• Cachimbo

O cachimbo é um instrumento utilizado, desde há muito, para fumar tabaco. A imagem do cachimbo está associada, no inconsciente dos indivíduos, a um símbolo de elegância e inteligência, fazendo parte de inúmeras gerações e participando em importantíssimas ocasiões ao

longo da história. Atualmente, nos países desenvolvidos, raramente é utilizado, e quando o é, deve-se, geralmente, à população idosa do sexo masculino.

Possui um pequeno recipiente para colocação do tabaco triturado e um prolongamento em forma de tubo para a realização da aspiração [26].

Existem vários formatos, tamanhos e fabricos com diferentes matérias-primas, ainda assim, o mais usual é ser concavo e feito de madeira.

- *Charuto e cigarrilha*

Os charutos têm o formato de rolos cilíndricos, que diferem do cigarro convencional, por serem envolvidos em folha de tabaco inteiras e, habitualmente, não possuem filtro, o que intensifica os danos causados [27,28]. No seu interior são constituídos por folhas de tabaco desfiadas ou trituradas [22].

Todavia, ao longo dos anos, várias formas de charuto foram surgindo, hoje em dia, normalmente, quando se aborda os charutos, distinguem-se 3 modelos – os tradicionais (figura II.3a); os filtrados (figura II.3b) e as cigarrilhas (Figura II.3c) [28].



Figura II. 3 - Modelos de charutos que existem - a. tradicionais; b. filtrados e c. cigarrilhas. [28]

Os charutos filtrados e as cigarrilhas são mais curtos, estreitos e apresentam menor peso, em comparação com os charutos tradicionais. Para além disso pode-se destacar o facto dos filtrados, tal como o próprio nome indica, conterem filtro, e os outros não [29].

Tal como os cachimbos, a prevalência do consumo dos charutos e cigarrilhas, tem vindo ao longo dos anos a diminuir, tendo hoje em dia, uma utilização praticamente residual.

- *Cigarro convencional*

O cigarro é, sem dúvida, a forma mais expressiva de consumo de tabaco no mundo, oferecendo retornos económicos elevadíssimos para a indústria tabaqueira. Enquanto nos países desenvolvidos o número de fumadores de cigarros tem vindo a diminuir gradualmente, nos países em desenvolvimento têm continuado a aumentar [30].

O cigarro é um pequeno cilindro constituído por 3 partes ^{[31,32][33]} (figura II.4).



Figura II.4 - Constituição de um cigarro convencional ^[33].

2.1.1. Composição química dos produtos que produzem fumo

Após a combustão do tabaco, forma-se um aerossol, designado vulgarmente fumo do tabaco, caracterizado por ser uma mistura complexa, composta por 2 fases – a volátil e a particular. A fase volátil compreende cerca de 95% do peso total do fumo do cigarro e os outros 5% correspondem a partículas ^[34].

No tabaco, para além do composto maioritário com propriedades psicoativas – a nicotina – existem, no total, mais de 7 000 substâncias químicas ^[30], com variados efeitos, nomeadamente tóxicos, irritantes e cancerígenos ^[35] (Esquema da figura II.5).

A nicotina não é diretamente um composto prejudicial para a saúde, no entanto, com o decorrer do tempo, cria dependência, levando os indivíduos a uma exposição prolongada ao tabaco, aumentando-se, conseqüentemente o risco de aparecimento de inúmeras patologias ^[36].

Para além das substâncias naturalmente existentes na folha do tabaco, outras advêm não só das práticas de cultivo aplicadas nomeadamente através da absorção pelo ar ou solo de fungicidas e pesticidas, mas também do processo de cura ou armazenamento e outras são, ainda, produzidas durante a combustão do tabaco. Para além disso, a indústria tabaqueira aquando do fabrico destes produtos incorpora na sua constituição aditivos químicos, humidificantes e aromatizantes, cujos efeitos na saúde, uma vez queimados e inalados, são muitíssimo prejudiciais ^[35,37].



Figura II. 5 - Grupos de compostos constituintes no fumo do tabaco.

2.2. Produtos que produzem vapor

• *Shisha*

A *Shisha*, ou cachimbo de água, teve origem na antiga Índia, tendo sido utilizada extensivamente por 400 anos, mas posteriormente verificou-se que o seu uso decresceu com o aparecimento de outras formas de consumo de tabaco.

No entanto nos últimos anos, tem-se observado um verdadeiro renascimento da sua utilização, principalmente nos países ocidentais, estando muito presente no convívio social de jovens [38]. Atualmente já existem estabelecimentos, como cafés e bares que disponibilizam *Shisha* aos seus clientes [39].

Tem-se vindo a perceber que esta forma de consumo tabágico esporádico é, muitas vezes, uma porta de entrada, para a utilização de outras formas, mas de uma forma diária [40].

A *shisha* é um instrumento formado por várias peças, as principais estão mencionadas na figura II.6 [39][41].

Existe um mito entre a sociedade, em que se acredita que fumar *Shisha* é menos prejudicial do que as outras formas de consumo de tabaco, uma vez que a água filtra o fumo do tabaco e absorve a nicotina [42]. No entanto está comprovado que apenas 5% do fumo é absorvido, o que faz com que os fumadores estejam expostos, a grandes quantidades de nicotina e outras substâncias inerentes da combustão do tabaco e do carvão (monóxido de carbono, metais e outros compostos carcinogéneos) [38].

Segundo a OMS estima-se que 60 minutos de exposição a este tipo de consumo de tabaco, equivale em média, a fumar 100 cigarros [40].

• *Cigarro eletrónico*

No início do século XX surgiu o primeiro dispositivo eletrónico portátil na China, patenteado em 2003 [43] e ao longo dos anos tem vindo a surgir vários produtos com inúmeros formatos e designs [22].

No entanto, algo que caracteriza os cigarros eletrónicos é o facto de todos possuírem um cartucho que contém um líquido constituído por nicotina que geralmente é aromatizado e usa propilenoglicol e/ou glicerina vegetal como solvente. No entanto, também é vulgar encontrar líquidos que podem não possuir nicotina na sua composição [44].

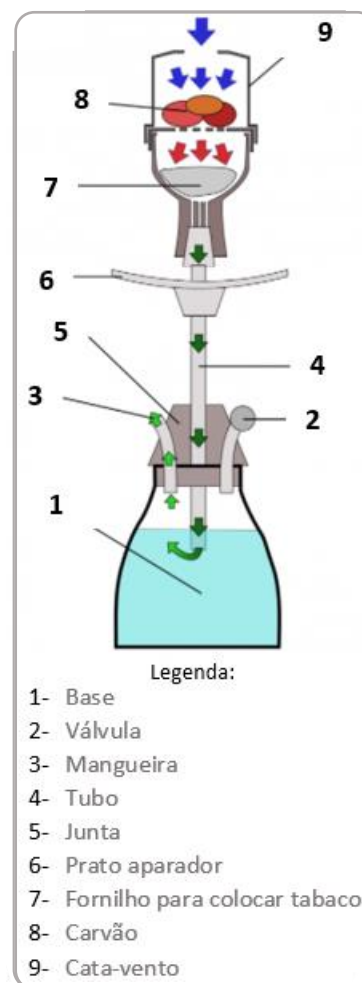


Figura II. 6 - Composição interna e externa de uma *Shisha* [41].

O fumador inala através de uma das extremidades do dispositivo, o fluxo de ar é detetado por um sensor e imediatamente o microprocessador irá ativar o nebulizador ou atomizador, que tem uma resistência que aquece o líquido, vaporizando a nicotina [45-47].

O vapor formado aquando do consumo destes dispositivos contém partículas ultra-finas, como metais pesados – níquel, estanho, chumbo e compostos orgânicos voláteis [48].

O glicerol aquando do seu aquecimento pode produzir acroleína, que é conhecida por ser tóxica para os pulmões [49,50]. Os fumadores deste tipo de produtos descreveram irritação das vias aéreas, inflamação dos olhos e congestão nasal [51,52], que podem ser causados pela decomposição térmica do Propilenoglicol [53].

Até à atualidade pode-se distinguir 4 gerações diferentes (figura II.7).



Figura II. 7 - Gerações de cigarro eletrônico [22].

• *Tabaco aquecido*

Os produtos à base de tabaco aquecido, do inglês *heat-not-burn (HBN)*, é o nome dado pela indústria tabaqueira, para ressaltar a ideia de que o produto aquece até uma temperatura controlada, mas que não chega a atingir a temperatura de combustão do tabaco, como acontece com o cigarro convencional [54,55].

Com o aparecimento destes dispositivos, os fabricantes, tiveram como objetivo passar uma ideia falsa de inocuidade, aliciando, principalmente, indivíduos fumadores que pretendam deixar de fumar cigarros convencionais e jovens que nunca fumaram cigarros convencionais, promovendo assim a dependência de nicotina [56].

O IQOS, acrónimo de “*I Quit Ordinary Smoking*”, é, por enquanto, a única marca que existe no mercado português, tendo ficado disponível desde 2015. Este produto é constituído por 3 partes – um mini-cigarro descartável, o heet; uma caneta para colocação desse cigarro, aplicando-lhe calor, e um carregador de bolso para guardar e recargar a caneta após a utilização (figura II.8). A bateria, tal como nos cigarros eletrónicos, é formada por iões de lítio. Os cigarros para este

dispositivo são tratados com glicerina vegetal, contendo uma mistura de tabaco e aromatizantes. Normalmente são comercializados em embalagens de 20 unidades, tal como os cigarros convencionais. (figura II.8) ^[57].

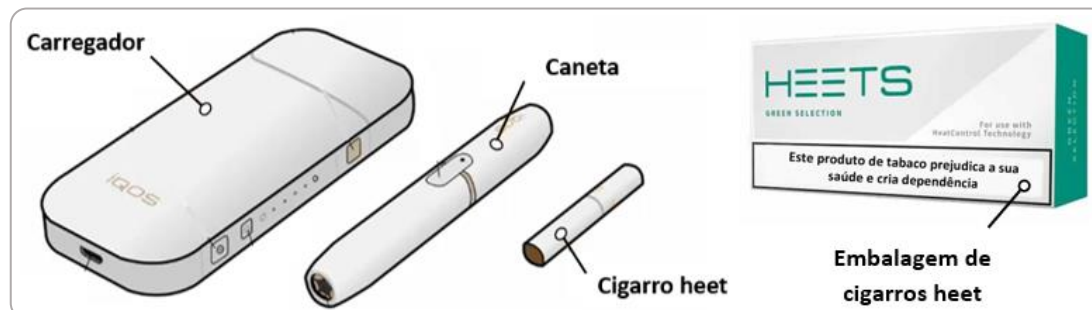


Figura II. 8 - Ilustração de tabaco aquecido IQOS ^[57].

Existem autores que demonstram que a exposição ao tabaco aquecido é tão prejudicial quanto o consumo de cigarros tradicionais, para as células do pulmão humano ^[54]. E que tem consequências como lesões no DNA, stress oxidativo, disfunção endotelial e aumento temporário da frequência cardíaca, e crónico: risco de enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral e de neoplasias da cavidade oral e do esófago ^[58,59].

2.2.1. Considerações sobre dispositivos eletrónicos

Os cigarros eletrónicos e os equipamentos de tabaco aquecido, estão ganhando, cada vez mais, popularidade nos países desenvolvidos, devido, grande parte à elevada publicidade e marketing das indústrias tabaqueiras sobre estes dispositivos e recomendação das mesmas sobre o facto de serem mais seguros para a saúde.

A maioria dos dados de segurança e toxicidade sobre estes produtos emergentes descrevem uma redução das emissões de produtos químicos, de exposição humana a substâncias químicas nocivas e de efeitos adversos *in vitro*, em comparação com as quantidades verificadas no consumo de cigarros convencionais ^[55]. Todavia, as informações existentes apresentam conflitos de interesse, uma vez que a maioria destas pesquisas são lideradas pela indústria do tabaco ^[60], o que faz com que os dados obtidos sobre estes produtos ainda tenham que ser comprovados, principalmente em estudos epidemiológicos e longitudinais, de forma a avaliar-se os efeitos na saúde pelo consumo regular e continuado destas formas de tabaco ^[61].

Depois da Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN), os dispositivos eletrónicos são a segunda opção mais usada para auxílio da cessação tabágica na União Europeia (EU). Apesar de não estarem aprovados como adjuvante na cessação tabágica, no ano de 2017, em Portugal, 8% dos inquiridos afirmaram terem usado estes aparelhos para o efeito, registando-se um aumento de 4% desde 2014 ^[62]. Até ao momento a literatura existente não corrobora a eficácia e segurança

dos dispositivos como ajuda na cessação tabágica ^[63]. Aliás, a OMS reitera que não deverá ser indicado por profissionais de saúde ^[64]. E a Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP), defende que se deve evitar o uso de dispositivos eletrónicos que fornecem nicotina pela sua falta de segurança e eficácia para ajudar o fumador a deixar de fumar. Ressalvando que estes não devem diminuir o foco principal, a promoção de medidas eficazes na cessação tabágica e a prestação de auxílio aos fumadores que pretendem deixar de fumar ^[65].

2.2.2. Comparação dos dispositivos eletrónicos com os cigarros convencionais

Na tabela II.1 pode-se observar as semelhanças e diferenças referentes aos cigarros tradicionais e aos dois tipos emergentes de consumo tabágico – o cigarro eletrónico e o tabaco aquecido ^[66].

Tabela II. 1 - Comparação entre o cigarro convencional e os novos dispositivos para consumo de tabaco ^[66].

Caraterísticas	Cigarro convencional	Cigarro eletrónico	Dispositivo de tabaco aquecido
Nicotina	Sim	Sim	Sim
Forma de consumo da nicotina	Folha de tabaco seca e triturada	Líquido	Folha de tabaco seca e triturada
Temperatura	600°C	350°C	300°C
Libertação após aspiração	Fumo	Vapor	Vapor

2.3. Produtos que não produzem fumo nem vapor

- *Tabaco de mascar*

O tabaco de mascar (figura II.10) é uma das formas de consumo de tabaco mais antigas, tendo sido usada pelos indígenas Americanos. O auge do uso de tabaco mascado aconteceu no fim do século XIX e início do século XX. Atualmente, ainda que seja pouco utilizado em países desenvolvidos, é significativamente usada em alguns países como, na Índia, Sri Lanka, entre outros. Pode ser consumido na forma seca ou húmida ^[22,26,27].

- *Snus*

O Snus é um tipo de tabaco, que foi bastante comercializado na Suécia, sendo embalado em pequenas saquetas/bolsas individuais que contém o tabaco húmido no seu interior ^[22,67] (figura II.11).

Este tipo de tabaco é colocado na parte inferior da cavidade bucal, entre as gengivas e a bochecha, e vai sendo desfeito e absorvido lentamente ^[26,27].

- *Rapé*

Enquanto o tabaco de mascar e o *snus* são mais grossos, o tabaco de rapé é finamente picado para obter-se um pó seco, com o objetivo de ser inalado pelo nariz ^[22,26,27].

Capítulo II.

Enquadramento Teórico

Parte B.



Tabagismo: O Problema

“Nós não somos, apenas, o que pensamos ser. Somos mais, somos também, o que lembramos e aquilo que nos esquecemos; somos palavras que trocamos, os enganos que cometemos e os impulsos a que cedemos...”

- Sigmund Freud

Parte B. Tabagismo - O Problema

3. A nicotina

A nicotina é um metabolito, sintetizado, maioritariamente, nas folhas das plantas da família *Solanaceae*, com o objetivo de atuar como uma neurotoxina inseticida, de forma a combater as pragas que possam insurgir-se contra a planta [68]. É classificada como alcalóide, uma vez que é um composto orgânico de origem natural com uma estrutura azotada [69].

Embora a nicotina seja o alcalóide que apresenta níveis mais elevados nas planta desta família, compreendendo cerca de 95% do conteúdo total de alcalóides sintetizados, não é a único [34,70]. Outros alcalóides que também são produzidos, mas de forma menos abundantes, são a nornicotina, a anatabina, a anabasina, entre outros representados na figura II.9.

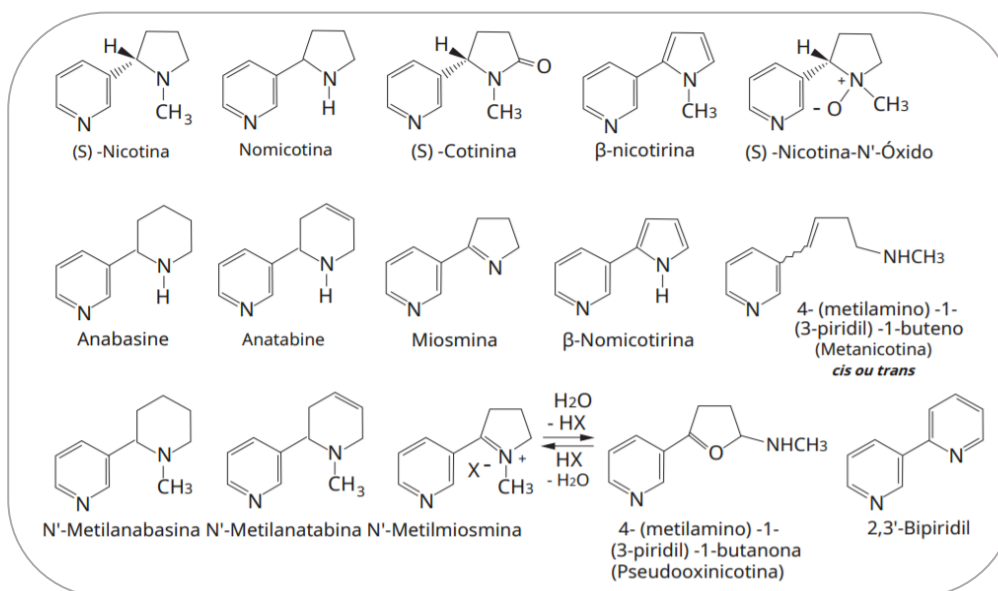


Figura II. 9 - Estrutura química de alcalóides provenientes do tabaco [67].

3.1. Estrutura química

Por ser o componente principal do tabaco, a nicotina tem sido, ao longo dos últimos séculos bastante estudada. Começou por ser descoberta em 1571, mas apenas em 1828 foi isolada e purificada pela primeira vez. Mais tarde, em 1843, foi estabelecida a sua fórmula molecular, $C_{10}H_{14}N_2$ e a primeira síntese laboratorial ocorreu em 1904 [71].

A estrutura química da nicotina, presente na figura II.10, foi proposta em 1982, sendo classificada como uma amina heterocíclica terciária, possuindo dois anéis aromáticos, um piridínico e outro pirrolidínico, constituídos cada um, por 1 azoto [72].

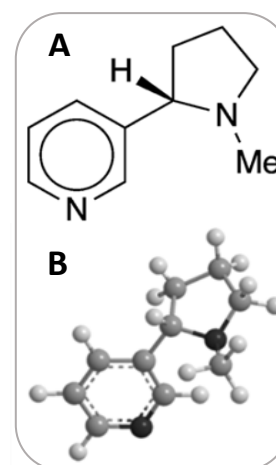


Figura II. 10 - Estrutura química da nicotina: A. Conformação 2D e B. Conformação 3D [69].

Tem um centro ativo e existem dois estereoisómeros desta molécula: o isómero (S)-nicotina e o isómero (R)-nicotina [34]. A nicotina do tabaco é em grande parte constituída pelo levógiro (S)-isómero, apenas 0,1–0,6% do conteúdo total de nicotina é correspondente ao isómero (R)-nicotina [70].

3.2. Propriedades físicas e químicas

Para uma adequada compreensão dos mecanismos farmacológicos associados à nicotina, é importante conhecer-se, previamente, as suas propriedades, quer físicas, quer químicas.

A nicotina é uma base fraca ($pK_a = 8,0$) [73], sendo uma molécula miscível em água [74], podendo assim, ser facilmente extraída, em laboratório, a partir de soluções aquosas por extração com solventes orgânicos, tais como o éter e o álcool [71].

As principais propriedades químicas e físicas da nicotina estão representadas no quadro II.1.

Quadro II. 1 - Principais propriedades químicas e físicas da nicotina [74].

Massa molecular	162.32 g/mol
Caráter e pH	Básico, com pH = 10.2
Índice de dissociação ácida (pK_a)	8
Coefficiente de partição (LogP)	1.17
Solubilidade em água	≈ 16 g/L
Densidade	1.01 kg/m ³
Ponto de ebulição	247°C
Ponto de fusão	-79°C
Estado físico	Na sua forma pura e à temperatura ambiente: Líquido. No entanto apresenta bastante facilidade em passar ao estado gasoso, ou seja, é volátil
Coloração	Na sua forma pura e à temperatura ambiente: variar entre incolor a amarelo pálido
Estabilidade	Fotossensível: em contacto com a luz muda de cor, ficando amarelado-escuro
Aspetto	Oleaginoso

3.3. Atuação no organismo humano

Na última década têm sido efetuados esforços no sentido de realizar-se estudos em humanos, animais e em uma variedade de sistemas celulares, com o objetivo de se conhecer e caracterizar os efeitos e os processos de atuação da nicotina no organismo humano. Informações essas que são essenciais, para a compreensão, não só do fenómeno de dependência tabágica, como também para o desenvolvimento e otimização das terapêuticas de substituição de nicotina e para a elaboração de estratégias de intervenção eficazes na cessação do consumo tabágico.

3.3.1. Absorção

A absorção da nicotina pode ocorrer através de vários tecidos, nomeadamente orofaríngeo, respiratório, e em menor escala, gastrointestinal e cutâneo [71].

Como foi referido anteriormente, a nicotina é uma base fraca, apresentando um pKa igual a 8,0 [73], o que significa que em pH fisiológico a 8, 50% da nicotina é ionizada e 50% é não ionizada [75].

Logo, a absorção da nicotina pelas membranas das mucosas biológicas vai depender do pH ao qual se encontra [76].

Em ambiente alcalino, apresenta-se na sua forma não ionizada (forma livre), sendo facilmente absorvida pelas membranas biológicas [77]. Todavia, quando o fumo apresenta pH ácido, a nicotina encontra-se na sua forma ionizada, sendo por isso, menos absorvida pelas membranas. Assim, quanto mais básico for o fumo do tabaco, maior será a taxa de absorção e conseqüentemente mais dependência causará [78].

- *Absorção nicotina contida em produtos que produzem fumo*

O pH do fumo dos cigarros convencionais é ácido, aproximadamente de 5,5 a 6,0 [79], portanto a nicotina nesta faixa de pH é amplamente carregada positivamente, estando praticamente toda ionizada, o que significa que será pouco absorvida através da mucosa bucal, mesmo quando o fumo é mantido na boca [80,81]. É, portanto, destilada do fumo do tabaco, inalada e transportada, no interior de pequenas gotículas de alcatrão, para as vias aéreas [34]. A rápida absorção da nicotina pela circulação venosa pulmonar, dá-se, presumivelmente, pela dissolução e tamponização da nicotina ao pH fisiológico do fluído pulmonar, aproximadamente de 7,4 [75] e devido à existência de uma enorme área superficial alveolar, o que facilita a transferência através das membranas, sendo a principal via de absorção da nicotina contida nos cigarros [71].

Em contraste com os cigarros convencionais que contêm tabaco curado em chamas, outros produtos que contêm tabaco, como charutos e tabaco para cachimbo, são fabricados com tabaco curado ao ar livre, por isso o fumo destes produtos é alcalino, com um pH de até 8,5, e assim a nicotina contida nestes produtos é principalmente não ionizada, sendo facilmente absorvida pela boca [34,79].

É, ainda, de salientar que o fumo dos produtos anteriormente referidos, com nicotina a pH alcalino, são bastante irritativos para a faringe humana [82].

- *Absorção nicotina contida em produtos que não produzem fumo*

O tabaco de mascar e o rapé não são consumidos sob a forma de fumo, por isso são tamponados com um pH alcalino, para facilitar a sua absorção pela mucosa oral [83].

Foi demonstrado que o nível de nicotina plasmática em fumadores que não inalam fumo é de cerca 2,5-8,0 ng/ml, enquanto os níveis plasmáticos de nicotina em fumadores que inalam fumo pode atingir 30–40 ng/ml de nicotina [84]. Estas observações comprovaram que a absorção de nicotina através da mucosa bucal é baixa, em comparação com a absorção pelo pulmão, que é elevada [71]. Fumar é, assim, o meio mais eficaz de se absorver elevadas quantidades de nicotina [85].

Em média, os consumidores de cigarros consomem cerca de 1 mg de nicotina por cigarro [79], mas pode variar entre 0,3 a 2 mg [86]. A quantidade de nicotina ingerida por cada cigarro consumido, pode ser influenciada por vários fatores, tais como a marca comercial; a duração e frequência de inalações realizadas no cigarro; da intensidade e profundidade das mesmas; da extensão da diluição com o ar ambiente, da quantidade de fumo disponível ou do bloqueio dos orifícios de ventilação no filtro [78,87].

É também conhecido que a nicotina pode ser absorvida, ainda que em pequena extensão, pela pele [70] e pelo trato gastrointestinal, mas a absorção é muito pouco significativa, dada a natureza ácida do estômago [71].

Ocorre, ainda, reabsorção da nicotina ao nível da bexiga, estando dependente do pH da urina. O movimento da nicotina através da mucosa da bexiga é aumentado quando o pH está entre 8,0 e 9,0 e o alcaloide está na sua forma não ionizada, pois se o pH da urina estiver abaixo de 6,0 não acontece a reabsorção [71].

3.3.2. Distribuição

Após a absorção, a nicotina entra na circulação sistémica e distribui-se, rapidamente, para diferentes tecidos do organismo, incluindo o cérebro, em cerca de 10 a 20 segundos [78]. E de seguida, propaga-se para várias áreas do cérebro, principalmente, para o córtex cerebral, com rápida ação sobre o sistema nervoso central [88], uma vez que atravessa facilmente a barreira hematoencefálica [71].

De forma a compreender-se explicitamente a distribuição da nicotina no organismo humano, foi realizado um estudo, em que comparou diferentes tipos de produtos à base de nicotina, no qual participaram 10 indivíduos [89]. A figura II.11 representa dois gráficos que pretendem relacionar o tempo de permanência da nicotina no organismo com a sua concentração no

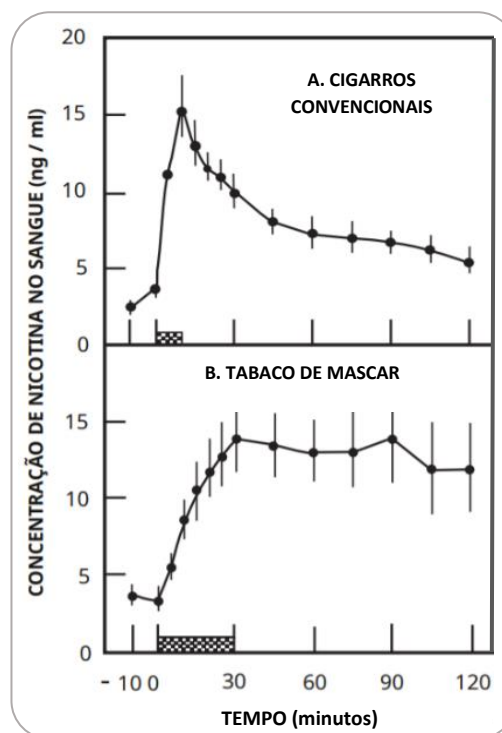


Figura II. 11 - Representação gráfica que ilustra a concentração plasmática da nicotina: A. nos cigarros convencionais e B. no tabaco de mascar [89].

sangue (ng/ml), em dois produtos tabágicos diferentes – o A exhibe o comportamento dos cigarros e o B do tabaco de mascar. Da interpretação dos gráficos pode-se concluir que a velocidade de distribuição da nicotina, para os vários tecidos do organismo, varia de acordo com o método de entrega. Uma vez que, com os cigarros as concentrações plasmáticas de nicotina plasmática aumentam mais rapidamente do que em comparação com o consumo do tabaco de mascar. No caso dos cigarros, as concentrações nos primeiros 9 minutos subiram de forma abrupta, atingindo-se rapidamente o pico máximo, enquanto que com o tabaco de mascar esse pico apenas é atingido aos 30 minutos, após o início do consumo, pois as concentrações de nicotina aumentam gradualmente, já que é, durante o tempo de mastigação, continuamente libertada. Esta conclusão pode ser explicada pelo facto do transporte de nicotina para o sangue ser efetuado mais rápido através dos alvéolos pulmonares do que pela mucosa oral. De seguida, a concentração de nicotina no sangue começou a regredir, devido à distribuição para os tecidos periféricos e à sua eliminação do organismo. Enquanto no caso A (cigarros) a descida deu-se de forma acentuada, no B (tabaco de mascar) o nível plasmático máximo de nicotina mantém-se relativamente constante ao longo das primeiras duas horas, diminuindo as concentrações de forma lenta no decorrer das horas seguintes.

Em relação à ligação da nicotina às proteínas plasmáticas, é conhecida como sendo inferior a 5%, o que é bastante baixo, não sendo biologicamente importante ^[90].

3.3.3. Metabolização

A nicotina uma vez distribuída é posteriormente metabolizada, principalmente no fígado ($\approx 90\%$), mas também em pequena extensão nas membranas do epitélio respiratório ^[77], rins ^[76] e cérebro ^[34].

Existem inúmeras vias de metabolização da nicotina, podendo estas estar agrupadas em dois grandes grupos e ser classificadas em reações de fase I e II, consoante os enzimas que participam na transformação dos compostos envolvidos.

- Reações de Fase I

Estas reações, também designadas por reações de funcionalização, têm como objetivo a adição de um ou vários grupos funcionais aos compostos que vão sofrer metabolização.

- *C-oxidação*

A principal via de metabolização de fase I da nicotina é por meio de reações de C-oxidação, que originam a cotinina. Acredita-se que esta transformação seja na ordem dos 70 a 80%, por isso a cotinina é o metabolito primário do metabolismo da nicotina ^[34]. A síntese de cotinina, inicia-se com a conversão de nicotina no ião nicotina-imínio, por ação de, de enzimas do citocromo P-

450, principalmente pelo CYP2A6 (em menor grau por CYP2B6 e CYP2E1). E de seguida, o enzima aldeído oxidase citosólica, transforma o ião nicotina-imínio em cotinina ^[83].

- Hidroxilação

Posteriormente, a partir da cotinina, é formado, através de uma reação de hidroxilação aromática, mediada por enzimas do CYP2A6, o *trans*-3'-hidroxicotinina, um composto bastante importante, uma vez que é o composto excretado em maior quantidade na urina ^[77].

- N-oxidação

A formação de N-óxido de nicotina, ocorre por uma reação de N-oxidação, catalisada por uma monooxigenase 3 contendo flavina hepática (FMO3), designada de flavoproteína. A síntese de N-óxido de nicotina representa 4 a 7% da metabolização da nicotina, sendo considerado um metabolito secundário ^[83].

Embora o N-óxido de nicotina seja geralmente considerado um composto não tóxico, foi proposto que pode ser convertido em nitrosaminas específicas do tabaco, que desempenham um papel importante na carcinogénese relacionada com o tabaco ^[83].

- N-desmetilação

Um outro metabolito secundário que se expressa em pequenas quantidades no organismo é a normicotina, correspondendo a cerca de 0,4 a 0,8% dos compostos metabólicos produzidos ^[70]. Presumivelmente, é formada, através do CYP2A6, por uma reação de N-desmetilação ^[90].

• Reações de Fase II

Estas reações, também conhecidas como reações de conjugação, produzem compostos mais solúveis em água, em comparação com os compostos originais, de forma a serem, de seguida, mais facilmente excretados do organismo.

- Glucuronidação

Posteriormente à sua formação, a cotinina sofre também reações de fase II, nomeadamente a N-glucuronidação, ocorrendo a conjugação com um glicuronídeo. Acredita-se que é principalmente metabolizada por via do enzima UDP-glucuronosiltransferase (UGT) – 1A1, 1A4, 1A9 e 2B10 ^[73]. O *trans*-3'-hidroxicotinina, um dos metabolitos secundários de nicotina, irá sofrer de seguida à sua formação reações de glucuronidação, particularmente uma O-glucuronidação ^[71].

Na figura II.12 pode observar-se, de forma esquematizada, as reações que ocorrem durante a metabolização da nicotina no organismo.

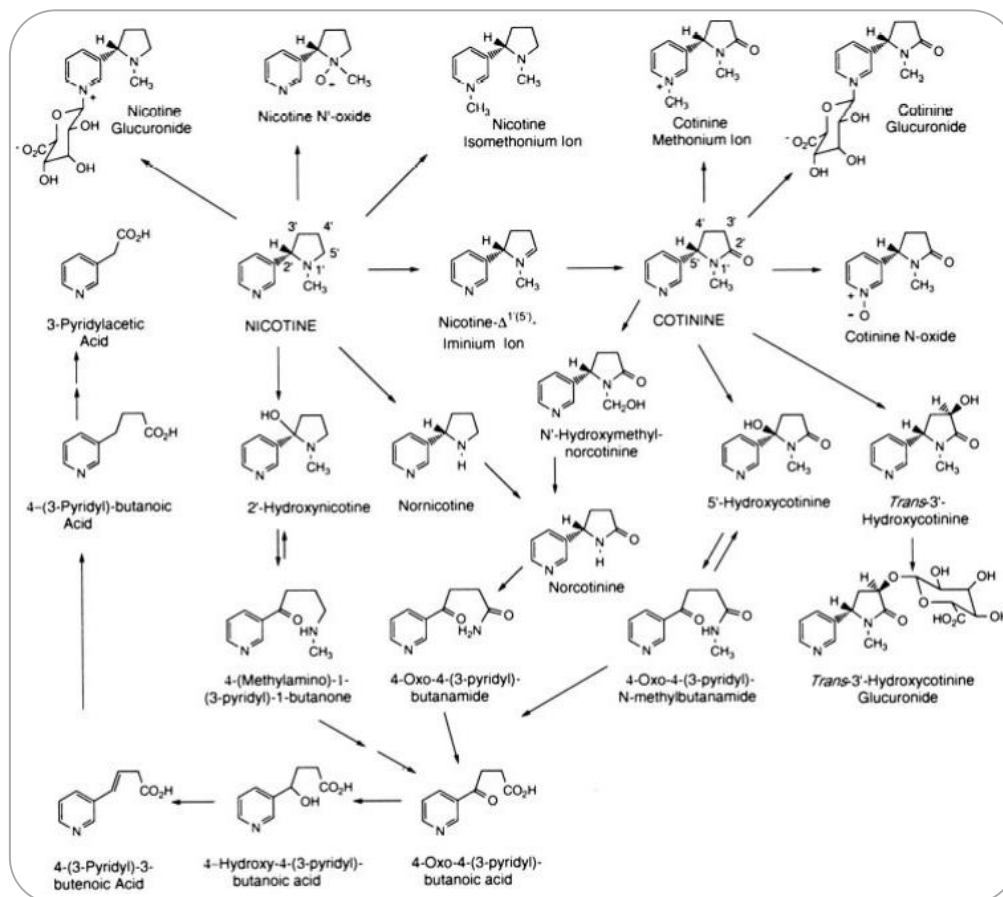


Figura II. 12 - Reações de Fase I e II que proporcionam a ocorrência do metabolismo da nicotina [92].

Em relação ao metabolismo da nicotina, pode ainda referir-se que tem vindo a ser apontado, pela comunidade científica, o facto de existirem diferenças individuais e raciais no que respeita às taxas de metabolismo e à suscetibilidade ao tabagismo, que podem ser o resultado de influências genéticas e/ou ambientais [71].

Uma das grandes influências genéticas que se tem vindo a estudar bastante desde o início do século XXI é a existência, em humanos, de polimorfismos genéticos no gene que codifica o enzima CYP2A6. Um dos polimorfismos que tem suscitado interesse é o CYP2A6*9, que mostrou resultar na diminuição do nível de expressão e atividade enzimática de CYP2A6, promovendo assim a diminuição do metabolismo de nicotina [91]. No entanto, existem outros polimorfismos, igualmente relevantes, que têm vindo a ser estudados [92]. Assim, o polimorfismo genético de enzimas que participam no metabolismo da nicotina é sugerido como um fator importante no comportamento tabágico do indivíduo [93].

Além dos fatores genéticos, existem outros fatores que contribuem, de igual forma, para a ocorrência de taxas diferentes no metabolismo da nicotina, como sejam a dieta, o sexo, a idade, a etnia, a condição fisiológica do organismo (por exemplo, a gravidez, a existência de patologias, terapêuticas), entre outras [77]. Em vários estudos, confirmou-se que os asiáticos e os afro-americanos metabolizam a cotinina, em média, mais lentamente do que os caucasianos [78]. Em

relação ao sexo, sabe-se que a taxa de metabolismo da nicotina é mais rápida nas mulheres do que nos homens, por influência das diferenças hormonais existentes ^[94].

É, portanto, essencial conhecer a influência e o impacto de diferentes fatores sobre o metabolismo de nicotina, uma vez que, se este for afetado, conseqüentemente, o consumo de cigarros também será ^[95].

3.3.4. Excreção

Foi demonstrado que a nicotina pode ser excretada de várias formas, nomeadamente através da urina, de fezes, da saliva, do suor, do leite materno, da bÍlis e do suco gástrico ^[71].

Foram efetuados estudos com o isótopo ¹⁴C-nicotina, de forma a compreender-se o processo de eliminação da nicotina no organismo, após a sua absorção, distribuição e metabolização, tendo sido concluído que apenas 1% do composto era excretado na forma de nicotina inalterada, o que demonstra que a nicotina é eliminada após uma extensa metabolização. Da mesma investigação concluiu-se que o principal órgão de excreção da nicotina é o rim, uma vez que cerca de 55% do composto foi excretado na urina ^[71].

A excreção renal de nicotina, tal como a absorção, é um processo dependente de pH, devido ao seu efeito no grau de ionização do composto ^[81]. Quando o pH da urina é alcalino, a proporção de nicotina na forma não ionizada aumenta, ocorrendo um acréscimo da sua reabsorção, com a conseqüente diminuição da nicotina excretada ^[71]. No entanto, quando o pH da urina é ácido (inferior a 5), a fração de nicotina na forma ionizada aumenta, tornando-se carregada positivamente, e por isso incapaz de transpor com facilidade as membranas biológicas. Como resultado, a depuração plasmática total da nicotina aumenta, refletindo-se num acréscimo da depuração renal ^[96]. Assim, pode-se concluir que, quanto mais ácido for o pH da urina, maior irá ser a magnitude da eliminação deste composto do organismo.

Estima-se que a meia-vida da nicotina é, em média, de 2 horas, embora haja uma variabilidade individual considerável, podendo-se considerar um intervalo entre 1 a 4 horas ^[83]. Por outro lado, a cotinina tem uma meia-vida, em média de 16 horas, no entanto com as variações que podem ocorrer de individuo para individuo, pode considerar-se aproximadamente de 14 a 20 horas ^[34]. Assim devido à meia-vida da cotinina ser muito mais longa do que a nicotina, é amplamente usada como biomarcador quantitativo para avaliar o consumo de nicotina, em várias ocasiões, como por exemplo em investigações de desenvolvimento de terapias antitabágicas. A cotinina pode ser detetada em fluidos corporais, como no sangue, na urina e na saliva. Todavia, como a cotinina sérica requer punção venosa para amostragem, a cotinina urinária e salivar têm sido as mais frequentemente usadas ^[75].

Em relação ao volume de distribuição da nicotina, pode-se verificar, segundo a tabela anterior que é bastante elevado, em comparação com a cotinina, evidenciando o motivo da sua absorção

em meio básico e a lipossolubilidade que apresenta em relação aos tecidos corporais. O mesmo ocorre com a depuração plasmática da nicotina, pois é igualmente mais alta do que a cotinina, assumindo um valor médio de cerca de 1200 ml/min, enquanto que a depuração da cotinina é em média 43 ml/min.

Os parâmetros farmacocinéticos principais relacionados com a eliminação da nicotina e do seu metabolito principal, a cotinina, para os indivíduos fumadores e não fumadores, estão expressos na Tabela II.2 [97].

Tabela II. 2 - Parâmetros farmacocinéticos relacionados com a eliminação de nicotina e cotinina do organismo [97].

	Nicotina		Cotinina	
	Fumadores	Não fumadores	Fumadores	Não fumadores
Semi-vida (min)	157 ± 78	122 ± 45	1047 ± 304	1012 ± 259
Volume de distribuição (l)	196 ± 74	185 ± 63	54 ± 16	58 ± 12
Depuração total (ml/min)	1085 ± 282	1319 ± 567	40.6 ± 11.1	45.1 ± 15.7

Nota: os resultados estão expressos com um erro associado que corresponde ao cálculo do desvio padrão (SD = Standart Deviation).

3.3.5. Mecanismo de ação

O neurotransmissor acetilcolina (ACh) é ligando dos recetores colinérgicos presentes em várias células do organismo, nomeadamente a nível cerebral. Existem duas classes de recetores colinérgicos – os muscarínicos (mAChR), acoplados à proteína G com sete domínios transmembranares (figura II.13 - A) e os nicotínicos (nAChR), que consistem em canais iónicos dependentes de ligandos (figura II.13 - B) [98].

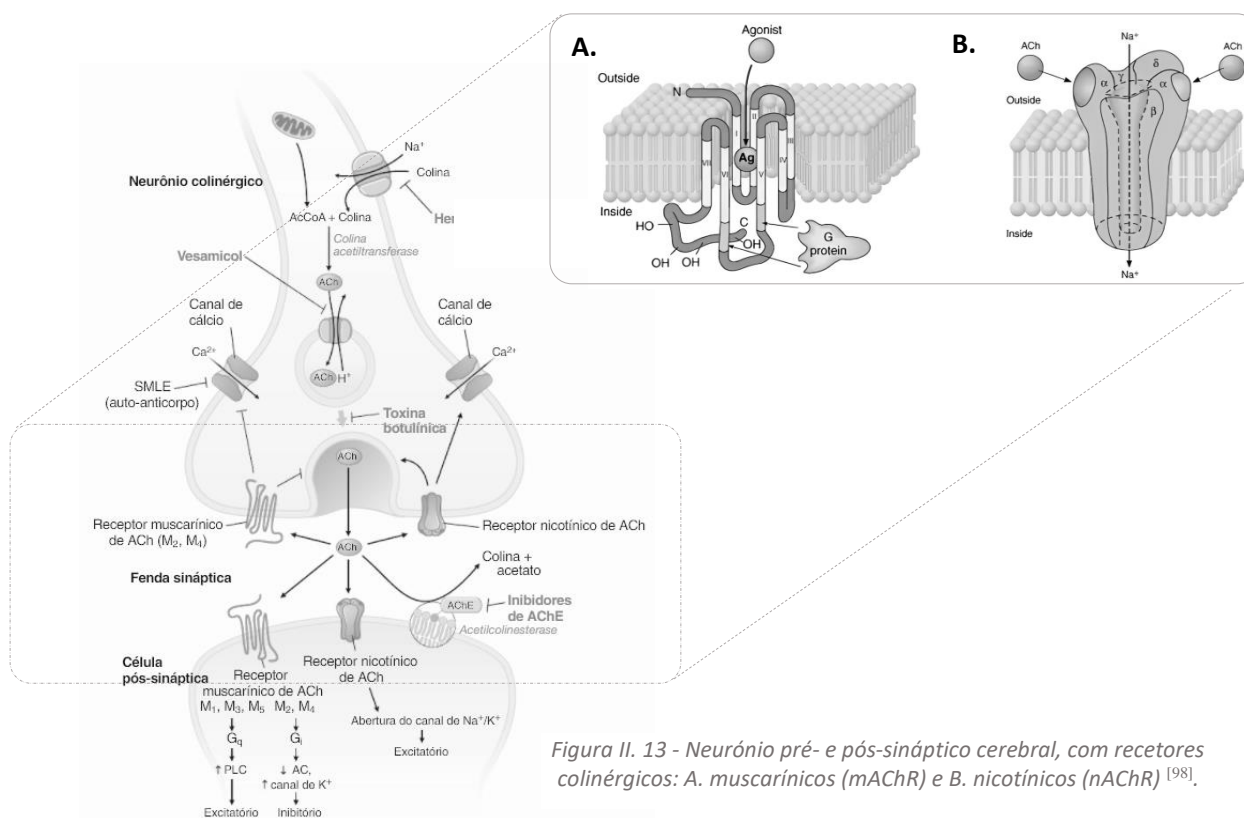


Figura II. 13 - Neurónio pré- e pós-sináptico cerebral, com recetores colinérgicos: A. muscarínicos (mAChR) e B. nicotínicos (nAChR) [98].

A classe de recetores colinérgicos nicotínicos designa-se dessa forma pela elevada afinidade que a nicotina apresenta para se ligar a este tipo específico de recetores. Um dos motivos é o facto da nicotina ser estruturalmente semelhante à acetilcolina endógena [98][99] (figura II.14).

Assim, a nicotina entra na circulação sistémica e move-se rapidamente dos pulmões para o tronco encefálico e para o cérebro, onde desempenha o seu papel farmacológico (figura II.19), ligando-se aos recetores colinérgicos nicotínicos (nAChRs) destas regiões, sendo portanto, um agonista direto destes recetores [100].

Estruturalmente, cada recetor nicotínico é pentamérico, por ser constituído por cinco subunidades proteicas – duas α (onde se podem ligar duas moléculas de ACh endógena ou nicotina) e uma de β , δ , γ ou ϵ [98] (figura II.15A-B).

Esta classe de recetores pertence à família de recetores ionotrópicos, o que significa que quando ativados, simultaneamente por duas moléculas de ACh ou de nicotina, alteram a sua conformação, criando um poro permeável para o fluxo de cátions monovalentes através da membrana celular, nomeadamente iões K^+ e Na^+ [101] (figura II.15C).

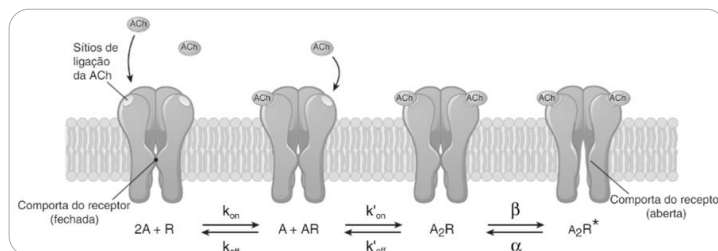


Figura II. 16 - Cinética da ligação do recetor nicotínico de acetilcolina e abertura do canal [98].

Por conseguinte, quando abertos, os canais produzem uma corrente efetiva de entrada de Na^+ para dentro da célula, despolarizando-a. A estimulação de múltiplos nAChR pode resultar na geração de potenciais de ação e na abertura dos canais de Ca^{2+} dependentes de voltagem [102], promovendo-se, assim, o aumento dos níveis intracelulares de cálcio essencial à libertação, para a fenda sináptica, de vesículas de dopamina e de outros neurotransmissores (noradrenalina, serotonina, acetilcolina, serotonina, ácido gama-aminobutírico, glutamato e endorfinas) [103] (figura II.16). De seguida, ocorre a ligação desses neurotransmissores aos recetores pós-sinápticos (figura II.17) [104], desencadeando a geração de um novo potencial de ação e ativando, assim, esses neurónios, manifestando-se em sensações positivas para o organismo, que serão descritas na seção seguinte [103].

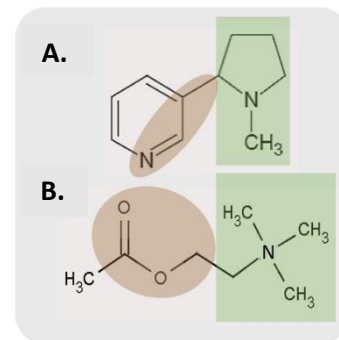


Figura II. 14 - Estruturas químicas: A. Nicotina e B. Acetilcolina [99].

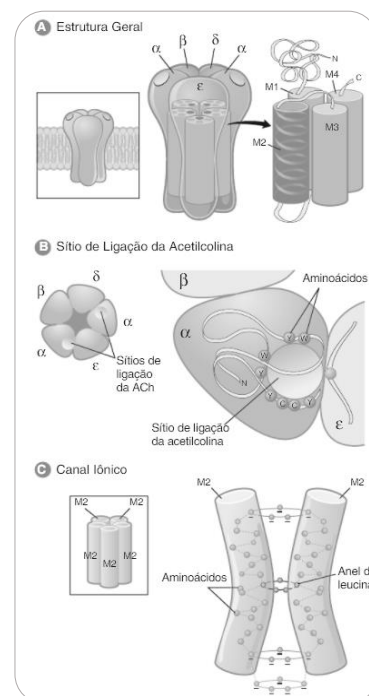


Figura II. 15 - Biologia estrutural do recetor nicotínico de acetilcolina [98].

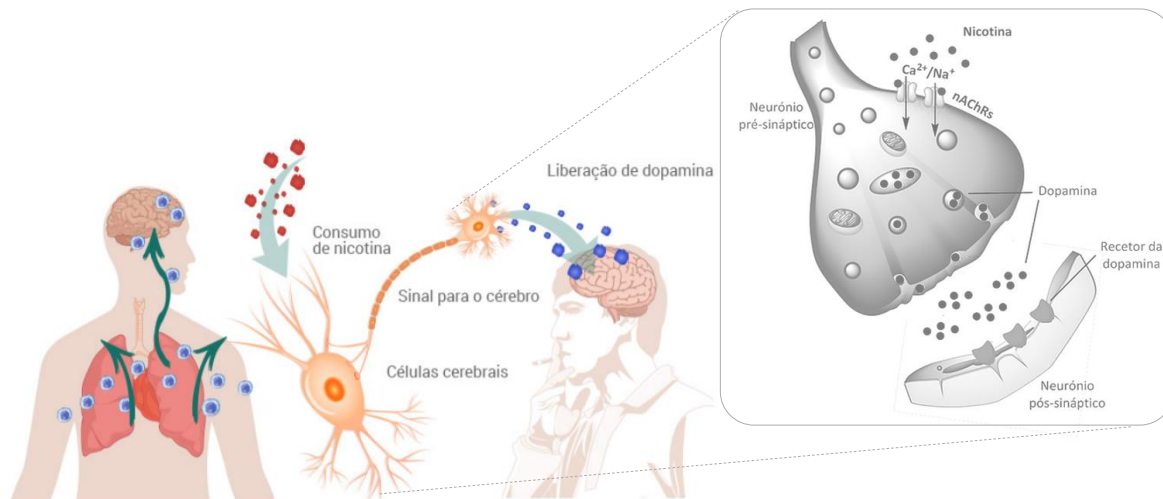


Figura II. 17 - Circuito geral da atuação da nicotina a nível cerebral e ampliação da zona da fenda sináptica, onde ocorreu libertação de dopamina por ação da nicotina [104].

3.4. Efeitos biológicos no organismo

Os efeitos da nicotina têm sido extensivamente investigados, demonstrando-se que este alcalóide provoca uma ampla variedade de efeitos, percecionadas de forma positiva e negativa, no organismo dos fumadores. Na próxima seção serão mencionados os principais.

3.4.1. Efeitos comportamentais

A libertação exacerbada de neurotransmissores na fenda sináptica, por consequência da atuação da nicotina no cérebro, que é uma substância psicoativa, gera efeitos comportamentais percecionados como positivos, afetando sobretudo o humor e a função cognitiva [78]. Os fundamentais estão mencionados no esquema da figura II.18.

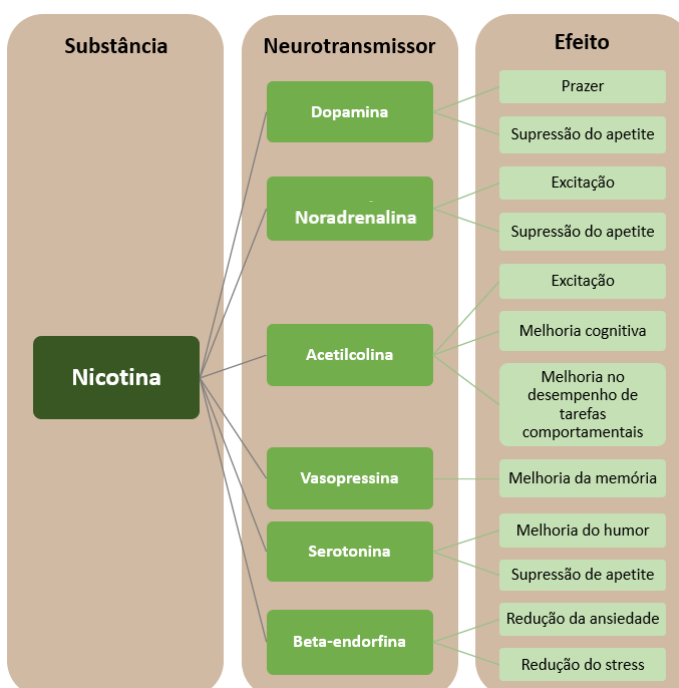


Figura II. 18 - Efeitos comportamentais positivos da nicotina no organismo [78].

3.4.2. Ativação do sistema de recompensa

A compreensão da neurobiologia associada à recompensa é importante para se perceber os processos inerentes associados às substâncias aditivas. Estas substâncias, como é o caso da nicotina e de outras substâncias psicoativas, têm o seu mecanismo de ação próprio, mas todas têm em comum o facto de atuarem, através da libertação de dopamina, ativando uma região específica do cérebro: o sistema dopaminérgico mesocorticolímbico, vulgarmente conhecido como sistema de recompensa cerebral [105].

Este sistema é composto, principalmente por 3 componentes (figura II.19) [100]:

- a área tegmental ventral do mesencéfalo, constituído o local de ação da nicotina;
- o núcleo accumbens, onde a dopamina é libertada, mediando os efeitos de prazer e recompensa;
- e o córtex pré-frontal, responsável por comportamentos emocionais, correspondendo ao local cerebral onde a dopamina que foi libertada irá atuar.

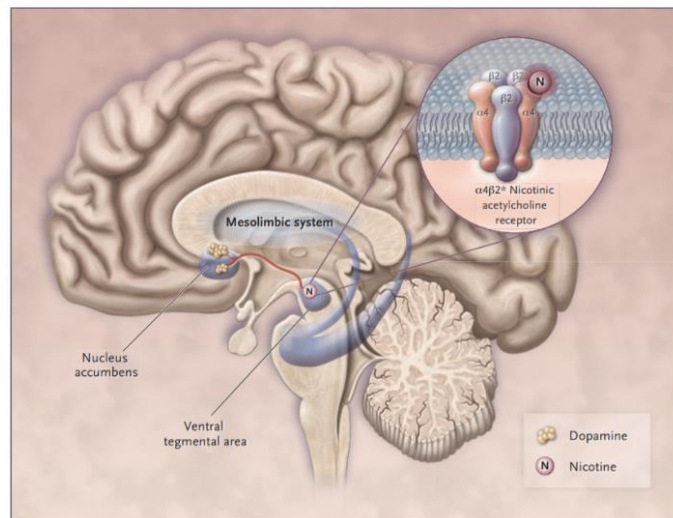


Figura II. 19 - Representação de um corte sagital médio do encéfalo humano com a marcação das principais áreas do sistema dopaminérgico mesocorticolímbico (recompensa cerebral) [100].

Este circuito, mediado por neurónios dopaminérgicos, tem sido descrito como tendo um papel fundamental nas perceções de estímulos que causam prazer, bem-estar e satisfação, impulsionando o organismo a repeti-las, através de um reforço positivo [106].

O efeito direto da nicotina na via do sistema de recompensa cerebral explica o elevado potencial de adição da nicotina [107].

A dopamina é o principal neurotransmissor presente neste processo, porém não é o único responsável pela sua ativação. Neurotransmissores como a serotonina, noradrenalina, glutamato e o GABA também estão presentes nesta via neurológica [108].

3.4.3. Efeitos fisiológicos

A nicotina demonstrou afetar bastantes funções fisiológicas no organismo, desde cardiovasculares, metabólicas, endócrinas, enzimáticas, genéticas e hormonais [71]. Os principais efeitos fisiológicos que afetam o organismo e as células, estão resumidos no Quadro II.2.

Quadro II. 2 - Principais efeitos fisiológicos que afetam o organismo ^[71].

Efeitos no organismo	Efeitos a nível celular
Aumento da frequência cardíaca	Síntese aumentada e libertação de hormonas
Contratilidade cardíaca	Ativação da enzima tirosina hidroxilase
Aumento da pressão arterial	Ativação de vários fatores de transcrição
Temperatura da pele diminuída	Indução de proteínas de choque térmico
Mobilização de açúcar no sangue	Indução de stress oxidativo
Aumento de ácidos gordos livres no sangue	Inibição da proliferação celular
Níveis aumentados de catecolaminas no sangue	Efeitos na apoptose
Excitação ou relaxamento	

3.4.4. Dependência tabágica

Apesar do tabaco ser constituído por vários compostos, as evidências existentes apontam para o facto da nicotina ser o principal agente etiológico da dependência tabágica ^[34], por ser extremamente viciante, sendo muitas vezes comparável a outras substâncias psicoativas, como a heroína, cocaína, opiáceos e anfetaminas ^[109].

- Fatores que influenciam

A dependência tabágica estabelece-se através de vários fatores, os principais, são os fenómenos de tolerância e neuroadaptação.

A. Fenómenos de tolerância

A nicotina é uma substância que induz tolerância, uma vez que a exposição repetida da mesma dose leva à redução dos efeitos iniciais, o que provoca a necessidade, a longo prazo, de um aumento crescente da quantidade consumida, de forma a obter-se a mesma concentração plasmática e consequentemente o mesmo efeito ^[76,110].

A primeira administração de uma substância que incita tolerância produz uma curva característica de dose-resposta, todavia após doses consecutivas, a curva de dose-resposta desvia-se para a direita ^[107] (figura II.20).

Este fenómeno faz com que o fumador consuma quantidades necessariamente maiores para manter os efeitos positivos para o organismo e prevenir os sintomas de abstinência tabágica ^[111]. No caso de fumadores de cigarros,

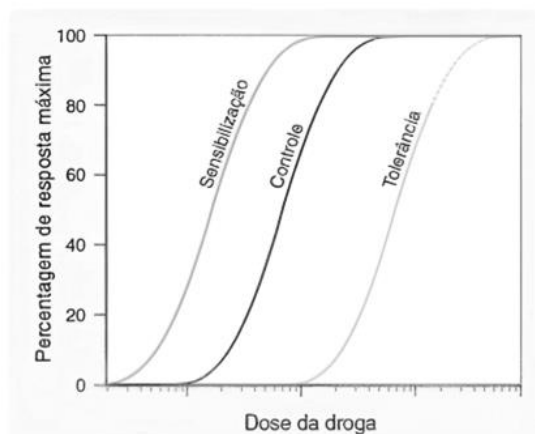


Figura II. 20 - Efeitos da tolerância e sensibilização sobre a curva de dose-resposta ^[107].

geralmente, nota-se, ao longo dos anos, um aumento progressivo do número de unidades consumidas por dia [78].

B. Fenómenos de neuroadaptação

A neuroadaptação resulta do facto dos fumadores, com o uso prolongado, passarem a ter um maior número de recetores nicotínicos do que indivíduos não fumadores, sendo um dos motivos pelo qual na ausência de nicotina ocorrem sintomas de abstinência [112].

Após o consumo de um cigarro há imediatamente diminuição do desejo de fumar, mas ocorre dessensibilização dos recetores nicotínicos, o que provoca um aumento do seu número, aumentando assim a necessidade do indivíduo de fumar o próximo cigarro [113]. Este estímulo causado pelo uso, prolongado, do tabaco, é um dos fatores que desencadeia o consumo tabágico crónico e o fenómeno de dependência [114].

Na figura II.21A – D é visível o processo de desenvolvimento da neuroadaptação que ocorre ao nível dos recetores nicotínicos, em função do tempo de consumo tabágico [112].

Em condições normais (Figura II.21A), os nAChRs estão todos disponíveis para receber a acetilcolina, designando-se recetores sensíveis.

Quando um indivíduo inicia o consumo tabágico (Figura II.21B), pode-se verificar que irão existir recetores em 3 estados distintos:

- sensíveis, que ainda estão disponíveis para se ligar à acetilcolina;
- ativados, mediante a ligação de nicotina;
- dessensibilizados/bloqueados, o que significa que se encontram momentaneamente refratários aos agonistas, isto é, já estabeleceram ligação à nicotina, mas apresentam-se transitoriamente incapazes de interagir com uma nova molécula, e assim desencadear a sua função de estimulação de sensações positivas para o organismo.

Com o uso continuado e uma situação de dependência estabelecida (Figura II.21C), a quantidade de recetores em estado “bloqueado” irá aumentar, para dar resposta à necessidade do fumador, servindo como um estímulo para a regulação positiva, de forma a compensar o efeito antagónico da nicotina.

Todavia, quando o indivíduo inicia um processo de cessação tabágica (Figura II.21D), acredita-se que os recetores nicotínicos ativados e dessensibilizados se convertam em sensíveis.

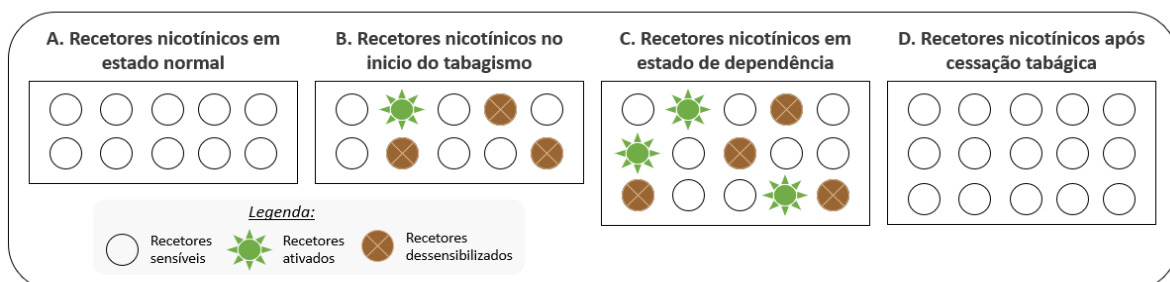


Figura II. 21 - Processo de desenvolvimento da neuroadaptação que ocorre ao nível dos recetores nicotínicos, em função do tempo de consumo tabágico [112].

Assim, o sistema terá o mesmo número de recetores, mas todos aptos a receberem nicotina. Como estes indivíduos terão uma quantidade elevada de recetores sensíveis, comparativamente a um não fumador, geram-se sintomas de privação.

A neuroadaptação pode aumentar, habitualmente, cerca de 50% da densidade de recetores nicotínicos, podendo demorar entre dias a semanas a manifestar-se. É vista como um meio de defesa do organismo contra o efeito tóxico da nicotina ^[112].

Este fenómeno é um dos principais motivos pelo qual os fumadores têm dificuldade em deixar de fumar, contribuindo para um elevado risco de recaída ^[115].

Todavia, o fenómeno de neuroadaptação pode ser revertido, pois com o decorrer do tempo, se a cessação tabágica se mantiver, consegue-se reduzir o número de recetores nicotínicos para a normalidade. Este processo de reversão varia de indivíduo para indivíduo, podendo levar **entre** dois meses a um ano ^[112,115]. Os sintomas de abstinência ocorrem nesse período, ou seja, até que o cérebro tenha tempo suficiente para efetuar as adaptações neuroquímicas necessárias para que o número de recetores nicotínicos de um indivíduo que parou de fumar retorne ao valor normal antes do início do consumo tabágico ^[115].

C. Outros

O mecanismo de dependência apresenta uma etiologia multifatorial, podendo também ser influenciada por fatores pessoais (genéticos, familiares, personalidade, aprendizagem) e sociodemográficos (idade, género, nível de escolaridade), bem como fatores externos (sociais, económicos, ambientais) e culturais, existentes em determinados países ^[116,117].

Os contactos sociais e as situações associadas a uma determinada rotina diária reforçam o uso do tabaco e com o tempo esse comportamento fica ancorado na vida diária dos indivíduos ^[118].

Pensa-se que a iniciação do consumo tabágico na adolescência desencadeia um aumento da dependência, a longo prazo, pois é conhecido que quanto mais precocemente se inicia o tabagismo, a dependência aumenta de forma mais severa, comparativamente com os indivíduos que começam a fumar na fase adulta ^[100]. Estudos efetuados ao cérebro de animais jovens, sugeriram que a nicotina pode induzir mudanças permanentes que levam a um vício exacerbado, sendo essas alterações maiores em ratos adolescentes do que em ratos adultos, expostos ao tabaco. Evidenciando-se que os adolescentes foram expostos a taxas mais altas de autoadministração de nicotina quando adultos o que é consistente com a ideia de que a exposição precoce à nicotina aumenta a gravidade da dependência ^[119,120].

Quanto aos fatores genómicos, tem sido posta a hipótese que existem fatores genéticos relacionados com várias drogas, contribuindo para o aumento da dependência das mesmas. Assim, têm sido feitos estudos de genes com influência na resposta à nicotina e com efeitos nos neurotransmissores dopamina e serotonina, que podem predispor a estes comportamentos

aditivos. Tendo em conta a teoria da recompensa, vários genes foram identificados como estando relacionados com o controlo do sistema comportamental. Qualquer alteração genética relacionada com estes componentes pode levar a uma suscetibilidade de aquisição do hábito tabágico. De acordo com estudos realizados com gémeos, cerca de 60 a 70% da variação inter-individual de dependência da nicotina são explicados por fatores hereditários ^[121,122].

4. O consumo de tabaco como uma doença problemática de saúde pública

4.1. A dependência tabágica

O tabagismo é reconhecido desde 1992, na 10ª Classificação Internacional das Doenças (CID-10), pela OMS, como uma doença crónica evitável, estando classificada no grupo dos Transtornos Mentais e Comportamentais ^[123]. Caracteriza-se por um consumo contínuo e regular de nicotina, uma substância psicoativa, que estimula a libertação de dopamina no cérebro, provocando uma sensação de prazer e bem-estar, tendo assim uma elevada capacidade de incitar, a longo prazo, dependência física, comportamental, psicológica e cognitiva ^[4,5].

- Critérios de dependência de acordo com a CID-10

De acordo com as orientações da OMS, a dependência de substâncias contempla 6 critérios, apresentados no Quadro II.3, sendo que a presença de pelo menos 3 desses critérios, de forma repetida, no ano anterior, indica a existência de dependência, neste caso tabágica ^[123].

Quadro II. 3 - Critérios de dependência de acordo com a CID-10 ^[123].

1	Forte desejo ou compulsão para consumir tabaco
2	Dificuldade em controlar o consumo, em termos do seu início, do seu termo ou da sua intensidade
3	Sintomas de privação quando reduz ou suspende o consumo de tabaco (Síndrome de abstinência)
4	Necessário o consumo de doses cada vez mais superiores (Desenvolvimento de tolerância)
5	Perda progressiva do interesse por atividades sociais, laborais ou de lazer, devido à priorização do uso de tabaco
6	Persistências do consumo, apesar do conhecimento dos malefícios e/ou da existência de sintomas evidentes da doença

4.2. Malefícios e riscos associados ao tabagismo

Enquanto a nicotina contida no tabaco causa a dependência, os efeitos tóxicos são devidos principalmente às outras substâncias contidas no fumo do tabaco.

Desde meados do século XX, têm vindo a surgir diversos estudos e novas descobertas sobre os malefícios do consumo do tabaco na saúde, estando já estabelecida ligação entre o tabagismo e doenças de quase todos os órgãos do corpo humano. Alguns deles estão perfeitamente consolidados em termos de evidência científica, enquanto outros estão em fase de estudo e investigação.

O tabagismo está, assim, associado a uma ampla gama de efeitos negativos para a saúde, sendo considerado uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo. Os consumidores de tabaco, seja qual for a forma de consumo, têm elevadas probabilidades de desenvolverem diversas doenças, nomeadamente cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais, entre outras. No Quadro II.4 estão mencionadas várias patologias e alterações provocadas pelo tabaco, sendo de salientar o carcinoma do pulmão e a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica em que, respetivamente, 90% e 80% dos casos diagnosticados são de fumadores ativos [124,125].

Quadro II. 4 - Patologias e alterações provocadas pelo tabaco em diferentes locais do organismo [124,125].

Sistema Respiratório	Carcinoma do pulmão, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Asma, Bronquite crónica, rinite crónica, entre outras.
Sistema cardiovascular e circulatório	O tabaco é um fator de risco para doenças cardiovasculares (nomeadamente angina de peito), cerebrovasculares (particularmente AVC), ateroscleróticas, arteriais, aneurismas aórticos e fenómenos trombóticos.
Sistema Gastrointestinal	Refluxo gastroesofágico, úlcera peptídica, pólipos no colón, doença de crohn, carcinoma intestinal.
Sistema Músculo-esquelético	Osteoporose, lesões nos tendões e músculos.
Sistema Reprodutivo	Fertilidade feminina (30% menor) e masculina (impotência, diminuição da contagem de esperma e motilidade). Menopausa precoce (\pm 2 anos mais cedo, em média)
Sistema Cutâneo	Enrugamento da pele, descoloração e psoríase.
Zona Ocular	Cataratas, degeneração macular, nistagmo (movimentos oculares anormais), neuropatia ótica (perda de visão), neurite ótica, agravamento da retinopatia diabética.
Cavidade Orofaríngea	Carcinoma da lábios, boca, língua, garganta. eritroplasia (marcha vermelha ardente) e leucoplasia bucal (placa branca maligna).

4.3. O impacto do tabaco nos fumadores, na família e na sociedade

Além de problemas relacionados com a saúde do fumador, este fenómeno representa um problema social, com elevados custos económicos para o próprio indivíduo, e consequências para a sua família, acarretando sofrimento, tanto para o fumador como para aqueles que com ele convivem. É de salientar, ainda, os impactos negativos do tabaco para a sociedade em geral e para o país, acarretando todos os anos elevados custos económicos, com o aparecimento ou exacerbamento de patologias quer a nível hospitalar, quer na comparticipação de medicamentos, bem como na diminuição da qualidade de vida dos fumadores, comparativamente aos não fumadores. Para além disto, podem, ainda, ser contabilizados custos relativos ao efeito do fumo do tabaco a nível ambiental [126].

O tabagismo passivo consiste na exposição involuntária do não fumador ao fumo do tabaco de indivíduos fumadores, principalmente em locais fechados. É uma combinação do fumo resultante da queima do tabaco com o fumo inalado pelo fumador que é depois expelido. A exposição ao fumo passivo do tabaco está ligada a uma série de resultados adversos à saúde, sendo muito prejudicial, não havendo um limiar de exposição seguro. Os fumadores passivos estão sujeitos praticamente às mesmas consequências e doenças a que os fumadores ativos [127,128].

Em 2012, os gastos com saúde devido a doenças atribuíveis ao consumo de tabaco, foram cerca de 422 mil milhões de dólares em todo o mundo. Incluindo a perda de produtividade precoce de um fumador devido a doenças e mortes atribuíveis ao tabagismo, o custo estimado sobe para 1 436 mil milhões de dólares ^[129]. Em Portugal, de acordo com uma estimativa dos custos do tratamento das principais doenças atribuíveis ao tabaco, no ano de 2015, concluiu-se que o tabaco foi responsável pelo gasto de 1 989 euros per capita em cuidados de saúde, equivalendo estas despesas a 9% do PIB ^[15]. Podem englobar-se nestas despesas os internamentos hospitalares e o ambulatório (medicação, consultas e meios complementares de diagnóstico).

5. Epidemiologia do tabagismo

Reconhecido o impacto na saúde associado ao consumo de tabaco, a monitorização e caracterização epidemiológica dos fumadores é importante para fundamentar o planeamento das estratégias preventivas.

A dinâmica da epidemia do consumo do tabaco foi proposta por Lopez *et al.* em 1944, num modelo epidemiológico que demonstra o “atraso” de décadas entre o aumento da prevalência do consumo de tabaco e o aumento na mortalidade atribuível ao mesmo, através de um diagrama esquemático onde é visível o progresso da epidemia (Figura II.22) ^[130]. As quatro fases da epidemia do tabaco são caracterizadas por três variáveis: prevalência, consumo e mortalidade atribuível ao tabaco em homens e mulheres. A fase 1 mostra o início da epidemia, com uma duração de cerca de duas décadas caracterizou-se por uma prevalência de consumo de tabaco inferior a 20%, mais comum no sexo masculino e sem evidência de riscos para a saúde ou mortes atribuídas ao tabagismo. Na fase 2 distingue-se o rápido crescimento da prevalência do tabagismo masculino num pico de 50 a 80% e o aumento do consumo de tabaco pelo sexo feminino. Nesta fase verificou-se também o principal aumento da mortalidade por consumo de tabaco (cerca de 10% das mortes em homens). A fase 3 envolveu a redução da prevalência do consumo no sexo masculino (de 60% para 40%) e alguma convergência das prevalências entre homens e mulheres, atingindo-se o pico máximo do consumo no sexo feminino. No entanto, apesar da redução do consumo, a mortalidade atribuída ao tabagismo aumentou acentuadamente de menos de 10% para cerca de 20%- 30% de todas as mortes, a maioria delas em homens. Na fase 4, apesar da diminuição da prevalência de consumo em ambos os sexos, as mortes atribuídas ao tabagismo continuaram a aumentar, atingindo o pico (30-35% das mortes do sexo masculino, 20-25% do sexo feminino).

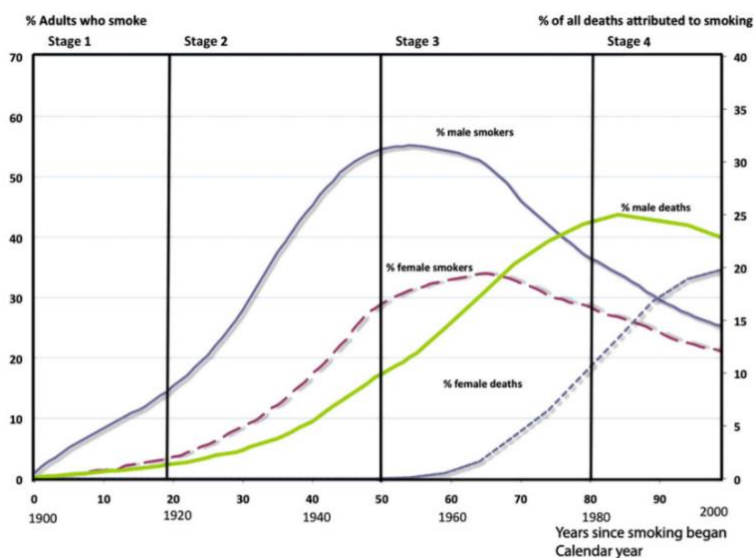


Figura II. 22 - Modelo epidemiológico do consumo de tabaco^[130].

Em 2011 *Thun et al.*^[131] atualizou e comprovou a utilidade do modelo e adicionou a relevância do modelo nos países em desenvolvimento, ao descrever as fases da epidemia separadamente para o sexo feminino e masculino. Todavia, nem todos os países podem ter enquadramento numa destas fases, ainda assim, esta caracterização permite ilustrar a progressão da epidemia do tabagismo se não forem estabelecidas medidas eficazes de controlo do consumo tabágico (Figura II.23).

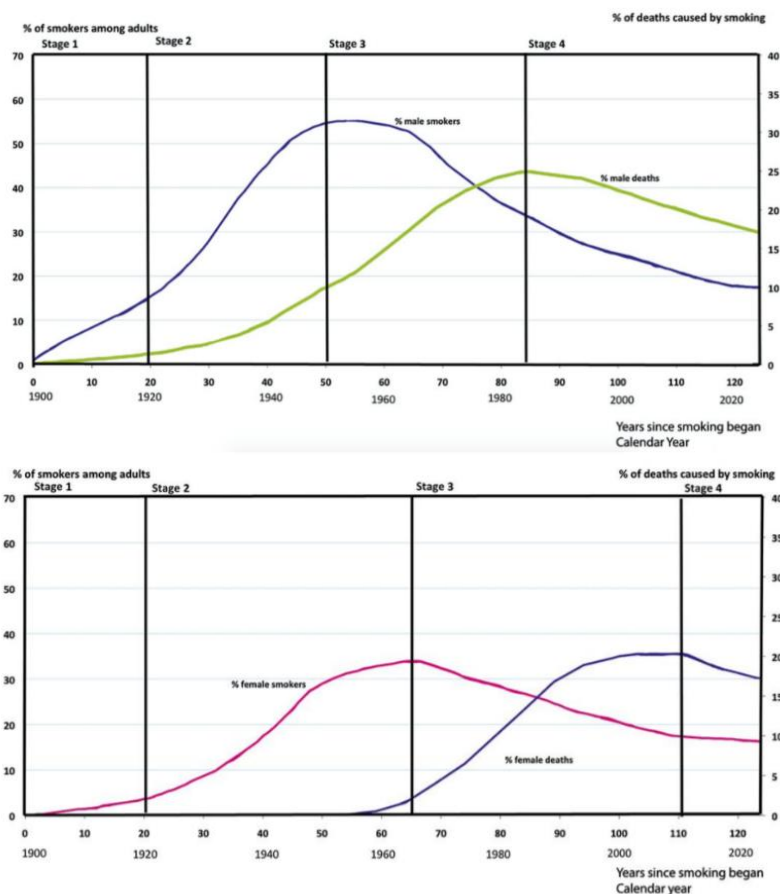


Figura II. 23 - Modelo epidemiológico do tabaco atualizado: A. Homens e B. Mulheres^[131].

5.1. Evolução histórica do consumo de tabaco até à atualidade

Segundo estimativas da OMS, em 2000, cerca de um terço da população mundial (33,3%), com 15 ou mais anos, era consumidora de tabaco. Em 2015, essa taxa decresceu para cerca de um quarto da população global (24,9%), devido aos esforços que os países têm vindo a realizar ao combate tabágico. Assumindo que essas medidas atuais se mantinham e/ou intensificavam, em todos os países, projetava-se, então, que essa prevalência diminuísse ainda mais, para cerca de um quinto da população mundial (20,9%), até 2025 ^[132]. No entanto, atualmente, segundo os dados mais recentes da OMS reportados, em 2021, sobre a prevalência de fumadores, existia 1.3 mil milhões de indivíduos consumidores de tabaco no mundo, correspondendo a 19% da população total, o que significa que, embora ainda existam muitíssimos fumadores, a meta estipulada pela OMS em 2015 foi atingida antes do ano pretendido, sendo um fator bastante positivo do trabalho desenvolvido neste âmbito ^[6-8].

Em Portugal, de acordo com Leite *et al.*, tendo por base os dados recolhidos pelos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS), realizados entre 1987 e 2014, concluiu-se que a prevalência de consumo diário de cigarros em Portugal Continental até esse último ano, em ambos os sexos, manteve-se relativamente estável, em resultado de uma tendência decrescente no sexo masculino e uma tendência crescente no sexo feminino ^[133]. Todavia, entre 2014 e 2019, assistiu-se a uma redução da prevalência de fumadores com 15 ou mais anos de 3 pontos percentuais (pp), verificando-se uma redução relativa de 15,0% (Figura II.24A), o que revela que em termos práticos, e epidemiológicos é uma descida pouco significativa, sendo necessário a avaliação de outros indicadores que influenciam a prevalência, nomeadamente a idade, a região habitacional, a situação face à família, à escolaridade, ao emprego, entre outros. Um indicador bom para se estudar mais aprofundadamente e compreender-se a epidemiologia do tabagismo é a prevalência de fumadores por local de residência (NUTS), que embora, entre 2014 e 2019 se tenha observado um decréscimo do consumo em todas as regiões de Portugal, existe, ainda, assimetrias acentuadas relativamente ao consumo de tabaco entre regiões. Nomeadamente entre o litoral e o interior do país, verificando-se a maior redução relativa do consumo no Algarve e a menor no Alentejo (Figura II.24B) ^[134,135].

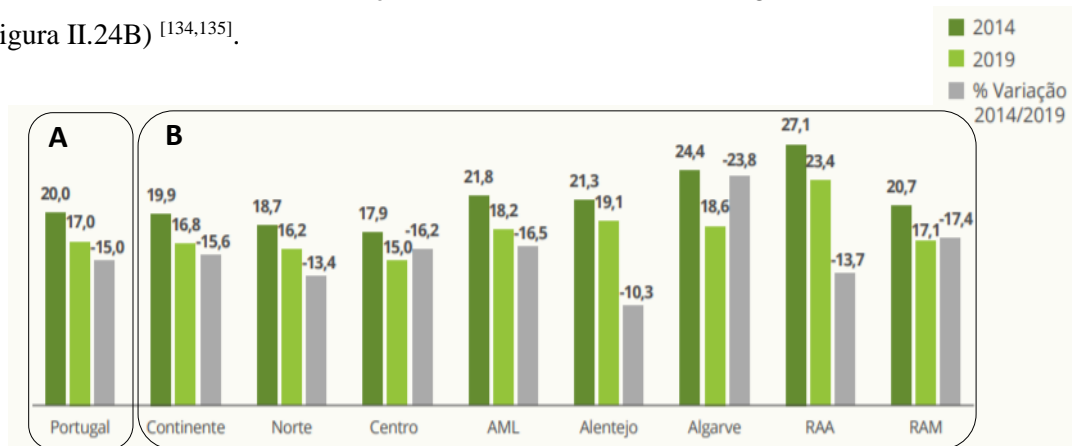


Figura II. 24 - Prevalência de fumadores com 15 ou mais anos, entre 2014 e 2019:

A. Em Portugal e B. Segundo o local de residência (NUTS). Fonte: ^[12].

(Legenda: RAA – Região Autónoma dos Açores e RAM – Região Autónoma da Madeira.)

Em 2019, de acordo com os dados recolhidos no âmbito do estudo “*Comportamentos aditivos aos 18 anos - inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional*”, verificou-se que 58,4% dos jovens de ambos os sexos responderam já ter consumido tabaco, pelo menos uma vez na vida; 48,1% nos últimos 12 meses e 37,4% nos últimos 30 dias; sendo que o consumo diário foi de 17,2% ^[136]. Em relação à prevalência de consumo mais elevada entre regiões, entre os anos de 2015 e 2019, a que revelou apresentar taxas mais elevadas, em comparação com as restantes de Portugal, foi a Região do Alentejo (com 23,1%), conforme se observa na Figura II.25 ^[137].

Assim, perante os vários estudos supramencionados, conclui-se que ainda existe muito trabalho pela frente no controlo da epidemia tabágica, sendo necessário intensificá-lo em determinadas regiões, nomeadamente na região que é abordada na parte prática da presente dissertação – o Alentejo.



Figura II. 25 - Consumo diário de tabaco em jovens de 18 anos, por regiões de Portugal, entre 2015 e 2019, expresso em % ^[137].

5.2. Taxas de mortalidade relacionadas com o tabaco

Quanto à mortalidade, segundo a OMS, o tabagismo foi responsável pela morte de 100 milhões de pessoas no século XX, podendo, se não continuarmos a tentar controlá-la, matar mil milhões ao longo do presente século ^[138]. Em termos globais, estima-se que 12% de todas as mortes entre adultos com 30 ou mais anos seja atribuível ao uso do tabaco (16% em homens e 7% em mulheres), sendo que a região europeia é a que apresenta a maior mortalidade atribuível - 16% (25% em homens e 7% em mulheres) ^[10].

Segundo os dados mais recentes em termos anuais, acredita-se que em 2019, o tabaco causou a morte, direta ou indiretamente, a mais de 8 milhões de pessoas no mundo, sendo que Portugal contribuiu com 13 mil óbitos, equivalendo a uma morte a cada 50 minutos ^[7,10,13].

Comparativamente a outros fatores de risco, usando taxas padronizadas pela idade, estima-se que, no ano de 2019, o tabaco tenha sido a primeira causa de perda de anos de vida saudável em ambos os sexos ^[12], estimando-se que, em média, os fumadores perdem 14 anos, falecendo mais precocemente que um não fumador ^[11].

Na tabela II.3 são visíveis estimativas, realizadas pelo Instituto de Métricas e Avaliação da Saúde da Universidade de Washington, nos Estados Unidos, sobre o número de indivíduos e as respetivas taxas de mortalidade atribuível às principais doenças que estão comprovadas que o tabaco causa em Portugal ^[10].

Tabela II. 3 - Mortalidade atribuível às principais doenças que estão comprovadas que o tabaco causa em Portugal, expressas em números de indivíduos e em % ^[10].

	Total		Masculino		Feminino	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Todas as causas	13 559	11,7	10 815	18,6	2 744	4,7
Neoplasias	6 030	19,1	5 165	27,5	865	6,7
Doenças cérebro-cardiovasculares	3 177	8,5	2 370	14,6	807	3,8
Doenças respiratórias crónicas	2 297	32,6	1 893	47,3	454	14,4
Diabetes mellitus tipo 2	412	9,8	233	13,2	179	7,4
Infeções respiratórias do trato inferior	1 155	14,0	821	20,1	334	8,0
Tuberculose	35	15,6	31	21,1	4	4,7

Capítulo II.

Enquadramento Teórico

Parte C.



Tabagismo: A Solução

“Never Forget...delays mean more deaths. Delays mean a failure on our part to stand up to an epidemic for which we have solutions.”

- Dra. Gro Harlem Brundtland
(Ex-Diretora Geral da OMS)

Parte C. Tabagismo - A solução

6. Iniciativas de prevenção, controlo e combate ao tabagismo

6.1. A nível internacional

Perante a dimensão do problema relacionado com o tabaco, a OMS entendeu a cessação tabágica como fundamental. Portanto, por existir um amplo consenso sobre a necessidade de estratégias abrangentes de prevenção, controlo e combate ao tabagismo entre os países e a noção de que a epidemia do tabaco é uma questão globalizada que requer cooperação internacional, surgiu a convenção-quadro para o controlo do tabaco da OMS (CQCT/OMS), na qual os países, por unanimidade, concordaram em tomar medidas impactantes. A CQCT/OMS foi o primeiro tratado internacional de saúde pública, tendo sido adotada na 56ª Assembleia Mundial da Saúde em 21 de maio de 2003, entrando em vigor a 27 de fevereiro de 2005 ^[139]. Foi um dos tratados mais rapidamente ratificados na história das Nações Unidas por visar proteger a população mundial. Estimou-se em março de 2017, que 180 países em todo o mundo já tinham ratificado a CQCT, sendo conhecido que os esforços globais de controle do tabagismo foram acelerados desde que a OMS introduziu o pacote MPOWER ^[140-144].

O controle do tabaco na Convenção é definido como uma gama de estratégias para reduzir a oferta e demanda de produtos à base de tabaco, de forma a proteger os indivíduos das consequências devastadoras a vários níveis - saúde, social, ambiental e económico do consumo do tabaco e da exposição ao fumo passivo ^[145,146].

Em 2008, a OMS, para facilitar e ajudar as nações a adotar, implementar e gerir as obrigações da CQCT/OMS, lançou um conjunto de seis medidas estratégicas altamente prioritárias, por terem sido consideradas as mais eficazes na redução do consumo de tabaco, conhecidas, vulgarmente, pelas suas iniciais, MPOWER - *Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce e Raise* ^[147]. O esquema da figura II.26 aborda estas medidas.

O relatório da OMS que continha as medidas MPOWER enfatizou a elevada necessidade de expansão da política 3, relativa à Oferta, com a disponibilização de vários locais com consultas de cessação tabágica, como um componente essencial de qualquer estratégia de controle do tabaco. O mesmo relatório destacou que quando a oferta de ajuda para parar de fumar é acompanhada de outras estratégias de controle do tabaco, nomeadamente o aumento de impostos essa política tem ainda maior impacto. O aumento dos impostos é muito eficaz uma vez que acarreta baixo custo de implementação para os governos e o aumento dessas receitas pode contribuir e potencialmente expandir o financiamento no setor de saúde.

Em 2018, a parcela da população mundial coberta por medidas específicas MPOWER no nível mais alto de realização foi de 38% para monitorização; 22% para políticas antifumo; 32% para programas de cessação; 24% para campanhas de meios de comunicação de massa; 52% para advertências em embalagens, 18% para proibições de publicidade e 14% para impostos ^[148].

Contudo, deve ser lembrado que estas seis medidas não esgotam todos os elementos necessários à plena implementação da Convenção Quadro, como o disposto no artigo 5.3 do tratado, referente à proteção das medidas de prevenção do tabagismo das interferências da indústria do tabaco, ou no artigo 18.º, relativo à proteção ambiental e das pessoas relativamente à produção agrícola e à manufatura dos produtos do tabaco ^[139].

Uma década após a introdução da CQCT/OMS, a experiência global mostrou que a implementação dessas medidas fez reduzir significativamente a prevalência do consumo de tabaco e os seus efeitos nocivos à saúde ^[146]. Em 2017, estimou-se que, possivelmente, cerca de 22 milhões de mortes prematuras tenham sido evitadas devido a estas políticas ^[144].

Para além das medidas a adotar, ficou também acordado na CQCT, a apresentação de Relatórios da OMS sobre a Epidemia Global do Tabaco, que incluem dados epidemiológicos dos países participantes, com o objetivo de informar acerca dos resultados de implementação global. No geral, todos os países têm demonstrado compromisso com as metas estabelecidas pela OMS ^[139].

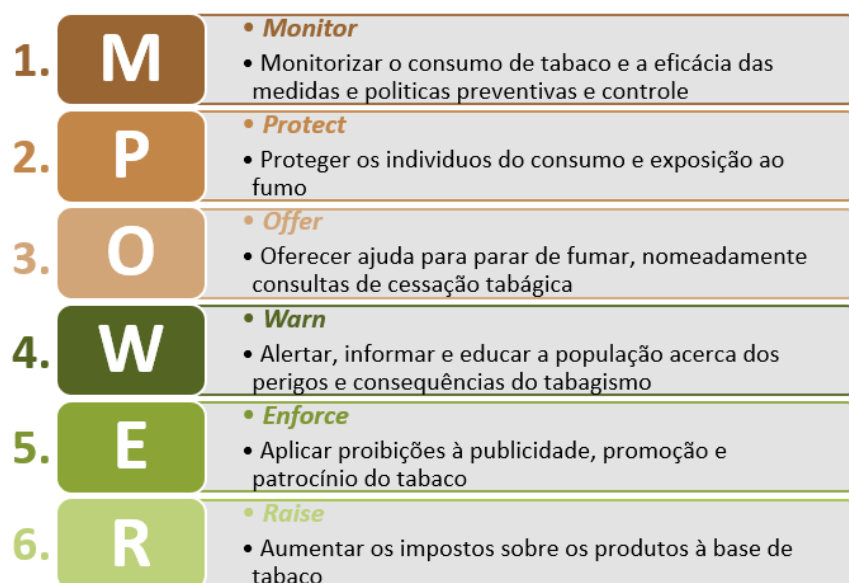


Figura II. 26 - Medidas MPOWER lançadas pela OMS ^[147]

6.2. A nível europeu

A união europeia, tendo em conta a CQCT/OMS, emitiu para os seus países membros, a Diretiva dos Produtos do Tabaco (DPT 2014/40 /EU), que entrou em vigor a 19 de maio de 2014 e tornou-se aplicável a 20 de maio de 2016, reforçando, principalmente, mas não só, a regulamentação em torno da fabricação, requisitos para a apresentação sobre as embalagens e rotulagem, bem como a

venda de produtos à base de tabaco, nomeadamente a proibição de elementos promocionais e enganosos. Esta diretiva visa, assim, maximizar a proteção da saúde e a sensibilização do consumidor entre os cidadãos da EU ^[149].

Os desafios à implementação da CQCT da OMS e da DPT da EU, ainda, persistem em alguns Estados-Membros da UE, por isso surgiram duas organizações europeias – a *European Network for Smoking and Tobacco Prevention* (ENSP) e a *European Respiratory Society* (ERS), cuja missão consiste em mitigar os desafios inerentes à implementação das medidas e colaboram com os países aderentes. A ENSP é uma organização europeia sem fins lucrativos ativa em ações coordenadas no controlo do tabaco, criada em 1997 ao abrigo da lei da Bélgica, n.º 16377/97. A ENSP representa uma grande rede de profissionais de saúde, académicos, pesquisadores e especialistas, e apoia os seus membros a transporem a DPT para as leis nacionais. A ERS é uma organização europeia de profissionais de saúde, cientistas e outros especialistas que trabalham em medicina respiratória. O escritório da ERS em Bruxelas trabalha em estreita colaboração com as autoridades de tomada de decisão a nível internacional, da UE e nacionais, para aumentar a conscientização sobre doenças relacionadas ao tabaco e promover campanhas de saúde pública neste âmbito ^[142].

6.3. A nível nacional

A primeira medida instituída em Portugal com o intuito de colocar em prática o disposto na Convenção da OMS para o controlo do tabagismo ocorreu com a entrada em vigor da Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto que aprovou normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco através da proibição de fumar em determinados locais e também para redução do tabagismo e cessação tabágica, sendo que a 26 de agosto de 2015, houve algumas retificações, surgindo a lei n.º 109/2015 ^[150].

Posteriormente, em 2018, a Lei n.º 63/2017 de 1 de janeiro de 2018 veio regulamentar o conceito de fumar os “novos produtos do tabaco sem combustão que produzam aerossóis, vapores, gases ou partículas inaláveis”, estabelecendo medidas a aplicar a estes novos produtos ^[151]. Na figura II.27 são visíveis as principais políticas públicas de prevenção e controlo do tabagismo em Portugal.

O primeiro Programa Nacional Português para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT) foi criado em 2012, pelo despacho n.º 404/2012 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, de 3 de Janeiro, onde se delinearão as principais estratégias de intervenção e implementação de medidas a atingir até 2016 ^[152]. Posteriormente, em 2017 foi lançado um novo programa com o balanço dos últimos 4 anos ^[13], e de seguida, o último até à data, foi em 2021 ^[12]. A tabela II.4 evidencia as estratégias mais efetivas, recomendadas para implementação no biénio atual, 2021-2022, constantes no último programa emitido.



Figura II. 27 - Principais políticas públicas de prevenção e controlo do tabagismo implementadas pelo Ministério da Saúde em 2018 ^[256]. (Legenda: ACES – Agrupamento de Centros de Saúde e DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica).

Tabela II. 4 - Estratégias presentes no Programa Nacional para Prevenção e Controlo do Tabagismo de 2020 ^[12].

Metas até 2022	Objetivos
<p>Redução da prevalência de fumadores</p> <p>e</p> <p>Travar o aumento do consumo</p>	<ol style="list-style-type: none"> Prevenir a iniciação do consumo, principalmente nos adolescentes e adultos jovens. Promover e apoiar a cessação tabágica, com especial atenção nos jovens, adultos com menos de 40 anos, nos indivíduos com doenças crónicas ou problemas de saúde mental e nas mulheres em geral, mas particularmente as grávidas. Travar a crescente utilização de novos produtos à base de tabaco e nicotina.
<p>Proteção da exposição ao fumo ambiental do tabaco</p>	<ol style="list-style-type: none"> Uma vez que já é proibido o consumo em espaços fechados, nos próximos anos deve garantir-se o seu cumprimento, ocorrendo fiscalizações.
<p>Reduzir as desigualdades regionais</p>	<ol style="list-style-type: none"> Garantir acesso a tratamentos intensivos de cessação tabágica, com cobertura alargada para todas as regiões do país, nomeadamente a criação de mais pontos no interior.

O mesmo relatório refere, ainda, que as intervenções objetivadas devem ser complementadas por 7 eixos transversais ^[12]:

- Promoção da literacia em saúde no domínio da prevenção e controlo do tabagismo e da capacitação para decisões saudáveis;
- Formação profissional e promoção de melhores práticas na prevenção e tratamento tabágico;
- Regulamentação dos produtos à base de tabaco e de novos produtos com nicotina que têm vindo a surgir, bem como a aplicação da lei do tabaco;
- Cooperação intersectorial e com organizações da sociedade civil;
- Cooperação com a OMS e com a Comissão Europeia;
- Investigação, produção e divulgação de conhecimento;
- Monitorização e avaliação.

7. A cessação tabágica

7.1. Importância e Benefícios

Com base nas estimativas da OMS, o investimento na cessação tabágica constitui a via mais efetiva para a obtenção de bons resultados, particularmente um melhoramento nos indicadores de morbidade e mortalidade relacionados com o consumo de tabaco ^[153]. Promove benefícios quase imediatos após o consumo do último cigarro, continuando a manifestarem-se ao longo dos anos seguintes ^[154]. Acredita-se que o abandono tabágico tem como principal consequência, uma maior esperança média de vida ^[155] e da qualidade do estado de saúde individual, nomeadamente a redução do risco de desenvolvimento de doenças desencadeadas por este consumo ^[128] (mencionadas acima no *Capítulo II. Parte B. Ponto 5.2.*), bem como com a crescente tolerância ao esforço e à capacidade quotidiana e desportiva ^[156].

Para além da saúde, existem outros benefícios decorrentes da cessação tabágica, como sejam os económicos, os sensoriais (o olfato e paladar ficam mais apurados), os estéticos (o cabelo, a pele e os dentes ficam com melhor aspeto) e a consequente melhoria da autoestima ^[157,158].

Parar de fumar é benéfico em ambos os sexos e em qualquer idade ^[159], todavia é conhecido que os benefícios são tanto maiores quanto mais cedo se verificar a cessação tabágica ^[157]. Os estudos realizados por Doll *et al.* ^[160] permitiram concluir que parar de fumar antes dos trinta anos reduz bastante os riscos associados ao consumo. Ainda assim, mesmo em situações em que o fumador decide parar de fumar em idade mais avançada, os riscos de morte prematura diminuem consideravelmente ^[128]. No esquema da Figura II.28, pode-se observar, segundo Jha *et al.* ^[161], a estimativa, em média, de anos ganhos pelos indivíduos que decidem deixar de fumar, em comparação com os que continuam a consumir tabaco, tendo em conta a idade que realizam a cessação tabágica.

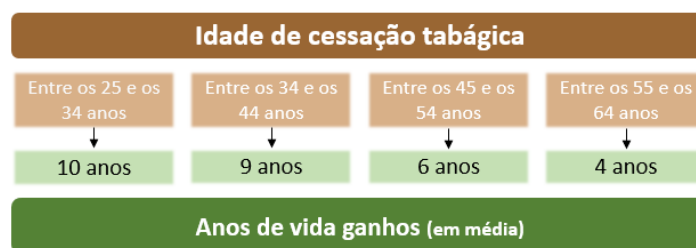


Figura II. 28 - Estimativa, em média, de anos ganhos pelos indivíduos que decidem deixar de fumar ^[161].

Segundo vários autores, uma vez finalizado o consumo de tabaco surgem inúmeros benefícios desde o último cigarro, os quais foram descritos no esquema da Figura II.29, realizado de uma forma cronológica para uma melhor compreensão ^[157,161,162].

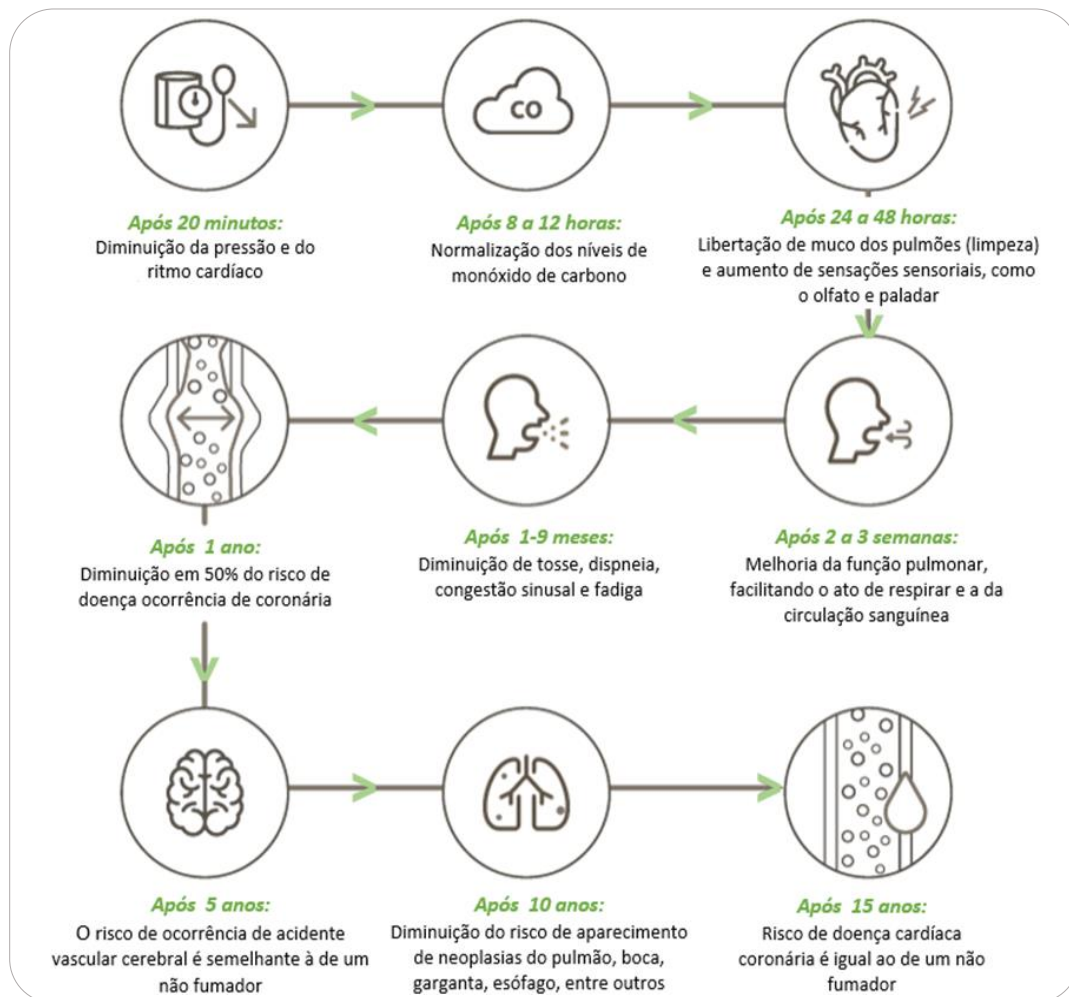


Figura II. 29 - Benefícios que advém de um processo de cessação tabágica. Fonte: Adaptado de [157,161,162].

7.2. Processo de mudança comportamental

Mudar um comportamento rotineiro, em geral, não é um processo fácil, que ocorra de forma repentina, mas sim gradualmente ao longo do tempo [163].

Atualmente, devido aos elevados meios de comunicação e aumento da literacia em saúde por parte da população, a maioria dos fumadores está informada sobre os malefícios do fumo do tabaco, todavia a cessação tabágica é um processo complexo, com várias fases e tomar a decisão para deixar de fumar, bem como efetivar a sua resolução é extremamente difícil, podendo levar meses ou, até mesmo, vários anos [157,158]. Assim, quando um profissional de saúde está na presença de um fumador, primeiramente, é necessário compreender qual o interesse do mesmo em deixar de fumar. Para tal existem vários modelos teóricos que explicam o processo de mudança de comportamentos inerentes à saúde.

O modelo mais frequentemente utilizado na cessação tabágica, é o proposto por Porschaska e DiClemente, designado Modelo Transcetório, que auxilia os profissionais a realizar uma avaliação de fase/estadio em que o fumador se encontra, no momento da abordagem, de forma a efetuarem-

se intervenções adaptadas a cada indivíduo. Este modelo também pode ser aplicado a outras substâncias aditivas e/ou desabitução de circunstâncias rotineiras. É um processo de ações comportamentais e cognitivas cursado pelo fumador para alterar as suas emoções e comportamentos e está dividido em 5 estádios: *pré-contemplanção*; *contemplanção*; *preparação para a ação*; *ação propriamente dita* e *manutenção*, aos quais poderá suceder uma *recaída* ou *abstinência definitiva* ^[164] (Figura II.30).

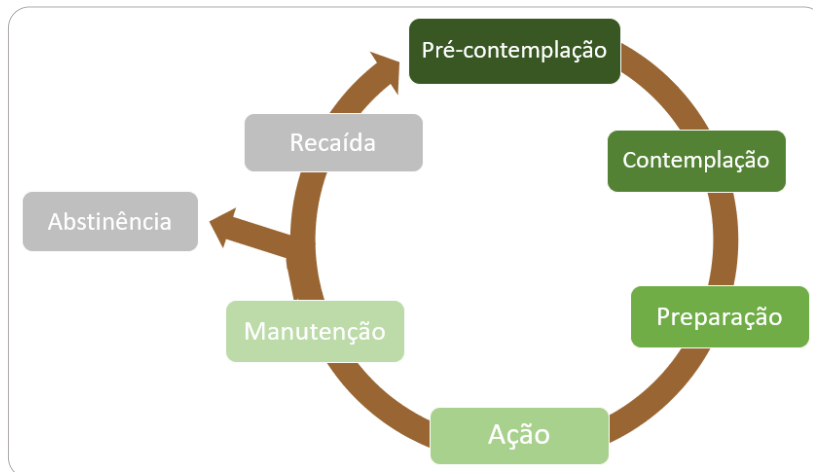


Figura II. 30 - Modelo Transcetivo proposto por Porschaska e DiClemente ^[164].

- Fase Pré-contemplativa

É a fase inicial do processo, na qual o fumador está satisfeito, considerando o ato de fumar como um hábito e costume social, sem perceber as consequências prejudiciais decorrentes do tabaco, preservando, principalmente, a sua liberdade e independência ^[163]. Regra geral, o indivíduo possui a opinião de que fuma porque “quer” e está convencido que não é dependente do consumo, pois caso queira, consegue parar de fumar a qualquer momento ^[165].

Quando estes fumadores são abordados sobre o assunto assumem uma postura defensiva, não se sentindo confiantes para lidar com a situação, recusando, muitas vezes, abordar o assunto ^[164,166]. Usam, na maior parte das vezes, afirmações que minimizam o problema, tais como "o meu avô fumava dois maços de tabaco por dia e morreu aos 90 anos"; "os não fumadores também morrem" e "é tudo invenção dos fundamentalistas", entre outras ^[158].

Pode-se, portanto, concluir que não possuem motivação, no momento, nem nos próximos meses para modificar os seus comportamentos tabágicos ^[164,166].

A postura do profissional de farmácia em relação a este grupo de fumadores deve ser calma, evitando o confronto, respeitando assim o utente e a sua decisão, demonstrando disponibilidade caso a decisão sobre o assunto se altere ^[158].

Normalmente estes fumadores progridem para a fase seguinte após vários meses ou anos. Este tempo pode ser reduzido quando estão abertos a receber uma abordagem motivacional bastante intensiva [164,166].

Estima-se que cerca de 30 a 35 % dos fumadores se encontram nesta fase [163].

- Fase Contemplativa

Neste estadio o fumador ao ser abordado acerca do seu consumo tabágico demonstra preocupação, compreendendo os riscos, ponderando modificar o seu comportamento nos próximos seis meses, porém, muitas vezes revela que apresenta imensa dificuldade em adotar uma atitude ativa relativamente ao assunto, nomeadamente acerca da decisão e iniciação do processo [164].

Normalmente, os fumadores desta fase sentem-se numa situação de ambivalência em relação ao tabaco, nutrindo um estado de espírito com força de vontade, mas com receio e medo da abstinência e do fracasso, caso não sejam capazes de efetivar a tentativa. Duvidando, assim, sobre a relação dos benefícios-riscos que podem advir do processo de cessação tabágica [164-166].

Uma intervenção argumentista do farmacêutico nestes fumadores pode ser determinante para que os mesmos, finalmente, tomem a decisão para deixar esta dependência, deve-se tranquilizar o utente, avaliar quantitativamente o seu grau de motivação e por fim, caso seja adequado, oferecer auxílio para o processo de cessação tabágica. Nestes casos pode ser importante, por exemplo, a farmácia comunitária oferecer um folheto informativo sobre o tabagismo e caso tenha o serviço de cessação tabágica, disponibilizar informação sobre o mesmo [158].

Estima-se que a maioria dos fumadores, entre 60 a 70 %, encontra-se nesta fase [163].

- Fase de Preparação para a ação

Nesta fase o fumador tem intenção de modificar o seu comportamento tabágico no próximo mês, ou seja, num curto período de tempo, começando a tomar uma atitude ativa para cessar o consumo. Esta fase alia assim a intenção à tomada de decisão. O indivíduo não só deseja deixar de fumar, como decide fazer alguma coisa para tal, nomeadamente uma redução diária ou limitar o consumo em determinados locais ou situações [157].

Muitas vezes, os fumadores que estão nesta fase já realizaram tentativas para redução ou cessação do seu consumo, no último ano, quer sozinhos ou com auxílio de um profissional e medicação, mas, por considerarem que não estavam completamente preparados, não obtiveram sucesso [164-166].

Estima-se que cerca de 5 a 10 % dos fumadores se encontram nesta fase [163].

- Fase de Ação

Esta fase é a mais importante do processo, pois é quando o fumador altera o seu comportamento tabágico, conseguindo decidir que deseja deixar de fumar e realmente efetiva essa vontade,

enfrentando assim a abstinência. Consideram-se incluídos neste estadió, os indivíduos que abandonaram o consumo há menos de seis meses ^[164-166].

- **Fase de Manutenção**

Após os indivíduos deixarem de fumar, segue-se uma fase de adaptação e aprendizagem com a nova realidade. Os utentes incluem-se neste estadió quando conseguem permanecer sem fumar por mais de seis meses ^[164-166].

Tanto na fase de ação, como na de manutenção, as possibilidades de recaída são bastante elevadas ^[157,163].

A intervenção do farmacêutico nestes fumadores deve ser em termos de reforço positivo, começando por parabenizar o percurso decorrido até ao momento e reforçar a prevenção de recidivas. Deve ainda, monitorizar a efetividade e segurança da terapêutica anteriormente instituída. Nesta fase para se verificar um aumento da eficácia do processo, a integração da família e dos amigos é extremamente essencial para apoiarem de perto o indivíduo ^[167].

- **Recaída**

Após a fase de manutenção pode surgir uma recaída, isto é, o indivíduo volta a fumar, sendo que reinicia o ciclo da mudança, podendo posteriormente, voltar para qualquer uma das etapas anteriores ^[164,168]. Mesmo não tendo sido uma das fases originalmente descritas, por ter-se verificado ser extremamente frequente, pode ser considerada mais uma etapa a este ciclo de mudança comportamental ^[157].

As recaídas não devem ser vividas como uma frustração, mas sim como uma aproximação do sucesso, pois está comprovado cientificamente que quantas mais tentativas se fazem, maior é a probabilidade de um fumador conseguir deixar de fumar definitivamente. Por isso, os utentes devem sempre ser encorajados pelos profissionais a tentar deixar de fumar novamente, explorando com o utente os motivos que levaram à recaída e ajudar a encontrar soluções, de forma a evitar-se a ocorrência dos mesmos erros numa próxima tentativa, aconselhando, por exemplo, a participação em acompanhamento intensivo, ao invés de realizar o processo sozinhos. Para além disso, é muito importante o farmacêutico, quando se depara com estas situações, mostrar confiança e otimismo face ao futuro ^[163].

Estima-se que, geralmente, 85% dos indivíduos fumadores que tentam deixar de fumar, voltam à fase contemplativa e somente após três ou quatro tentativas conseguem ficar totalmente abstinentes ^[165].

É importante referir que, num processo de cessação tabágica, a definição de recaída é diferente da de lapso. Considera-se que ocorrem lapsos quando o indivíduo consome, por exemplo, um cigarro, todavia dá-se conta do sucedido e não repete de seguida o consumo de outros cigarros, ou

seja, o fumador não abandona a fase de ação, mantendo-se sem fumar após um consumo de tabaco accidental [168,169].

7.2.1. Avaliação do estadió comportamental do fumador

Para um profissional de saúde avaliar o estadió em que um fumador se encontra no processo de mudança comportamental proposto por Porschaska e DiClemente pode fazê-lo de forma simples, através de um diálogo com o fumador, por exemplo efetuando a seguinte pergunta: “O que pensa sobre deixar de fumar, neste momento?”. No entanto, caso as resposta do diálogo sejam subjetivas e por isso insuficientes para a compreensão da fase em que o fumador se situa, pode recorrer-se a uma à aplicação de um breve questionário (Tabela II.5) constituído por perguntas chave com resposta de escolha múltipla [168].

Tabela II. 5 - Avaliação da fase do processo de mudança comportamental de um fumador [168].

AVALIAÇÃO DA FASE DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL DO FUMADOR	
1. No último ano, quantas vezes deixou de fumar durante pelo menos mais de 24 horas?	<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 ou mais
2. Atualmente, sendo fumador:	
2.1. Tem intenção de deixar de fumar de imediato, nos próximos dias?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.2. Tem intenção de deixar de fumar nos próximos 30 dias?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2.3. Tem intenção de deixar de fumar nos próximos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
- Fase:	
<u>Pré-contemplação:</u> resposta negativa à pergunta 2.3	
<u>Contemplação:</u> resposta afirmativa à pergunta 2.3	
<u>Preparação:</u> resposta “1 ou mais” à pergunta 1 e afirmativa à pergunta 2.2	
<u>Ação:</u> resposta afirmativa à pergunta 2.1	

7.3. Avaliação do grau de dependência e motivação de um fumador

No início do processo de cessação tabágica torna-se também bastante útil avaliar, objetivamente, o grau de dependência e motivação de cada fumador, para que os profissionais de saúde possam agir em conformidade, realizando intervenções individualizadas e personalizadas, farmacológicas e/ou não farmacológicas, à situação de cada indivíduo e, ainda, para se conseguir estabelecer um prognóstico sobre o processo de cessação tabágica desse fumador [170].

A. Avaliação do Grau de Dependência

Como já foi mencionado e explicado, anteriormente, na presente dissertação (*Capítulo II. Parte B. Ponto 5.1.*), o consumo de tabaco é considerado uma dependência, no entanto os fumadores não apresentam todos o mesmo grau de dependência, assim sendo, é fundamental compreender, o grau

de dependência nicotínica de um determinado fumador, no momento da abordagem sobre o assunto. Para tal, recorre-se, geralmente, a duas ferramentas – o *Teste de Fagerström* e o *Índice de Intensidade do Tabagismo*.

- Teste de Fagerström


Este é o método *standard* e o mais utilizado para avaliação da dependência nicotínica. É um teste quantitativo, constituído por 6 perguntas de resposta múltipla, em que após o seu preenchimento é calculado o *score* obtido. O Teste de Fagerström pode ser observado na Tabela II.6. De acordo com os resultados obtidos neste teste, calcula-se o *score* e os fumadores, são distribuídos por 3 grupos – dependência baixa, moderada ou elevada (visível no rodapé da mesma tabela) ^[171].

Os fumadores com pontuações mais altas refletem o aparecimento de elevados sintomas de abstinência e uma menor probabilidade de abstinência a longo prazo, em comparação com aqueles que apresentam dependência baixa ^[172].


Tabela II. 6 - Teste de Fagerström ^[171].

TESTE DE FAGERSTRÖM: AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA		
<i>Perguntas</i>	<i>Respostas</i>	<i>Cotações</i>
Atualmente, quantos cigarros fuma por dia?	<input type="checkbox"/> 10 ou menos cigarros	0
	<input type="checkbox"/> 11 – 20 cigarros	1
	<input type="checkbox"/> 21 – 30 cigarros	2
	<input type="checkbox"/> 31 ou mais cigarros	3
Fuma mais:	<input type="checkbox"/> Nas primeiras horas depois de acordar	1
	<input type="checkbox"/> No resto do dia	0
Quanto tempo depois de acordar fuma o seu 1º cigarro?	<input type="checkbox"/> Dentro de 5 minutos	3
	<input type="checkbox"/> Entre 6 – 30 minutos	2
	<input type="checkbox"/> Entre 31 - 60 minutos	1
	<input type="checkbox"/> Mais do que 1 hora	0
Para si, qual seria o cigarro mais difícil de deixar de fumar?	<input type="checkbox"/> O 1º da manhã	1
	<input type="checkbox"/> Outros	0
Sente dificuldade em ficar sem fumar em locais onde é proibido?	<input type="checkbox"/> Sim	1
	<input type="checkbox"/> Não	0
Se estiver muito doente, nomeadamente numa situação que o impossibilite de levantar-se da cama:	<input type="checkbox"/> Fumo	1
	<input type="checkbox"/> Não fumo	0
TOTAL		


- Grau de dependência:



Baixa dependência
● < 4 pontos



Dependência moderada
● 4 - 7 pontos



Elevada dependência
● > 7 pontos




Este instrumento de avaliação é muito útil para fumadores que consomem tabaco na forma de cigarros, todavia, para os consumidores de outras formas, não é viável a aplicação do mesmo, uma vez que possui duas questões relacionadas com cigarros.

- Índice de Intensidade do Tabagismo

O Índice de Intensidade do Tabagismo, em inglês *Heaviness of Smoking Index* (HSI), foi elaborado tendo por base o Teste de Fagerström, pois apresenta só 2 perguntas, que são iguais ao anterior (Tabela II.7), e o um *score* tem um intervalo mais curto, podendo, apenas, variar entre 0 e 6 [173].

Tabela II. 7 - Índice de Intensidade do Tabagismo [173].

ÍNDICE DE INTENSIDADE DO TABAGISMO: AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA NICOTÍNICA		
<i>Perguntas</i>	<i>Respostas</i>	<i>Cotações</i>
Atualmente, quantos cigarros fuma por dia?	<input type="checkbox"/> 10 ou menos cigarros	0
	<input type="checkbox"/> 11 – 20 cigarros	1
	<input type="checkbox"/> 21 – 30 cigarros	2
	<input type="checkbox"/> 31 ou mais cigarros	3
Quanto tempo depois de acordar fuma o seu 1º cigarro?	<input type="checkbox"/> Dentro de 5 minutos	3
	<input type="checkbox"/> Entre 6 – 30 minutos	2
	<input type="checkbox"/> Entre 31 - 60 minutos	1
	<input type="checkbox"/> Mais do que 1 hora	0
TOTAL		

- Grau de dependência:		Baixa dependência		Dependência moderada		Elevada dependência
		< 1 pontos		2 - 4 pontos		> 5 pontos

É mais curto, no entanto, segundo estudos comparativos efetuados com o Teste de Fagerström e o HSI mostraram a obtenção de resultados semelhantes entre ambos [174,175], concluindo-se que é uma ferramenta útil que pode substituir o teste de Fagerström, caso seja necessário, por ser de preenchimento mais rápido e assim despende menos tempo aos fumadores [173].

Todavia, existem outros estudos que sugerem que deve ter-se cuidado ao interpretar os resultados deste teste quando usados de forma independente, pois apresenta limitações, nomeadamente quando a dependência dos fumadores é baixa [176,177].

B. Avaliação do Grau de Motivação

A motivação para parar de fumar resulta da conjugação de dois fatores: a importância atribuída à mudança de comportamento e a perceção da capacidade para mudar (autoconfiança ou autoeficácia) [157].

Para a compreensão do grau de motivação de um fumador, recorre-se, geralmente, a duas ferramentas – o *Teste de Richmond* e a *Escala Visual Analógica de Motivação (VASM)*.


• Teste de *Richmond*

Este instrumento tem demonstrado ser muito útil e viável. É um teste quantitativo, constituído por 4 perguntas de resposta múltipla, em que após o seu preenchimento é calculado o *score* obtido. O Teste de Richmond pode ser observado na Tabela II.8. À semelhança do que sucede na avaliação da dependência, também aqui, de acordo com os resultados obtidos neste teste, calcula-se o *score* e os fumadores, são distribuídos por 3 grupos – motivação baixa, moderada ou elevada. Quanto maior a pontuação, maior a motivação (rodapé da mesma tabela) ^[178].


Tabela II. 8 - Teste de Richmond ^[178].

TESTE DE RICHMOND: AVALIAÇÃO DO GRAU DE MOTIVAÇÃO		
Perguntas	Respostas	Cotações
Gostaria de deixar de fumar?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	1 0
Como classifica a sua vontade em deixar de fumar?	<input type="checkbox"/> Muita <input type="checkbox"/> Alguma <input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Nenhuma	3 2 1 0
Acha que conseguia deixar de fumar nas próximas 2 semanas?	<input type="checkbox"/> Sim, de certeza <input type="checkbox"/> Provavelmente <input type="checkbox"/> Talvez <input type="checkbox"/> Não	3 2 1 0
Acha que conseguia deixar de fumar nos próximos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sim, de certeza <input type="checkbox"/> Provavelmente <input type="checkbox"/> Talvez <input type="checkbox"/> Não	3 2 1 0
TOTAL		


- Grau de motivação



Baixa motivação
• 0 - 6 pontos



Moderada motivação
• 7 - 9 pontos



Elevada motivação
• 10 pontos

○ Escala Visual Analógica de Motivação (VASM)

Pode, ainda, avaliar-se a motivação para o fumador deixar de fumar, através do auxílio de perguntas e de uma escala, numerada de 0 a 10 ^[157] (Tabela II.9).

Tabela II. 9 - Escala Visual Analógica de Motivação. Fonte: Adaptado de ^[157].

ESCALA VISUAL ANALÓGICA AVALIAÇÃO DO GRAU DE MOTIVAÇÃO	
Numa escala de 0 a 10, que importância tem para si deixar de fumar?	
0	10
----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----	
Nenhuma importância	Bastante importância

<p>Numa escala de 0 a 10, que vontade tem em deixar de fumar?</p>	
0	10
Nenhuma vontade	Bastante vontade
<p>No caso de estar decidido a parar de fumar, como quantifica, numa escala de 1 a 10, a sua confiança de que o vai conseguir?</p>	
0	10
Nenhuma confiança	Bastante confiança

Após a compreensão da fase do processo comportamental em que o fumador se encontra, bem como do seu grau de dependência e motivação, pode realizar-se um aconselhamento adequado ao indivíduo. Isto é, se o fumador estiver apto a deixar de fumar, pode ingressar num programa de cessação tabágica; no entanto, se ainda não estiver completamente preparado para dar esse passo, deve encaminhar-se o utente para a realização de estratégias cognitivo-comportamentais.

7.4. Tratamento

Por se ter reconhecido a dependência do tabaco como uma doença crónica houve um acréscimo da sua valorização, surgindo, assim, a necessidade de desenvolver-se diversas terapêuticas.

A utilização de terapêuticas farmacológicas e/ou não farmacológicas tem apresentado, tanto individualmente como em associação, elevadas taxas de eficácia na cessação tabágica, sendo a sua associação mais vantajosa, atingindo-se melhores resultados [179,180].

No esquema da Figura II.31 são visíveis diferentes terapêuticas utilizadas em Portugal para a cessação tabágica.

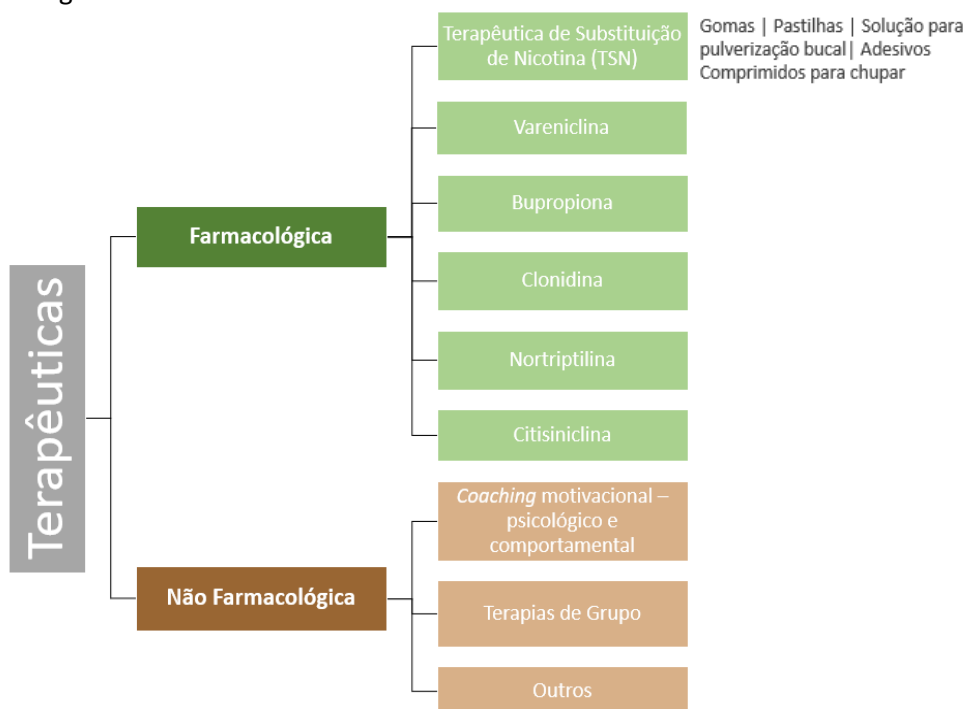


Figura II. 31 – Terapêuticas utilizadas, em Portugal, para a cessação tabágica.

7.4.1. Tratamento farmacológico

Segundo o Prontuário terapêutico do INFARMED, as diferentes apresentações farmacológicas para a cessação tabágica estão incluídas no grupo farmacoterapêutico do Sistema Nervoso Central e no subgrupo dos medicamentos para tratamento da dependência de drogas ^[181].

As orientações mais recentes para o tratamento do tabagismo recomendam que o tratamento farmacológico deve ser disponibilizado, principalmente, aos fumadores com dependência moderada a elevada, que pretendam deixar de fumar, excetuando os casos em que haja contraindicação para tal, nomeadamente, fumadores com história de sintomas severos de abstinência em tentativas de cessação anterior. No entanto, a não observância destas condições, não exclui a possibilidade de uso de terapêutica farmacológica, devendo ser sempre analisados os benefícios e os riscos em cada caso ^[157].

O sucesso da abstinência tabágica aumenta significativamente com recurso à terapêutica farmacológica, triplicando as possibilidades de êxito nestes fumadores, quando comparados com os que param de fumar sem medicação ^[182].

O farmacêutico comunitário tem um papel importante no aconselhamento e acompanhamento das terapêuticas, sendo que estas, para a cessação tabágica não são exceção, contribuindo, assim, de forma inequívoca para o sucesso dos fumadores. Sendo fundamental instruir os utentes para a adesão à terapêutica e para uma correta utilização destes fármacos, para se alcançar o efeito terapêutico desejado e minimizar-se então o aparecimento de efeitos secundários ^[183].

A eleição do fármaco adequado para auxiliar cada utente no seu processo de cessação tabágica deve basear-se em vários fatores ^[157], particularmente:

- a experiência do profissional na sua prática e/ou do fumador em tentativas anteriores;
- as circunstâncias quotidianas e preferenciais de cada indivíduo (ex. utente que realiza atendimento ao público não convém utilizar gomas para mascar, fumador com dependência elevada necessita de formulações com início de ação rápido ou associação de várias opções, etc.);
- as interações deste com outros que o indivíduo já esteja a tomar e as contraindicações dos fármacos no utente em particular (ex. antecedentes depressivos, preocupações com o peso, possibilidades económicas, etc.).

Atualmente, os medicamentos utilizados no abandono tabágico podem ser classificados como fármacos de 1ª linha e fármacos de 2ª linha (Quadro II.5), por critérios de efetividade e segurança ^[157].

Quadro II. 5 - Classificação dos fármacos para a cessação tabágica ^[157].

1ª linha	2ª linha
Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN)	Clonidina
Vareniclina	Nortriptilina
Bupropiona	Citisiniclina

Comparando a eficácia das terapêuticas de 1ª linha, segundo estudos relativamente a um placebo, o medicamento mais eficaz em monoterapia demonstrou ser a Vareniclina [182]. Pelas evidências do seu sucesso e no âmbito da estratégia de prevenção e controlo do tabagismo, em janeiro de 2017, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) iniciou a comparticipação da Vareniclina, ocupando o escalão C, que equivale a 37% de comparticipação [184].

No gráfico da Figura II.32 pode-se verificar que o inicio da comparticipação de Vareniclina fez aumentar significativamente a utilização desta substância na cessação tabágica. Ainda assim, conclui-se que a substância maioritariamente utilizada na cessação tabágica é a nicotina sob diferentes formas farmacêuticas (TSN), sendo um dos motivos o facto de ser de venda livre [185].

Do mesmo estudo pode-se, ainda, perceber que em Portugal, a dispensa de fármacos de cessação tabágica em farmácia comunitária regista, geralmente, maiores valores no início de cada ano civil, correspondendo esta altura do ano a uma maior motivação por parte dos fumadores [185].

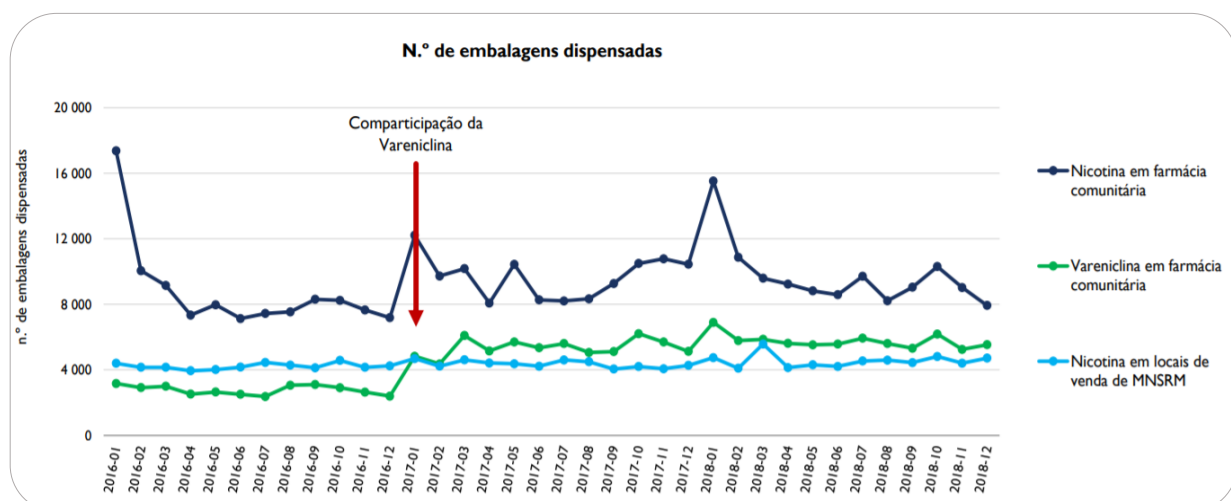


Figura II. 32 - Número de embalagens de TSN e Vareniclina dispensadas, entre 2016 e 2018, em Farmácia Comunitária e locais de venda livre MNSRM, em Portuga [185].

7.4.1.1. Terapêuticas de 1ª linha

A. Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN)

A TSN foi a primeira terapia desenvolvida para a cessação tabágica, em 1978 [186]. Em Portugal, atualmente, a TSN existente é sob a via bucal - gomas de mascar, pastilhas, comprimidos para chupar, soluções para pulverização e via cutânea – adesivos transdérmicos [187]. Se a nicotina fosse produzida sobre a forma de um comprimido com absorção intestinal, a sua biodisponibilidade seria reduzida, uma vez que, a nicotina apresenta efeito de primeira passagem no fígado. Assim, um comprimido que provocasse concentrações de nicotina suficientemente elevadas a nível do SNC, também causaria bastantes distúrbios gastrointestinais [188]. É por esta razão que a TSN é produzida de modo a possuir uma absorção bucal e cutânea. Na Tabela II.10 estão descritas as diferentes

formulações de TSN presentes em Portugal, bem como as suas dosagens aprovadas pelo INFARMED para comercialização ^[187].

No apêndice I pode-se observar uma tabela com as várias as apresentações disponíveis (substâncias ativas e respetivas marcas comerciais).

A FDA também já aprovou mais duas formulações de TSN, o spray nasal e o inalador, todavia ainda não são comercializadas em Portugal ^[189].

Tabela II. 10 - Formulações e respetivas dosagens de TSN presentes em Portugal ^[187].

Formulações de TSN	Dosagem	
Gomas de mascar	2 mg 4 mg	
Pastilhas	1 mg 1.5 mg 2 mg 2.5 mg	
Comprimidos de chupar	1.5 mg 2 mg 4 mg	
Soluções para pulverização oral	1 mg/dose	
Sistemas transdérmicos	16 horas	10 mg 15 mg 25 mg
	24 horas	7 mg 14 mg 21 mg

- Objetivos terapêuticos da TSN

Como se pode observar na Figura II.33 a TSN tem, especificamente, dois objetivos – um imediato (A) e outro a longo prazo (B). O primeiro consiste na saturação momentânea dos recetores nicotínicos, estimulando-os de forma a aliviar, temporariamente, o desejo e os sintomas de privação que o fumador sente quando deixa de fumar e o segundo na redução, ao longo do tempo, do número excessivo de recetores nicotínicos que foram sendo sintetizados nas células do SNC, de forma a reduzir-se a dependência tabágica ^[190].

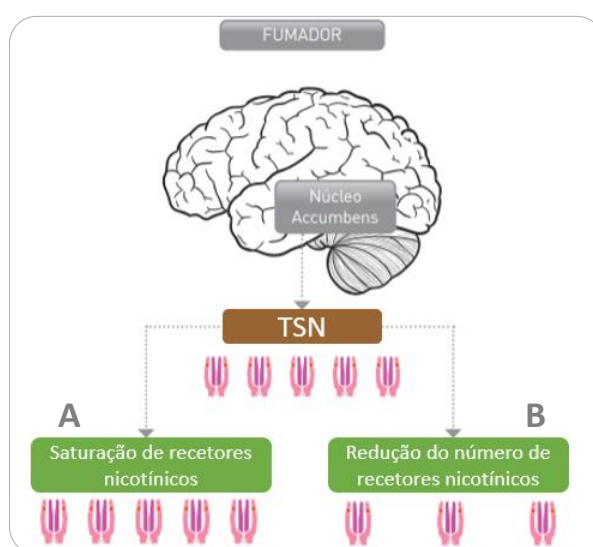


Figura II. 33 - Objetivos terapêuticos da TSN: A. Imediato e B. Longo Prazo ^[190].

- Modos de administração e Advertências da TSN

O sucesso da TSN depende em grande parte da correta utilização das formulações e do cuidado perante algumas advertências durante o tratamento. Assim o farmacêutico comunitário aquando da dispensa de TSN deve ter um papel ativo e aconselhar adequadamente sobre estes aspetos de forma a maximizar a efetividade e segurança da terapêutica.

No Apêndice II está explicado, para cada Forma Farmacêutica de TSN, o modo de administração correto e advertências a ter-se em conta [187].

- Propriedades Farmacológicas da TSN

- Farmacodinâmica

Como visto anteriormente (*Capítulo II. Parte B. Ponto 3.3.5.*), a nicotina é um agonista dos recetores nicotínicos presentes no sistema nervoso periférico e central e tem efeitos pronunciados no SNC e no sistema cardiovascular. Uma vez que a nicotina presente no tabaco e a nicotina presente nas TSN são estruturalmente semelhantes, têm mecanismos de ação no organismo análogos, como é visível na Figura II.34.

A diferença principal que se pode apontar aos dois processos consiste no potencial de ação gerado ser menor no caso das TSN, uma vez que a nicotina presente nas FF liga-se de forma menos intensa (- força de ligação) aos recetores nicotínicos, levando a uma menor estimulação dos canais de Ca^{2+} dependentes de voltagem, promovendo, assim, uma menor quantidade de vesículas de dopamina e de outros neurotransmissores da célula para a fenda sináptica. Como consequência, a sensação de prazer e bem-estar produzida é menor, comparativamente, à sentida aquando, por exemplo, do consumo de um cigarro convencional. No entanto consegue-se diminuir e aliviar os efeitos dos sintomas de abstinência, originados pelo abandono do consumo tabágico [103].

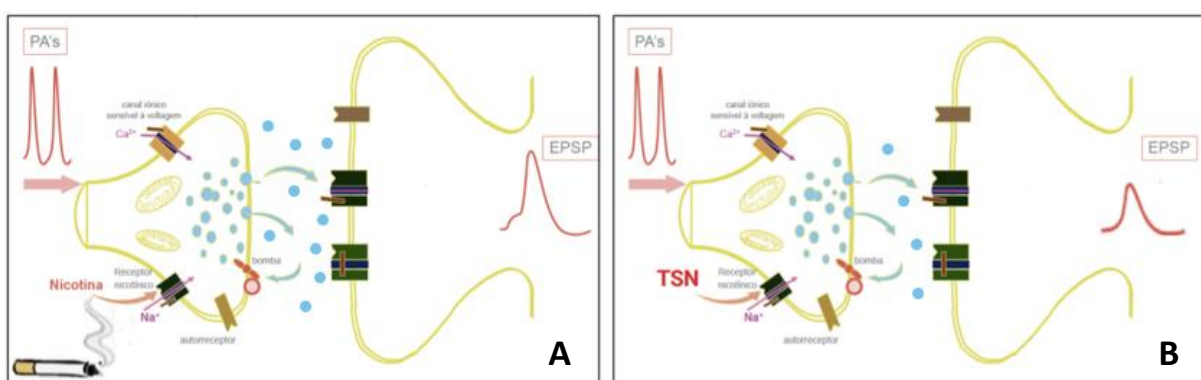


Figura II. 34 - Mecanismo de ação da nicotina presente: A. no tabaco e B. nas TSN. (Legenda: PA – Potencial de ação, EPSP – Corrente pós-sináptica excitatória, TSN – Terapêutica de Substituição de nicotina, Na – Sódio e Ca – Cálcio) [103].

- Farmacocinética

As propriedades farmacocinéticas da TSN são semelhantes aos processos desencadeados pela nicotina presente no tabaco de um cigarro convencional no organismo (*Capítulo II. Parte B. Pontos 3.3.1-73.3.4*), destituindo-se, particularmente a absorção destes, que, por ser efetuada através dos pulmões, é mais rápida a chegar à circulação sanguínea e a provocar o devido efeito no cérebro, em comparação com a via de absorção das TSN que é bucal ou transdérmica.

Comparando a farmacocinética dos diferentes produtos disponíveis para a TSN também se pode concluir que a absorção é diferente entre eles, derivado às diferentes vias e modos de administração que demonstram influenciar os vários parâmetros da absorção de nicotina. Por exemplo, as formas de TSN para absorção oral apresentam um tempo de início de ação superior aos sistemas transdérmicos, mas de menor duração de ação.

No apêndice III está descrito, para cada FF TSN, os parâmetros farmacocinéticos conhecidos em RCM ^[187].

- Posologia

O início do tratamento com substitutos de nicotina ocorre, por recomendação da maioria das *guidelines*, normalmente, no dia escolhido para o abandono do tabaco – no Dia D, mas também podem ser utilizadas com o propósito de ajudar um fumador que ainda não está completamente motivado a que ocorra uma redução gradual do consumo tabágico, podendo ser um caminho para a cessação ^[191]. Ou seja, um indivíduo pode estar a realizar TSN e fumar concomitantemente. Todavia, comparando com a evicção abrupta, esta prática tem demonstrado ser menos eficaz ^[192,193].

A dose recomendada de cada fármaco de TSN, em monoterapia, segundo os RCM, deve ser ajustada a cada fumador, baseando-se no seu grau de dependência nicotínica (p.ex. obtido através do teste de *Fagertröm*) ^[187]. No apêndice IV pode-se observar as dosagens de TSN de referência para cada caso.

Geralmente, a duração total do tratamento das diferentes TSN é semelhante, variando entre 8 a 12 semanas, podendo ser recomendadas por períodos mais longos, até que o utente esteja em risco elevado de recaída e esteja confiante para cumprir a abstinência ^[194,195].

Todavia por períodos superiores a 6 meses, não existe evidência que comprove o aumento significativo do benefício, não se justificando assim, o seu uso ^[182,196].

Está comprovado que as TSN orais são eficazes, no entanto, em monoterapia encontram-se, especialmente, aconselhadas a fumadores com dependência baixa a moderada, pois nos com dependência elevada é recomendado a associação destas com outras formas farmacêuticas ^[163].

B. Vareniclina

A Vareniclina, molécula comercializada com o nome comercial *Champix*[®], é um fármaco não nicotínico, com indicação terapêutica para a cessação tabágica em adultos, estando disponível em Portugal desde 2007. É classificado como Medicamento Sujeito a Receita Médica, estando assim apenas disponível em Farmácia Comunitária [197].

- Propriedades farmacológicas

- Farmacodinâmica

A Vareniclina liga-se com elevada afinidade e seletividade aos recetores colinérgicos nicotínicos neuronais $\alpha 4\beta 2$ da acetilcolina, onde atua através de 2 mecanismos de ação [197,198] (Figura II.35):

- na ausência de nicotina, como agonista parcial – com atividade intrínseca inferior à da nicotina, ativa o recetor nicotínico, produzindo cerca de 50% da resposta biológica da nicotina no organismo humano, desta forma consegue impedir a diminuição total dos níveis de dopamina no núcleo *accumbens* durante a cessação tabágica, resultando num alívio dos sintomas de abstinência e do desejo de consumo tabágico.

- caso o indivíduo esteja em redução tabágica ou ocorra um lapso, o fármaco, na presença da nicotina vai atuar como antagonista, podendo prevenir a estimulação completa do recetor quando a nicotina é coadministrada, reduzindo o acesso da nicotina a estes, limitando assim a ligação da nicotina e diminuindo os efeitos de recompensa do consumo de tabaco mitigando, desta forma, o risco de recaída.

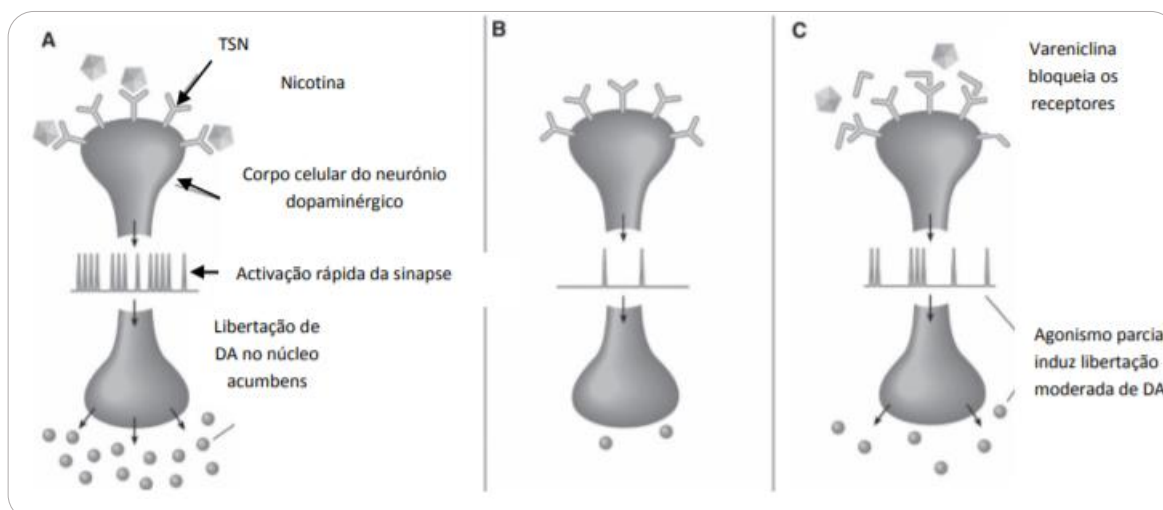


Figura II. 35 - A. Efeitos da nicotina presente no cigarro; B. Síndrome de abstinência e C. Mecanismo de ação da Vareniclina. [198].

- Farmacocinética

O fármaco Vareniclina é administrado por via oral, uma vez que demonstrou elevada biodisponibilidade por esta via [197].

Absorção

As concentrações plasmáticas máximas de vareniclina ocorrem, tipicamente, entre 3-4 horas após administração. Após a toma de doses orais múltiplas a voluntários saudáveis, as condições de estado de equilíbrio foram obtidas no prazo de 4 dias. A biodisponibilidade oral da vareniclina não é afetada por alimentos e sua disponibilidade sistémica é elevada ^[197].

Distribuição

A vareniclina penetra nos tecidos, incluindo o cérebro. O volume aparente de distribuição no estado de equilíbrio é em média de 415 litros e a ligação às proteínas plasmáticas é baixa ($\leq 20\%$). Em roedores, a vareniclina demonstrou atravessar a placenta e ser excretada no leite materno ^[197].

Metabolização

A vareniclina é muito pouco metabolizada, sendo 92% excretada sob a forma inalterada na urina, e menos de 10% excretada na forma de metabolito. Os metabolitos minoritários na urina incluem a vareniclina N-carbamoilglucuronida e hidroxivareniclina. Na circulação, a vareniclina corresponde a 91% de material relacionado com o fármaco. Os metabolitos minoritários na circulação incluem a vareniclina N-carbamoilglucuronida e N-glucosilvareniclina. A vareniclina não tem um metabolismo hepático significativo, pelo que não constitui uma contraindicação em doentes com insuficiência hepática ^[197].

Eliminação

A semivida apresentada pela vareniclina é de, aproximadamente, 24 horas. A eliminação é principalmente renal, através de filtração glomerular juntamente com secreção tubular ativa. A sua clearance renal é proporcional à dose, sendo necessária precaução na utilização por parte de doentes com insuficiência renal, tornando-se importante um ajuste da dose utilizada ^[197].

- Posologia

A terapêutica com Vareniclina deve ser iniciada 1 a 2 semanas antes do dia estabelecido para iniciar-se a cessação tabágica – dia D ^[197], existindo estudos que demonstram que o alargamento deste período para 4 semanas é mais eficaz ^[190]. De seguida, o início da medicação deve ser realizado com titulações, isto é, doses progressivas (Tabela II.11) para minimizar os possíveis efeitos secundários que advêm deste fármaco. O tratamento deve ser mantido, pelo menos, por 12 semanas, podendo prolongar-se até aos 6 meses ^[197].

Na terapêutica de cessação tabágica, o risco de recaída é elevado no período imediatamente a seguir ao final do tratamento, portanto pode ser considerada uma diminuição gradual da dose para doentes com risco elevado de recaída ^[197].

Tabela II. 11- Posologia para cada etapa do tratamento com Vareniclina [197].

Fases do tratamento	Dias	Posologia
Etapa 1	Dia 1-3	0.5 mg, 1x por dia
Etapa 2	Dia 4-7	0.5 mg, 2x por dia
Etapa 3	Dia 8-até ao fim do tratamento	1 mg, 2x por dia

C. Bupropiona

A Bupropiona, molécula comercializada com o nome comercial Zyban®, é um fármaco não nicotínico, com indicação terapêutica para a cessação tabágica, estando também disponível em Portugal, inicialmente, com indicação antidepressiva. Por isso, pensa-se também que a Bupropiona, como antidepressivo eficaz que é, pode reduzir os sintomas depressivos em fumadores e pode limitar o seu aparecimento após a cessação. Este fármaco é classificado como Medicamento Sujeito a Receita Médica, estando apenas disponível em Farmácia Comunitária [199].

- Propriedades farmacológicas

- Farmacodinâmica

A Bupropiona é um composto com estrutura similar às feniletilaminas e às anfetaminas. Atua inibindo a recaptação de catecolaminas (dopamina e noradrenalina) ao nível da via mesolímbica, o que faz com que haja a permanência destes neurotransmissores nas fendas sinápticas em maior quantidade e por um maior período de tempo, e por consequência o prolongamento dos efeitos positivos de prazer e bem-estar. Tem, ainda, um efeito antagonista no recetor $\alpha 4\beta 2$ nicotínico. Assim, este fármaco aumenta os níveis destas catecolaminas, simulando a ação da nicotina, sendo útil na cessação tabágica, na medida em que reduz os sintomas de abstinência e o desejo compulsivo de fumar (Figura II.36) [200].

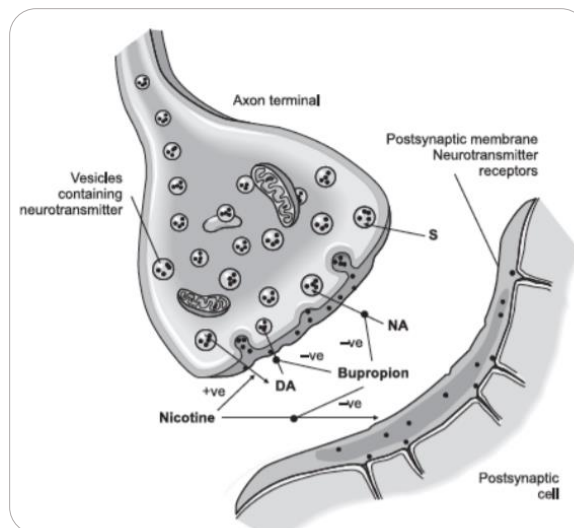


Figura II. 36 - Mecanismo de ação da Bupropiona [200].

- Farmacocinética

O fármaco Bupropiona é comercializado sob a forma de comprimidos de libertação prolongada, administrados por via oral [199].

Absorção

Sensivelmente 2,5 a 3 horas após administração oral de bupropiona, observaram-se concentrações plasmáticas máximas ($C_{máx}$) de aproximadamente 100 ng por ml. Os valores da AUC e da $C_{máx}$ obtidos para a bupropiona e seus metabolitos ativos, hidroxibupropiona e treohidrobupropiona, aumentaram proporcionalmente à dose no intervalo de 50 - 200 mg, após administração de uma dose única e no intervalo de 300 – 450 mg por dia, após administração crónica [199].

Distribuição

A bupropiona é largamente distribuída, com um volume de distribuição aparente de aproximadamente 2000 litros. A bupropiona, a hidroxibupropiona e a treohidrobupropiona ligam-se às proteínas plasmáticas com as percentagens de 84%, 77% e 42%, respetivamente. Estudos efetuados no animal mostram que a bupropiona e os seus metabolitos ativos atravessam a barreira hematoencefálica, a placenta e são excretados no leite materno humano [199].

Metabolismo

No ser humano, a bupropiona é extensamente metabolizada. Foram identificados no plasma três metabolitos farmacologicamente ativos: hidroxibupropiona e os isómeros amino-álcool, treohidrobupropiona e eritrohidrobupropiona. Os metabolitos ativos são posteriormente metabolizados em metabolitos inativos (alguns não estão completamente caracterizados, mas poderão incluir conjugados) e excretados na urina. Estudos *in vitro* indicam que a bupropiona é metabolizada no seu principal metabolito ativo, hidroxibupropiona, essencialmente pela isoenzima CYP2B6 [199].

Eliminação

Menos de 10% de bupropiona foi detetada na urina, na forma de metabolitos ativos. Após administração oral de bupropiona, a depuração média aparente é de aproximadamente 200 l/h e o tempo de semivida de eliminação médio é de, aproximadamente, 20 horas. Os tempos de semivida de eliminação dos metabolitos, hidroxibupropiona, treohidrobupropiona e eritrohidrobupropiona é de, aproximadamente, 20, 37 e 33 horas, respetivamente [199].

- Posologia

Segundo o detentor de AIM recomenda-se iniciar o tratamento enquanto o doente ainda fuma, estabelecendo um dia específico para interrupção – dia D, nomeadamente nas duas primeiras semanas de tratamento, de preferência na segunda semana. De seguida, o início da medicação deve ser realizado com titulações, isto é, doses progressivas (Tabela II.12) para minimizar os possíveis efeitos secundários que advêm deste fármaco. O tratamento deve ser mantido, pelo menos, por 7 semanas, podendo prolongar-se até à 9 semana [199].

Tabela II. 12 - Posologia para cada etapa do tratamento com Bupropiona [199].

Fases do tratamento	Dias	Posologia
Etapa 1	Dia 1-6	150 mg, 1x por dia
Etapa 2	Dia 7-até ao fim do tratamento	150 mg, 2x por dia, de 8/8h

D. Associação de fármacos de 1ª linha

Está comprovado que a associação de formulações de 1ª linha na cessação tabágica, já existentes no mercado, permitem obter, na maioria das vezes, melhores resultados, elevando as taxas de sucesso, em comparação com a monoterapia [201].

As duas associações que têm sido apontadas como as mais vantajosas são:

- associação de TSN ST com Vareniclina ou Bupropiona. A posologia recomendada é iniciar a Vareniclina ou a Bupropiona na dose *standard* durante 2 semanas e, de seguida, introduzir a TSN ST no dia D. A duração aconselhada do tratamento nestes casos, com Vareniclina ou Bupropiona varia entre 7 a 12 semanas (igual duração em monoterapia) e com TSN ST pode variar de 3 a 6 meses (mais prolongada do que em monoterapia, que é normalmente 12 semanas) [196,202–204];
- e a associação de diferentes TSN entre si, nomeadamente de formulações de libertação rápida (gomas, pastilhas, comprimidos e pulverizador) com formulações de libertação prolongada (sistemas transdérmicos) [196]. Na figura II.37B podemos observar que a associação de TSN oral e cutânea, provocam um aumento da área sob a curva da concentração sérica de nicotina e induzem picos de concentração de nicotina. Assim, a concentração plasmática de nicotina permanece durante mais tempo acima do limiar de desejo intenso de fumar e os picos de concentração de nicotina mimetizam os picos obtidos com o cigarro, aliviando os sintomas pontuais de abstinência [205].

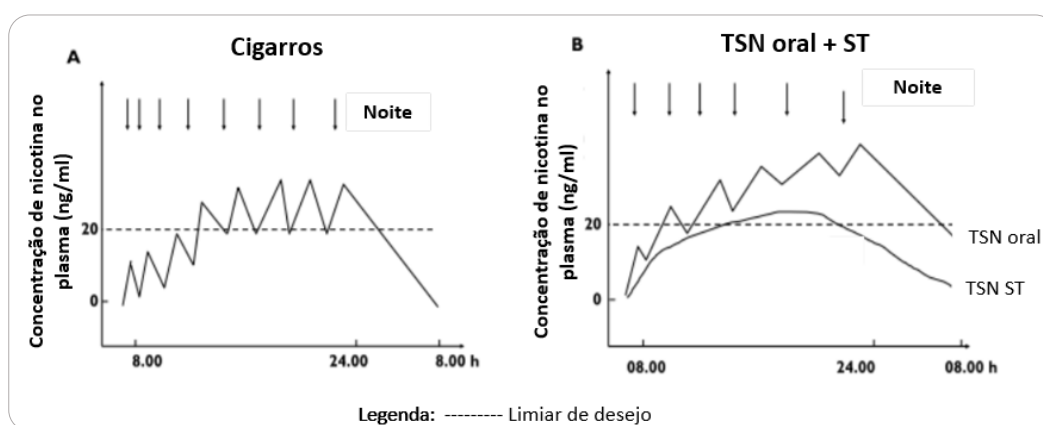


Figura II. 37 - Relação entre a concentração de nicotina no sangue ao longo do tempo, com: A. Cigarros e B. TSN oral + ST [205].

A escolha para realização de terapia combinada entre formulações é, igualmente, como em monoterapia, determinada pelas características do comportamento tabágico do fumador. As *guidelines* europeias sugerem que para a escolha do esquema terapêutico inicial de associação entre TSN se tenha por base a determinação do número de cigarros fumados por dia e o tempo até ao

primeiro cigarro fumado após acordar ^[118] ^[196]. No apêndice V, está apresentada uma tabela referência das posologias que devem ser aconselhadas para TSN combinada.

7.4.1.2. Terapêuticas de 2ª linha

A. *Citisiniclina*

A Citisiniclina é um alcalóide vegetal com estrutura química semelhante à da nicotina, que embora usado no tratamento farmacológico da dependência tabágica há cerca de 40 anos na Europa, em Portugal foi aprovado recentemente, em julho de 2021, pelo facto do INFARMED considerar que anteriormente não existiam ensaios clínicos controlados suficientes ^[191,206]. É comercializado na dosagem de 1,5 mg, com o nome comercial *Dextazin*® e classificado como Medicamento Não Sujeito a Receita Médica, de dispensa exclusiva em Farmácia Comunitária (MNSRM-EF) ^[207].

- Posologia

Está indicado na cessação tabágica de fumadores entre os 18 e os 65 anos, sendo o esquema posológico definido para 25 dias e constituído por 5 fases, como demonstrado na Tabela II.13. O consumo de tabaco deve ser interrompido o mais tardar no 5.º dia de tratamento, pois o consumo tabágico não deve ser continuado durante o tratamento, com a consequência de agravar as reações adversas. Em caso de falha do tratamento, a terapêutica deve ser descontinuada e pode ser retomada após 2 a 3 meses ^[207].

Tabela II. 13 - Posologia para cada etapa do tratamento com Citisiniclina ^[207].

Fases do tratamento	Dias	Posologia
<i>Etapa 1</i>	Dia 1 - 3	1 cp a cada 2h, durante 12 horas seguidas (6 cps/dia no máximo)
<i>Etapa 2</i>	Dia 4 - 12	1 cp a cada 2h30, durante 12.5 horas seguidas (5 cps/dia no máximo)
<i>Etapa 3</i>	Dia 13 - 16	1 cp a cada 3h, durante 12 horas seguidas (4 cps/dia no máximo)
<i>Etapa 4</i>	Dia 17 - 20	1 cp a cada 5h, durante 15 horas seguidas (3 cps/dia no máximo)
<i>Etapa 5</i>	Dia 21 - 25	1 a 2 cp por dia (2 cps/dia no máximo)

- Reações adversas

De uma forma geral, a Citisiniclina é bem tolerada, sendo as suas reações adversas mais frequentes semelhantes a outras formulações indicadas na cessação tabágica, podendo ser visíveis no Quadro II.6.

Quadro II. 6 - Reações adversas mais comuns da Cítisiniclina, descrita em RCM ^[207].

Classe de sistema de órgãos	Reações Adversas
Doenças do metabolismo e da nutrição	Alterações do apetite, especialmente aumento do mesmo
Doenças do sistema nervoso	Tonturas, cefaleias, irritabilidade, alterações de humor, ansiedade, perturbações do sono (insónia, sonolência, letargia, sonhos anormais, pesadelos), dificuldade de concentração
Cardiopatias	Taquicardia
Vasculopatias	Hipertensão
Doenças gastrointestinais	Xerostomia, diarreia, náusea, alteração do paladar, azia, obstipação, vómitos, dor e distensão abdominal, ardor na língua
Afeções dos tecidos cutâneos	erupção cutânea
Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos	Mialgia
Perturbações gerais	Fadiga

B. Clonidina

A Clonidina, molécula comercializada com o nome comercial *Catapresan*[®], é um MSRM, com indicação terapêutica para a hipertensão, no entanto vários estudos confirmaram a sua utilidade no auxílio da redução dos sintomas de privação decorrentes do uso do álcool, opiáceos e, em alternativa aos fármacos de 1^a linha, na cessação tabágica ^[157,208].

A Clonidina tem ação de agonista alfa-2-adrenérgico atua primariamente no sistema nervoso central, tendo como resultado uma redução da atividade simpática, reduzindo a libertação de noradrenalina ^[208].

No âmbito da cessação tabágica, recomenda-se a dosagem de 0,15 mg/dia a 0,75 mg/dia, durante 3 a 10 semanas, sendo necessário ajustar a dose e instituir uma vigilância apertada, de modo a evitar efeitos adversos. A incidência frequente de reações adversas, como tonturas, sedação, cefaleias, hipotensão, xerostomia, prurido ocular, sonolência, vertigens e diarreia tem limitado a sua utilização ^[157,208].

C. Nortriptilina

A Nortriptilina, molécula comercializada com o nome comercial *Nortrol*[®], é um MSRM, que tal como a Clonidina não tem indicação terapêutica específica para a cessação tabágica, mas sim para a depressão. No entanto vários estudos confirmaram a sua utilidade no auxílio da redução dos sintomas de privação, podendo ser usado em alternativa aos fármacos de 1^a linha da cessação tabágica ^[209]. A nortriptilina é um antidepressivo tricíclico, reduzindo, assim, os sintomas de abstinência, por atuar como inibidor da recaptção de noradrenalina e serotonina ^[209].

O tratamento deve ser iniciado antes do dia D, para permitir atingir concentrações plasmáticas estáveis deste fármaco, evitando-se assim o aparecimento de sintomas de privação ^[182]. Para a cessação tabágica, recomenda-se, como noutras formulações analisadas anteriormente, o início do

tratamento 2 a 3 semanas antes do dia D e realização de titulações de doses entre 25 a 75 mg/dia [157].

Embora tenha demonstrado eficácia a longo prazo para ajudar no abandono do comportamento tabágico, os seus efeitos adversos, especialmente a toxicidade cardíaca, são um obstáculo para que o fármaco tenha aprovação para ser considerado de 1ª linha para cessação tabágica [191].

7.4.2. Tratamento não farmacológico

Alguns fumadores pelas suas convicções, ou por motivos relacionados com contraindicações para a realização de tratamento farmacológico ou, ainda, pelo facto de o tratamento farmacológico isolado não apresentar os resultados desejados, recorrem a outras terapias, geralmente em adjuvância, com vista a alcançar-se um aumento do sucesso, nomeadamente o *apoio motivacional cognitivo-comportamental*, o *exercício físico* e a *medicina alternativa*, como a *hipnoterapia*, a *acupunctura* e ou a *auriculoterapia*. Todavia, existem poucos estudos científicos que corroboram a eficácia das técnicas de medicina alternativa [210–212]. Sugere-se que no futuro, novos estudos, com conclusões mais sólidas, sejam feitos para avaliar a potencialidade destes métodos na cessação tabágica.

7.4.2.1. Terapia motivacional cognitivo-comportamental

Das terapêuticas não farmacológicas que podem aumentar os índices de abstinência a longo prazo a que mais se destaca é a terapia motivacional cognitivo-comportamental (Quadro II.7) [213].

Quadro II. 7 - Princípios da terapia motivacional cognitivo-comportamental [213].

Abordagem motivacional	Compreender a importância da desabituação
Abordagem cognitiva	Aprender a lidar com situações de risco
Abordagem comportamental	Mudança de hábitos para evitar o desejo de fumar

O sucesso desta terapia assenta num princípio fundamental: a motivação deve ser vista como a capacidade de uma pessoa aderir a uma estratégia específica de mudança, e que pode ser alterada ao longo do tempo, e não como um aspeto estático do carácter de um indivíduo [214]. Os objetivos desta terapia são: enfatizar a necessidade de mudar, ajudar a resolver a ambivalência (o conflito psicológico de continuar ou parar de fumar) e ajudar a ultrapassar os obstáculos durante o processo de cessação tabágica [182].

A terapia motivacional cognitivo-comportamental pode ser realizada sob a forma de *suporte pré-tratamento*, *suporte intra-tratamento* e de *aconselhamento prático*.

- O *suporte pré-tratamento*, pode ser realizado por qualquer profissional de saúde, tem como alvo os fumadores pouco motivados, e objetiva abordar a ideia de parar de fumar. Para tal pode recorrer-se a uma abordagem estruturada, em função dos chamados «5 R's» [157] (Quadro II.8).




Quadro II. 8 - Abordagem motivacional 5 R's ^[157].

1	Relevância	Encorajar o fumador a descrever em que medida o abandono do tabaco pode ser benéfico para o próprio e para a família. São alguns exemplos: gravidez, risco pessoal ou familiar de doença.
2	Riscos	Pedir ao fumador que identifique as potenciais consequências negativas do uso do tabaco, para o fumador e para a comunidade, dando maior ênfase aos riscos que parecem mais relevantes, a curto e longo prazo.
3	Recompensa	Pedir ao fumador que identifique os potenciais benefícios de parar de fumar, reforçando os mais importantes, em particular para a saúde e a nível financeiro.
4	Resistências	Solicitar ao fumador que identifique as barreiras ou obstáculos que possam estar a comprometer a sua decisão de parar, por exemplo, o receio dos sintomas de privação ou o em medo de falha a meio do processo.
5	Repetição	A intervenção deve ser repetida sempre que o fumador não estiver motivado e se apresente ao profissional de saúde. Este deve estar especialmente atento à ocorrência de momentos de maior sensibilidade à mudança, tais como em transtornos menores, o diagnóstico de patologias graves ou, no caso das mulheres, de uma gravidez.

- O *suporte intra-tratamento* é realizado em consultas de cessação tabágica intensivas, efetuadas por um profissional de saúde especializado, assumindo especial importância pelo facto de, a motivação ser fundamental em qualquer processo de mudança comportamental ^[157]. Engloba, assim, o encorajamento do fumador a falar sobre os seus principais receios no processo de cessação, das suas principais dificuldades ao longo do processo, bem como visa encorajá-lo a continuar abstinente. Para além disso, o profissional de saúde deve sempre transmitir confiança no fumador e na sua capacidade de lidar com as adversidades e deve também mostrar-se sempre disponível para ajudar ^[182].

- O *aconselhamento prático*, tem como finalidade dar ferramentas para auxiliar o indivíduo a ultrapassar as suas dificuldades, e assenta em três componentes principais, descritos no Quadro II.9 ^[215].

Quadro II. 9 - Componentes do aconselhamento prático da terapia motivacional ^[215].

	Ensinar	O fumador a reconhecer situações ou estados de espírito que aumentam o desejo de fumar (stress, a convivência com outros fumadores, afetos negativos, ingestão de álcool, café, entre outros).
	Treinar	O fumador para lidar com as dificuldades, ensinando-o a antecipar e evitar situações de stress, a adotando um estilo de vida saudável e a lidar com o seu desejo em consumir tabaco.
	Fornecer informações	Gerais sobre o tabagismo e os tratamentos de abandono tabágico disponíveis e mais adequados a cada situação.

7.4.2.2. Exercício físico

Existem estudos que comprovam que o exercício físico reduz o desejo de fumar e os sintomas de abstinência, no entanto desconhece-se qual é o mecanismo que leva o exercício a reduzir o desejo de fumar e os sintomas de abstinência. James Z Daniel *et al.* colocaram a hipótese de não ser o exercício físico em si que causava esta diminuição, mas sim a distração psicológica que o mesmo promovia ^[216,217].

Em estudos desenvolvidos com fumadores sujeitos a duas horas de abstinência e a uma caminhada de 15 minutos e um grupo controlo sedentário, concluiu-se que o exercício não só reduziu o desejo de fumar e os sintomas de abstinência, durante e após o exercício, como também aumentou o tempo entre os cigarros fumados ^[216]. Adrian Taylor *et al.* evidenciaram que uma sessão única de exercício físico de intensidade moderada, com duração de 30- 40 minutos teve um efeito positivo sobre a necessidade de fumar e sobre os sintomas relacionados com a abstinência, em que o benefício perdurou até 50 minutos após o exercício ^[218].

Num ensaio randomizado de Harry Prapavessis *et al.*, 142 mulheres fumadoras e sedentárias foram distribuídas por quatro grupos experimentais: 1) exercício + TSN ST; 2) exercício sem adesivo de TSN ST; 3) terapia motivacional cognitivo-comportamental + TSN ST e 4) terapia motivacional cognitivo-comportamental sem TSN ST. As taxas de cessação tabágica mais altas foram alcançadas quando a TSN foi adicionada às outras duas estratégias. Comparativamente aos que foram submetidos a terapia comportamental, os participantes que realizaram exercício físico aumentaram significativamente a sua capacidade funcional e perderam peso durante o programa ^[219].

7.4.2.3. Hipnoterapia

É uma das técnicas medicinais alternativas promovida como método para auxiliar a cessação tabágica. Pensa-se que atua com indução de um estado de profundo relaxamento (através da respiração profunda e do relaxamento muscular progressivo), de forma a enfraquecer o desejo de fumar. No entanto, os estudos realizados até agora não mostram evidências de que a hipnoterapia seja eficaz no tratamento anti-tabágico mas sugerem que tenha maiores taxas de sucesso do que não fazer nenhum tratamento ^[220,221].

7.4.2.4. Acupunctura

É uma terapia tradicional chinesa que geralmente usa agulhas para estimular pontos particulares do corpo. A acupunctura é usada com o objectivo de reduzir os sintomas de abstinência que os doentes experienciam quando tentam deixar de fumar. Terapias relacionadas incluem *acupressure*, terapia com laser ou estimulação elétrica. Os mecanismos possíveis da acupunctura de interesse na cessação tabágica passam pela estimulação regular de pontos apropriados no organismo que afetam a rede nervosa, responsável pela regulação dos neurotransmissores, incluindo a dopamina pela via GABA, β -endorfina e noradrenalina, e a atividade neuronal do núcleo *accumbens* ^[222]. Também pode afetar diretamente o desejo de fumar ^[223].

Não foi encontrada nenhuma evidência científica sólida de que a acupunctura aumenta o número de indivíduos que deixam, com sucesso, de fumar. Contudo, a acupunctura parece ser melhor do que não recorrer a nenhuma terapia, tal como a hipnoterapia ^[211,222-224].

7.5. Efeitos decorrentes de um processo de cessação tabágica

7.5.1. Síndrome de abstinência

A síndrome de abstinência tabágica ocorre quando um fumador pára de consumir tabaco, existindo uma diminuição plasmática de nicotina e conseqüentemente um déficit na libertação de dopamina e outros neurotransmissores, desencadeando um conjunto de sintomas, chamados de sintomas de privação [78].

O repetido consumo tabágico ocorre para os indivíduos se voltarem a sentir bem, através dos feitos positivos e agradáveis da nicotina.

A síndrome de abstinência tabágica é multifatorial, podendo caracterizar-se por 3 componentes – *físico, cognitivo e afetivo*, cada um composto por um conjunto de sintomas [225] (Quadro II.10).

Os sintomas característicos da síndrome de abstinência tabágica têm início poucas horas após o consumo do último cigarro (2-12 horas), alcançando-se um pico máximo no dia seguinte (24-48 horas). A maioria dos sintomas dura cerca de 4 semanas, no entanto a sua resolução completa pode durar meses [226].

Quadro II. 10 - Componentes da síndrome de abstinência tabágica [225].

Físico	Cognitivo	Afetivo
Bradycardia	Dificuldade de concentração	Craving*
Desconforto gastrointestinal (nomeadamente obstipação)	Comprometimento da memória	Humor deprimido
Aumento do apetite	Alterações do sono	Disforia
Alterações dos sentidos sensoriais (como o olfato e o paladar)	Cefaleias	Ansiedade
Tremores		Irritabilidade
Mal-estar generalizado		

*Nota: Forte desejo em pegar num cigarro

7.6. Definição das Estratégias de Cessação Tabágica

De acordo com as orientações internacionais da *European Network for Smoking and Tobacco Prevention* [190] e nacionais da Direção-Geral da Saúde [157] existem 3 formas de atuação na prevenção, controlo e combate ao tabagismo – primária, secundária e terciária.

7.6.1. Atuação primária

A atuação primária pretende promover a saúde e é destinada a toda a população, principalmente a subpopulações consideradas de risco específico como, por exemplo, as crianças e adolescentes. Tem como objectivo evitar o início do comportamento tabágico, promovendo estilos de vida saudável. Para tal é importante [227–229]:

- a promoção de ações de sensibilização sobre a temática, não sendo só responsabilidade dos farmacêuticos comunitários e médicos de família, mas também de todos os profissionais da área da saúde e dos professores das diferentes idades escolares.
- e a redução ou eliminação dos fatores do meio que favorecem o aparecimento deste problema, nomeadamente na realização de pressão aos decisores políticos de medidas neste âmbito.

7.6.2. Atuação secundária

A atuação secundária é destinada aos fumadores e pressupõe uma atitude pró-ativa de todos os profissionais de saúde, com objetivo de alcançar-se uma deteção dos comportamentos tabágicos, o mais precoce possível e, quando possível, incentivar à mudança, iniciando a resolução desse problema ^[230]. Existem estudos que mostram que os fumadores estão mais dispostos a parar o consumo tabágico quando um profissional de saúde aborda o tema do tabagismo e recomenda a cessação para melhorias da sua saúde, permitindo, em muitos casos, aumentar a perceção do fumador acerca do assunto ^[231,232].

Este tipo de atuação, normalmente engloba dois tipos de intervenções que devem ser realizadas pelos profissionais de saúde na sua prática diária – mínima e breve ^[227,228].

7.6.2.1. Mínima

Esta intervenção destina-se, principalmente, aos utentes que são fumadores, mas que não estão dispostos a abandonar de imediato o seu consumo tabágico, mas a longo prazo poderá ser uma opção. Para alguns autores, devido à natureza crónica e recidivante do uso de tabaco, os ex-utilizadores de tabaco recentes devem receber uma intervenção mínima para prevenção de recidiva ^[215].

Neste tipo de intervenção os profissionais devem tentar educar, motivar e incentivar à cessação. Expondo, simultaneamente, uma escuta reflexiva, respeitando a vontade do utente e mostrando empatia, de modo a evitar situações de oposição e confronto direto com o fumador.

A intervenção mínima é a mais curta, que os profissionais de saúde podem realizar, dura cerca de 3 minutos, prevendo o cumprimento de 2 passos, correspondentes à mnemónica 2A's ^[157] (Quadro II.11).

Quadro II. 11 - Passos a realizar numa Intervenção mínima ^[157].

1	Abordar	Falar com o utente acerca dos hábitos tabágicos
2	Aconselhar	Recomendar, de um modo sucinto, os fumadores a parar de fumar.

7.6.2.2. Breve

Esta intervenção aplicar-se, principalmente, aos fumadores que já efetuaram tentativas anteriores e aqueles que, mesmo sem tentativas prévias, desejam deixar de fumar nos próximos tempos ^[215].

A intervenção breve é um pouco mais extensa que a mínima, prevendo a duração de 10 minutos, com o cumprimento de 5 passos, correspondentes à mnemónica 5A's ^[157] (Quadro II.12).

Quadro II. 12 - Passos a realizar numa Intervenção breve ^[157].

1	Abordar	Falar com o utente acerca dos hábitos tabágicos
2	Aconselhar	Recomendar os fumadores a parar de fumar, de forma: - clara, expressando a necessidade absoluta de deixar de fumar, - firme, realçando a importância de parar o hábito.
3	Avaliar	A dependência e a motivação é um processo crucial na cessação tabágica, por isso nesta etapa deve tentar-se perceber se existe interesse do fumador em parar de fumar a curto prazo (de imediato), médio prazo (no próximo mês) ou a longo prazo (nos próximos 6 meses). Bem como compreender a dependência do fumador.
4	Ajudar	Para os fumadores que estão preparados para abandonar o consumo tabágico, é aconselhável definir as estratégias a implementar e marcar uma data com os mesmos para início do processo – o designado dia D, que corresponde ao dia igual a zero cigarros. Neste passo deve prestar-se ao utente informações uteis sobre o processo e a disponibilização de um folheto informativo de autoajuda. Pode-se também discutir com o utente as dificuldades a esperar e antecipar possíveis sintomas de privação que possa vir a sentir. E, ainda, sugerir-lhe que comunique à família e amigos com o objetivo de pedir apoio e compreensão dos mesmos para a fase que vai ultrapassar, bem como remover todos os produtos de tabaco e simbologia que os mesmos lhe façam lembrar deles.
5	Acompanhar	Programar o seguimento após o dia D, em função das necessidades que o utente sinta durante o processo e solicitar feedback.

Quando a intervenção mínima e/ou breve não funciona, deve-se proceder a uma atuação terciária, encaminhando o indivíduo para uma consulta de cessação tabágica intensiva.

7.6.3. Atuação terciária

A atuação terciária é caracterizada pela elaboração de programas de cessação tabágica intensivos, realizados por profissionais de saúde especializados na área (habilitados através de cursos e formações sobre o tema) ^[157].

O principal objetivo desta atuação é dar suporte e auxiliar os fumadores, que estejam preparados para iniciar o processo, a atingir a cessação tabágica, conseguir reduzir as consequências dos efeitos da dição, com especial atenção aos sintomas provenientes de uma abstinência e às recaídas que podem vir a ocorrer ^[227,228].

A intervenção intensiva deve ser realizada de forma holística, isto é, olhando para o fumador como um todo, para os seus problemas de saúde, bem como as suas preocupações ao longo do processo, podendo incluir uma abordagem farmacológica e/ou não farmacológica ^[157].

7.6.3.1. Intensiva

As consultas intensivas de cessação tabágica consistem num programa estruturado baseado no modelo multicomponentes que está provado ser o método mais eficaz. Assim, o “Programa-tipo de actuação na Cessação Tabágica” da DGS, propõe um programa estruturado que ajuda o fumador a alterar o seu comportamento, ensinando-o a lidar com as dificuldades do processo e a reduzir os sintomas de privação inerentes [157].

Todos os fumadores que desejam deixar de fumar podem recorrer à consulta, contudo a eficiência deste tipo de consultas será maior se forem utilizados critérios de acesso prioritário. Assim, devem ser referenciados à consulta, por exemplo, os fumadores nos quais a intervenção breve não foi bem-sucedida; os fumadores com tentativas anteriores falhadas; com cardiopatia isquémica com menos de oito semanas de evolução; com arritmias ou hipertensão arterial não controladas; com patologia crónica não controlada; com outros comportamentos aditivos; com doença psiquiátrica estabilizada; grávidas ou mulheres em período de amamentação [182].

O programa mencionado anteriormente recomenda a realização de 4 a 6 consultas presenciais e 3 a 4 contactos telefónicos. Na Figura II.38 está representado um cronograma para a intervenção intensiva, aconselhado pela DGS [157].

As primeiras consultas devem ser realizadas com um intervalo de tempo menor do que as últimas consultas, já que a síndrome de privação é mais intensa nas primeiras três semanas, podendo depois ser ajustado de acordo com as necessidades do fumador [182].

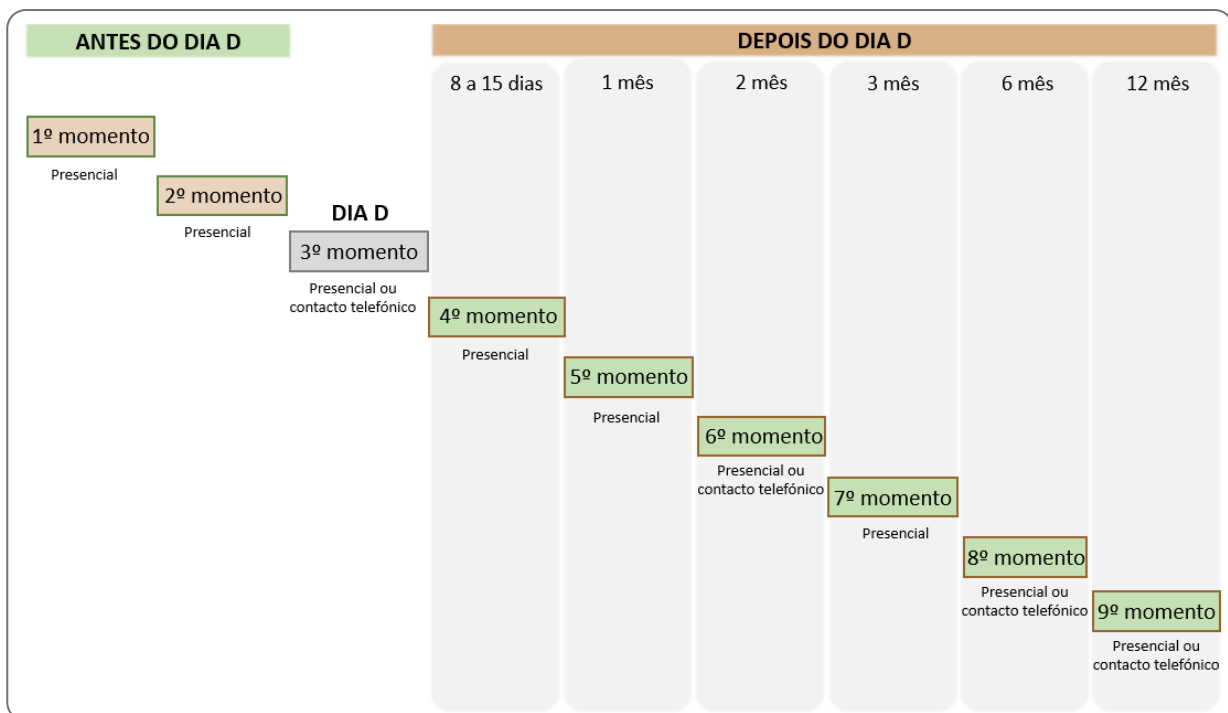


Figura II. 38 - Cronograma para programa de intervenção intensiva em cessação tabágica [157].

O ambiente das consultas e o espaço físico onde são realizadas devem apresentar conforto para o utente e a informalidade que a mesma exige ^[157].

A. Primeira Consulta

A primeira consulta é a mais demorada (cerca de 45 minutos) e tem como principal objectivo fazer uma avaliação geral do perfil do fumador. Engloba uma avaliação clínica, a avaliação do grau de dependência tabágica e de motivação para deixar de fumar e, por último, conselhos gerais e aconselhamento de terapêutica farmacológica e/ou não farmacológica ^[157].

• A.1. Avaliação Clínica

A avaliação clínica do fumador consiste na recolha dos seus dados pessoais, incluindo a atividade profissional, hábitos alimentares e de exercício físico, problemas de saúde que apresenta, perfil farmacoterapêutico, bem como na avaliação dos parâmetros antropométricos (peso e perímetro abdominal), pressão arterial e doseamento do monóxido de carbono ^[157].

O fumador também pode ser inquirido sobre o motivo que o levou à consulta (iniciativa própria ou referência por terceiros). E os apoios sociais e familiares que o identifica como possíveis apoios durante o processo ^[214].

• A.2. Avaliação da fase do processo de mudança comportamental e grau de motivação e dependência nicotínica

Também é fundamental perceber, para o fumador, a importância atribuída à mudança de comportamental e a percepção do próprio sobre a sua intenção, capacidade e confiança para mudar.

Outro aspeto essencial é compreender quando o fumador iniciou o consumo, os motivos que levaram ao início, bem como as razões que fazem com que continue o comportamento tabágico.

Para a avaliação destes parâmetros podem ser utilizadas as ferramentas mencionadas anteriormente (*Capítulo II. Parte C. Pontos 7.2-7.3*).

• A.3. Intervenção

É na primeira consulta que o profissional de saúde especializado pondera o plano terapêutico, farmacológica e/ou não-farmacológico, baseando-se no perfil global do fumador obtido pelos métodos referidos anteriormente, para que este possa suportar as primeiras semanas de abstinência sem sofrer recaídas. Acredita-se que se o fumador participar na escolha do tratamento, sendo informado e dando a sua opinião sobre o mesmo, o sucesso do tratamento é superior, aumentando-se assim as probabilidades do mesmo deixar de fumar ^[157].

Caso o fumador ainda não esteja apto para iniciar o processo deve promover-se uma abordagem motivacional e marcar-se uma segunda consulta para averiguar-se novamente os parâmetros referidos anteriormente. Caso o profissional chegue à conclusão que o fumador está preparado, deve existir um compromisso entre ambos sobre o processo de cessação tabágica e o dia em que vai cessar o consumo – Dia D. A marcação deste dia é crucial e, contrariamente ao que se poderia

pensar, parar de fumar abruptamente a partir desse dia é mais eficaz que deixar de fumar de forma gradual ^[233].

B. Dia D

No dia acordado para a cessação tabágica, o profissional deve realizar o primeiro contacto telefónico no sentido de confirmar o cumprimento do acordo, congratular o fumador pela sua atitude e incentivá-lo a continuar com o compromisso assumido. Deve ainda, rever a adesão ao plano farmacológico e eventuais efeitos secundários, encorajando o contacto com a equipa em caso de dúvidas e/ou problemas. No final, mesmo que o contacto seja telefónico, deve registar os dados na ficha clínica do utente ^[157].

C. Consultas Seguintes

As consultas de seguimento, visam avaliar as dificuldades dos indivíduos e o seu estado geral, devendo-se dar especial atenção à discussão de estratégias para lidar com a vontade de fumar ^[157]. Os principais tópicos a ter em conta nas consultas seguintes ao dia D são:

- efetuar uma avaliação clínica (parâmetros antropométricos – peso e perímetro abdominal; pressão arterial e doseamento do monóxido de carbono)
- realizar avaliação dos sintomas de privação, discutindo estratégias para a pessoa lidar com a abstinência (p.ex. se possível, mudar de tarefa, beber água, respirar fundo, fazer algo que gosta particularmente, entre outras); a adesão à terapêutica e a efetividade e segurança da mesma;
- elogiar o progresso realizado e encorajar a motivação;
- à prevenção da recaída, incentivando a abstinência e reforçando a disponibilidade da equipa.

Existe evidência de que o sucesso da intervenção é diretamente proporcional ao número de visitas. Desta forma, uma intervenção que inclui consultas de *follow-up* tem maior eficácia quando comparada com intervenções de apenas um contacto. Existindo uma associação entre a intensidade das intervenções e sucesso das taxas de abstinência ^[232,234].

Caso aconteça uma recaída, deve ser explicado ao fumador que esta é uma parte integrante do processo de cessação, não o culpabilizando e procurando que este não abandone a consulta uma vez que a maioria dos fumadores sofre cerca de cinco a sete recaídas ^[235]. O fumador deve então ser novamente avaliado para uma nova tentativa. Se estiver disposto a tentar novamente, então deve ser estruturado um novo programa de consultas. Caso o fumador ainda não esteja preparado deve reforçar o apoio motivacional ^[182].

A intervenção intensiva é um tipo de estratégia usada com frequência e é comprovadamente mais eficaz que a intervenção mínima e breve, uma vez que se tratar o assunto de forma mais próxima e regular ^[182]. E é por esse motivo que a DGS, ao longo dos últimos anos, tem realizado

várias recomendações no sentido de sensibilizar os profissionais para o aumento da disponibilidade desta intervenção de forma a possibilitar a inclusão de um maior número de fumadores nos programas.

7.7. O papel da farmácia comunitária e do farmacêutico

Estima-se que numa amostra de indivíduos fumadores cerca de 70% gostariam de deixar de fumar se o pudessem fazer com facilidade. No entanto, nem todos os fumadores, num dado momento, estão realmente motivados e preparados para iniciar esse processo, tendo, assim, os profissionais de saúde um papel extremamente fundamental na luta contra o tabagismo ^[157].

A literatura descreve que as intervenções dos profissionais aumentam as taxas de sucesso da cessação tabágica, melhorando a saúde atual e futura dos fumadores, reduzindo os riscos de doença e morte prematura. Estudos entre indivíduos que recebem acompanhamento por parte de um profissional especializado, em comparação com aqueles que realizam abandono voluntário da dependência, sem qualquer apoio, provam que as intervenções dos profissionais proporcionam melhores resultados ^[236].

A DGS, tem vindo a emitir recomendações, para a elaboração de consultas intensivas de cessação tabágica nos cuidados primários, nomeadamente nas unidades de saúde familiar (USF) das diferentes regiões de Portugal. É um encorajamento às instituições que já as possuem, para alargarem o número de dias que disponibilizam este tipo de consultas para consequentemente chegar-se a um maior número de indivíduos abrangidos pelo programa. Todavia, ainda há um longo caminho a percorrer, pois estima-se que apenas 1 em 4 fumadores que tentam parar de fumar têm oportunidade de usufruir de apoio intensivo, em âmbito de consulta de cessação tabágica ^[236].

Neste sentido é necessário unir esforços e aumentar o número de profissionais habilitados para trabalharem neste âmbito e assim ampliar a oferta de intervenções na cessação tabágica à população, satisfazendo a procura existente. Para combater esta pandemia mundial, torna-se assim necessário todo o apoio das instituições de saúde, nomeadamente das farmácias comunitárias. Considera-se que as farmácias comunitárias estão idealmente posicionadas para a promoção e combate ao tabagismo, pois os farmacêuticos e os restantes profissionais da farmácia apresentam elevada acessibilidade e interação diariamente com os utentes, estabelecendo uma relação de proximidade e confiança mútuas ^[17].

Segundo Hudmon *et al.* ^[237], a farmácia comunitária é um local privilegiado para intervir na área tabágica. Para explicar o seu raciocínio baseou-se no facto de existir a estimativa de que um cidadão americano, pelas comorbilidades, que muitas vezes apresenta, visita a farmácia, em média, 15 vezes por mês. Para Condinho & Sinogas ^[238], a cessação tabágica em Farmácia Comunitária tem uma grande vantagem pela proximidade e facilidade que os farmacêuticos possuem para monitorizar os potenciais sintomas de privação, prevenindo recaídas. Deste modo existe uma grande oportunidade

para o farmacêutico comunitário intervir, podendo contribuir de forma substancial para a redução da prevalência do consumo de tabaco na população e desenvolver impacto na sociedade.

De acordo com um estudo realizado em Portugal, cerca de 85% dos Portugueses visitaram uma farmácia comunitária nos últimos 12 meses na condição de doentes, enquanto apenas 65,6% visitaram um centro de saúde e 45,6% visitaram um hospital, concluindo-se assim que a farmácia é, normalmente, o estabelecimento de saúde mais visitado pelos Portugueses, depositando grande responsabilidade para o farmacêutico comunitário ^[239].

De acordo com o Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos ^[240] é dever do farmacêutico salvaguardar a saúde pública e educar a população no sentido da promoção da saúde. E é também seu dever, durante a dispensa da medicação, assegurar que o utente recebe a informação correta sobre a sua utilização, garantindo que o mesmo obtém um tratamento com qualidade, eficácia e segurança. Para Bock *et al.* ^[241] os farmacêuticos, enquanto especialistas do medicamento, são elementos base no aconselhamento de cessação tabágica, possuindo um elevado grau de conhecimento técnico-científico no âmbito farmacológico, apresentando assim condições adequadas para assegurar a efetividade (correta dose e utilização), bem como a segurança da terapêutica (efeitos adversos e potenciais interações), e aconselhando, para cada fumador, a melhor opção farmacológica e acompanhando-os durante o respetivo processo de abstinência tabágica ^[237].

Em Portugal, no estudo realizado por *Condinho et al.* ^[242], entre 2009 a 2019, concluiu-se que os utentes que recebem acompanhamento farmacêutico são mais bem-sucedidos durante o seu processo de cessação, do que em comparação com utentes que abandonam o consumo sozinhos, concluindo-se assim que os farmacêuticos podem contribuir, significativamente, para o combate ao tabagismo.

Segundo *Williams et al.* ^[243] os farmacêuticos são considerados a chave fundamental no ato de promover a cessação tabágica e alterar comportamentos relacionados com o tabaco, complementando a equipa multidisciplinar subjacente aos cuidados de saúde existentes.

No estudo de *Couchenour et al.* ^[244] determinou-se que a maioria dos fumadores acredita que as farmácias comunitárias são o local ideal para receberem ensinamentos sobre a temática da cessação tabágica. Para além disso, outros estudos têm provado que a elaboração de programas de intervenção farmacêutica dirigidos a fumadores, abarcam inúmeras vantagens e agradam aos utentes ^[245,246], considerando-os fundamentais ao ponto de estarem dispostos a pagar pelo serviço ^[247].

Portanto, sempre que possível, o farmacêutico comunitário deve:

- numa atitude preventiva, educar sobre os riscos do tabaco para a saúde (Quadro II.13);

Quadro II. 13 - Atitude preventiva que o Farmacêutico Comunitário pode realizar.

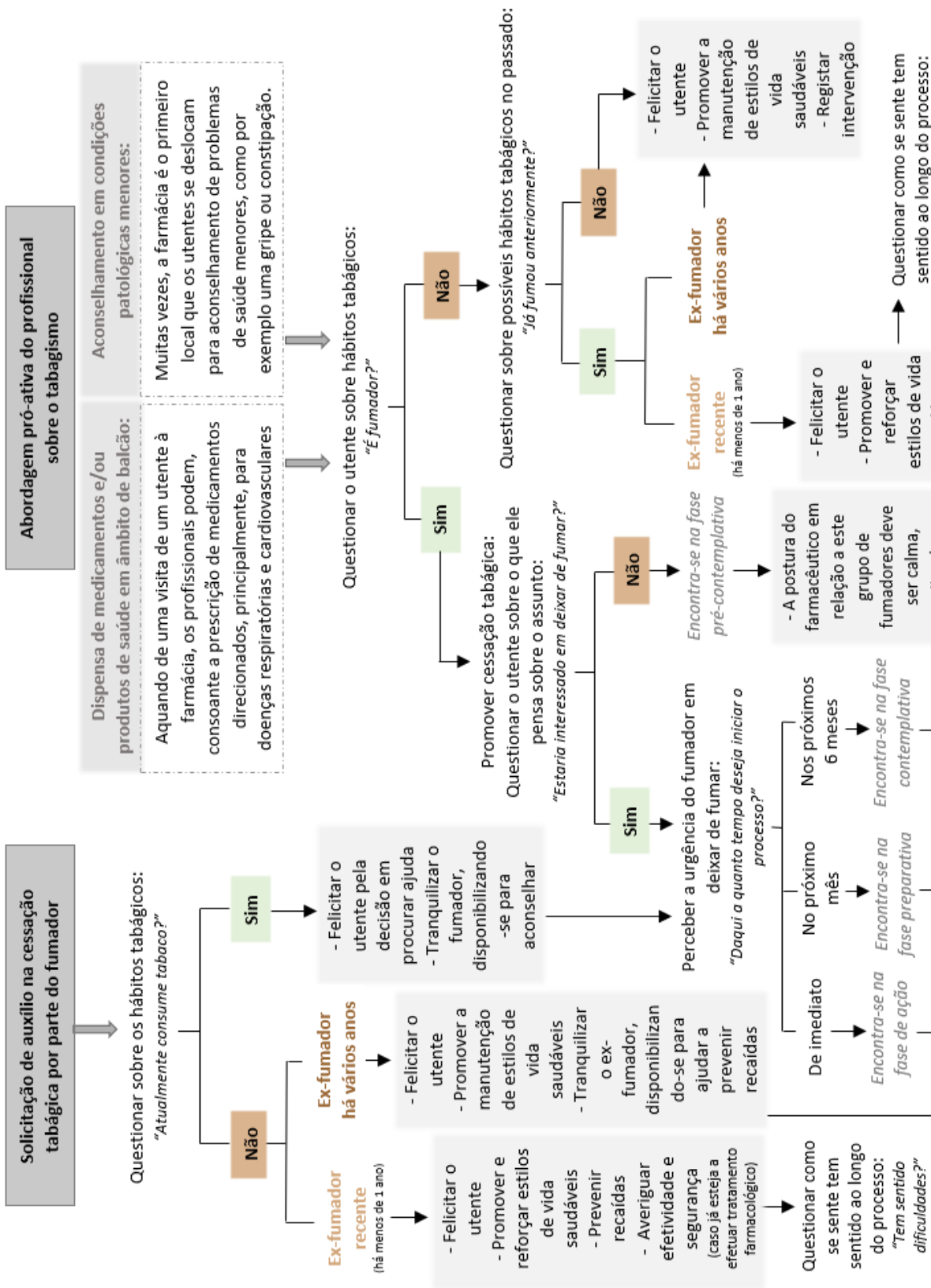
Envolvimento em campanhas de promoção de saúde pública

O farmacêutico comunitário pode promover campanhas de sensibilização à prevenção, controlo e combate ao tabagismo, por exemplo em dias específicos.

Nota: “Dia Mundial sem Tabaco” da OMS, comemorada a 31 de Maio) e o “Dia Nacional do Não Fumador” do SNS Português, celebrado a 17 de Novembro.

- e, numa atitude ativa, desencorajar para o hábito tabágico e em casos em que os utentes estejam em tratamento antitabágico, o farmacêutico também tem um papel essencial, pois existe uma grande possibilidade de recaídas. No fluxograma da Figura II.39 estão apresentados exemplos de situações práticas em que o farmacêutico comunitário, no seu trabalho quotidiano, pode intervir, respetivamente, para promover a cessação tabágica juntos dos utentes, bem como conduzir as suas intervenções.

Fluxograma com oportunidades para o farmacêutico comunitário intervir no âmbito do tabagismo



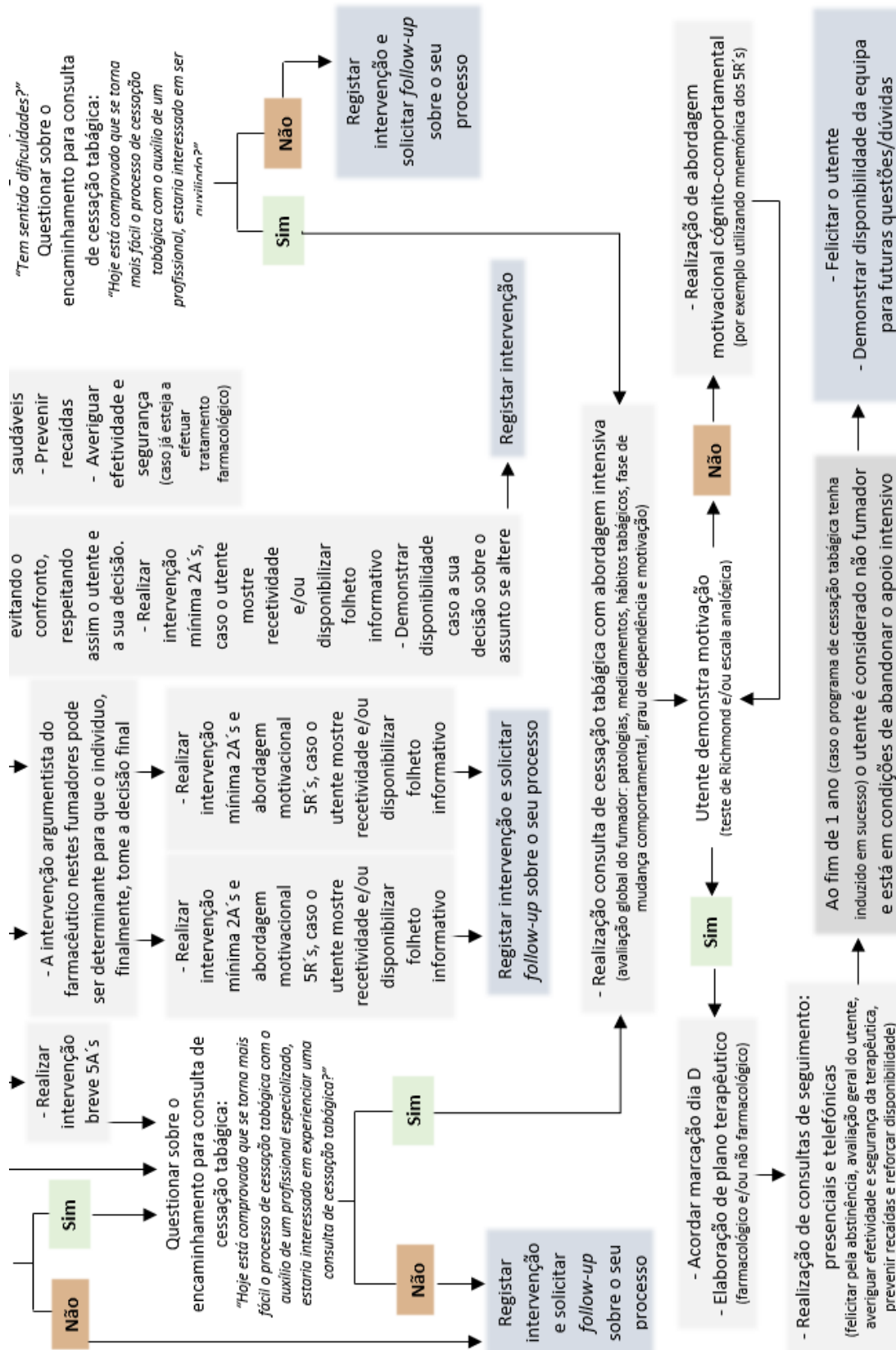


Figura II. 39 - Fluxograma com oportunidades para o farmacêutico comunitário intervir no âmbito do tabagismo. Fonte: Junção e Adaptação de vários.

Capítulo III.

Enquadramento Prático

Parte A.



Contextualização da Investigação

*“Nós somos o que fazemos. O que não se faz não existe.
Portanto, só existimos nos dias em que fazemos. Nos dias
em que não fazemos, apenas duramos.”*

- Padre António Vieira

Capítulo III. Enquadramento Prático

Parte A. Contextualização/abordagem da investigação

1. Questão da investigação

Em que medida existe necessidade de implementação de estratégias de controlo e combate ao tabagismo em Farmácias Comunitárias do Baixo Alentejo.

2. Objetivos

2.1. Gerais

A presente dissertação condensa dois objetivos principais:

- A) Entender a realidade atualmente vivenciada no âmbito do tratamento do tabagismo em Farmácias Comunitárias selecionadas no Baixo Alentejo e as suas perspetivas futuras, através da visão dos profissionais de farmácia.
- B) Tendo em conta os medicamentos que auxiliam a cessação tabágica, conhecer nas farmácias selecionadas:
 - B.i) o stock existente;
 - B.ii) o nível de dispensas nos 6 meses anteriores à análise (janeiro a junho de 2021).

2.2. Específicos

- A) Entender a realidade atual e perspetivas futuras, na visão dos:
 - A.i) Profissionais de saúde
 - Caracterização Sociodemográfica
 - Caracterização Profissional
 - Conhecimento sobre a formação na área do tabagismo e de conhecimentos gerais sobre a área
 - Conhecimento sobre a realização de intervenções mínimas e breves ao balcão
 - Conhecimento sobre a realização de intervenções intensivas (nomeadamente de consulta farmacêutica de cessação tabágica)
 - B) Tendo em conta os medicamentos que auxiliam a cessação tabágica, conhecer nas farmácias selecionadas:
 - B.i) O stock existente
 - Análise qualitativa e quantitativa dos medicamentos existentes nas farmácias
 - B.ii) O nível de dispensas, nos 6 meses anteriores à análise (janeiro a junho de 2021)
 - Análise qualitativa e quantitativa das dispensas realizadas
 - Análise da oferta-procura

3. Metodologia

3.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo realizado em farmácias comunitárias do Baixo Alentejo, permitindo assim alcançar um número razoável de inquiridos para a análise estatística, visando atingir os objetivos acima mencionados.

A escolha do tipo de desenho do estudo depende, principalmente, da questão da investigação em causa e por isso, o presente estudo caracteriza-se por ser ^[248]:

a) *Quanto ao método:*

- quantitativo, pois os objetivos do estudo estão bem definidos e deseja-se, através de análise estatística quantificar algumas variáveis mensuráveis;

b) *Quanto à sua interferência:*

- observacional descritivo, uma vez que os dados serão obtidos de forma direta e sistemática, sendo posteriormente analisados, sem ser realizada intervenção nos indivíduos estudados ^[249,250],

c) *Quanto ao seu envolvimento temporal:*

- transversal, porque tem como finalidade estudar um determinado problema e os fatores a ele potencialmente associados através de informações recolhidas num dado momento e referente àquele instante ou a um período de tempo relativamente curto.

3.2. Localização espacial

A investigação foi realizada em 4 farmácias do Baixo Alentejo (distrito de Beja), mais concretamente, no centro e este da região (Figura III.1). Pois considerou-se que ao efetuar a recolha de dados em mais do que uma farmácia, tornaria o estudo mais representativo do Baixo Alentejo, alcançando-se uma amostra mais abrangente do universo populacional, isto é, aproximar-se-ia mais da realidade das várias localidades alentejanas do Baixo Alentejo. Todavia, atenta-se que não deixa de ser um estudo preliminar.

A seleção das farmácias ocorreu por conveniência, salvaguardando-se que seriam quatro farmácias com realidades alentejanas distintas:

a) duas cidadinas - uma na capital de distrito, ou seja, numa cidade grande e outra cidadina, mas numa cidade mais pequena;

b) de seguida uma numa vila;

c) e, por último, uma rural, situada numa aldeia.



Figura III. 1 - Mapa do Baixo Alentejo com a localização das farmácias comunitárias selecionadas para participar no estudo.

3.3. Localização temporal

O presente estudo decorreu, num período temporal de cerca de um ano, mais precisamente entre janeiro de 2021 e março de 2022.

3.4. Amostragem

3.4.1. População-alvo

Profissionais de farmácias da região centro e este do Baixo Alentejo.

3.4.2. Amostra

A amostra total do estudo incidirá sobre três categorias profissionais, de forma a facilitar a posterior interpretação dos dados:

- i) Profissionais da farmácia
 - farmacêuticos;
 - técnicos de farmácia;
 - técnicos auxiliares de farmácia.

Na tabela seguinte (Tabela III.1) encontra-se o número total de inquiridos, de forma organizada.

Tabela III. 1 - Número de inquiridos, por localidade da farmácia e por subgrupos amostrais, Diretor técnico e restantes profissionais de farmácia.

Local da farmácia	Profissionais de saúde		Total
	Farmacêutico Diretor Técnico	Outros profissionais da farmácia (Farmacêuticos, Técnicos e Auxiliares)	
Cidade grande	2	7	9
Cidade pequena	1	5	6
Vila	2	3	5
Aldeia	1	2	3
Total	6	17	23

3.5. Método e Instrumentos de recolha dos dados

O método que foi escolhido para se efetivar a recolha da informação foi a entrevista estruturada em contexto de gabinete, de forma a salvaguardar a privacidade dos inquiridos ^[251]. A mesma foi sustentada por dois instrumentos de recolha direcionados a cada subamostra, construídos previamente, em papel:

- i) um questionário direcionado aos diretores técnicos;
- ii) e outro dirigido aos restantes profissionais.

Os inquéritos em causa encontram-se no apêndice VI.

Deu-se preferência ao método de entrevista por trazer inúmeras vantagens ao estudo, principalmente a minimização de erros de interpretação das perguntas e permitir uma análise mais aproximada das emoções e sentimentos dos entrevistados sobre o tema. Como principal desvantagem pode-se apontar a exigência de tempo prolongado para a recolha dos dados.

O desenvolvimento dos inquéritos para esta investigação baseou-se nos objetivos supramencionados que se pretendem atingir e teve por base a revisão da literatura, utilizando testes validados internacionalmente e, sempre que possível, perguntas com resposta fechada, de forma a minimizar o tempo despendido na recolha da informação, uma vez que se desejou estudar uma amostra total relativamente grande.

A média de durabilidade, em minutos, de cada entrevista está disposta na Tabela III.2.

Tabela III. 2 - Média da durabilidade, em minutos, de cada entrevista aos dois subgrupos amostrais, Diretor Técnico e outros profissionais da farmácia.

Duração (min)	Profissionais de saúde	
	Farmacêutico Diretor Técnico	Outros profissionais da farmácia (Farmacêuticos, Técnicos e Auxiliares)
	10	5

3.6. Proteção dos dados

De modo a salvaguardar a proteção de dados, a aluna responsável pela investigação comprometeu-se a manter o anonimato e a confidencialidade de todos os intervenientes (codificados por categorias profissionais) e das farmácias (codificadas por cidade grande, cidade pequena, vila e aldeia), assim como a garantia de sigilo de toda a informação recolhida.

Os colaboradores do estudo que participaram tiveram, obrigatoriamente, antes de serem envolvidos na investigação, de assinar um termo de consentimento livre e informado, de modo a garantir que estavam conscientes dos objetivos da realização do estudo e, ainda, que eram salvaguardados os seus direitos. No mesmo consentimento estava também garantido a clarificação da utilização dos dados para possível utilização em futuras participações a nível científico. O consentimento informado em causa foi escrito de forma simples e clara, encontrando-se no apêndice VII.

3.7. Definição das Variáveis

No Quadro III.1 estão dispostos os diferentes *grupos de variáveis* que serão considerados no presente estudo.

Quadro III. 1 - Grupo de variáveis direcionadas a cada subgrupo amostral, Diretor Técnico e outros profissionais de farmácia.

Estudo		
Direcionado aos profissionais de farmácia		
<i>Diretor técnico</i>	<i>Restantes profissionais das farmácias</i>	
Grupo de Variáveis	Sociodemográficas	
	Intelectuais sobre Tabagismo	
	Comportamentais face ao Tabagismo	
	Formação Tabágica	
	Situação Profissional	
	Nível de Procura	---
	Caraterização Stock	
	Nível de Dispensas	
	Estratégias de controlo e combate ao tabagismo: Intervenções mínimas e breves Intervenções intensivas	

No apêndice VIII, encontra-se uma tabela, onde estão descritas, detalhadamente, as *variáveis individuais associadas a cada grupo de variáveis apresentado na tabela anterior*.

Os grupos de variáveis supramencionados podem ser classificados em dependentes, independentes, ou interferentes, tendo em conta os objetivos de cada estudo. De seguida, no Quadro III.2, pode-se observar a classificação das variáveis efetuadas para este estudo.

Quadro III. 2 - Classificação das variáveis tendo em conta a sua dependência para os objetivos do estudo no global.

Grupo de variáveis	Dependente	Estratégias de controlo e combate ao tabagismo
	Independentes	Intelectuais
		Comportamentais
		Caraterização stock
		Nível de dispensas
		Nível de procura
	Interferentes	Sociodemográficas
		Caraterização profissional
		Formação Tabágica

3.7.1. Plano de operacionalização

De forma a operacionalizar as variáveis da investigação, facilitando o processamento de dados posteriormente, criou-se um quadro, com os seguintes aspetos importantes a considerar:

- Codificação da notação computacional da variável no programa estatístico SPSS
- Descrição da variável
- Domínio (valores possíveis)
- Natureza da variável ^[252]
 - *quantitativa*
 - *qualitativa*
- Escala ^[252]
 - *quantitativas*:
 - discretas (obtenção de valores numéricos inteiros)
 - contínuas (obtenção de qualquer valores numéricos, mesmo os que não são inteiros)
 - *qualitativas*:
 - nominais (sem ordem específica)
 - ordinais (possuem uma determinada ordem/escala/graus/classificação).

O quadro referido anteriormente, devido à sua grande dimensão, está apresentado no apêndice IX.

3.8. Processamento e tratamento dos dados

3.8.1. Instrumentos de tratamento de dados utilizados

Os dados recolhidos foram tratados com recurso a uma ferramenta estatística, mais concretamente o *Software Statistical for Social Sciences* (SPSS), versão 27.0 e o *Microsoft Office Excel*[®], versão 2019.

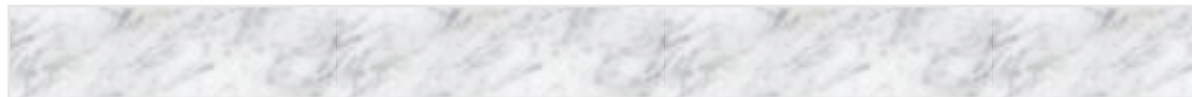
3.8.2. Formato de Análise, interpretação e discussão dos resultados

Os dados serão analisados, interpretados e discutidos pela aluna na seção seguinte (*Capítulo III. Parte B*). Para uma adequada perceção dos objetivos do estudo, cruzar-se-á variáveis para se perceber a existência de associações entre elas ^[253].

Capítulo III.

Enquadramento Prático

Parte B.



Apresentação e Discussão dos Resultados

*“O sucesso nasce do querer, da determinação e
persistência em chegar-se a um objetivo.”*

- José de Alencar

Parte B. Apresentação e discussão dos resultados

4. Análise e interpretação dos dados dos Profissionais de saúde

4.1. Caracterização da amostra em estudo

4.1.1. Sociodemográfica

Dos 23 profissionais de farmácia que participaram no estudo, 9 (39,1%) exerciam as suas funções na Farmácia de cidade grande; 6 (26,1%) na farmácia de cidade pequena; 5 (21,7%) na vila e apenas 3 (13,0%) na farmácia de aldeia.

Quanto ao género, verificou-se uma predominância de profissionais do sexo feminino, correspondendo a 20 (86,9%) dos inquiridos, sendo que apenas 3 (13,1%) eram do sexo masculino.

A idade dos profissionais das farmácias variou entre a idade mínima de 23 anos e a máxima de 63 anos, obtendo-se uma média de 39,8 anos, estando a grande maioria compreendida entre a faixa etária dos 31 aos 40 anos (39,1%).

Relativamente ao estado civil, a maioria dos profissionais participantes eram casados ou viviam em união de facto 17 (73,9%), enquanto os restantes 6 (26,1%) eram solteiros.

Os dados sociodemográficos obtidos podem ser consultados, de forma mais detalhada, na Tabela III.3.

Tabela III. 3 - Caracterização Sociodemográfica dos profissionais de farmácia.

		Total	
		n (n total = 23)	% (% total = 100%)
Localidade da farmácia	Cidade grande	9	39,1
	Cidade pequena	6	26,1
	Vila	5	21,7
	Aldeia	3	13,0
Género	Feminino	20	86,9
	Masculino	3	13,1
Faixa etária (anos)	18-30	5	21,7
	31-40	9	39,1
	41-50	4	17,4
	51-60	3	13,0
	61-70	2	8,7
	≥ 70	0	0,0
Estado civil	Solteiro	6	26,1
	Casado/União de facto	17	73,9
	Divorciado	0	0,0
	Viúvo	0	0,0

4.1.2. Formativa e Profissional

Quanto à escolaridade, verificou-se uma ligeira predominância dos graus de escolaridade mais baixos, sendo que 12 (52,1%) dos inquiridos concluíram apenas o ensino secundário e/ou a formação de técnico profissional e 11 (47,8%) apresentavam formação de ensino superior. Na Tabela III.4 estão visíveis as frequências e percentagens dos graus de escolaridade referentes aos profissionais das farmácias que participaram no estudo.

Tabela III. 4 - Escolaridade dos profissionais de farmácia.

Escolaridade	Total	
	n (n total = 23)	% (% total = 100%)
Ensino Secundário (antigo 7º ano do Liceu)	3	13,0
Ensino Técnico Profissional	9	39,1
Ensino Superior - Licenciatura	3	13,0
Ensino Superior – Mestrado	0	0,0
Ensino Superior – Mestrado Integrado	8	34,8
Ensino Superior - Doutoramento	0	0,0

Os valores anteriormente apresentados são concordantes com as categorias profissionais dos inquiridos, pois a maioria, 12 (52,2%) eram técnicos auxiliares de farmácia; apenas 3 (13,0%) técnicos superiores e 8 (34,8%) correspondiam a farmacêuticos (Figura III.2), significando que existe uma certa carência de profissionais altamente qualificados nas farmácias comunitárias do estudo, podendo, com elevada probabilidade esta realidade ser vivenciada no resto do Baixo Alentejo, sendo assim necessário atrair mais farmacêuticos e técnicos superiores para a região.

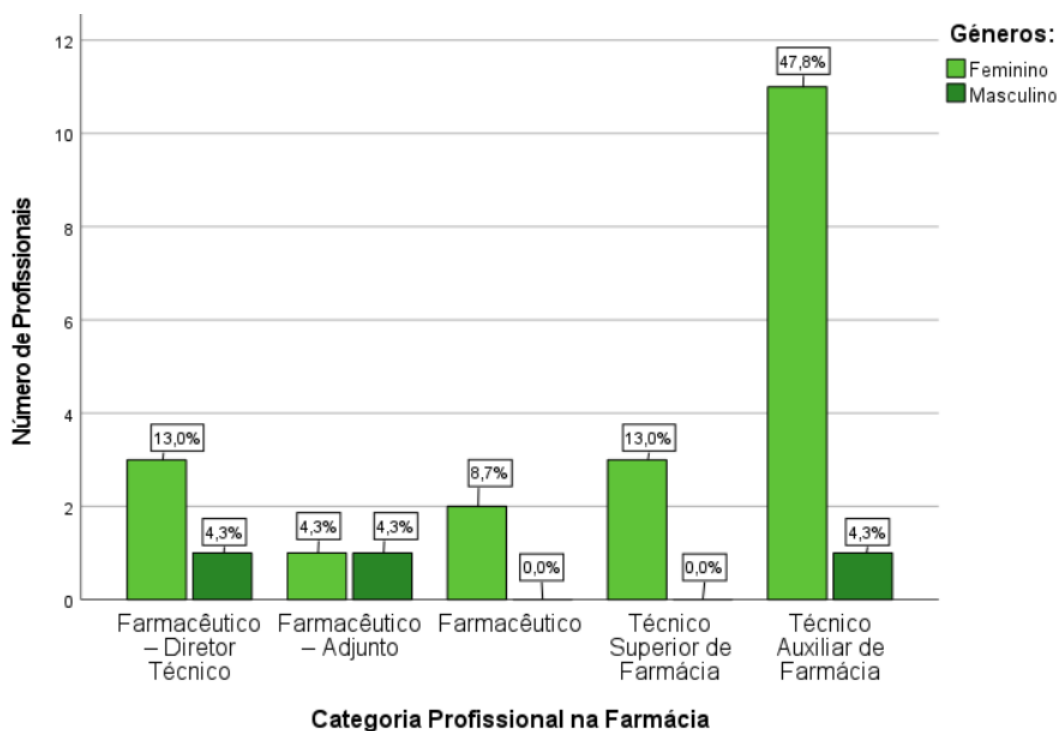


Figura III. 2 - Categoria Profissional na Farmácia.

De forma a realizar-se uma adequada caracterização dos profissionais, questionou-se, ainda, a duração da sua prática do exercício profissional no ramo da farmácia comunitária no total e, em particular, na farmácia atual. Dos resultados obtidos (Tabela III.5) pode-se perceber que a maioria dos participantes (8 indivíduos – 34,8%) possuíam entre 10 a 19 anos de prática profissional na farmácia e que, para além disso, a maior parte (9 indivíduos – 39,1%) também já trabalhava na presente farmácia, entre 10 a 19 anos. Estes dados demonstram que os profissionais inquiridos, ao longo da sua carreira profissional em farmácia comunitária têm alterado de forma pouco significativa o seu local de emprego.

Tabela III. 5 - Duração da prática do exercício profissional em farmácia comunitária e na presente farmácia.

			Total	
			n (n total = 23)	% (% total = 100%)
Duração da prática do exercício profissional	<i>No ramo da farmácia comunitária</i>	Há menos de 1 ano	1	4,3
		1 - 3 anos	4	17,4
		4 – 9 anos	5	21,7
		10 – 19 anos	8	34,8
		≥ 20 anos	5	21,7
	<i>Na presente farmácia</i>	Há menos de 1 ano	2	8,7
		1 - 3 anos	6	26,1
		4 – 9 anos	4	17,4
		10 – 19 anos	9	39,1
		≥ 20 anos	2	8,7

Aquando da questão sobre a participação em formações (palestras, cursos, etc.) sobre o Tabagismo e/ou Cessação Tabágica, 20 (87%) dos profissionais mencionaram ainda não ter efetuado nenhuma formação complementar nesta área e somente 3 (13%) responderam que já integraram, em pelo menos, 1 formação neste âmbito, sendo que um deles era Diretor Técnico e os outros dois eram Farmacêuticos Adjuntos (Figura III.3).

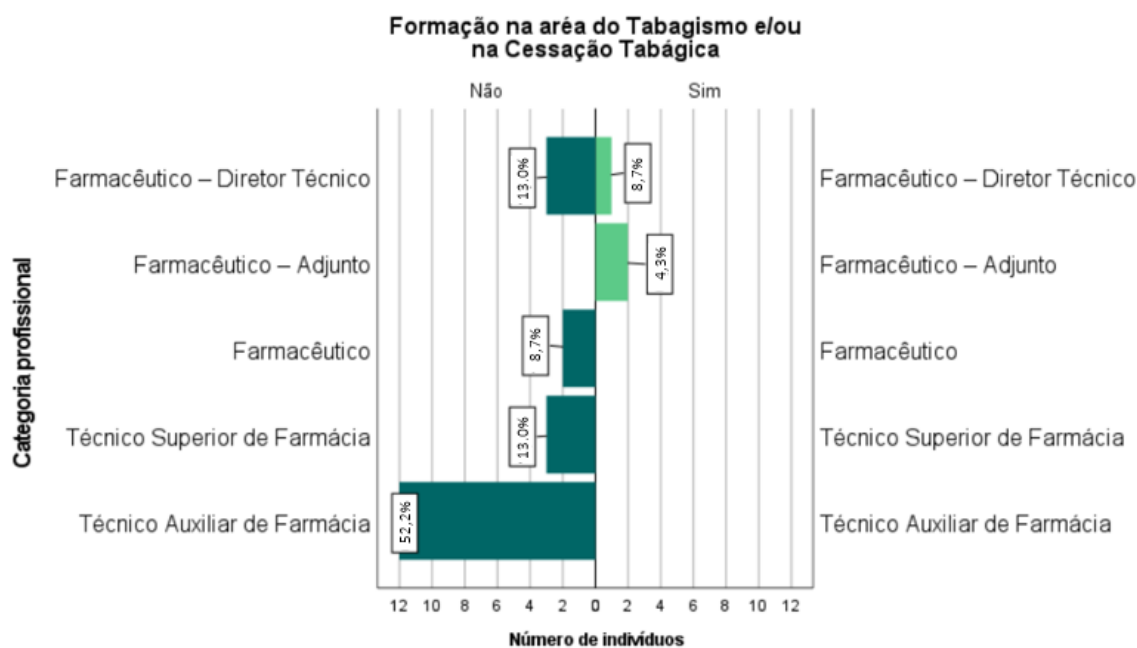


Figura III. 3 - Compreensão sobre a participação dos profissionais em formações na temática em estudo – Tabagismo e/ou Cessação Tabágica.

4.1.3. Intelectual

Os profissionais quando questionados acerca da classificação do Tabagismo, as respostas dividiram-se bastante, podendo-se destacar que dos 23 profissionais inquiridos, a maior parte, 8 (34,6%), referiu ser apenas vício; seguindo-se a resposta de 7 (30,4%) indivíduos que consideram que se trata de um hábito e vício. E quanto à classificação como uma doença, apenas 3 (12,9%) dos profissionais responderam que o consideravam, sendo que 2 (8,7%) pensam que, para além de doença, também é um vício (Figura III.4). Através destes dados, é possível constatar que uma parcela relativamente reduzida dos profissionais de farmácia incluídos no estudo estão cientes que o Tabagismo, é considerado, pela OMS, desde 1992, uma doença crónica classificada no grupo dos transtornos mentais e comportamentais [254].

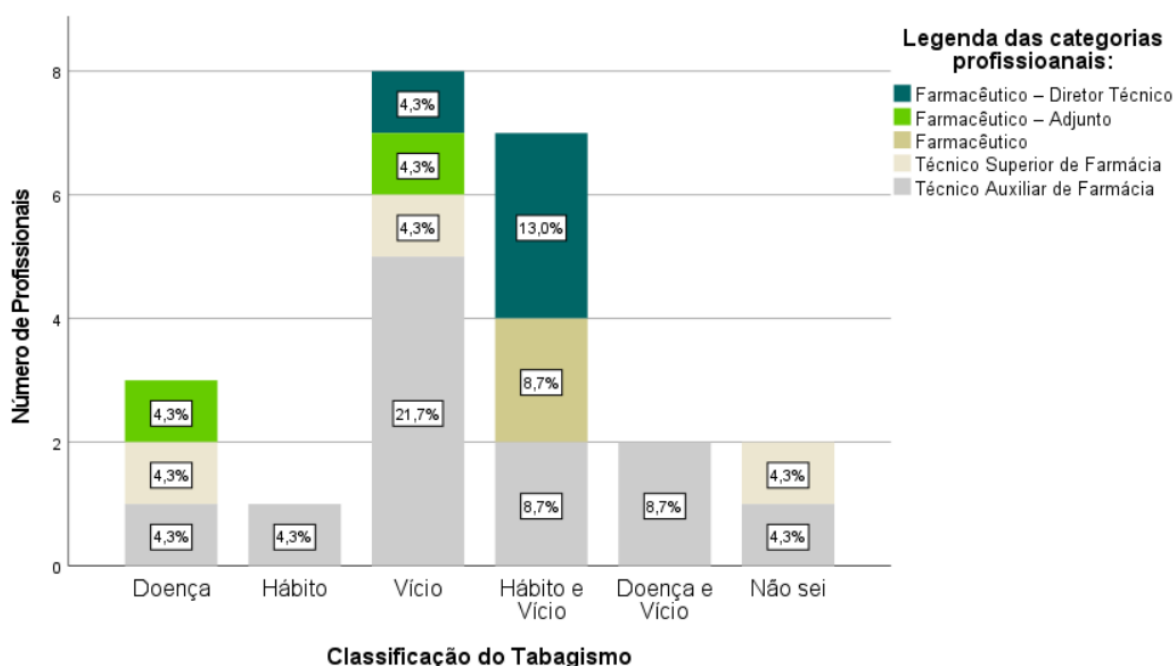


Figura III. 4 - Classificação do Tabagismo pelas diferentes categorias profissionais.

4.1.4. Comportamental

Em relação à situação tabágica, foi possível notar que a categoria de não fumadores foi a que enquadrou mais profissionais, 10 (43,3%) dos 23 inquiridos no total. Dos restantes, 5 deles (21,6%) mencionaram ser fumadores, nos quais se incluem 1 farmacêutico, 1 técnico superior de farmácia e 3 técnicos auxiliares de farmácia. E, por fim, na categoria de ex-fumadores pode-se constatar que se enquadraram 8 (34,6%) profissionais. Na Figura III.5 estão apresentados, para cada situação, as percentagens das categorias profissionais que possuem o respetivo comportamento tabágico.

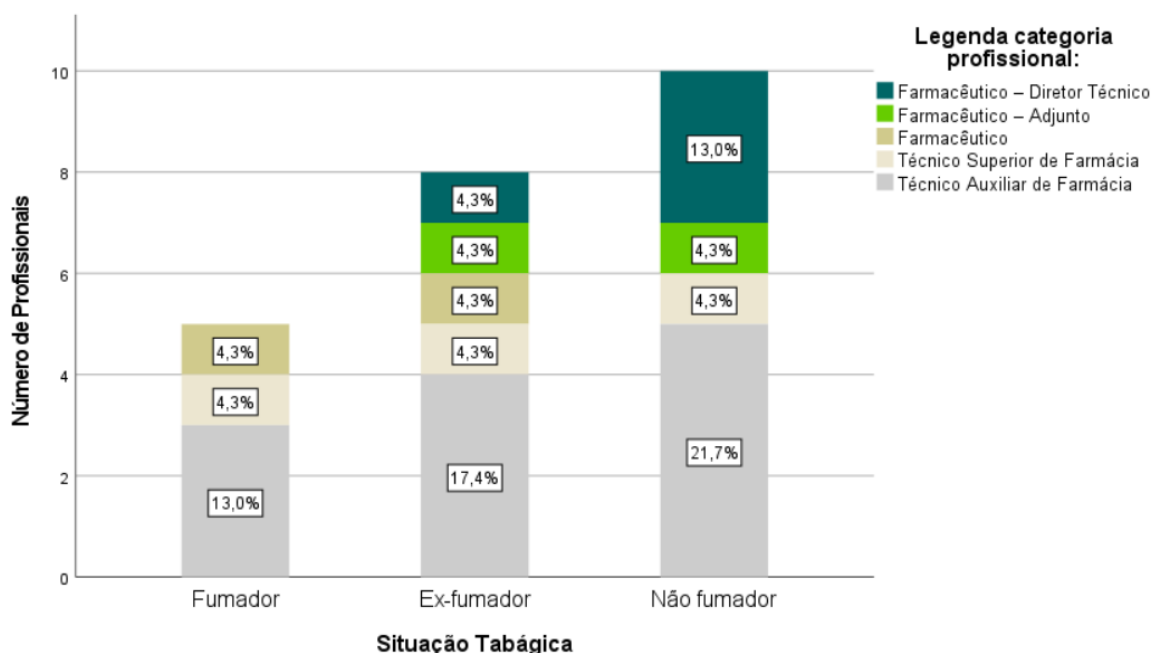


Figura III. 5 - Situação Tabágica das diferentes categorias profissionais.

4.2. Caracterização da Intervenção na Cessação Tabágica

4.2.1. Intervenção Mínima e/ou breve

Para uma melhor perceção sobre a caracterização dos profissionais acerca da intervenção mínima e/ou breve na Cessação Tabágica, solicitou-se aos mesmos para classificarem o seu *à vontade* nos aconselhamentos realizados ao balcão da farmácia sobre a área em estudo - o tabagismo, numa escala de 0 a 10. Durante o processamento dos dados, converteu-se a escala numérica em escala qualitativa, de forma a facilitar posteriormente a análise e interpretação dos mesmos. A respetiva correspondência efetuada encontra-se no Quadro III.3.

Quadro III. 3 - Correspondência entre a escala quantitativa e qualitativa.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhum	Rara		Pouca		Razoável	Alguma		Bastante		Excelente

Após a análise dos dados recolhidos, foi possível constatar que existe uma grande distribuição pelos diferentes grupos, as respostas dadas pelos 23 profissionais inquiridos, focaram-se entre a categoria “Rara” à vontade no aconselhamento da cessação tabágica até ao “Bastante” à vontade. Não existindo, assim, profissionais que responderam ao grupo “Nenhum”, nem “Excelente” à vontade. Para um conhecimento mais detalhado acerca das respostas obtidas nesta pergunta pode-se observar a Tabela III.6.

Tabela III. 6 - Percepção sobre o à vontade dos profissionais no âmbito do tabagismo em contexto de balcão pelas diferentes categorias.

		Categoria profissional										Total	
		Farmacêutico – Diretor Técnico		Farmacêutico – Adjunto		Farmacêutico		Técnico Superior de Farmácia		Técnico Auxiliar de Farmácia			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Percepção sobre o à vontade dos profissionais no âmbito do tabagismo em contexto de balcão	Rara	2	8,7	0	0,0	1	4,3	0	0,0	1	4,3	4	17,4
	Pouca	0	0,0	1	4,3	0	0,0	1	4,3	4	17,4	6	26,1
	Razoável	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,3	1	4,3	2	8,7
	Alguma	1	4,3	0	0,0	0	0,0	1	4,3	4	17,4	6	26,1
	Bastante	1	4,3	1	4,3	1	4,3	0	0,0	2	8,7	5	21,7
Total		4	17,4	2	8,7	2	8,7	3	13,0	12	52,2	23	100

Em seguida, quando os profissionais de farmácia foram questionados acerca do seu conhecimento sobre a metodologia de intervenção mínima e/ou breve em cessação tabágica, 16 (69,6%) dos 23 no total inquiridos, responderam que não conheciam a respetiva metodologia. Na Figura III.6 é possível averiguar as diferentes categorias profissionais que responderam afirmativamente ou negativamente a esta questão.

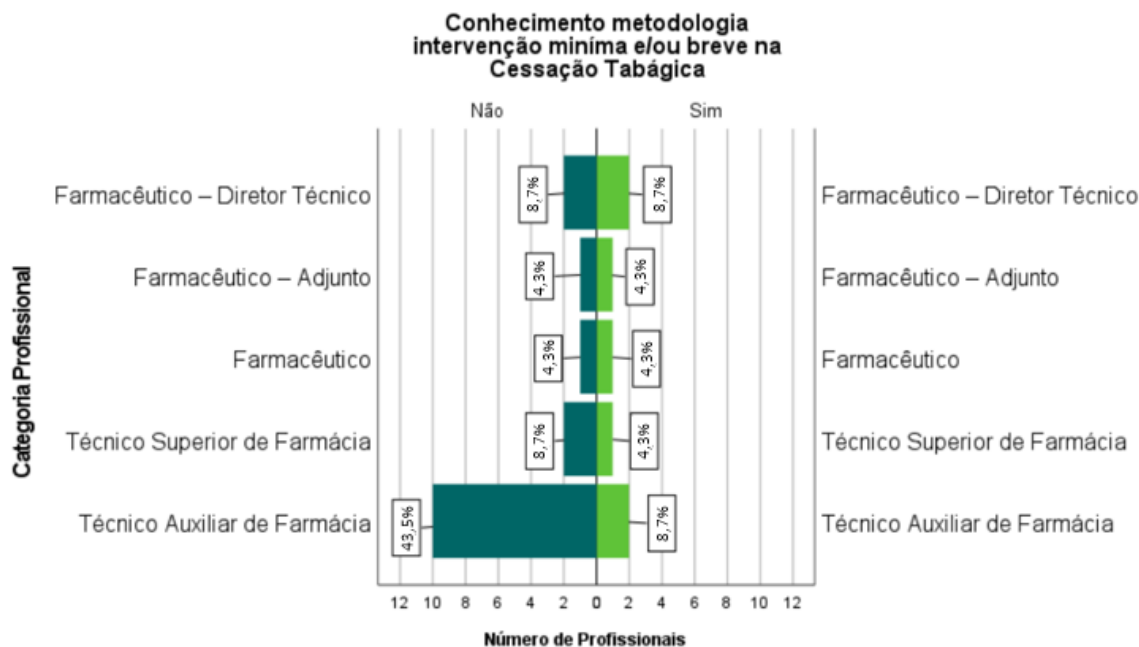


Figura III. 6 - Conhecimento sobre a metodologia de intervenção mínima e/ou breve em cessação tabágica pelas diferentes categorias profissionais.

Salienta-se que das informações anteriormente apresentadas pode-se concluir que grande parte dos profissionais revelou sentir-se, relativamente, à vontade nos atendimentos realizados sobre esta temática, todavia a maioria confessou que desconhece a metodologia associada à intervenção

mínima e/ou breve de aplicação em casos de cessação tabágica, podendo ser um pouco incoerente. Num futuro poder-se-ia questionar os profissionais no que concerne ao(s) motivo(s) que consideram determinante(s) e relevante(s) para explicarem as suas classificações na pergunta sobre o “à vontade”.

Pode-se, ainda, notar que o desconhecimento dos profissionais acerca da metodologia mínima e/ou breve é coerente com o facto de a maioria dos profissionais revelar que não teve oportunidade, ainda, de realizar formações complementares nesta área.

Ainda na mesma seção do questionário, para uma melhor perceção sobre a caracterização dos profissionais de farmácia acerca da intervenção mínima e/ou breve em âmbito de balcão, questionou-se os mesmos sobre alguns aspetos da sua atividade no quotidiano. As perguntas efetuadas e a quantificação das respetivas respostas obtidas podem ser visíveis no esquema da Figura III.7.

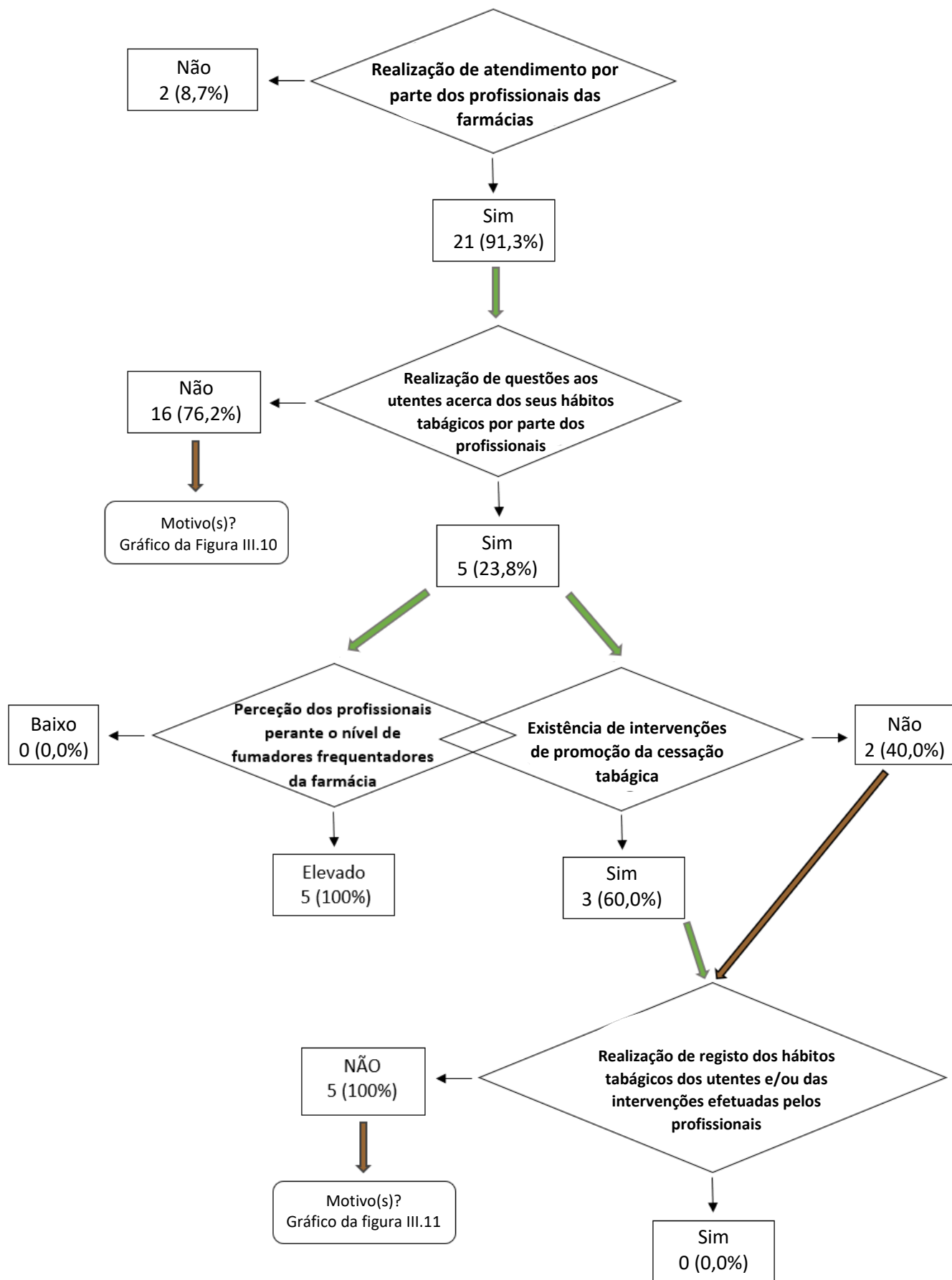


Figura III. 7 - Questões efetuadas e quantificação das respetivas respostas obtidas.

Efetuada uma interpretação pormenorizada do esquema anterior, pode-se referir que relativamente à primeira pergunta “Realiza atendimentos a utentes”, a grande maioria 21 (91,3%) dos profissionais respondeu afirmativamente e apenas 2 (8,7%) assinalaram que não, sendo que estes últimos eram ambos farmacêuticos, com cargos de diretores técnicos. Em seguida, os 21 profissionais que responderam que efetuavam atendimentos em balcão, foram questionados sobre o facto de realizarem, ativamente, questões sobre os hábitos tabágicos dos utentes, existindo apenas 5 (23,9%) que sinalizaram que sim e 16 (76,3%) profissionais confessam que não o fazem. Para conhecimento das categorias profissionais que responderam afirmativamente ou negativamente a esta questão, pode-se consultar a Figura III.8.

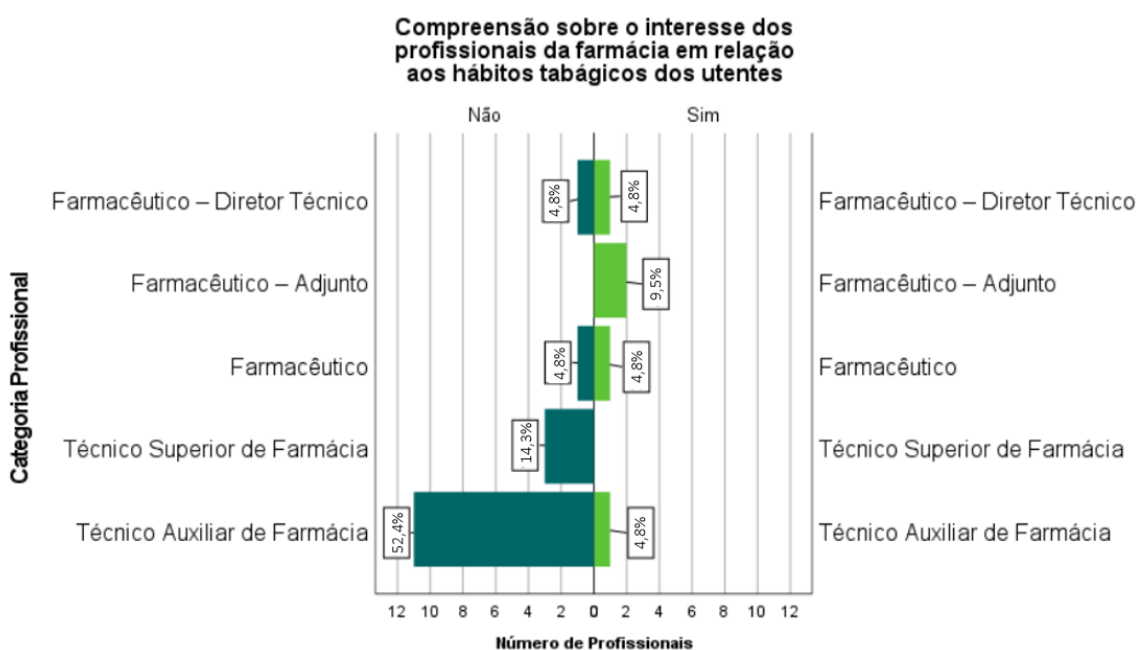


Figura III. 8 - Compreensão sobre o interesse dos profissionais da farmácia em relação aos hábitos tabágicos dos utentes pelas diferentes categorias profissionais.

Dos 5 profissionais que responderam afirmativamente à pergunta anterior, foi-lhes colocado 3 questões em seguida:

- i) Primeiramente sobre o facto da sua perceção em relação à quantidade de fumadores frequentadores da farmácia, sendo que os 5 inquiridos (100%) responderam que o nível de fumadores é elevado.
- ii) A segunda pergunta tinha como objetivo averiguar a existência de intervenções de promoção da Cessação Tabágica, podendo-se verificar através dos dados obtidos que as respostas a esta questão já não foram lineares, sendo que dos 5 profissionais questionados, houve 3 (60,0%) que responderam que sim. Para conhecimento das categorias profissionais que responderam afirmativamente ou negativamente a esta questão, pode-se consultar a Figura III.9.

iii) A terceira pergunta efetuada aos 3 profissionais que responderam que realizavam intervenções mínimas e/ou breves aos utentes fumadores, teve como propósito compreender se registavam a informação recolhida e as medidas farmacêuticas implementadas no momento, ao que a totalidade revelou não registar.

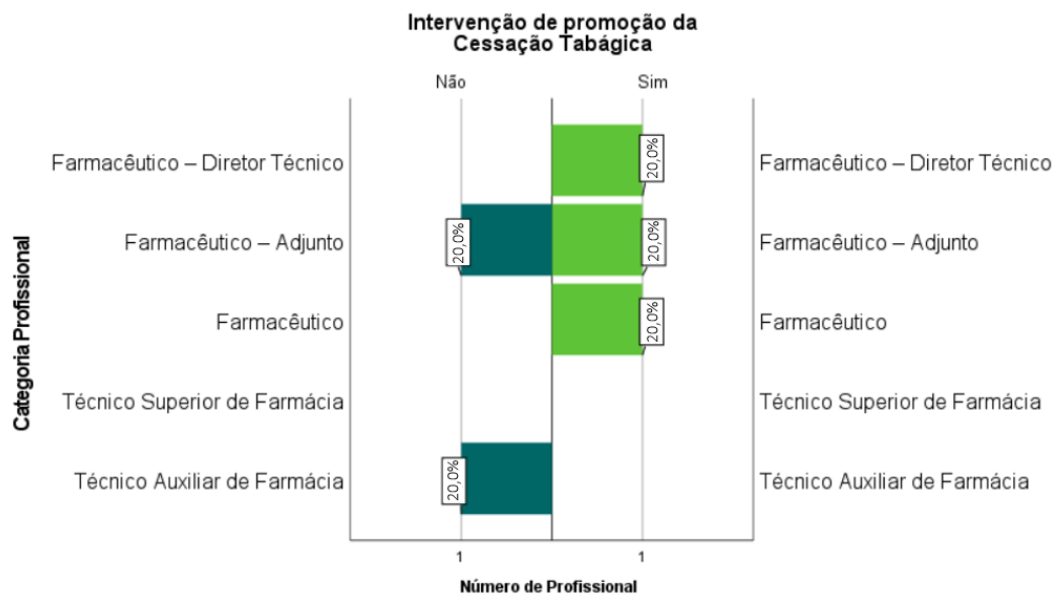


Figura III. 9 - Intervenção de promoção de Cessação Tabágica pelas diferentes categorias.

De seguida, aos 3 profissionais que assinalaram que realizavam intervenções mínimas e/ou breves aos utentes fumadores, foi-lhes solicitado que dessem exemplos do que costumavam efetuar. No Quadro III.4 estão apresentadas as respostas alcançadas.

Quadro III. 4 - Exemplos de intervenções que os profissionais confessaram realizar.

Exemplos de intervenções
<ul style="list-style-type: none"> - Abordar os problemas de saúde que advêm do consumo de tabaco - Aplicar teste de motivação e dependência e realizar medidas perante os resultados - Alertar para os benefícios e perigos do tabagismo, bem como para a saúde dos utentes e disponibilizar ajuda na farmácia quando os mesmos se sentirem preparados para iniciar um processo de cessação tabágica

De forma a compreender-se as razões inerentes da grande maioria dos inquiridos ter respondido que não questionava sobre os hábitos tabágicos e/ou realizava intervenções de promoção de Cessação Tabágica, realizou-se, ainda, uma questão sobre o(s) motivo(s) que os respetivos profissionais apontavam para que isso acontecesse (sendo que poderiam responder a mais do que uma das hipóteses apresentadas, pois tratava-se de uma pergunta com opção de múltiplas respostas), os resultados obtidos estão apresentados nos gráficos das Figuras III.10 e III.11, respetivamente.

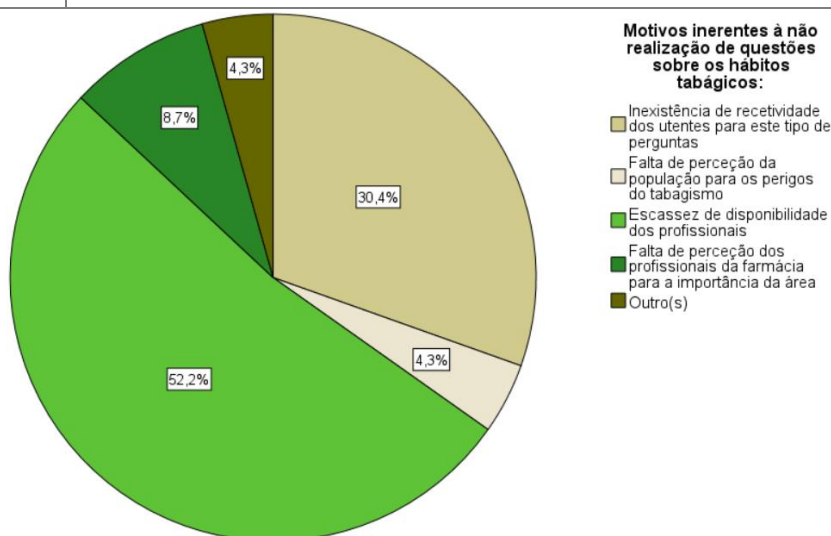


Figura III. 10 - Motivos inerentes à não realização de questões sobre os hábitos tabágicos.

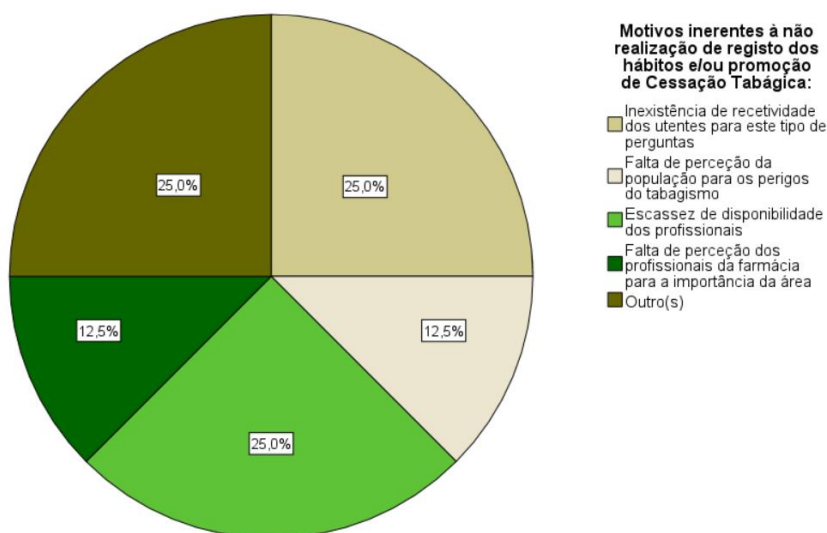


Figura III. 11 - Motivos inerentes à não realização de registo dos hábitos e/ou promoção de Cessação Tabágica.

4.2.2. Intervenção Intensiva

Comparando as respostas dos 23 inquiridos acerca do seu conhecimento sobre a intervenção intensiva na Cessação Tabágica, como é possível visualizar na Figura III.12, as respostas efetuadas foram praticamente na totalidade negativas, sendo que apenas 1 profissional (4,3%), mais precisamente um dos farmacêuticos com cargo de diretor técnico, tinha conhecimento deste tipo de intervenção.

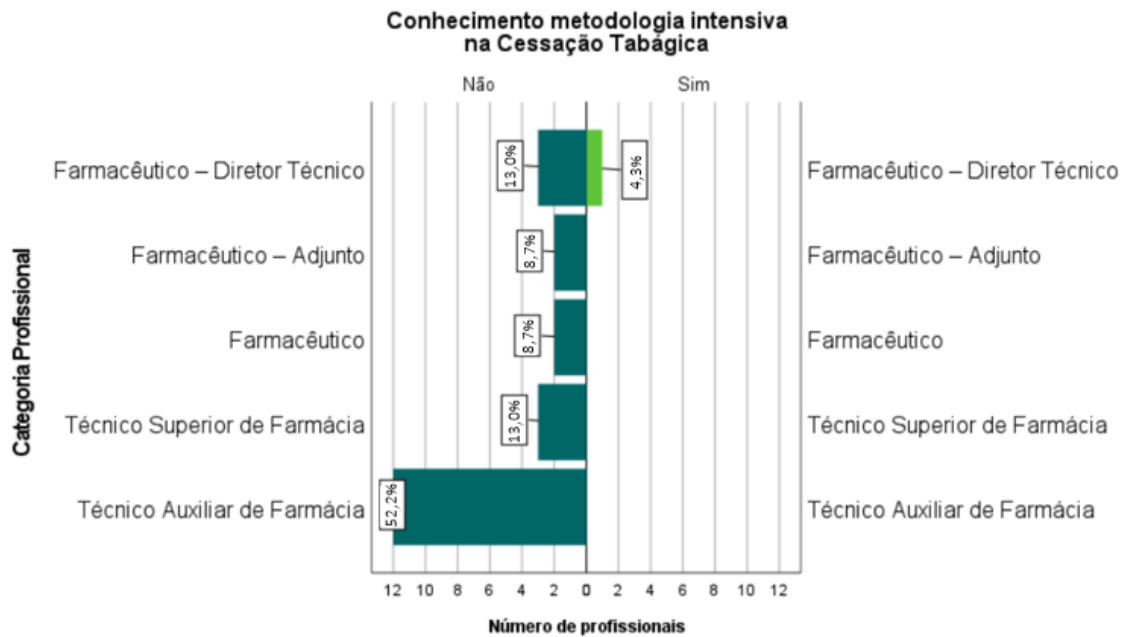


Figura III. 12 - Conhecimento sobre a metodologia de intervenção intensiva em cessação tabágica pelas diferentes categorias profissionais.

Para compreensão sobre o conhecimento dos profissionais de farmácia acerca das possíveis competências do farmacêutico no âmbito do tabagismo, efetuou-se a seguinte questão “Sabia que os Farmacêuticos, em âmbito de consulta, podem realizar o acompanhamento de utentes fumadores no seu processo de Cessação Tabágica?”. Dos 23 profissionais, verificou-se que 14 (60,9%), ou seja, a maioria, tinham desconhecimento sobre o assunto. Para conhecimento das categorias profissionais que responderam afirmativamente ou negativamente a esta questão pode-se observar a Figura III.13.

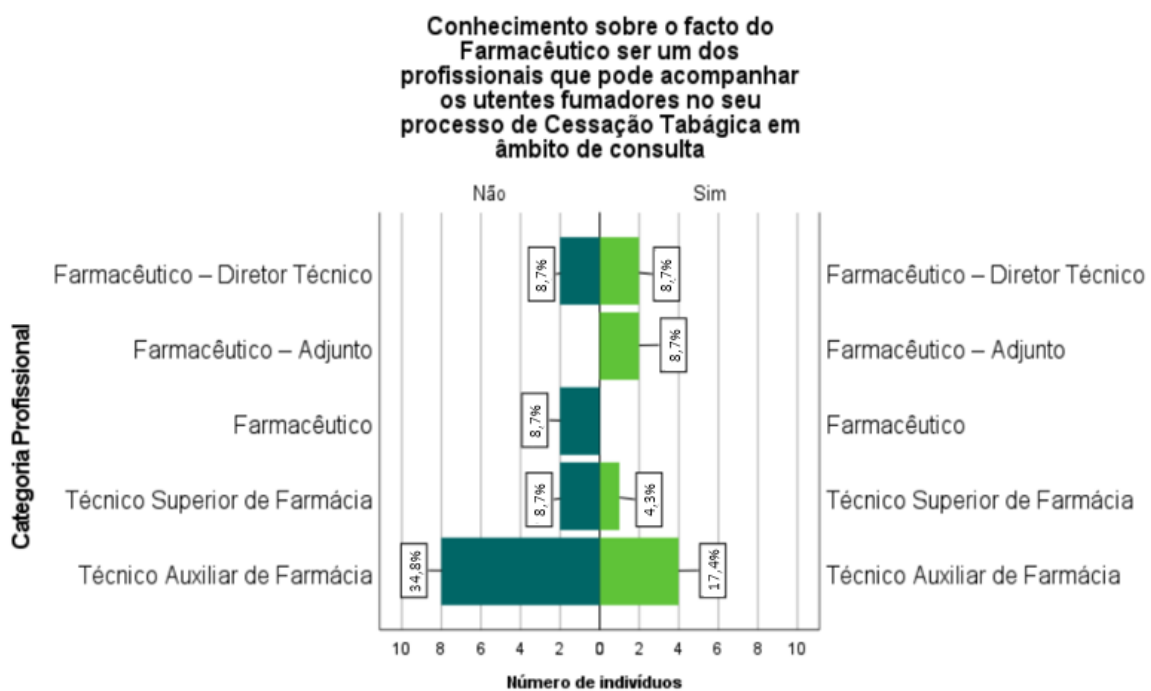


Figura III. 13 - Conhecimento das diferentes categorias profissionais sobre o facto do farmacêutico ser um dos profissionais que pode acompanhar os utentes fumadores no seu processo de Cessação Tabágica em âmbito de consulta.

Ainda na mesma seção do questionário sobre a intervenção intensiva em Cessação Tabágica, realizou-se uma questão direcionada aos 4 farmacêuticos com cargos de diretores técnicos acerca da existência de consulta farmacêutica de CT na presente farmácia. A resposta à pergunta foi unânime, tal como mostra o esquema da Figura III.14, pois em nenhuma das farmácias existia a disponibilização do referido serviço.

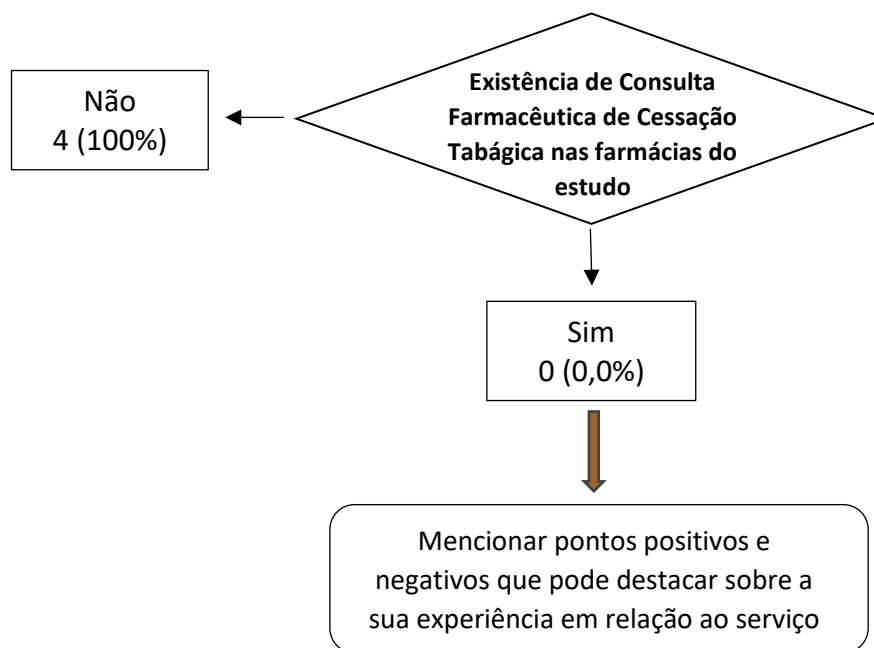


Figura III. 14 - Compreensão, junto dos diretores técnicos, sobre a existência de Consulta Farmacêutica de CT.

De forma a entender qual a opinião de todos os profissionais das farmácias acerca da importância da implementação de consulta farmacêutica de Cessação Tabágica nas farmácias comunitárias do estudo, realizou-se uma pergunta nesse âmbito. Das 23 respostas totais apresentadas pode-se concluir que a maioria demonstrou que considerava que seria uma mais-valia a implementação deste tipo de consultas, 21 respostas positivas (91,3%) e apenas 2 (8,7%) profissionais não souberam responder. Com a análise da Figura III.15 é possível observar as respostas das diferentes categorias profissionais.

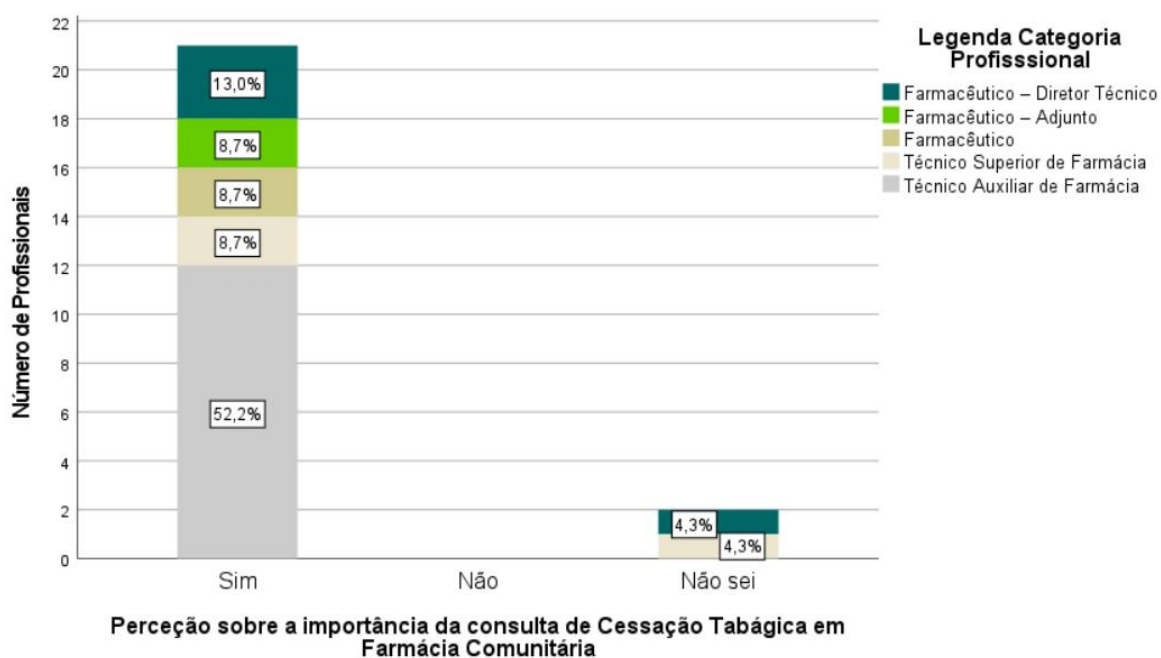


Figura III. 15 - Compreensão sobre a percepção dos profissionais acerca da mais-valia da consulta farmacêutica de CT.

Após a questão anterior foi solicitado aos profissionais que expusessem, verbalmente, na sua opinião, vantagens e desvantagens/limitações que consideravam relevantes sobre a implementação destas consultas. Na Tabela seguinte (Quadro III.5) estão apresentadas as respostas obtidas, sendo que dos 23 inquiridos, 20 apontaram vantagens e 17 indicaram desvantagens/limitações.

Quadro III. 5 - Vantagens e desvantagens/limitações que os inquiridos consideraram como relevantes sobre a implementação das consultas de cessação tabágica em Farmácia Comunitária.

Vantagens	Desvantagens/limitações
Melhoria da saúde dos utentes.	Falta de tempo dos profissionais; falta de formação dos profissionais; Falta de interesse e conhecimento da população para este tema.
Ajudar as pessoas a deixarem o tabaco, aconselhar a medicação certa e melhorar assim a saúde das pessoas.	Falta de profissionais para desenvolverem o serviço e falta de disponibilidade dos existentes na farmácia.
Acompanhamento de perto, diferenciado e com avaliações periódicas faz com que as pessoas sintam pressão e não desistam.	Falta de tempo dos farmacêuticos para fazerem essas consultas.
Melhoria da saúde.	Poucos colegas farmacêuticos.
Acompanhamento dos utentes.	Falta de recursos humanos qualificados, pró-ativos e dinâmicos no Alentejo.
Valorização da profissão farmacêutica e das farmácias comunitárias; Melhoria da saúde dos utentes; Acompanhamento rigoroso e possivelmente melhores resultados de cessação.	Carência de profissionais para implementação do serviço.
Acompanhamento dos utentes; Melhoria da saúde dos utentes.	Falta de profissionais de farmácia qualificados no Alentejo.

Maior taxa de sucesso no processo de cessação, melhorar saúde global dos utentes e valorização da farmácia.	Nem sempre os utentes estão motivados, o que complica o processo em consulta.
Ajuda, motivação, acompanhamento, sendo importante para estabelecer objetivos entre o profissional e o utente quanto ao abandono tabágico.	Encontrar farmacêuticos que queiram permanecer no Baixo Alentejo e mais, dos poucos que há, que sejam pró-ativos, queiram dinamizar e dedicar-se à parte de farmácia clínica.
Acompanhamento personalizado.	Recrutamento e iniciação no serviço.
O estabelecer de objetivos ajuda o processo.	Falta de profissionais qualificados que queiram assumir essa responsabilidade.
Melhoria da saúde dos utentes, acompanhamento diferenciado, estabelecer objetivos ajudaria muito e também valorização da profissão farmacêutica pois estaríamos a contribuir ativamente para a melhoria da saúde pública.	Predisposição dos utentes para participarem e interagirem facilmente no serviço; Carência de profissionais para implementação do serviço.
Melhoria saúde dos utentes.	Poucos farmacêuticos no Alentejo.
Acompanhamento dos utentes; Conhecimento de outras patologias adjacentes.	Dependência elevada em muitos casos.
Mais sucesso dos utentes em deixarem de fumar.	Não é fácil recrutar utentes para as consultas.
Acompanhamento personalizado dos utentes.	Falta de motivação e predisposição dos utentes fumadores.
Nível de saúde dos utentes.	Recrutamento dos utentes para o serviço.
Utente poder empenhar-se mais facilmente no processo, assumir responsabilidade.	
Melhoria de saúde, alerta dos utentes, incentivar e acompanhar.	
Acompanhamento de perto por parte de um profissional habilitado.	

4.3. Caracterização dos medicamentos que auxiliam a Cessação Tabágica

4.3.1. Nível de Procura

De forma a compreender-se o nível de procura de medicamentos para a Cessação Tabágica, solicitou-se aos profissionais para selecionarem, numa escala de 0 a 10, o grau que consideram adequado à farmácia em questão. Durante o processamento dos dados, converteu-se a escala numérica em escala qualitativa, de forma a facilitar posteriormente a análise e interpretação dos mesmos. A respetiva correspondência efetuada encontra-se no Quadro III.6.

Quadro III. 6 - Correspondência entre a escala quantitativa e qualitativa.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhum	Rara		Pouca		Razoável	Alguma		Bastante		Excelente

Após a análise dos dados recolhidos, foi possível constatar que, a maioria dos profissionais, 16 (69,6%), classificaram a procura de medicamentos para a cessação tabágica de “Rara” a “Pouca”, sendo que 7 profissionais (30,4%) consideram a procura de “Razoável” a “Alguma”.

Não existindo, assim, dados correspondentes ao grupo “Nenhum”, “Bastante” nem “Excelente”. A quantificação das respostas obtidas em cada grupo da classificação pode ser observadas com maior detalhe na Tabela III.7.

Tabela III. 7 - Classificação pelos profissionais de saúde da procura de medicamentos para a CT.

Classificação da procura de medicamentos para a cessação tabágica	Total	
	n (n total = 23)	% (% total = 100%)
Rara	7	30,4
Pouca	9	39,1
Razoável	2	8,7
Alguma	5	21,7

Em seguida, foi requerido a cada profissional que respondesse a uma de duas questões, tendo em conta a sua resposta dada na pergunta anterior. As duas questões em causa estão mencionadas no esquema da Figura III.16.

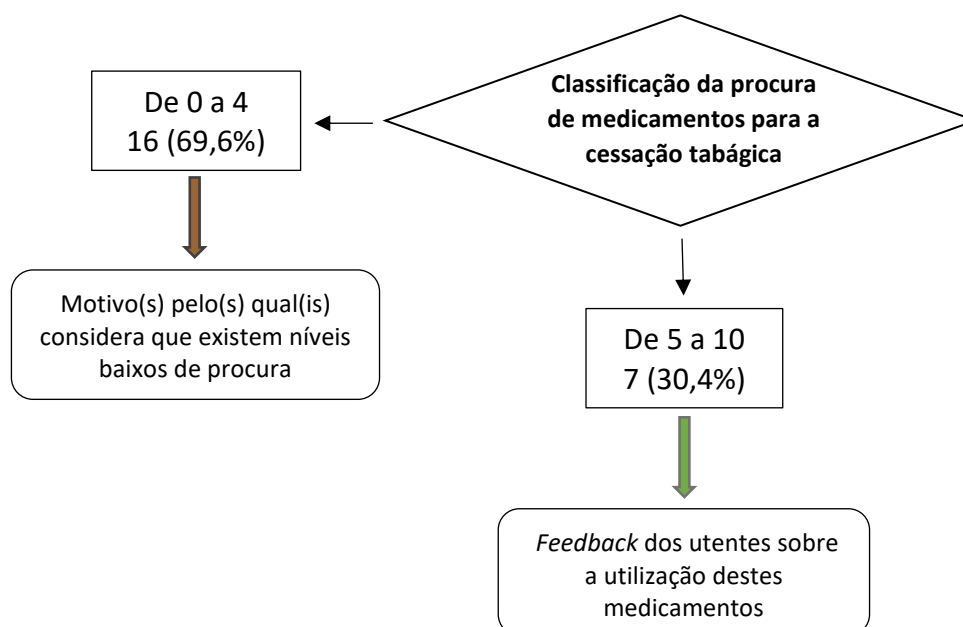


Figura III. 16 - Apresentação das questões seguintes a responder, tendo em conta a classificação dos profissionais face à procura de medicamentos para a CT.

Quando apresentados alguns motivos para existir uma baixa procura de medicamentos para a cessação tabágica, a maioria dos 16 profissionais assinalaram, o facto dos utentes considerarem que estes medicamentos apresentam um custo elevado (31,9%) e por duvidarem da eficácia destes (29,8%). Outros motivos que também foram apontados, passam pela falta de conhecimentos da existência dos medicamentos por parte dos utentes, a carência de formação dos profissionais na área tabágica e a falta de perceção da população para os perigos do tabagismo, como se pode observar na Figura III.17. É de notar, que cada profissional poderia responder a mais do que um dos motivos apresentados, pois tratava-se de uma pergunta com opção de múltipla resposta.

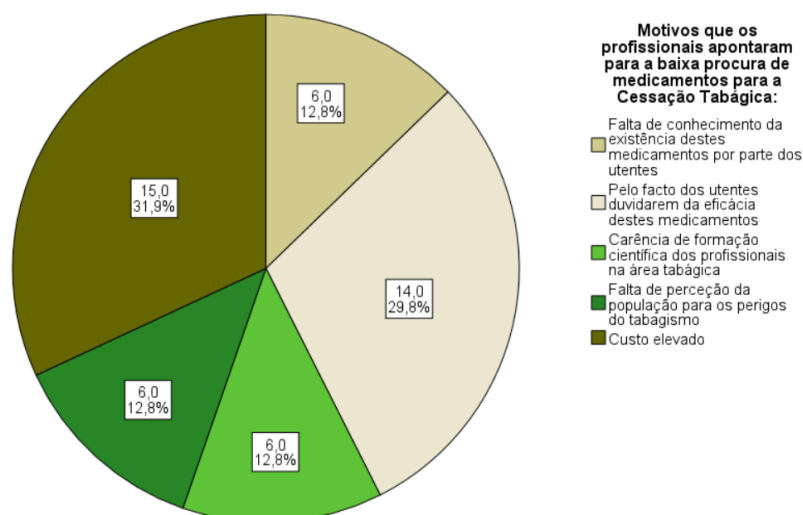


Figura III. 17 - Motivos que os profissionais assinalaram para a baixa procura de medicamentos para a CT.

Na Figura III.18 é possível observar o feedback que os utentes transmitem aos 7 profissionais que consideraram que a procura de medicamentos para a CT é “Razoável” ou “Alguma”, sendo que 3 profissionais (42,9%) afirmam que os utentes têm relatado uma satisfação moderada, deixando de fumar, ainda que com algumas recaídas; 2 profissionais (28,6%) dizem que os utentes transmitem muita satisfação, deixando de fumar e 1 dos profissionais (14,3%) diz que os utentes, normalmente, com medicamentos, não deixam de fumar, apresentando pouca satisfação.

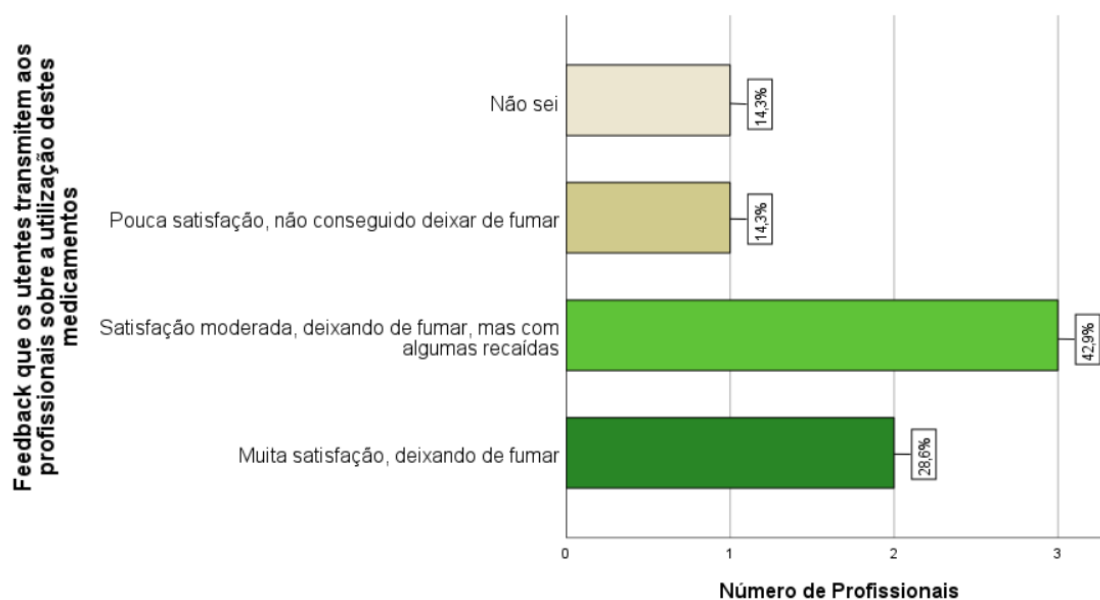


Figura III. 18 - Compreensão, junto dos profissionais de saúde que responderam que existia uma procura considerável de medicamentos para a CT, sobre o feedback dos utentes acerca da utilização destes medicamentos.

4.3.2. Stock's existentes

Primeiramente, salienta-se que esta seção do questionário, sobre os *stock's* existentes, foi apenas aplicada aos 4 farmacêuticos com cargo de diretores técnicos das farmácias participantes no estudo.

A primeira pergunta residiu na averiguação sobre a existência momentânea de stock de medicamentos para a cessação tabágica nas farmácias. Para tal, os diretores técnicos selecionaram, no sistema informático, os medicamentos pretendidos e recolheram o histórico existente no momento da recolha dos dados (agosto de 2021).

Das 4 farmácias, verificou-se que 3 possuíam stock e que 1 delas não detinha, de momento, qualquer stock deste tipo de medicamentos.

Em seguida, foi requerido a cada diretor técnico que respondesse a outras duas questões, tendo em conta a sua resposta dada na pergunta anterior. As quatro questões em causa estão mencionadas no esquema da Figura III.19.

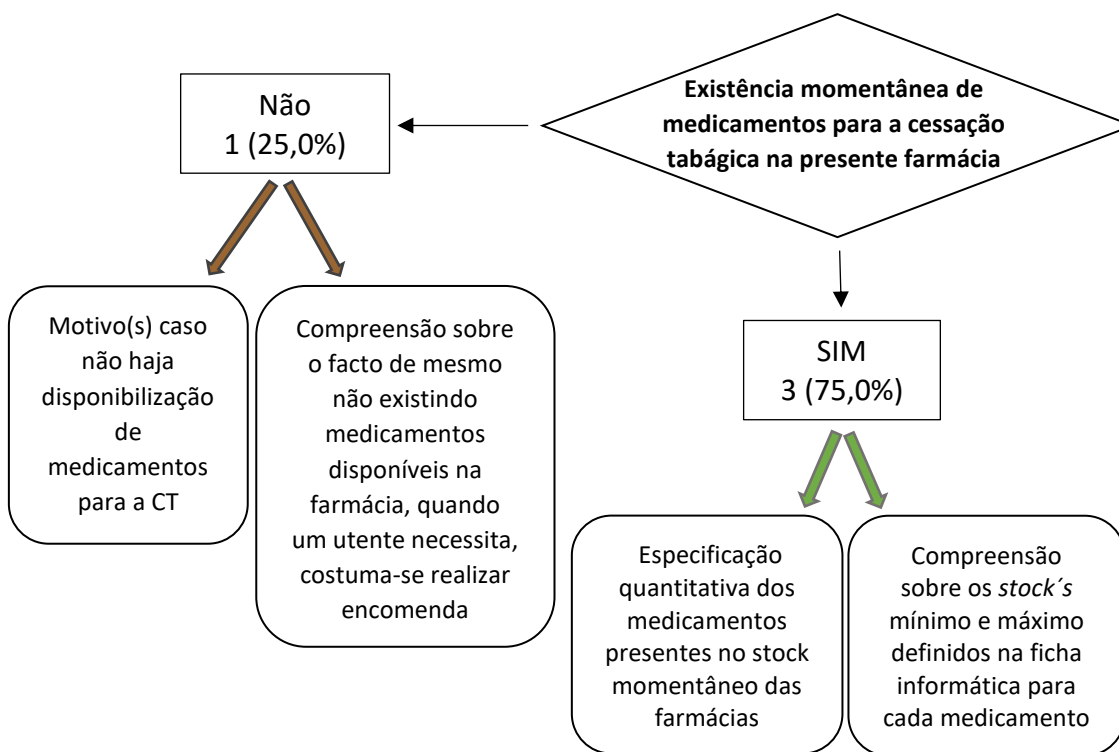


Figura III. 19 - Averiguação, junto dos diretores técnicos, sobre a existência momentânea de medicamentos para a CT e as duas questões seguintes que foram colocadas no questionário.

Nas tabelas seguintes (Tabelas III.8, III.9 e III.10) estão apresentadas, para as 3 farmácias que responderam afirmativamente à pergunta anterior (respetivamente as que se situavam numa cidade grande, cidade pequena e vila), as especificações quantitativas dos medicamentos presentes no stock momentâneo das farmácias, bem como os *stock's* mínimo e máximo definidos para esses medicamentos. Desta forma foi possível verificar que a farmácia situada na cidade pequena dispunha de um stock muito superior (38 unidades no total), quando comparada com as

restantes duas farmácias, pois a farmácia da vila apresentou 8 unidades e a da cidade grande apenas 3 unidades. É, assim, surpreendente, perceber que a farmácia localizada numa cidade capital de distrito, onde existe maior número de população, foi a que apresentou um nível de stock mais reduzido.

A farmácia que não apresentava stock no momento da recolha de dados do estudo, em agosto de 2021, foi a farmácia situada na Aldeia. Os motivos que a Diretora Técnica apresentou recaíram sobretudo no facto de não ser rentável possuir estas classes de medicamentos muito específicas que são pouco procurados pelos utentes e prescritos pelos médicos locais. Ainda assim, a Diretora confessou que sempre que é oportuno e necessário, efetuam encomendas instantâneas dos medicamentos.

Tabela III. 8 - Especificação quantitativa dos medicamentos presentes no stock momentâneo das farmácias, bem como os stock's mínimo e máximo definido na Farmácia localizada na cidade grande.

Grupo	Princípio ativo	Forma farmacêutica	Marca comercial e porção	Dosagem	Código nacional do produto (CNP)	Stock momentâneo (agosto 2021)	Stock definido	
							Mínimo	Máximo
Terapêutica de substituição de nicotina	Nicotina	Gomas	Nicorette, 30 unid	2 mg	8667535	1	0	1
			Nicorette, 105 unid	4 mg	8667568	1	0	1
		Pastilhas	Nicopass Menta, 36 unid	1,5 mg	5690680	0	0	1
		Comprimidos para chupar	---	---	---	---	---	---
		Sistemas transdérmicos	Nicopatch TTS, 7 unid	14mg/24h	5661509	0	0	1
			Nicopatch TTS, 28 unid	21mg/24h	5661533	0	0	1
			Nicotinell, 28 unid		5943782	0	0	1
			Niquitin Clear, 14 unid		4944880	0	0	1
		Solução para pulverização bucal	---	---	---	---	---	---
Terapêutica não nicotínica	Vareniclina	Comprimidos	Champix, 56 unid	0.5 mg	5980180	0	0	1
			Champix, 28 unid	1 mg	5557319	0	1	3
			Champix, 25 unid	0.5 + 1mg	5557301	1	0	1
	Bupropiona		---	---	---	---	---	
	Clonidina		---	---	---	---	---	
	Nortriptilina		---	---	---	---	---	

Tabela III. 9 - Especificação quantitativa dos medicamentos presentes no stock momentâneo das farmácias, bem como os stock's mínimo e máximo definido na Farmácia localizada na cidade pequena.

Grupo	Princípio ativo	Forma farmacêutica	Marca comercial e porção	Dosagem	Código nacional do produto (CNP)	Stock momentâneo (agosto 2021)	Stock definido	
							Mínimo	Máximo
Terapêutica de substituição de nicotina	Nicotina	Gomas	Nicotinell Freshmint, 120 unid	2 mg	5591474	1	3	5
			Nicotinell Frui, 24 unid		5039383	1	0	1
		Pastilhas	Nicotinell Mint, 96 unid	1 mg	2943983	0	0	1
		Comprimidos para chupar	Niquitin Menta, 60 unid	1,5 mg	5354212	14	2	4
			Niquitin Menta, 60 unid	4 mg	5354238	22	3	5
		Sistemas transdérmicos	Niquitin Clear, 14 unid	21 mg/24h	4944880	0	0	1
		Solução para pulverização bucal	---	---	---	---	---	---
Terapêutica não nicotínica	Vareniclina	Comprimidos	Champix, 25 unid	0,5 + 1 mg	5557301	0	0	1
			Champix, 28 unid	1 mg	5557319	0	0	1
	Bupropiona		---	---	---	---	---	
	Clonidina		---	---	---	---	---	
	Nortriptilina		---	---	---	---	---	

Tabela III. 10 - Especificação quantitativa dos medicamentos presentes no stock momentâneo das farmácias, bem como os stock's mínimo e máximo definido na Farmácia localizada na vila.

Grupo	Princípio ativo	Forma farmacêutica	Marca comercial e porção	Dosagem	Código nacional do produto (CNP)	Stock momentâneo (agosto 2021)	Stock definido		
							Mínimo	Máximo	
Terapêutica de substituição de nicotina	Nicotina	Gomas	Nicorette Menta Fresca, 30 unid	2 mg	5905286	0	0	1	
			Nicotinell, 120 unid		5591474	1	0	1	
		Pastilhas	---	---	---	---	---	---	
		Comprimidos para chupar	Niquitin Menta, 60 unid	1,5 mg	5354212	1	0	1	
			Niquitin Menta, 20 unid		4 mg	5354220	1	0	1
			Niquitin Menta, 60 unid			5354238	1	0	1
		Sistemas transdérmicos	Niquitin Clear, 14 unid	14mg/24h	4944385	0	0	1	
			Niquitin Clear, 14 unid	21 mg/24 h	4944880	1	0	1	
		Solução para pulverização bucal	---	---	---	---	---	---	
		Terapêutica não nicotínica	Vareniclina	Comprimidos	Champix, 25 unid	0,5 + 1 mg	5557301	1	0
Champix, 28 unid	1 mg				5557319	1	0	1	
Champix, 56 unid					5557327	1	0	1	
Bupropiona	---		---		---	---	---	---	
Clonidina	---		---		---	---	---	---	
Nortriptilina	---		---		---	---	---	---	

4.3.3. Nível de dispensa

Em primeiro lugar, é de notar que esta secção do questionário, sobre o nível de dispensas de medicamentos para a cessação tabágica dos últimos 6 meses à data da recolha dos dados aos profissionais de saúde (1º semestre de 2021), foi apenas aplicada aos 4 farmacêuticos com cargo de diretores técnicos das farmácias participantes no estudo, recorrendo para tal ao histórico informático das farmácias. Nas tabelas seguintes (Tabelas III.11, III.12, III.13 e III.14) estão apresentados os respetivos dados recolhidos.

Da análise das informações obtidas é possível apurar que os dados do nível de dispensas da farmácia situada na cidade pequena, são coerentes com os *stock's* existentes na farmácia, dado que corresponde à farmácia onde existiram mais dispensas (81 unidades) comparando com as restantes farmácias no mesmo período de tempo.

Seguindo-se a farmácia situada numa grande cidade alentejana, com 21 unidades e logo em seguida, a Aldeia com 19 unidades e a vila, com 18 unidades. Sendo um pouco inesperado, tal como anteriormente no *stock* momentâneo, uma vez que a farmácia da cidade grande, embora tenha tido um valor final superior de dispensas, comparando com as outras duas farmácias situadas em meios mais pequenos, não foi um número significativo.

É de salientar que embora na farmácia da Aldeia não existisse nenhum *stock* durante a recolha dos dados, foi a segunda farmácia a apresentar uma maior dispensa de medicamentos para a cessação tabágica, o que revela que, tal como a Diretora Técnica mencionou, sempre que necessário efetuam encomendas instantâneas dos medicamentos.

Todavia, uma grande conclusão que se pode retirar dos dados recolhidos, é que mesmo existindo algumas dispensas nas farmácias do estudo, o que já é satisfatório, considera-se que, para o número de fumadores elevadíssimo que existe no Baixo Alentejo, pode-se inferir que o nível de dispensas, ainda assim, é consideravelmente baixo.

Esta conclusão pode ter vários motivos inerentes, sendo que os principais recaem:

- i) na existência de poucos utentes interessados em deixar de fumar e motivados para iniciarem um processo de cessação tabágica;
- ii) e no facto dos profissionais de farmácia não realizarem, de forma proativa, a promoção da cessação tabágica, quer por falta de formação na área, quer por indisponibilidade durante o seu dia-a-dia na farmácia para dedicarem mais do seu tempo aos utentes.

Tabela III. 11 - Nível de dispensas do 1º semestre de 2021 de medicamentos para a CT, na farmácia situada na cidade grande.

Grupo	Princípio ativo	Forma farmacêutica	Marca comercial, dosagem, porção e CNP	Meses do 1º semestre de 2021						Total			
				Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho				
				Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada			
Terapêutica de substituição de nicotina	Nicotina	Gomas	Nicorette, 2 mg, 30 unid (CNP: 8667535)	1	1					2			
			Nicorette, 4 mg, 105 unid (CNP: 8667568)						1	1			
		Pastilhas	Nicopass Menta, 1.5 mg, 36 unid (CNP: 5690680)	1		1					2		
		Comprimidos para chupar											
			Nicopatch TTS, 14 mg/24h, 7 unid (CNP: 5661509)		1						1		
		Sistemas transdérmicos		Nicopatch TTS, 21 mg/24h, 28 unid (CNP: 5661533)							1	1	
				Niquitin Clear, 21 mg/24 h, 14 unid (CNP: 4944880)				1				1	
				Nicotinell, 21 mg/24h, 28 unid (CNP: 5943782)					1			1	
		Terapêutica não nicotínica	Vareniclina	Solução para pulverização bucal									
Comprimidos	Champix 0.5 mg, 56 unid (CNP: 5980180)						1				1		
	Champix 1 mg, 28 unid (CNP: 5557319)			2	1	1	2			4	10		
Bupropiona	Clonidina	Nortriptilina	Champix 0.5 + 1 mg, 25 unid (CNP: 5557301)					1		1			

Tabela III. 12 - Nível de dispensas do 1º semestre de 2021 de medicamentos para a CT, na farmácia situada na cidade pequena.

Grupo	Princípio ativo	Forma farmacêutica	Marca comercial, dosagem, porção e CNP	Meses do 1º semestre de 2021						Total	
				Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho		
				Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada		
Terapêutica de substituição de nicotina	Nicotina	Gomas	Nicotinell Freshmint, 2 mg, 120 unid (CNP: 5591474)	3	4	3	1	5	2	18	
			Nicotinell Fruit, 2 mg, 24 unid (CNP: 5039383)	1				1	1	3	
		Pastilhas	Nicotinell Mint, 1 mg, 96 unid (CNP: 2943983)		1						1
			Niquitin Menta, 1.5 mg, 60 unid (CNP: 5354212)	4	4	2		1			11
		Sistemas transdérmicos	Niquitin Menta, 4 mg, 60 unid (CNP: 5354238)	4	3	5	5	5	6		28
			Niquitin Clear, 21 mg/24h, 14 unid (CNP: 4944880)		2						2
Terapêutica não nicotínica	Vareniclina	Solução para pulverização bucal	---	---	---	---	---	---	---	---	
			Champix, 0.5 mg + 1 mg, 25 unid (CNP: 5557301)	2	3	2			1	8	
		Comprimidos	Champix, 1 mg, 28 unid (CNP: 5557319)	5	4	1					10
			---	---	---	---	---	---	---	---	---
Terapêutica não nicotínica	Bupropiona	Comprimidos	---	---	---	---	---	---	---	---	
			Clonidina	---	---	---	---	---	---	---	
				Nortriptilina	---	---	---	---	---	---	---

Tabela III. 13 - Nível de dispensas do 1º semestre de 2021 de medicamentos para a CT, na farmácia situada na vila.

Grupo	Princípio ativo	Forma farmacêutica	Marca comercial, dosagem, porção e CNP	Meses do 1º semestre de 2021						Total	
				Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho		
				Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	
Terapêutica de substituição de nicotina	Gomas	Pastilhas	Nicorette Menta Fresca, 2 mg, 30 unid (CNP: 5905286)						2	2	
			Nicotinell, 2 mg, 120 unid (CNP: 5591474)						1	1	
	Comprimidos para chupar	Pastilhas	Niquitin Menta, 1,5 mg, 60 unid (CNP: 5354212)			2					2
			Niquitin Menta, 4 mg, 20 unid (CNP: 5354220)	2							2
			Niquitin Menta, 4 mg, 60 unid (CNP: 5354238)						1		1
			Niquitin Clear, 1,4mg/24h, 14 unid (CNP: 4944385)			1					1
	Sistemas transdérmicos	Sistemas transdérmicos	Niquitin Clear, 21mg/24h, 14 unid (CNP: 4944880)		2				1		3
			Solução para pulverização bucal								
	Terapêutica não nicotínica	Vareniclina	Comprimidos	Champix, 0,5 mg + 1 mg, 25 unid (CNP: 5557301)	1			2			3
				Champix, 1 mg, 28 unid (CNP: 5557319)		1					1
Champix, 1 mg, 56 unid (CNP: 5557327)								1		2	
Bupropiona		Comprimidos									
			Clonidina								
			Nortriptilina								

Tabela III. 14 - Nível de dispensas do 1º semestre de 2021 de medicamentos para a CT, na farmácia situada na aldeia.

Grupo	Princípio ativo	Forma farmacêutica	Marca comercial, dosagem, porção e CNP	Meses do 1º semestre de 2021						Total
				Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	
				Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada	Quantidade dispensada
Terapêutica de substituição de nicotina	Nicotina	Gomas	---	---	---	---	---	---	---	---
		Pastilhas	---	---	---	---	---	---	---	---
	Comprimidos para chupar	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Sistemas transdérmicos	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Solução para pulverização bucal	---	---	---	---	---	---	---	---	
Terapêutica não nicotínica	Vareniclina	Comprimidos	Champix, 0,5 mg + 1 mg, 25 unid (CNP: 5557301)	3	4	1	1	1	1	9
			Champix, 1 mg, 28 unid (CNP: 5557319)	1	4	2		1	1	9
			Champix, 1 mg, 56 unid (CNP: 5557327)					1		1
	Bupropiona	Comprimidos	---	---	---	---	---	---	---	---
			Clonidina	---	---	---	---	---	---	---
	Nortriptilina	---	---	---	---	---	---	---	---	

5. Limitações do estudo

Por ser um estudo preliminar, a sua aplicação foi objeto de algumas limitações, nomeadamente:

- *viés da pouca abrangência:*

- i) tempo limitado para a recolha dos dados do estudo;
- ii) um único investigador a recolher os dados.

- *viés de informação:*

- i) necessidade de realização de questionários, relativamente, pequenos e objetivos, de forma a não despende muito tempo, existindo carência de algumas informações mais específicas;
- ii) erros na codificação ou recolha da informação.

- *viés do observador, aquando:*

- i) da cópia manual dos dados do questionário para o SPSS pelo investigador;
- ii) da interpretação das perguntas por parte dos profissionais durante a recolha dos dados.

- *viés da amostra:*

- i) reduzida pelo facto de ser um estudo primário com recolha de dados em apenas quatro farmácias comunitárias, por isso não englobará representatividade dos profissionais das farmácias do Baixo Alentejo;
- ii) pouca disponibilidade imediata dos profissionais, por possuírem horários rotativos e um elevado nível trabalho, o que fez com que os questionários tivessem que ser realizados muito rapidamente, sobretudo aos Diretores Técnicos e farmacêuticos Adjuntos;
- iii) possibilidade de desconfiança por parte dos profissionais e omissão de informações relevantes.

6. Fundamento global

O presente estudo é, dentro do conhecimento da autora, o primeiro em Portugal acerca da avaliação, em específico, da necessidade de implementação de programas estratégicos de cessação tabágica em farmácias comunitárias. Desta forma seria interessante avaliar a mesma questão de investigação englobando, para além do Baixo Alentejo, outras regiões do país.

Ainda assim, a nível internacional, mais precisamente na Etiópia, existiu o desenvolvimento de um estudo similar, elaborado por Erku *et al.*, tendo como alvo, também, os profissionais de farmácia, com o objetivo de avaliar o conhecimento e a atitude destes em relação ao tabagismo e à cessação tabágica, bem como compreender o envolvimento que os mesmos possuíam na prestação de serviços nesta temática. Embora, a realidade de Portugal seja bastante discrepante, tratando-se de um país europeu desenvolvido, as conclusões obtidas, foram, significativamente, coerentes. Isto porque, ambos detetaram lacunas no conhecimento dos inquiridos acerca do tema, revelando-se, conseqüentemente uma carência de práticas clínicas no seu quotidiano, nomeadamente a falta de intervenções proativas aos seus utentes ^[255].

Capítulo IV.



Enquadramento Final

Parte A.



Considerações Finais

“A persistência é o menor caminho do êxito.”

- Charles Chaplin

Capítulo IV. Enquadramento final

Parte A. Considerações finais

O consumo de tabaco, que no passado era um fenómeno social inevitável, tornou-se, nas últimas décadas uma verdadeira ameaça a toda a população: não só para quem consome, mas também para aqueles que rodeiam. Assim, o tabagismo é considerado pela OMS como um problema gravíssimo de saúde pública, que provoca e desencadeia diversas patologias em todo o organismo.

A cessação tabágica acompanhada por um profissional de saúde especializado na área é, atualmente, a medida mais custo-efetiva, sendo importante em qualquer momento da vida de um fumador, no entanto quanto mais cedo, mais benefícios acarreta para a saúde dos indivíduos, reduzindo assim a taxa de mortalidade associada ao tabagismo. Ainda assim, apesar dos grandes esforços no sentido da diminuição da morbidade e mortalidade associados ao tabagismo, existe futuramente, um longo caminho a percorrer no sentido de travar a epidemia tabágica, portanto, deve ser combatida com todos os meios possíveis. Perante isto, as farmácias comunitárias podem, e devem, ser um desses meios, contribuindo, favoravelmente para a saúde pública da população.

Com o presente trabalho percebeu-se que dos 23 profissionais inquiridos, apenas 8 eram farmacêuticos (34,8%) e que somente 3, da amostra total, participaram, em pelo menos, uma formação sobre a temática da cessação tabágica. Os resultados anteriormente mencionados permitem concluir que existe carência de recursos humanos altamente qualificados nas farmácias comunitárias estudadas. Em relação ao conhecimento sobre metodologias disponíveis para auxiliar os profissionais a contribuírem para a cessação tabágica, 16 (69,6%) dos profissionais revelaram não conhecer a intervenção mínima e/ou breve e quando foi abordada a intervenção intensiva, apenas 1 dos profissionais tinha conhecimento. Assim, é possível constatar que existe pouco envolvimento dos inquiridos nesta temática, podendo-se comprovar também, pelo facto de nenhuma das farmácias comunitárias onde o estudo foi realizado dispunha de consulta farmacêutica de cessação tabágica. Contudo, foi unânime o facto de concordarem que as mesmas são uma mais-valia, pois existiram 21 (91,3%) respostas afirmativas. Em relação aos medicamentos para a cessação tabágica, verificou-se que 3 das 4 farmácias possuíam stock no momento do estudo e que apenas 1 delas não detinha qualquer stock deste tipo de medicamentos. A farmácia situada numa cidade pequena foi a que apresentou mais stock momentâneo, tendo sido também a que apresentou maior nível de dispensas nos seis meses analisados (janeiro a junho 2021). Tais resultados revelaram-se de certo modo, surpreendentes face aos dados obtidos para a farmácia que se situa numa cidade grande, onde existe maior massa populacional, o que poderá

ser possivelmente explicado pelo facto de na cidade grande existir maior oferta de farmácias comunitárias. Outra conclusão que se pode retirar dos dados recolhidos, é que mesmo existindo algumas dispensas nas farmácias do estudo, o que já é satisfatório, considera-se que para o número de fumadores elevadíssimo que existe no Baixo Alentejo, o nível de dispensas, ainda assim, é consideravelmente baixo.

Em suma, respondendo à questão de investigação, pode-se concluir que é extremamente necessário que os profissionais das farmácias comunitárias da região estudada, o Baixo Alentejo, desenvolvam uma atitude mais proativa e implementem, no seu dia-a-dia, programas estratégicos de prevenção (campanhas de sensibilização), controlo e combate ao tabagismo (consultas de cessação tabágica) nas farmácias onde exercem a sua prática laboral.

Capítulo IV.

Enquadramento Final

Parte B.



Perspetivas Futuras

“If the road easy, you´re likely going the wrong way.”

- Terry Goodkind

Parte B. Perspetivas futuras

Atualmente, estão disponíveis diversas terapêuticas para a redução dos sintomas de abstinência associados à cessação tabágica, perspetivando-se a aprovação de novas terapêuticas em breve. Os vários tratamentos disponíveis apresentam diferentes eficácias e custos, e não têm um impacto uniforme em todos os fumadores. Assim sendo, o tratamento deve ser adaptado às condições locais e culturais, e ajustado às preferências e necessidades individuais de cada pessoa; por este motivo, torna-se essencial a existência de consultas de cessação tabágica, onde existe um acompanhamento personalizado aos fumadores.

Por conhecer-se que o processo de abandono tabágico é bastante complexo e pautado por uma grande taxa de recaídas, em Portugal, o Ministério da Saúde aprovou, em 2007, o “Programa-tipo de atuação para a Cessação Tabágica”, encorajando os Cuidados de Saúde primários e secundários a formarem profissionais especializados e a implementarem o programa. No entanto, o sistema nacional de saúde português não consegue garantir e assegurar o acompanhamento, por profissionais especializados em cessação tabágica, a todos os fumadores, principalmente por falta de recursos humanos, sendo as regiões interiores as mais afetadas, como é o caso do Baixo Alentejo.

Assim, pode-se concluir que as farmácias comunitárias reúnem o posicionamento e cenário extremamente ideal para contribuírem na identificação, implementação e desenvolvimento de intervenções junto da população, nomeadamente neste âmbito, possibilitando desta forma que programas de cessação tabágica cheguem a uma maior parte da população fumadora. Os farmacêuticos são um recurso subutilizado na assistência à saúde e os seus conhecimentos em terapêutica, uso racional de medicamentos e promoção da saúde, além da sua posição privilegiada, devem ser mais explorados. Neste contexto, o farmacêutico comunitário pode contribuir, não só com intervenções breves na sua prática diária, mas também especializar-se e efetuar um acompanhamento, a curto e longo prazo, de fumadores em processo de cessação tabágica, principalmente, para avaliação da eficácia e segurança da terapêutica, referenciando, se necessário para outros profissionais de saúde, trabalhando numa equipa multidisciplinar.

É, portanto, prioritária a criação de medidas mais abrangentes no sentido de tornar mais acessível o tratamento para o abandono tabágico, devendo preconizar-se coberturas nacionais uniformizadas e mais satisfatórias, com o objetivo de minimizar problemas de acessibilidade, reduzir fortemente o impacto pessoal, familiar, social e económico do tabagismo, contribuindo-se desta forma para uma melhoria na saúde pública e atingir-se melhores metas nacionais em relação ao consumo do tabaco, com a redução da morbimortalidade.

Perante os resultados obtidos e da discussão/conclusão da dissertação, é possível ultimar que é essencial e urgente associar as farmácias comunitárias aos esforços do sistema nacional de saúde para travar o tabagismo, pois seria, sem dúvida, uma mais-valia para todos.

Contudo, reconhece-se, que para tal, será necessário ultrapassar barreiras para o sucesso do serviço de cessação tabágica em farmácia comunitária, tais como:

- i) mudança do *mind-set* de profissionais de farmácia, de forma a serem agentes de saúde pública e aumentarem a sua motivação para se envolver em temáticas relevantes para a sociedade, como o tabagismo;
- ii) existência de formação contínua dos profissionais de farmácia em áreas mais específicas e focadas no bem-estar geral dos utentes, para assim desenvolverem as suas capacidades e competências, de forma a intervirem ativamente em fatores de risco de várias doenças, como o tabagismo.

Referências Bibliográficas

Referências bibliográficas

1. Martínez Llamas A. *Manual de Patología Tabaquica*. 1.^a ed. Ministerio de Sanidad y Consumo DG de SP, editor. Madrid: Rústica ed.; 1982.
2. Health Organization W. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. 1th Revision. 1992. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37958/9241544228_eng.pdf?sequence=8&isAllowed=y (Acesso em março de 2021)
3. World Health Organization (WHO). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. 10th Revision. 2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F10-F19> (Acesso em março de 2021)
4. Kandemis E, Tuncel G, Asut O, Temel SG, Ergoren MC. *Strong Association between Serotonin Transporter 5-HTT VNTR Variant and Psychoactive Substance (Nicotine): Use in the Turkish Cypriot Population*. *Curr Drug Metab*. 2020;21(6):466–70.
5. Tiwari RK, Sharma V, Pandey RK, Shukla SS. *Nicotine Addiction: Neurobiology and Mechanism*. *J Pharmacopuncture*. 2020;23(1):1.
6. Oliveira GMM, Mendes M, Dutra ÓP, Achutti A, Fernandes M, Correia VA, et al. *Recomendações de 2019 para a redução do consumo de tabaco nos países de língua portuguesa*. *Rev Port Cardiol*. 2019;38(4):233–44.
7. World Health Organization (WHO). *Fact sheets – Detail – Tobacco*. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (Acesso em março de 2021)
8. Elflein J. *Smoking in the U.S. - Statistics & Facts*. Statistics. 2021. Disponível em: <https://www.statista.com/topics/1600/smoking/#dossierKeyfigures> (Acesso em abril de 2021)
9. World Health Organization (WHO) - Regional Office for the Western Pacific. *O Corpo do Fumador*. 2019;
10. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). *GBD Compare Data Visualization - Risk Smoking*. University of Washington. Seattle, Washington; 2019. Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (Acesso em abril de 2021)
11. European Commission. *Special Eurobarometer 506 - Report attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes*. European Union. Kantar, Belgium; 2021.
12. Nunes E, Gato I. *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo em Portugal 2020*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde; 2021.
13. Nunes E, Monteiro L. *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo em Portugal 2017*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde; 2017.
14. Nunes E. *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo em Portugal 2019*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde & Direção-Geral da Saúde; 2019.
15. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD) & European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP). *Portugal: Perfil de Saúde do País 2017 - State of Health in the EU*. Bruxelas, Bélgica; 2017.
16. Carson-Chahhoud K, Livingstone-Banks J, Sharrad K, Kopsaftis Z, Brinn M, To-A-Nan R, et al. *Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;(10).
17. Kusynová Z, Besançon L. *Establishing tobacco - free communities - A practical guide on pharmacists*. Dusseldorf, Germany: Federation International Pharmaceutical (FIP); 2015.
18. Ribeiro JLP. *Psicologia e Saúde*. 2.^a ed. Lisboa, Portugal: Instituto Superior de Psicologia Aplicada; 2010.
19. Barreira E. *Tabagismo : Problemática Global de saúde*. *Onco news*. 2007;1(2):18–22.
20. Fagerström K, Eissenberg T. *Dependence on tobacco and nicotine products: A case for product-specific assessment*. *Nicotine Tob Res*. 2012;14(11):1382–90.
21. Johnston et al. *La respuesta del cuerpo a la Nicotina, el tabaco y el vapeo*. *Natl Inst Drug*

- Abus. 2020;
22. Reis M. *Guia para o profissional do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: Controle de produtos derivados do tabaco*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde Brasileiro - Fundação Oswaldo Cruz/ENSP/EAD; 2016.
 23. Stepanov I, Woodward A. *Heated tobacco products : things we do and do not know*. *Tob Control*. 2018;27:7–8.
 24. Instituto Nacional de Estatística I.P. (INE). *População residente com 15 e mais anos de idade (N.º) por sexo e frequência de utilização de cigarro eletrónico*. Lisboa, Portugal. 2021. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0010609&contexto=bd&selTab=tab2 (Acesso em maio de 2021)
 25. Lavado E, Calado V. *Relatório nacional - Estudo sobre os Comportamentos de Consumo de Álcool, Tabaco, Drogas e outros Comportamentos Aditivos e Dependências: Portugal (ECATD-CAD) 2019*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD); 2020.
 26. Shafey O, Eriksen M, Ross H, Mackay J. *The Tobacco Atlas*. 3th ed. Atlanta, Georgia, USA: American Cancer Society; 2009.
 27. Viegas CA. *Formas não habituais de uso do tabaco*. *J Bras Pneumol*. 2008;34(12):1069–73.
 28. Persoskie A, O'Brien EK, Donaldson EA, Pearson J, Choi K, Kaufman A, et al. *Cigar package quantity and smoking behavior*. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1–9.
 29. Pickworth WB, Rosenberry ZR, Yi D, Pitts EN, Lord-Adem W, Koszowski B. *Cigarillo and Little Cigar Mainstream Smoke Constituents from Replicated Human Smoking*. *Chem Res Toxicol*. 2018;31(4):251–8.
 30. Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, et al. *The Tobacco Atlas*. 6th ed. Atlanta, Georgia, USA: American Cancer Society; 2018.
 31. Food and Drug Administration (FDA) & Department of Health & Human Services. *How A Cigarette is Engineered*. USA; 2016.
 32. Keat R, Albuquerque R, Freitas M, Brandariz A. *Smoking Cessation Advice - Healthcare professional training*. European Union: Birmingham Dental Hospital; 2019.
 33. ACT - Promoção da Saúde. *Comparação do funcionamento de um Cigarro comum x Cigarro eletrónico*. 2019. Disponível em: <https://actbr.org.br/post/hospitais-devem-notificar-anvisa-sobre-casos-relacionados-ao-uso-de-cigarro-eletronico/18125/> (Acesso em maio de 2021)
 34. Zevin S, Gourlay SG, Benowitz NL. *Clinical pharmacology of nicotine*. *Clin Dermatol*. 1998;16(5):557–64.
 35. Nunes E. *Consumo de tabaco. Efeitos na saúde*. *Rev Port Clínica Geral e Fam*. 2006;22:225–44.
 36. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control and Prevention (US); 2014.
 37. Organization Health World -International Agency for Research on Cancer. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans - Volume 83: Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*. Lyon, France: Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans; 2004.
 38. Wollina U. *Water pipe smoking and dermatologic consequences*. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2015;29(8):1481–4.
 39. Maziak W. *The global epidemic of waterpipe smoking*. *Addict Behav*. 2011;36(1):1–5.
 40. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Advisory note: waterpipe tobacco smoking: health effects, research needs and recommended actions by regulators*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; 2017.

41. Saadawi, Ryan; Hachmoeller, Oliver; Winfough, Matthew; Hanley, Traci; Caruso, Joseph A.; Landero Figueroa JA. *The hookah series part 2: elemental analysis and arsenic speciation in hookah charcoals*. J Anal At Spectrom. 2014;29(11):2146–58.
42. Alvur MT, Cinar N, Akduran F, Dede C. *Fallacies about water pipe use in Turkish University students - what might be the consequences?* Asian Pacific J Cancer Prev. 2014;15(5):1977–80.
43. Foulds J, Veldheer S, Berg A. *Electronic cigarettes (e-cigs): views of aficionados and clinical/public health perspectives*. Int J Clin Pract. Outubro de 2011;65(10):1037–42.
44. Breland A, Soule E, Lopez A, Ramôa C, El-Hellani A, Eissenberg T. *Electronic cigarettes: what are they and what do they do?* Ann N Y Acad Sci. 2016;1394(1):1–26.
45. Etter JF. *Electronic cigarettes: A survey of users*. BMC Public Health. 4 de Maio de 2010;10(1):1–7.
46. Goniewicz ML, Lingas EO, Hajek P. *Patterns of electronic cigarette use and user beliefs about their safety and benefits: an internet survey*. Drug Alcohol Rev. Março de 2013;32(2):133–40.
47. Walton KM, Abrams DB, Bailey WC, Clark D, Connolly GN, Djordjevic M V., et al. *NIH electronic cigarette workshop: developing a research agenda*. Nicotine Tob Res. 1 de Fevereiro de 2015;17(2):259–69.
48. Ferkol TW, Farber HJ, Grutta S La, Leone FT, Marshall HM, Neptune E, et al. *Electronic cigarette use in youths: a position statement of the Forum of International Respiratory Societies on behalf of the Forum of International Respiratory Societies 12 PERSPECTIVE FIRS STATEMENT*. Eur Respir J. 2018;51:1800278.
49. Stevens JF, Maier CS. *Acrolein: sources, metabolism, and biomolecular interactions relevant to human health and disease*. Mol Nutr Food Res. Janeiro de 2008;52(1):7–25.
50. Uchiyama S, Ohta K, Inaba Y, Kunugita N. *Determination of carbonyl compounds generated from the E-cigarette using coupled silica cartridges impregnated with hydroquinone and 2,4-dinitrophenylhydrazine, followed by high-performance liquid chromatography*. Anal Sci. 2013;29(12):1219–22.
51. Nides MA, Leischow SJ, Bhattar M, Simmons M. *Nicotine blood levels and short-term smoking reduction with an electronic nicotine delivery system*. Am J Health Behav. Março de 2014;38(2):265–74.
52. Alfi M, Talbot P. *Health-related effects reported by electronic cigarette users in online forums*. J Med Internet Res. 2013;15(4).
53. Habibagahi A, Alderman N, Kubwabo C. *A review of the analysis of biomarkers of exposure to tobacco and vaping products*. Anal Methods. 2020;12(35):4276–302.
54. Sohal SS, Eapen MS, Naidu VGM, Sharma P. *IQOS exposure impairs human airway cell homeostasis: direct comparison with traditional cigarette and e-cigarette*. ERJ Open Res. 1 de Fevereiro de 2019;5(1).
55. Auer R, Concha-Lozano N, Jacot-Sadowski I, Cornuz J, Berthet A. *Heat-Not-Burn Tobacco Cigarettes: Smoke by Any Other Name*. JAMA Intern Med. 1 de Julho de 2017;177(7):1050–2.
56. Liu X, Lugo A, Spizzichino L, Tabuchi T, Pacifici R, Gallus S. *Heat-not-burn tobacco products: concerns from the Italian experience*. Tob Control. 1 de Janeiro de 2019;28(1):113–4.
57. IQOS Portugal. *Como funciona o novo dispositivo eletrónico - IQOS*. 2017. Disponível em: <https://pt.iqos.com/pt> (Acesso em maio de 2021)
58. Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, Cummings KM, Jazayeri MA, Morris PB, et al. *2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Clinical Expert Consensus Documents*. J Am Coll Cardiol. 25 de Dezembro de 2018;72(25):3332–65.
59. Reitsma MB, Fullman N, Ng M, Salama JS, Abajobir A, Abate KH, et al. *Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a*

- systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015*. Lancet (London, England). 13 de Maio de 2017;389(10082):1885–906.
60. Smith MR, Clark B, Lüdicke F, Schaller JP, Vanscheuwijck P, Hoeng J, et al. *Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 1: Description of the system and the scientific assessment program*. Regul Toxicol Pharmacol. 30 de Novembro de 2016;81 Suppl 2:S17–26.
 61. Ruprecht AA, De Marco C, Saffari A, Pozzi P, Mazza R, Veronese C, et al. *Environmental pollution and emission factors of electronic cigarettes, heat-not-burn tobacco products, and conventional cigarettes*. Aerosol Sci Technol. 3 de Junho de 2017;51(6):674–84.
 62. Directorate-General for Communication. *Special Eurobarometer 458: Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes*. Brussels; 2017.
 63. Dinakar C, O'Connor GT. *The Health Effects of Electronic Cigarettes*. N Engl J Med. 6 de Outubro de 2016;375(14):1372–81.
 64. Reis Ferreira JM, Figueiredo A, Boléo-Tomé JP, Robalo Cordeiro C. *Electronic Cigarette: Position of the Portuguese Society of Pneumology*. Acta Med Port. 30 de Abril de 2015;28(5):548–50.
 65. Sociedades Médicas Portuguesas. *Parecer - Posição Conjunta das Sociedades Científicas Portuguesas em Relação a Produtos de Tabaco Aquecid*. Lisboa, Portugal; 2019.
 66. Económico JG-V. *Caraterísticas de cada dispositivo eletrónico novo x Cigarro convencional*. 2018. Disponível em: <https://valor.globo.com/empresas/noticia/2018/06/29/polemicos-novos-cigarros-ganham-espaco.ghtml> (Acesso em maio de 2021)
 67. Underner M, Perriot J. *Tabac non fumé*. Rev Mal Respir. 2011;28(8):978–94.
 68. Harris S. *Nicotiana tabacum L. (Solanaceae)*. Department of Plant Sciences, University of Oxford. 2017. Disponível em: <https://herbaria.plants.ox.ac.uk/bol/plants400/Profiles/MN/Nicotiana> (Acesso em maio de 2021)
 69. Goodman J. *Tobacco in History: The Cultures of Dependence*. 2th ed. The Journal of the Royal Anthropological Institute. London & New York: Routledge; 2005.
 70. Benowitz NL, Hukkanen J, Jacob P. *Nicotine chemistry, metabolism, kinetics and biomarkers*. Handb Exp Pharmacol. 2009;192:29–60.
 71. Yildiz D. *Nicotine, its metabolism and an overview of its biological effects*. Toxicol. 2004;43(6):619–32.
 72. American Chemical Society. *Molecule Nicotine*. Washington, USA. 2018. Disponível em: <https://www.acs.org/content/acs/en/molecule-of-the-week/archive/n/nicotine.html> (Acesso em maio de 2021)
 73. Benowitz NL. *Clinical pharmacology of nicotine: Implications for understanding, preventing, and treating tobacco addiction*. Clin Pharmacol Ther. 2008;83(4):531–41.
 74. National Center for Biotechnology Information - National Library of Medicine. *PubChem Compound Summary for CID 89594 - Nicotine*. PubChem. 2021. Disponível em: <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Nicotine> (Acesso em maio de 2021)
 75. US Department of Health and Human Services. *The health consequences of smoking - Nicotine addiction: A Report of the Surgeon General*. Washington, USA: Centers for Disease Control & Health, Promotion and Education; 1988.
 76. Benowitz NL. *Drug Therapy - Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction*. N Engl J Med. 1988;319(20):1318–30.
 77. Sobkowiak R LA. *Wchłanianie, przemiany metaboliczne i wydalanie nikotyny u człowieka [Absorption, metabolism and excretion of nicotine in humans]*. Postep Biochem. 2013;59(1):33–44.
 78. Sohn M, Hartley C, Froelicher ES, Benowitz NL. *Tobacco use and dependence*. Semin

- Oncol Nurs. 2003;19(4):250–60.
79. Benowitz NL. *Nicotine addiction*. Prim Care - Clin Off Pract. 1999;26(3):611–31.
 80. Gori GB, Benowitz NL, Lynch CJ. *Mouth versus deep airways absorption of nicotine in cigarette smokers*. Pharmacol Biochem Behav. 1986;25(6):1181–4.
 81. Svensson CK. *Clinical Pharmacokinetics of Nicotine*. Cincinal Pharmacokinet. 1987;12:30–40.
 82. Slade J. *The tobacco epidemic: Lessons from history*. J Psychoactive Drugs. 1989;21(3):281–91.
 83. Tutka P, Mosiewicz J, Wielosz M. *Pharmacokinetics and metabolism of nicotine*. Pharmacol Reports. 2005;57(2):143–53.
 84. Benowitz NL, Kuyt F, Jacob P. *Circadian blood nicotine concentrations during cigarette smoking*. Clin Pharmacol Ther. 1982;32(6):758–64.
 85. Santos CFM dos, Bracht F, Conceição GC da. *Esta que «é uma das delícias, e mimos desta terra...»: o uso indígena do tabaco (N. rustica e N. tabacum) nos relatos de cronistas, viajantes e filósofos naturais dos séculos XVI e XVII*. Topoi. 2013;14(26):119–31.
 86. Benowitz NL, Jacob P. *Daily intake of nicotine during cigarette smoking*. Dly intake nicotine Dur Cigar Smok. 1984;35(4):499–504.
 87. Herning RI, Jones RT, Benowitz NL, Mines AH. *How a cigarette is smoked determines blood nicotine levels*. Clin Pharmacol Ther. 1983;33(1):84–90.
 88. DTB CME/CPD. *Nicotine and health*. Drug Ther Bull. 2014;52(7):78–81.
 89. Benowitz, Neal L; Porchet, Herve; Sheiner, Lewis; Jacob P. *Nicotine absorption and cardiovascular effects with smokeless tobacco use: Comparison with cigarettes and nicotine gum*. Clin Pharmacol Ther. 1988;44(1):23–8.
 90. Kyerematen, Gabriel A.; Vesell ES. *Metabolism of Nicotine*. Drug Metab Rev. 1991;23(1–2):3–41.
 91. Yoshida R, Nakajima M, Nishimura K, Tokudome S, Kwon JT YT. *Effects of polymorphism in promoter region of human CYP2A6 gene (CYP2A6*9) on expression level of messenger ribonucleic acid and enzymatic activity in vivo and in vitro*. Clin Pharmacol Ther. 2003;74(1):69–76.
 92. Hukkanen J, Jacob P, Benowitz NL. *Metabolism and disposition kinetics of nicotine*. Pharmacol Rev. 2005;57(1):79–115.
 93. Nakajima, M., Kwon, J.T., Tanaka, N., Zenta, T., Yamamoto Y, Yamamoto, H., Yamazaki, H., Yamamoto, T., Kuroiwa Y, Yokoi T. *Relationship between interindividual differences in nicotine metabolism and CYP2A6 genetic polymorphism in humans*. Clin Pharmacol Ther. 2001;69(1):72–8.
 94. Benowitz NL, Lessovschlaggar C, Swan G, Jacob P. *Female sex and oral contraceptive use accelerate nicotine metabolism*. Clin Pharmacol Ther. 2006;79(5):2006.
 95. Johnstone E, Benowitz N, Cargill A, Jacob R, Hinks L, Day I, et al. *Determinants of the rate of nicotine metabolism and effects on smoking behavior*. Clin Pharmacol Ther. 2006;80(4):319–30.
 96. Rosenberg J, Benowitz NL, Jacob P WK. *Disposition kinetics and effects of intravenous nicotine*. Clin Pharmacol Ther. 1980;28(4):517–22.
 97. Benowitz N. *Cotinine as a biomarker of environmental tobacco smoke exposure*. Epidemiol Rev. 1996;18(2):188–204.
 98. Atri A, Chang M, Strichartz G. *Principles of Pharmacology of the Autonomous and Peripheral Nervous System*. Em: Golan D, Tashjian A, Armstrong E, Armstrong A, editores. Principles of Pharmacology: The Pathophysiologic Basis of Drug Therapy. 3th ed. 2014.
 99. Fraga C. *Razões da Atividade Biológica: Interações entre micro e e biomacromoléculas*. Cad Temático Química. 2001;3:33–42.
 100. Benowitz NL. *Nicotine addiction*. N Engl J Med. 2010;362:2295–303.
 101. Ventura ALM, Abreu PA, Freitas RCC, Sathler PC, Loureiro N, Castro HC. *Sistema*

- colinérgico: Revisitando receptores, regulação e a relação com a doença de Alzheimer, esquizofrenia, epilepsia e tabagismo.* Rev Psiquiatr Clin. 2010;37(2):74–80.
102. Dani JA BD. *Nicotinic acetylcholine receptors and nicotinic cholinergic mechanisms of the central nervous system.* Annu Rev Pharmacol Toxicol. 2007;47:699–729.
 103. Benowitz NL. *Pharmacology of nicotine: addiction, smoking-induced disease, and therapeutics.* Annu Rev Pharmacol Toxicol. 2009;49:57–71.
 104. Guerra M. *Terapêuticas para Cessação Tabágica - O Papel do Farmacêutico.* Faro: Universidade do Algarve; 2019.
 105. O'Brien CP. *Drug Use Disorders and Addiction.* Em: Brunton L, Chabner B, Knollmann B, editores. Goodman & Gilman's: The Pharmacological Basis of Therapeutics. 13th ed. McGraw Hill; 2017.
 106. Dani JA DBM. *Cellular mechanisms of nicotine addiction.* Pharmacol Biochem Behav. 2001;70(4):439–46.
 107. Swift R, Lewis D. *Pharmacology of drug addiction and abuse.* Em: Golan D, Tashjian E, E A, Armstrong A, editores. Principles of Pharmacology: The Pathophysiologic Basis of Drug Therapy. 3th ed. 2014.
 108. Ministério da Justiça e Cidadania - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Efeitos das substâncias psicoativas.* 11th ed. Brasília, BRASIL; 2017.
 109. Jain A. *Treating nicotine addiction.* BMJ. 2003;327(7428):1394–5.
 110. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4th ed. Washington, USA; 1994.
 111. Jackson K, Muldoon P, De Biasi M, Damaj M. *New mechanisms and perspectives in nicotine withdrawal.* Neuropharmacology. 2015;96:223–34.
 112. Groman E, Fagerström K. *Nicotine dependence: Development, mechanisms, individual differences and links to possible neurophysiological correlates.* Wien Klin Wochenschr. 2003;115(5–6):155–60.
 113. Perkins KA. *Weight gain following smoking cessation.* J Consult Clin Psychol. 1993;61:768–777.
 114. Benwell MEM, Balfour D, Birrell C. *Desensitization of nicotine-induced mesolimbic dopamine response during constant infusion with nicotine.* Br J Pharmacol. 1995;114:454–460.
 115. National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Abstinent Smokers Nicotinic Receptors Take More Than a Month to Normalize.* National Institute of Health. 2009. Disponível em: <https://archives.drugabuse.gov/news-events/nida-notes/2009/10/abstinent-smokers-nicotinic-receptors-take-more-than-month-to-normalize> (Acesso em junho de 2021)
 116. Rebelo L. *Tabaco, cérebro e dependência - Cérebro toxicodependente.* Rev Port Clínica Geral. 2006;22:197–9.
 117. Araújo A. *Diretrizes para a cessação do tabagismo.* J Bras Pneumol. 2004;30(2):2–76.
 118. European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP). *Guidelines for Treating Tobacco Dependence.* Brussels, Belgium; 2016.
 119. Placzek AN, Zhang TA DJ. *Age dependent nicotinic influences over dopamine neuron synaptic plasticity.* Biochem Pharmacol. 2009;78:686–92.
 120. Dwyer JB, McQuown SC LF. *The dynamic effects of nicotine on the developing brain.* Pharmacol Ther. 2009;122:125–39.
 121. Martin-Soelch C. *Neuroadaptive changes associated with smoking: structural and functional neural changes in nicotine dependence.* Brain Sci. 2013;3(1):159–76.
 122. De Viron S, Malats N, Van der Heyden J, Van Oyen H BA. *Environmental and genomic factors as well as interventions influencing smoking cessation: a systematic review of reviews and a proposed working model.* Public Health Genomics. 2013;16(4):159–73.
 123. World Health Organization (WHO). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural*

- Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. 1th Revision. 1992.
124. Keat MR, Albuquerque R, Freitas A, Lodi G, Pispero A, Monteiro L, et al. *Smoking Cessation Advice: Healthcare Professional Training*. Birmingham Dental Hospital; 2017.
 125. Huang RY and GGC. *Cigarette smoking, cyclooxygenase-2 pathway and cancer*. *Biochim Biophys Acta*. 2011;1815(2):158–69.
 126. World Health Organization (WHO). *Part III: Training for primary care providers*. Em: *Strengthening Health Systems for Treating Tobacco Dependence in Primary Care*. 1th ed. Geneva; 2013.
 127. Okoli CT, Kelly T HE. *Secondhand smoke and nicotine exposure: a brief review*. *Addict Behav*. 2007;32(10):1977–88.
 128. Conselho Federal de Farmácia - Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos. *O papel do farmacêutico comunitário na cessação do tabagismo*. *Boletim Farmacoterapêutica*. 2007;1–4.
 129. Goodchild M, Nargis N DE. *Global economic cost of smoking attributable diseases*. *Tob Control*. 2018;27(1):58–64.
 130. Lopez AD, Collishaw NE PT. *A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries*. *Tob Control*. 1994;3(3):242.
 131. Thun M, Peto R, Boreham J LA. *Stages of the cigarette epidemic on entering its second century*. *Tob Control*. 2012;21(2):96–101.
 132. World Health Organization FCTC Secretariat (WHO FCTC). *Global strategy to accelerate tobacco control: advancing sustainable development through the implementation of the WHO FCTC 2019*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2019.
 133. Leite A, Machado A, Pinto S et al. *Caraterísticas sociodemográficas dos fumadores em Portugal Continental: análise comparativa dos Inquéritos Nacionais de Saúde (1987, 1995/1996, 1998/1999, 2005/2006 e 2014)*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P. (INSA) IP; 2017.
 134. INE/INSA. *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística I.P. e Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge I.P.; 2016.
 135. Instituto Nacional Português de Estatística I.P. (INE). *Base de dados [em linha]*. 2020. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados (Acesso em junho de 2021)
 136. Carapinha L, Calado V NH. *Comportamentos Aditivos aos 18 anos. Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional – 2019*. Lisboa, Portugal: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; 2020.
 137. Calado V, Carapinha L, Neto H. *Comportamentos Aditivos aos 18 anos. Inquérito aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional – Regiões 2015-2019*. Lisboa, Portugal: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências; 2020.
 138. World Health Organization (WHO). *Report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package*. Geneva; 2008.
 139. World Health Organization (WHO). *Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva. 2003.
 140. Puska P, Daube M. *Impact assessment of the WHO Framework Convention on Tobacco Control: introduction, general findings and discussion*. *Tob Control*. 2019;28:81–3.
 141. Dubray J, Schwartz R, Chaiton M, O'Connor S, Cohen JE. *The effect of MPOWER on smoking prevalence*. *Tob Control*. 2015;24(6):540–2.
 142. Glahn A, Kyriakos C, Radu Loghin C, Nguyen D, Starchenko P, Jimenez-Ruiz C, et al. *Tobacco control achievements and priority areas in the WHO Europe Region: A review*. *Tob Prev Cessat*. 2018;4(April):1–31.
 143. Ngo A, Cheng KW, Chaloupka FJ, Shang C. *The effect of MPOWER scores on cigarette smoking prevalence and consumption*. *Prev Med (Baltim)*. 2017;105:S10–4.
 144. Levy DT, Yuan Z, Luo Y, Mays D. *Seven years of progress in tobacco control: An evaluation*

- of the effect of nations meeting the highest level MPOWER measures between 2007 and 2014.* Tob Control. 2018;27(1):50–7.
145. World Health Organization (WHO). *The WHO Framework Convention on Tobacco Control: an overview 2018*. Geneva; 2018.
 146. Heydari G, Zaatari G, Al-Lawati JA, El-Awa F, Fouad H. *Mpower, needs and challenges: Trends in the implementation of the who fctc in the eastern mediterranean region*. East Mediterr Heal J. 2018;24(1):63–71.
 147. World Health Organization (WHO). *MPOWER: Six Policies to Reverse the Tobacco Epidemic*. Geneva; 2008.
 148. World Health Organization (WHO). *Who report on the global tobacco epidemic 2019: offer help to quit tobacco use*. Geneva; 2019.
 149. European Union. *Directive 2014/40/EU of the European Parliament and of the Council of 3 April 2014 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States concerning the manufacture, presentation and sale of tobacco and related pr*. 2014.
 150. Assembleia da República. *Lei n° 37/2007, 14 de Agosto*. Diário da República. 2007;1ª série(156):5277–85.
 151. Assembleia da República. *Lei n° 63/2017, 3 de agosto*. Diário da República. 2017;1ª série(149):Diário da República.
 152. Nunes E. *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo em Portugal 2012-2016*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde; 2013.
 153. Prahbat J, Chaloupka FJ. *Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control*. New York: World Bank; 1999.
 154. Karnath B. *Smoking Cessation*. Am J Med. 2002;112(5):399–405.
 155. Nides M. *Update on Pharmacologic Options for Smoking Cessation Treatment*. Am J Med. 2008;121(4):20–31.
 156. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: A report of the Surgeon General*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health; 2004.
 157. Nunes E. *Cessação Tabágica: Programa-tipo de actuação*. 1th ed. Gradiva, editor. Lisboa, Portugal: Direção-Geral de Saúde; 2008.
 158. Pardal C. *Cessação Tabágica: Argumentos para motivar a deixar de fumar*. Rev Fatores Risco. 2009;12:16–20.
 159. Albert D, Ward A. *Tobacco cessation in the dental office*. Dent Clin North Am. 2012;56(4):747–70.
 160. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. *Mortality in relation to smoking: 50 years observations on male British doctors*. BMJ. 2004;328:1519–28.
 161. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, et al. *21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States*. N Engl J Med. 2013;368(4):341–50.
 162. Chan K, Chandler J, Cheong K, et al. *Health Promotion Board-Ministry of Health Clinical Practice Guidelines: Treating Tobacco Use and Dependence*. Singapore Med J. 2013;54(7):411–6.
 163. Santos H, Cunha I, Ferreira P. *Cuidados Farmacêuticos no Tabagismo: Manual de atuação Farmacêutica*. Farmácia Distrib - Rev Prof da Farmácia. 2008;203:1–18.
 164. Prochaska J, Di Clemente C. *Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. Psychotherapy. 1982;19(3):276–88.
 165. Kirchenchtejn C, Chatkin J. *Directrizes para Cessação do Tabagismo: Dependência da Nicotina*. J Bras Pneumol. 2004;30(2):11–8.
 166. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. *Health Behavior and Health Education, Theory, Research*

- and Practice*. 4th ed. São Francisco: Jossey-Bass; 2008.
167. Walsh MM, Ellison J. *Treatment of tobacco use and dependence: the role of the dental professional*. J Dent Educ. 2005;69(5):521–37.
 168. Prochaska J, DiClemente C. *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*. J Consult Clin Psychol. 1983;51(3):390–5.
 169. Mezquita MAH, Bustos MG, Hernández MAS. *Estrategias para la prevención de las recaídas. Actitud ante el fracaso terapéutico*. Em: Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 3th ed. Madrid,: GlaxoSmithKline; 2006.
 170. Rustin T. *Assessing Nicotine Dependence*. Am Fam Physician. 2000;62:579–84.
 171. Fagerström K, Heatherton T, Kozlowski L, Frecker R. *The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire*. Br J Addict. 1991;86(9):1119–27.
 172. Batra A. *Treatment of tobacco dependence*. Dtsch Arztebl Int. 2011;108(33):555–64.
 173. Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Rickert W, Robinson J. *Measuring the heaviness of smoking: Using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day*. Br J Addict. 1989;84(7):791–9.
 174. Etter J, Duc T, Perneger T. *Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers*. Addiction. 1999;94(2):269–81.
 175. Chabrol H, Niezborala M, Chastan E, de Leon J. *Comparison of the Heavy Smoking Index and of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence in a sample of 749 cigarette smokers*. Addict Behav. 2005;30(7):1474–7.
 176. de Granda-Orive J, Pascual-Lledó J, Asensio-Sánchez S, Al. E. *Fagerström Test and Heaviness Smoking Index. Are they Interchangeable as a Dependence Test for Nicotine?* Subst Use Misuse. 2020;55(2):200–8.
 177. Chaiton M, Cohen J, McDonald P, SJ. B. *The Heaviness of Smoking Index as a predictor of smoking cessation in Canada*. Addict Behav. 2007;32(5):1031–42.
 178. Richmond R, Kehoe L, Webster I. *Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners*. Addiction. 1993;88(8):1127–35.
 179. Stead L, Lancaster T. *Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation*. Em: Cochrane Database of Systematic Reviews. Vol 10. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012.
 180. Stead L, Koilpillai P, Lancaster T. *Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation*. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(10):CD009670.
 181. INFARMED. *Prontuário Terapêutico - Medicamentos para o tratamento da dependência de drogas: Nicotina*. Disponível em: <https://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=nicotina&x=0&y=0&rb1=0> (Acesso em junho de 2021)
 182. Fiore M, Jaén C, Baker T. *Treating Tobacco use and Dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.
 183. Martins J, Capela J. *Abordagem Farmacológica na Cessação Tabágica em Farmácia Comunitária*. Rev da Fac Ciências da Saúde. 2010;7:246–57.
 184. Ministério da Saúde. *Relatório Anual- Acesso a Cuidados De Saúde nos estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionais*. Lisboa, Portugal: Serviço Nacional de Saúde; 2018.
 185. Direção de Informação e Planeamento Estratégico. *Medicamentos Antitabágicos: Monitorização Do Consumo de Medicamentos, Nicotina e Vareniclina*. Lisboa, Portugal: INFARMED; 2019.
 186. Mota P. *Efeitos do Tabagismo na Saúde e Terapêutica Farmacológica de Primeira Linha na Cessação Tabágica*. Serviço Pneumol Inst Port Oncol Lisboa Fr Gentil, EPE. 2015;22(2):99–106.

187. INFARMED. *Base de dados de medicamentos de uso humano - INFOMED: Nicotina*. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml> (Acesso em julho de 2021)
188. Stead L, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K. *Nicotine replacement therapy for smoking cessation*. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11(11):CD000146.
189. Fonseca M. *Estratégias de Cessação Tabágica nos Cuidados de Saúde Primários - Artigo de Revisão*. Universidade Coimbra: Faculdade de Medicina; 2011.
190. European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl (ENSP). *Gu as ENSP 2021 para el tratamiento del tabaquismo*. Madrid, Espana/Brussels, Belgium; 2021.
191. Houezec J, Aubin H-J. *Pharmacotherapies and harm-reduction options for the treatment of tobacco dependence*. Expert Opin Pharmacother. 2013;14(14):1959–67.
192. Lindson-Hawley N, Banting M, West R, Al. E. *Gradual versus abrupt smoking cessation a randomized, controlled noninferiority trial*. Ann Intern Med. 2016;164(9):585–92.
193. Tan J, Zhao L, Chen H. *A meta-analysis of the effectiveness of gradual versus abrupt smoking cessation*. Tob Induc Dis. 2019;17:09.
194. Barua R, Rigotti N, Benowitz N, Al E. *2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment*. J Am Coll Cardiol. 2018;72(25):3332–65.
195. Rigotti NA. *Pharmacotherapy for smoking cessation in adults*. UpToDate. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-smoking-cessation-in-adults> (Acesso em julho de 2021)
196. Royal Australian College of General Practitioners. *The RACGP - Supporting smoking cessation: a guide for health professionals*. 2th ed. 2019.
197. INFARMED. *Resumo Características do Medicamento (RCM) Champix*. Disponível em: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/champix-epar-product-information_pt.pdf (Acesso em julho de 2021)
198. Foulds J. *The neurobiological basis for partial agonist treatment of nicotine dependence: varenicline*. Int J Clin Pract. 2006;60:571–6.
199. INFARMED. *Resumo Características do Medicamento (RCM) Zyban*. 2017. Disponível em: https://gskpro.com/content/dam/global/hcportal/pt_PT/home/pdf/zyban-rcm-25-10-2017.pdf (Acesso em setembro de 2021)
200. Wilkes S. *Bupropion*. Drugs of Today. 2006;42(10):671–81.
201. Cahill K, Lancaster T, Perera R. *Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis*. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(5).
202. Koegelenberg C, Noor F, Bateman E, Al E. *Efficacy of varenicline combined with nicotine replacement therapy vs varenicline alone for smoking cessation: A randomized clinical trial*. JAMA Intern Med. 2014;312(2):155–61.
203. Ramon J, Morchon S, Baena A, Masuet-Aumatell C. *Combining varenicline and nicotine patches: A randomized controlled trial study in smoking cessation*. BMC Med. 2014;12(1):172.
204. Trofor A, Mihaltan F, Mihaicuta S, Pop M, Todea D, Al. E. *Romanian Society of Pulmonologists Smoking Cessation and Smoker’s Assistance Guidelines (GREFA)*. 2th ed. Tehnopress Iași; 2010.
205. Aubin H-J, Luquiens A, I B. *Pharmacotherapy for smoking cessation: pharmacological principles and clinical practice*. Br J Clin Pharmacol. 2014;77(2):324–36.
206. Carson K V, Brinn M, Robertson T, Al. E. *Current and emerging pharmacotherapeutic options for smoking cessation*. Subst Abus. 2013;7(85–105).
207. INFARMED. *Resumo Características do Medicamento (RCM) Dextazin*. 2021.
208. INFARMED. *Resumo Característica do Medicamento (RCM) Clonidina*. 2020;
209. INFARMED. *Resumo Características do Medicamento (RCM) Nortriptilina*. 2021. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

(Acesso em novembro de 2021)

210. Rigotti N. *Treatment of Tobacco Use and Dependence*. English J. 2002;346(7):506–12.
211. White A, Rampes H, Liu J, Al. E. *Acupuncture and related interventions for smoking cessation*. Cochrane database Syst Rev. 2014;(1):CD000009.
212. Barnes J, Dong C, McRobbie H, Al. E. *Hypnotherapy for smoking cessation*. Cochrane database Syst Rev. 2010;(10):CD001008.
213. Niaura R. *Nonpharmacologic Therapy for Smoking Cessation: Characteristics and Efficacy of Current Approches*. Am J MeD. 2008;121(4a):S11–9.
214. Santos M. *Intervenção motivacional numa consulta de tabagismo com base no modelo de mudança comportamental – uma proposta*. Rev Port Clin Geral. 2006;22:255–62.
215. Soares I, Carneiro A. *Cessação Tabágica: Recomendações Baseadas na Evidência Científica*. Rev Port Cardiol. 2002;21(2):203–15.
216. Daniel J, Cropley M, Fife-Schaw C. *The effect of exercise in reducing desire to smoke and cigarette withdrawal symptoms is not caused by distraction*. Addiction. 2006;101(9):1187–92.
217. Daniel J, Cropley M, Fife-Schaw C. *Acute exercise effects on smoking withdrawal symptoms and desire to smoke are not related to expectation*. Psychopharmacology (Berl). 2007;195(1):125–9.
218. Taylor A, Ussher M, G F. *The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: a systematic review*. Addiction. 207AD;102(4):534–43.
219. Prapavessis H, Cameron L, Bald J, Robinson S, Borrie K. *The effects of exercise and nicotine replacement therapy on smoking rates in women*. Addict Behav. 2007;32(7):416–32.
220. Lynn S, Green J, Accardi M, Cleere C. *Hypnosis and smoking cessation: the state of the science*. Am J Clin Hypn. 2010;52(3):177–81.
221. Abbot N, Stead L, White A, Barnes J, Ernst E. *Hypnotherapy for smoking cessation*. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001008.
222. Hyun M, Lee M, Kang K, SM C. *Body Acupuncture for Nicotine Withdrawal Symptoms: A Randomized Placebo-controlled Trial*. Evid Based Complement Altern Med. 2010;7(2):233–8.
223. He D, Medbo J, Hostmark A. *Effect of acupuncture on smoking cessation or reduction: an 8-month and 5-year follow-up study*. Prev Med. 2001;33(5):364–72.
224. Lambert C, Berlin I, Lee T, Al. E. *A standardized transcutaneous electric acupoint stimulation for relieving tobacco urges in dependent smokers*. Evid Based Complement Altern Med. 2011;2011:195714.
225. Jarvis M. *Why people smoke*. BMJ. 2004;328(7434):277–80.
226. Balbani A, Montovani J. *Methods for Smoking Cessation and Treatment of Nicotine Dependence*. Rev Bras Otorrinolaringol. 2005;71(6):820–6.
227. Raposo M. *Prevenção do Tabagismo*. Em: Tabagismo - Do Diagnóstico ao Tratamento. 2th ed. Lisboa-Porto: Lidel; 2011.
228. Rakel R, Rakel D. *Textbook of Family Medicine*. 8th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2011.
229. Larzelere M, Williams D. *Promoting Smoking Cessation*. Am Fam Physician. 2012;85(6):591–8.
230. Ravara S. *Abordagem pró-activa e sistemática do tabagismo e recursos abrangentes de cessação: contributo para a integração e custo-efectividade dos programas de cessação tabágica*. Em: O Essencial sobre tabagismo para Médicos. Braga, Portugal: Associação para a Prevenção e Tratamento do Tabagismo de Braga; 2011.
231. Johns T, Metzger K, Lawrence E. *Smoking Cessation Counseling in Family Medicine: Changing Patient Perceptions*. J Prim Care Community Heal. 2014;5(3):194–7.
232. Stead L, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G. *Physician advice for smoking cessation*. Cochrane Detabase Syst Rev. 2013;(5):CD000165.

233. Ussher M, Brown J, Rajamanoharan A, West R. *How do prompts for attempts to quit smoking relate to method of quitting and quit success?* Ann Behav Med. 2014;47(3):358–68.
234. Martin-Lujan F, Piñol-Moreso J, Martin-Vergara N, Al. E. *Effectiveness of a structured motivational intervention including smoking cessation advice and spirometry information in the primary care setting: the ESPITAP study.* BMC Public Health. 2011;11(1):859.
235. Aguiar M, Todo-Bom F, Felizardo M, Macedo R, Caeiro F, Sotto-Mayor R. *Casuística de Quatro anos de uma Consulta de Apoio ao Fumador.* Rev Port Pneumol. 2009;XV(2):179–97.
236. Kotz D, Brown J, West R. *Prospective Cohort Study of the Effectiveness of Smoking Cessation Treatments Used in the “Real World.”* Mayo Clin Proc. 2014;89(10):1360–7.
237. Hudmon K, Prokhorov A, Corelli R. *Tobacco cessation counseling pharmacists opinions and practices.* Patient Educ ans Couns. 2016;61:152–60.
238. Condinho M, Sinogas C. *Cessação Tabágica em Farmácia Comunitária: Benefícios que se sentem - Caso Clínico.* Farmácia Clínica. 2021;Volume Bim:20–2.
239. Ordem dos Farmacêuticos. *O que os Portugueses pensam dos serviços de saúde.* Rev da Ordem dos Farm. 2002;Sup. 47:1–45.
240. Ordem dos Farmacêuticos. *Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos.* Em: Diário da República, 1ª série, nº 173 - Decreto de Lei nº 131/2015 de 4 de Setembro.
241. Bock B, Hudmon K, Christian J, Graham A. *A tailored intervention to support pharmacy-based counseling for smoking cessation.* Nicotine Tob Res. 2010;12(3):217–25.
242. Condinho M, Ramalhinho I, Sinogas C. *Smoking Cessation at the Community Pharmacy: Determinants of Success from a Real-Life Practice.* Pharmacy. 2021;9(143):1–10.
243. Williams D. *Preparing pharmacy students and pharmacists to provide tobacco cessation counselling.* Australas Prof Soc Alcohol Other Drugs. 2009;28:533–40.
244. Couchenour R, Carson D, Segal A. *Patient’s views of pharmacists as providers of smoking cessation services.* J Am Pharm Assoc. 2002;42:510–2.
245. Thavon K, Chaiyakunapruk N. *A Cost-Effectiveness Analysis of a Community Pharmacists Based Smoking Cessation Programme in Thailand.* Tob Control. 2008;17:77–182.
246. Tran M. *Modeling the Cost-Effectiveness of a Smoking-Cessation Programme in a Community Pharmacy Practice.* Pharmacotherapy. 2002;22(12):1623–31.
247. Hudmon K, Hemberger K, Corelli R, Kroon L. *The pharmacist’s role in smoking cessation counseling: perceptions of users of nonprescription nicotine replacement therapy.* J Am Pharm Assoc. 2003;43(5):573–82.
248. Turato E. *Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa.* Rev Saúde Pública. 2005;39(5):507–14.
249. Oliveira A. *Bioestatística, Epidemiologia e Investigação - Teoria e Aplicações.* Lisboa: Lidel; 2009.
250. Silva E. *Investigação passo a passo – Perguntas e respostas para a investigação clínica.* 1th ed. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral; 2008.
251. Bhim J. *Advantages and Disadvantages of Interview in Research.* Sociol Gr. 2017;
252. Zaros L, Medeiros H. *Bioestatística.* 2th ed. Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2011.
253. Maroco J. *Análise Estatística com o SPSS Statistics.* 8th ed. Lisboa: ReportNumber; 2021.
254. Health Organization W. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* 1992;
255. Erku D, Hailemeskel B, Netere A, Belachew S. *Pharmacist-led smoking cessation services in Ethiopia: knowledge and skills gap analysis.* Tob Induc Dis. 2019;17:01.
256. Ministério da Saúde. *Retrato da Saúde 2018.* Lisboa, Portugal; 2018.

Apêndices

Apêndice I: Apresentações de formulações de TSN existentes em Portugal

TSN existente no mercado Português		
Formulações	Dosagens	Apresentações
Gomas de mascar	2 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Nicoretin Fruit  • Nicoretin Freshmint  • Nicorette  • NiQuitin Fresca 
	4 mg	
	1 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Nicotinell Mixt 
	2 mg	
Pastilhas	1.5 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Nicopass menta fresca 
	2.5 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Nicopass menta fresca 

<p>Solução para pulverizar</p>	<p>1 mg/dose</p>	<p>• Nicorette BucoMist original e de sabor a menta</p> 
<p>Comprimidos sublinguais</p>	<p>1.5 mg 2 mg 4 mg</p>	<p>• NiQuitin Menta</p> 
<p>Sistemas transdérmicos</p>	<p>25 mg 16 h 15 mg 10 mg</p>	<p>• Nicorette Invisipatch</p> 
<p>Sistemas transdérmicos</p>	<p>21 mg 24 h 14 mg 7 mg</p>	<p>• Nicopatch TTS</p>  <p>• Nicotinell</p>  <p>• NiQuitin Clear</p> 

Apêndice II: Modo de administração e advertências da TSN

Formulações de TSN	Modo de administração	Advertências
Gomas de mascar	Colocar a goma na boca e mastigar. A mastigação deve ser lenta até se notar um sabor forte e desagradável, característico da nicotina, altura em que se deve interromper a mastigação e encostar a goma entre a bochecha e a gengiva, até o sabor atenuar, cerca 1 a 3 minutos. Em seguida, assim que o sabor desvanecer, recomeça-se uma nova mastigação, até deixar de existir sabor novamente, altura em que se deve parar e voltar a encostar. O processo deve ser repetido durante cerca de 30 minutos.	<ul style="list-style-type: none"> - Se a mastigação (gomas) ou dissolução (pastilhas e comprimidos de chupar) forem rápidas podem ocorrer 4 problemas: 1) provoca uma rápida libertação da nicotina que, fica excessivamente acumulada na cavidade bucal e que, ao não poder ser absorvida com a mesma rapidez da mastigação, é deglutida, tornando-se ácida a nível gástrico e consequente inativa, perdendo a sua eficácia; 2) efeitos adversos como desconfortos gastrointestinais ao utente; 3) pela força exercida, pode surgir problemas nos maxilares; 4) o excesso de salivação favorece o aparecimento de soluções. - Os produtos orais de nicotina são tamponados para pH alcalino, de modo a manter a nicotina na forma de base livre, o que faz aumentar a sua absorção através da mucosa bucal. Assim, o farmacêutico deve advertir o doente para o facto de uma das desvantagens ser o não aconselhamento do consumo de bebidas alcoólicas (café, refrigerantes, cerveja, etc.), pelo menos, 15 minutos antes, durante após o uso da goma, uma vez que está comprovado que reduzem o pH salivar, diminuindo assim a absorção oral da nicotina, interferindo na sua eficácia. - As pastilhas e os comprimidos de chupar não devem ser mastigados, nem engolidos inteiros.
Pastilhas de chupar	Colocar a pastilha na boca e chupar, de forma lenta, movimentando a formulação dentro da boca de um lado para o outro, até dissolução completa, por cerca de 30 minutos.	
Comprimidos de chupar	Colocar a pastilha na boca e chupar, de forma lenta, movimentando a formulação dentro da boca de um lado para o outro, até dissolução completa, por cerca de 10 minutos.	
Solução para pulverizar	Abrir a boca e aproximar o pulverizador da cavidade bucal, de seguida deve-se pressionar a parte superior do dispositivo e soltar uma pulverização.	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar o contacto com os lábios e com a pele ao redor da boca; - Não se deve comer ou beber em momentos próximos às pulverizações; - Não devem inalar durante a pulverização para evitar a passagem para o trato respiratório. - A zona da pele deve estar limpa, intacta, seca, sem pilosidade, nem feridas, lesões ou inflamações; - Áreas onde a pele dobra devem ser evitadas; - A utilização de óleos ou de talco na pele pode impedir a adequada aderência do adesivo; - Evitar, ao máximo, o contacto dos dedos das mãos com a superfície viscosa do adesivo; - Alterar o local de aplicação a cada dia; - Para o alívio dos sintomas secundários localizados na pele, o farmacêutico pode aconselhar, para além da rotatividade de aplicação, a aplicação de corticosteroides tópicos ou a administração de anti-histamínico por via oral. No entanto se ocorrerem problemas de pele a nível generalizado pelo corpo, deve ocorrer suspensão da administração de sistema transdérmico; - O adesivo deve ser aplicado imediatamente após ter sido removido da sua saqueta de proteção; - Antes e após aplicação do adesivo lave as mãos apenas com água uma vez que o sabão aumenta a absorção da nicotina; - Durante o processo de aplicação evite o contacto com os olhos e o nariz.
Sistemas transdérmicos	Primeiramente deve-se identificar uma zona da pele (exemplos de locais possíveis: anca, omoplata, parte superior do braço, peito, entre outras). E de seguida, retira-se uma parte da película de alumínio protetora e puxa-se para trás, aplicando simultaneamente o sistema transdérmico na zona escolhida e no final retira-se a outra metade da película protetora. Posteriormente a esse processo, pressiona-se, firmemente, o sistema contra a pele com a palma das mãos ou as pontas dos dedos, friccionando com movimentos circulares os bordos do sistema transdérmico. Sistema transdérmico de 16 horas: aplica-se de manhã, ao acordar e remove-se à noite, ao deitar. Sistema transdérmico de 24 horas: aplica-se o novo sistema logo após a remoção do anterior, não existindo períodos de ausência da nicotina.	

Apêndice III: Parâmetros farmacocinéticos conhecidos para as FF de TSN

Parâmetros Farmacocinéticos										
Formulações	Absorção				Observações	Distribuição		Metabolização	Eliminação	
	Tempo de utilização	Início de ação	Nicotínemia			Volume de distribuição	Ligação às proteínas plasmáticas		Tempo de semi-vida	Depuração renal total da nicotina
			C _{max} /Tempo	C em steady state/Tempo						
Gomas de mascar	30 min.	± 5-7 min.	± 5-10 ng/mL / ± 30-45 min.	± 23.3 ng/ml / ---	Depende da mastigação (duração e técnica)					
Pastilhas para chupar	30 min.	± 5 min.	± 4 ng/mL / ± 45-50 min.	± 25.5 ng/ml / ---	Depende da dissolução e eventual deglutição (duração e técnica)					
Comprimidos de chupar	10 min.	± 3-4 min.	---	---						
Solução de pulverizar	---	± 2-3 min.	± 5.3 ng/mL / ± 13 min.	± 28.8 ng/ml / ---	---					
Sistemas Transdérmicos	16 horas ou 24 horas	1-2 horas	--- / ± 2-4 horas	<u>SI de 16 Horas</u> 25 mg: ± 24.2 ng/mL / ± 8-10 h 15 mg: ± 15.4 ng/mL / ± 8-10 h 10 mg: ± 11 ng/L / ± 8-10 h <u>SI de 24 Horas</u> 21 mg: ± 10.3-17.7 ng/mL / ± 8-10 h 14 mg: ± 7-12 ng/mL / ± 8-10 h 7 mg: ± 6 ng/mL / ± 8-10 h	Depende do estado da pele e da técnica de aplicação	± 2 a 3 L/kg	Inferior a 5%	Ocorre sobretudo no fígado, sendo o principal metabolito a cotinina, que apresenta um tempo de semi-vida de 15-20 horas	± 2-3 horas	± 66-90 L/h

Apêndice IV: Posologia para a cada FF de TSN em monoterapia

Posologia da Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN)												
Teste de Fagertröm	Nº de cigarros consumidos diariamente	Gomas de mascar*		Pastilhas*		Solução para pulverizar*		Comprimidos de chupar*		Sistemas Transdérmicos de 16h	Sistemas Transdérmicos de 24h	
		Dosagem	Esquema terapêutico	Dosagem	Esquema terapêutico	Dosagem	Esquema terapêutico	Dosagem	Esquema terapêutico	Dosagem e Esquema terapêutico	Dosagem e Esquema terapêutico	
Dependência Baixa: < 4 pontos	10-19	2 mg	1ª Etapa Primeiras 6 semanas: Freqüência – toma a cada 1-2h, ou seja, 8 a 12 gomas/dia 2ª Etapa da 7 - 9 semana: Redução gradual Freqüência – toma a cada 2-4h, ou seja, 4 a 6 gomas/dia 3ª Etapa da 10 - 12 semana: Redução gradual Freqüência – toma a cada 4-8h, ou seja, 1 a 3 gomas/dia	1 ou 1.5 mg	1ª Etapa Primeiras 6 semanas: Freqüência – toma a cada 1-2h, ou seja, 8 a 12 pastilhas/dia 2ª Etapa da 7 - 9 semana: Redução gradual Freqüência – toma a cada 2-4h, ou seja, 4 a 6 pastilhas/dia 3ª Etapa da 10 - 12 semana: Redução gradual Freqüência – toma a cada 4-8h, ou seja, 1 a 3 pastilhas/dia	Esquema terapêutico 1.5 mg Freqüência – toma a cada 1-2h, ou seja, 8 a 12 comprimidos/dia 2ª Etapa da 7 - 9 semana: Redução gradual Freqüência – toma a cada 2-4h, ou seja, 4 a 6 comprimidos/dia 3ª Etapa da 10 - 12 semana: Redução gradual Freqüência – toma a cada 4-8h, ou seja, 1 a 3 comprimidos/dia	Esquema terapêutico 1.5 mg Freqüência – toma a cada 1-2h, ou seja, 8 a 12 comprimidos/dia 2ª Etapa da 7 - 9 semana: Redução gradual Freqüência – toma a cada 2-4h, ou seja, 4 a 6 comprimidos/dia 3ª Etapa da 10 - 12 semana: Redução gradual Freqüência – toma a cada 4-8h, ou seja, 1 a 3 comprimidos/dia	Dosagem e Esquema terapêutico 1ª Etapa Primeiras 8 semanas: 15 mg 2ª Etapa da 9 - 12 semana: 10 mg	Dosagem e Esquema terapêutico 1ª Etapa Primeiras 8 semanas: 15 mg 2ª Etapa da 9 - 10 semana: 15 mg 3ª Etapa da 11 - 12 semana: 10 mg	Dosagem e Esquema terapêutico 1ª Etapa Primeiras 8 semanas: 14 mg 2ª Etapa da 9 - 12 semana: 7 mg	Dosagem e Esquema terapêutico 1ª Etapa Primeiras 6 - 8 semanas: 21 mg 2ª Etapa da 7 - 10 semana: 14 mg 3ª Etapa da 11 - 12 semana: 7 mg	
Dependência moderada: 4-7 pontos	20-30	4 mg	1ª Etapa da 7 - 9 semana: Redução gradual Freqüência – toma a cada 2-4h, ou seja, 4 a 6 gomas/dia 3ª Etapa da 10 - 12 semana: Redução gradual Freqüência – toma a cada 4-8h, ou seja, 1 a 3 gomas/dia	1 mg/dose	Redução para metade Freqüência – ½ a 1 pulv., quando sentir desejo 3ª Etapa da 10 - 12 semana: Redução gradual Freqüência – apenas 2 a 4 pulv./dia	2 mg	Redução gradual Freqüência – toma a cada 2-4h, ou seja, 4 a 6 comprimidos/dia 3ª Etapa da 10 - 12 semana: Redução gradual Freqüência – toma a cada 4-8h, ou seja, 1 a 3 comprimidos/dia	Redução gradual Freqüência – toma a cada 2-4h, ou seja, 4 a 6 comprimidos/dia 3ª Etapa da 10 - 12 semana: Redução gradual Freqüência – toma a cada 4-8h, ou seja, 1 a 3 comprimidos/dia	Redução gradual Freqüência – toma a cada 2-4h, ou seja, 4 a 6 comprimidos/dia 3ª Etapa da 10 - 12 semana: Redução gradual Freqüência – toma a cada 4-8h, ou seja, 1 a 3 comprimidos/dia	Redução gradual Freqüência – toma a cada 2-4h, ou seja, 4 a 6 comprimidos/dia 3ª Etapa da 10 - 12 semana: Redução gradual Freqüência – toma a cada 4-8h, ou seja, 1 a 3 comprimidos/dia	Redução gradual Freqüência – toma a cada 2-4h, ou seja, 4 a 6 comprimidos/dia 3ª Etapa da 10 - 12 semana: Redução gradual Freqüência – toma a cada 4-8h, ou seja, 1 a 3 comprimidos/dia	
Dependência Elevada: > 7 pontos	> 30											

Fonte: [187].

* Nota 1:

- Gomas - (2 mg) Máximo de 25 gomas/dia e (4 mg) máximo de 15 gomas/dia
- Pastilhas – máximo de 24 a 30 pastilhas/dia
- Comprimidos - máximo de 15 cps/dia
- Solução para pulverizar – máximo 2 pulverizações por dose, máximo de 4 pulverizações/hora e 64 pulverizações/dia

** Nota 2:

Se após uma única pulverização, o desejo de fumar se mantiver durante alguns minutos, deve fazer-se uma segunda pulverização. Se foram necessárias 2 pulverizações, então no futuro o indivíduo deve fazer 2 pulverizações consecutivas.

Apêndice V: Posologia para TSN em regime combinado

		Número de cigarros fumados por dia			
		< 10 cigarros/dia	10-19 cigarros/dia	20-30 cigarros/dia	> 30 cigarros/dia
< 5 min.		TSN sistema transdérmico: 16 h de 15 mg OU 24 h de 14 mg + TSN oral: goma ou comprimido de 2 mg OU pastilha de 1 mg ou 1.5 mg OU pulverizador de 1 mg	TSN sistema transdérmico: 16 h de 25 mg OU 24 h de 21 mg + TSN oral: goma ou comprimido de 2 mg OU pastilha de 1 mg ou 1.5 mg OU pulverizador de 1 mg	TSN sistema transdérmico: 16 h de 25 mg OU 24 h de 21 mg + TSN oral: goma ou comprimido de 4 mg OU pastilha de 2 mg ou 2.5 mg OU pulverizador de 1 mg	2 x TSN sistema transdérmico: 16 h de 25 mg OU 24 h de 21 mg + TSN oral: goma ou comprimido de 4 mg OU pastilha de 2 ou 2.5 mg OU pulverizador de 1 mg
	< 30 min.		TSN oral em monoterapia: goma ou comprimido de 2 mg OU pastilha de 1 mg ou 1.5 mg OU pulverizador de 1 mg	TSN sistema transdérmico em monoterapia: 16 h de 15 mg OU 24 h de 21 mg	TSN sistema transdérmico: 16 h de 15 mg OU 24 h de 14 mg + TSN oral: goma ou comprimido de 2 mg OU pastilha de 1 mg ou 1.5 mg OU pulverizador de 1 mg
> 30 min.		Sem terapêutica farmacológica inicialmente	TSN oral em monoterapia: goma ou comprimido de 2 mg OU pastilha de 1 mg ou 1.5 mg OU pulverizador de 1 mg	TSN sistema transdérmico em monoterapia: 16 h de 15 mg OU 24 h de 21 mg	TSN sistema transdérmico: 16 h de 15 mg OU 24 h de 14 mg + TSN oral: goma ou comprimido de 2 mg OU pastilha de 1 mg ou 1.5 mg OU pulverizador de 1 mg
> 60 min.					

* Nota:

TSN oral em terapia combinada, inicialmente 5 a 6 unidades/dia e ir reduzindo gradualmente.
FF de baixa dosagem máximo de 15 cps/dia e FF de elevada dosagem máximo de 10 cps/dia

Apêndice VI: Questionários

Inquérito para os profissionais da farmácia

Data de realização do inquérito: ____-____-____

Secção A. Caracterização Sociodemográfica

1. **Farmácia:** Cidade grande Cidade pequena
 Vila Aldeia
2. **Género:** Feminino Masculino 3. **Data de nascimento:** ____ - ____ - ____
4. **Estado civil:** Solteiro Divorciado
 Casado/união de facto Viúvo
5. **Escolaridade:**
 Ensino Secundário (ou antigo 7º) Ensino Técnico Profissional Ensino Superior - Licenciatura
 Ensino Superior - Mestrado Ensino Superior - Mestrado Integrado Ensino Superior – Doutoramento

Secção B. Caracterização dos Conhecimentos no âmbito do Tabagismo

6. **Acha que existem muitos fumadores na região do Baixo Alentejo?**
 Sim Não Não sei
7. **Considera que fumar é uma doença:**
 Sim Não Não sei
- 7.1. Se respondeu negativamente à pergunta anterior: Fumar para si é:
 Hábito Vício Outro: _____ Não sei

Secção D. Formação Tabágica

9. **Já participou em formações (palestras, cursos, etc.) no âmbito do tabagismo?**
 Sim Não

Secção E. Caracterização Profissional

10. **Trabalha no ramo da farmácia comunitária há quanto tempo?**
 há menos de 1 ano 1 - 3 anos 4 - 9 anos 10 -19 anos 20 ou mais anos
11. **Trabalha nesta farmácia há quanto tempo?**
 há menos de 1 ano 1 - 3 anos 4 - 9 anos 10 -19 anos 20 ou mais anos
12. **Profissão que desempenha na farmácia:**
 Farmacêutico - diretor técnico } ➔ Responder à secção F
 Farmacêutico }
 Técnico Superior de Farmácia } ➔ Responder à secção G
 Técnico Auxiliar de Farmácia }

Secção F. Direcionada ao Diretor Técnico

Parte I. Compreensão sobre o nível de procura de medicamentos para a cessação tabágica

13. Numa escala de 0 a 10 como classifica, na sua opinião, a procura deste tipo de medicamentos:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma					Bastante					

13.1. Se respondeu de 0 a 5: Qual o(s) motivo(s) que considera a nenhuma ou pouca procura?

- Falta de conhecimento da existência destes medicamentos por parte dos utentes
 Pelo facto dos utentes duvidarem da eficácia destes medicamentos
 Carência de formação científica dos profissionais da farmácia na área tabágica
 Falta de percepção da população para os perigos do tabagismo
 Outro(s), qual(is): _____

13.2. Se respondeu de 6 a 10: Qual a percepção sobre o *feedback* dos utentes acerca do resultado destes medicamentos, a maioria das vezes demonstram?

- Muita satisfação, deixando de fumar
 Satisfação moderada, deixando de fumar, mas com algumas recaídas
 Pouca satisfação, não conseguindo deixar de fumar
 Outra, qual: _____

Parte II. Caracterização do stock da farmácia de medicamentos para a cessação tabágica

14. Costumam ter stock(s) definido(s) para medicamentos utilizados no processo de cessação tabágica disponíveis na farmácia?

- Sim Não

14.1. Se respondeu afirmativamente à pergunta anterior:

14.1.1. Mencione qual(is) o(s) medicamento(s) disponível(is):

- | | | | |
|---|---|----------------------------|---|
| Terapêutica de substituição de nicotina | <input type="checkbox"/> Gomas
<input type="checkbox"/> Pastilhas
<input type="checkbox"/> Comprimidos para chupar
<input type="checkbox"/> Sistemas transdérmicos
<input type="checkbox"/> Solução para pulverização bucal | Terapêutica não nicotínica | <input type="checkbox"/> Vareniclina
<input type="checkbox"/> Bupropiona
<input type="checkbox"/> Clonidina
<input type="checkbox"/> Nortriptilina |
|---|---|----------------------------|---|

14.1.2. Qual(is) o(s) stock(s) definido(s) para a(s) respetiva(s) forma(s) farmacêutica(s):

Grupo	Forma farmacêutica	Princípio ativo	Stock definido
Terapêutica de substituição de nicotina	Gomas	Nicotina	1.
	Pastilhas		2.
	Comprimidos para chupar		3.
	Sistemas transdérmicos		4.
	Solução para pulverização bucal		5.
Terapêutica não nicotínica	Comprimidos	Vareniclina (Champix®)	6.
		Bupropiona (Zyban®)	7.
		Clonidina	8.
		Nortriptilina	9.

14.2. Se respondeu afirmativamente à pergunta anterior:

14.2.1. Qual(is) o(s) motivo(s) para não definirem stock(s)?

- Procura reduzida por parte dos utentes
 Considero que não se justifica o investimento
 Considero que não são efetivos
 Considero que não apresentam um adequado perfil de segurança
 Outro(s), qual(is): _____

14.2.2. Embora não tenham stock definido, quando um utente necessita, costumam encomendar estes medicamentos?

- Sim Não

Parte III. Caracterização do nível dispensas efetuadas na farmácia de medicamentos para a cessação tabágica

15. Consultando o sistema informático da farmácia, qual o número de vendas destes medicamentos nos últimos 6 meses (Janeiro, Fevereiro, Março, Abril, Maio e Junho de 2021)?

Mês	Medicamento (Grupo, FF e PA)	Quantidade	Mês	Medicamento (Grupo, FF e PA)	Quantidade
Janeiro			Abril		
Fevereiro			Maio		
Março			Junho		

Parte IV. Compreensão sobre intervenções tabágicas mínimas e/ou breves ao balcão

16. Conhece a metodologia de intervenção breve em Cessação Tabágica?

Sim Não

17. Numa escala de 0 a 10, como classifica o seu à vontade no que respeita ao aconselhamento na área do tabagismo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhum					Bastante					

18. Em contexto de balcão, aquando de uma dispensa ou aconselhamento de outras patologias, costuma questionar, ativamente, os utentes sobre os seus hábitos tabágicos?

Sim Não

18.1. Em caso afirmativo:

18.1.1. Tem perceção se existem muitos utentes fumadores frequentadores da farmácia?

Sim Não Não sei

18.1.2. As respostas fica registadas em algum local (exemplo: informaticamente na ficha de utente ou em papel)?

Sim Não

18.1.3. Após questão sobre comportamento tabágico, promove intervenções no âmbito da cessação tabágica?

Sim Não

18.1.3.1. Se sim, qual(is)? _____

18.2. Em caso negativo: Qual considera que seja o motivo(s)?

Inexistência de recetividade dos utentes para este tipo de perguntas

Falta de perceção da população para os perigos do tabagismo

Escassez de disponibilidade dos profissionais

Outro(s), qual(is): _____

Parte V. Compreensão sobre intervenção tabágica intensiva

19. Sabia que os farmacêuticos, em âmbito de consulta, podem realizar um acompanhamento de utentes em processo de cessação tabágica?

Sim Não

20. Conhece a metodologia de Intervenção Intensiva em Cessação Tabágica?

Sim Não

21. Na presente farmácia existe a disponibilização de consulta farmacêutica de cessação tabágica?

Sim Não

21.1. Em caso afirmativo:

Mencione pontos positivos e negativos que pode destacar sobre a sua experiência?

21.2. Em caso negativo:

Acha que a sua implementação seria uma mais-valia?

Sim Não Não sei

21.2.1. Justifique a sua resposta, expondo vantagens e dificuldades e/ou limitações que considera relevantes?

Muito obrigada pela sua colaboração!

Secção G. Direcionada aos restantes profissionais

Parte 0: Caracterização profissional

Profissão que desempenha:

- Farmacêutico Técnico Superior de Farmácia Técnico Auxiliar de Farmácia

Parte I. Compreensão sobre a procura de medicamentos para a cessação tabágica

13. Numa escala de 0 a 10 como classifica, na sua opinião, a procura deste tipo de medicamentos:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma					Bastante					

13.1. Se respondeu de 0 a 5: Qual o(s) motivo(s) que considera a nenhuma ou pouca procura?

- Falta de conhecimento da existência destes medicamentos por parte dos utentes
 Pelo facto dos utentes duvidarem da eficácia destes medicamentos
 Carência de formação científica dos profissionais da farmácia na área tabágica
 Falta de percepção da população para os perigos do tabagismo
 Outro(s), qual(is): _____

13.2. Se respondeu de 6 a 10: Qual a percepção sobre o *feedback* dos utentes acerca do resultado destes medicamentos, a maioria das vezes demonstram?

- Muita satisfação, deixando de fumar
 Satisfação moderada, deixando de fumar, mas com algumas recaídas
 Pouca satisfação, não conseguindo deixar de fumar
 Outra, qual: _____

Parte II. Compreensão sobre intervenções tabágicas mínimas e/ou breves ao balcão

14. Conhece a metodologia de intervenção breve em Cessação Tabágica?

- Sim Não

15. Numa escala de 0 a 10, como classifica o seu à vontade no que respeita ao aconselhamento na área do tabagismo?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhum					Bastante					

16. Em contexto de balcão, aquando de uma dispensa ou aconselhamento de outras patologias, costuma questionar, ativamente, os utentes sobre os seus hábitos tabágicos?

- Sim Não

16.1. Em caso afirmativo:

16.1.1. Tem percepção se existem muitos utentes fumadores frequentadores da farmácia?

- Sim Não Não sei

16.1.2. As respostas fica registadas em algum local (exemplo: informaticamente na ficha de utente ou em papel)?

- Sim Não

16.1.3. Após questão sobre comportamento tabágico, promove intervenções no âmbito da cessação tabágica?

- Sim Não

16.1.3.1. Se sim, qual(is)? _____

16.2. Em caso negativo: Qual considera que seja o motivo(s)?

- Inexistência de receptividade dos utentes para este tipo de perguntas
 Falta de percepção da população para os perigos do tabagismo
 Escassez de disponibilidade dos profissionais
 Outro(s), qual(is): _____

Parte III. Compreensão sobre intervenção tabágica intensiva

17. Sabia que os farmacêuticos, em âmbito de consulta, podem realizar um acompanhamento de utentes em processo de cessação tabágica?

Sim Não

18. Conhece a metodologia de Intervenção Intensiva em Cessação Tabágica?

Sim Não

19. Na presente farmácia existe a disponibilização de consulta farmacêutica de cessação tabágica?

Sim Não

19.1. Em caso afirmativo:

Mencione pontos positivos e negativos que pode destacar sobre a sua experiência?

19.2. Em caso negativo:

Acha que a sua implementação seria uma mais-valia?

Sim Não Não sei

19.2.1. Justifique a sua resposta, expondo vantagens e dificuldades e/ou limitações que considera relevantes?

Muito obrigada pela sua colaboração!

Apêndice VII: Consentimento Informado



Consentimento Informado



Eu, _____ profissional da Farmácia _____, aceito participar no “*Estudo sobre a necessidade de implementação de estratégias de controlo e combate ao tabagismo em farmácias comunitárias das zonas Centro e Este do Baixo Alentejo*”, desenvolvido pela aluna Catarina Lebre da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve em colaboração com Farmácias do Alentejo.

O objetivo principal da investigação é averiguar os hábitos tabágicos dos utentes da região centro e este do Baixo Alentejo, bem como a sua opinião pessoal e sincera em relação ao controlo e combate do tabagismo nas farmácias comunitárias consideradas no estudo, particularmente acerca da necessidade de implementação de consultas de cessação tabágica.

Ao colaborar estará a apoiar e a contribuir, desejavelmente, para uma melhoria do serviço prestado pelas farmácias.

Declaro que fui informado e compreendi a informação que me foi prestada respeitante a este estudo.

Asseguro que autorizo:

- que sejam recolhidos dados sobre mim
- e que os mesmos possam ser utilizados a nível científico, de forma completamente anónima e sem referir a minha identidade individual, em cumprimento com a legislação nacional sobre a proteção de dados pessoais, para fins de investigação científica pela Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve.

Declaro ainda ter compreendido que a minha participação é voluntária e que se assim o entender posso recusar responder a qualquer pergunta ou decidir abandonar o estudo a qualquer momento, sem que tal prejudique a minha colaboração nesta farmácia.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do profissional da farmácia

Assinatura da aluna

Carimbo da farmácia

Apêndice VIII: Quadros referentes à descrição das variáveis do estudo

Tabela 1 - Variáveis associadas a cada grupo de variáveis do estudo direcionado aos profissionais das farmácias.

Variáveis do estudo direcionado aos profissionais das farmácias		
Grupo de Variáveis	<i>Todos os profissionais</i>	
	Sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> - Localização da farmácia - Género - Data de nascimento - Estado civil - Escolaridade
	Intelectuais	<ul style="list-style-type: none"> - Perceção dos profissionais quanto à existência de elevados fumadores no Baixo Alentejo - Perceção do conhecimento dos utentes quanto ao facto do tabagismo ser considerado uma doença
	Comportamentais	<ul style="list-style-type: none"> - Situação do utente face ao tabagismo
	Formação Tabágica	<ul style="list-style-type: none"> - Compreensão sobre a participação em formações sobre o âmbito tabágico
	Caraterização Profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Anos de experiência profissional na farmácia comunitária - Profissão desempenhada na farmácia
Grupo de Variáveis	<i>Diretor técnico e/ou adjunto</i>	
	Caraterização Stock	<ul style="list-style-type: none"> - Averiguação sobre a existência de substâncias ativas e formas farmacêuticas para a cessação tabágica presentes no stock da farmácia - As intervenções realizadas em âmbito de cessação tabágica no balcão ficam registadas em algum sítio (informaticamente ou em papel)?
	Nível de Venda	<ul style="list-style-type: none"> - Número de vendas de medicamentos para a cessação tabágica dos últimos 6 meses (Janeiro, Fevereiro, Março, Abril, Maio e Junho de 2021)
	<i>Restantes os profissionais</i>	
	Nível de Procura	<ul style="list-style-type: none"> - Classificação face à procura - Motivo(s) para os níveis de procura
	Intervenções Mínimas e/ou Breves	<ul style="list-style-type: none"> - Sabe o que significa intervenção breve em cessação tabágica? Em caso positivo, aplica-a no dia-a-dia? - Classificação quanto ao <i>vontade</i> dos profissionais da farmácia no aconselhamento na área do tabagismo - Compreensão sobre o interesse dos profissionais da farmácia com os hábitos tabágicos dos utentes - Perceber se existe registo dos hábitos tabágicos dos utentes - Perceção dos profissionais perante o nível de fumadores frequentadores da farmácia - Averiguar se existe promoção da cessação tabágica - Compreensão do(s) motivo(s) para falta de intervenção dos profissionais
Intervenções Intensivas	<ul style="list-style-type: none"> - Perceber se existe serviço de consulta de cessação tabágica (Se sim, explicação sobre a experiência. Se não compreender se os profissionais acham necessária a implementação) 	

Apêndice IX: Quadros referentes ao Plano de Operacionalização das variáveis do estudo

Estudo direcionado aos profissionais de farmácia				
Notação computacional da variável	Descrição da variável	Domínio (valores possíveis)	Natureza (tipo de variáveis)	Escala
Caraterização Sociodemográficas				
Local_Farma	Localização da Farmácia	1 = Cidade grande 2 = Cidade pequena 3 = Vila 4 = Aldeia	Qualitativa	Nominal
Gen_prof	Género do profissional inquirido	1 = Feminino 2 = Masculino	Qualitativa	Nominal
Data_nasc_prof	Data de nascimento do profissional inquirido	Resposta aberta	Quantitativa	Discreta
Estad_civil_prof	Estado civil do profissional inquirido	1 = Solteiro 2 = Divorciado 3 = Casado/União de facto 4 = Viúvo	Qualitativa	Nominal
Escolarid_prof	Escolaridade do profissional inquirido	1 = Ensino Secundário (antigo 7º ano do liceu) 2 = Ensino Técnico Profissional 3 = Ensino Superior - Licenciatura 4 = Ensino Superior – Mestrado 5 = Ensino Superior – Mestrado Integrado 6 = Ensino Superior - Doutoramento	Qualitativa	Nominal
Intelectuais				
Perc_prof_fum_baixo_alent	Perceção do conhecimento dos profissionais quanto à existência de elevada incidência de fumadores no Baixo Alentejo	1 = Sim 2 = Não 3 = Não sei	Qualitativa	Nominal
Tabag_é_prof	Perceção dos profissionais quanto à classificação do tabagismo	1 = Doença 2 = Hábito 3 = Vício 4 = Outro 5 = Não sei	Qualitativa	Nominal
Comportamental				
Situação_tabag_prof	Situação do profissional face ao tabagismo	1 = fumador 2 = ex-fumador 3 = não fumador	Qualitativa	Nominal
Formação Tabágica				
Formação_tabag	Participação do profissional em formações (palestras, cursos, etc.) sobre o tabagismo	1 = Sim 2 = Não 3 = Não sei	Qualitativa	Nominal
Caraterização Profissional				
Anos_farma_comun	Duração da prática do exercício profissional no ramo da farmácia comunitária	1 = Há menos de 1 ano 2 = 1 - 3 anos 3 = 4 - 9 anos 4 = 10 - 19 anos 5 = 20 ou mais anos	Qualitativa	Nominal
Anos_farma_comun_atual	Duração da prática do exercício profissional na presente farmácia	1 = Há menos de 1 ano 2 = 1 - 3 anos 3 = 4 - 9 anos 4 = 10 - 19 anos 5 = 20 ou mais anos	Qualitativa	Nominal

Categoria_profiss	Profissão desempenhada na farmácia	1 = Farmacêutico – Diretor Técnico 2 = Farmacêutico – Adjunto 3 = Farmacêutico 4 = Técnico Superior de Farmácia 5 = Técnico Auxiliar de Farmácia	Qualitativa	Nominal
Real_atend_utent	Compreensão sobre a realização de atendimentos a utentes	1 = Sim 2 = Não	Qualitativa	Nominal
Nível de procura				
Procura_med_CT	Classificação face à procura de medicamentos para a cessação tabágica	0 = Nada 1,2= Raramente 3,4 = Pouca 5 = Razoavelmente 6,7 = Alguma 8,9 = Muita 10 = Bastante	Qualitativa	Ordinal
Motivos_baixa_procura	Motivo(s) para os níveis baixos de procura	1 = Falta de conhecimento da existência destes medicamentos por parte dos utentes 2 = Pelo facto dos utentes duvidarem da eficácia destes medicamentos 3 = Carência de formação científica dos profissionais na área tabágica 4 = Falta de perceção da população para os perigos do tabagismo 5 = Custo elevado 6 = Outro(s)	Qualitativa	Nominal
Feedback_med_CT	<i>Feedback</i> dos utentes sobre a utilização destes medicamentos	1 = Muita satisfação, deixando de fumar 2 = Satisfação moderada, deixando de fumar, mas com algumas recaídas 3 = Pouca satisfação, não conseguido deixar de fumar	Qualitativa	Nominal
Intervenções tabágicas mínimas e/ou breves				
Conhec_met_min_brev	Conhecimento dos profissionais sobre a metodologia mínima e/ou breve em CT	1 = Sim 2 = Não	Qualitativa	Nominal
Class_vont_acons	Classificação quanto ao <i>à vontade</i> dos profissionais da farmácia no aconselhamento na área da cessação tabágica	0 = Nada 1,2= Raramente 3,4 = Pouca 5 = Razoavelmente 6,7 = Alguma 8,9 = Muita 10 = Bastante	Qualitativa	Ordinal
Perg_hab_tabag	Compreensão sobre o interesse dos profissionais da farmácia com os hábitos tabágicos dos utentes	1 = Sim 2 = Não	Qualitativa	Nominal
Fumad_freq_farma	Perceção dos profissionais perante o nível de fumadores frequentadores da farmácia	1 = Sim 2 = Não	Qualitativa	Nominal
Interv_CT	Averiguar se existe intervenções de promoção da cessação tabágica	1 = Sim 2 = Não	Qualitativa	Nominal

Registo_Hab_Intv_Tab	Perceber se existe registo dos hábitos tabágicos dos utentes e intervenções dos profissionais	1 = Sim 2 = Não	Qualitativa	Nominal
Mot_falta_intv_CT	Compreensão do(s) motivo(s) para falta de intervenção dos profissionais	1 = Inexistência de recetividade dos utentes para este tipo de perguntas 2 = Falta de perceção da população para os perigos do tabagismo 3 = Escassez de disponibilidade dos profissionais 4 = Falta de perceção dos profissionais da farmácia para a importância da área tabágica 5 = Outro(s)	Qualitativa	Nominal
Intervenção tabágica intensiva				
Farmac_intv_intens	Conhecimento dos profissionais sobre o facto dos farmacêuticos poderem acompanhar os utentes em âmbito de consulta	1 = Sim 2 = Não	Qualitativa	Nominal
Conhec_met_intens	Conhecimento dos profissionais sobre a metodologia intensiva em CT	1 = Sim 2 = Não	Qualitativa	Nominal
Consulta_CT_farmacia	Compreensão sobre a existência de consulta farmacêutica de CT na presente farmácia	1 = Sim 2 = Não	Qualitativa	Nominal
Import_consulta_CT	Perceção sobre a importância (mais-valia) da consulta farmacêutica de CT em farmácia comunitária	1 = Sim 2 = Não 3 = Não sei	Qualitativa	Nominal
Ex_vant_desv	Compreensão das vantagens e desvantagens/limitações que os profissionais destacam sobre as consultas de CT	Resposta aberta	Quantitativa	Discreta
Caraterização stock				
Exist_med_CT	Averiguação sobre a existência de medicamentos para a cessação tabágica na presente farmácia	1 = Sim 2 = Não	Qualitativa	Nominal
Med_no_stock	Especificação dos medicamentos presentes no stock da presente farmácia	1 = Terapêutica de substituição de nicotina - Gomas 2 = Terapêutica de substituição de nicotina - Pastilhas 3 = Terapêutica de substituição de nicotina - Comprimidos para chupar 4 = Terapêutica de substituição de nicotina - Sistemas transdérmicos 5 = Terapêutica de substituição de nicotina - Solução para pulverização bucal 6 = Terapêutica não nicotínica - Vareniclina 7 = Terapêutica não nicotínica - Bupropiona (Zyban) 8 = Terapêutica não nicotínica - Clonidina 9 = Terapêutica não nicotínica - Nortriptilina	Qualitativa	Nominal

Med_stock_definido	Estabelecer correspondência entre o medicamento e o stock definido	Resposta aberta	Quantitativa	Discreta
Motivo_não_disp_med	Motivo(s) caso não haja disponibilização destes medicamentos	1 = Procura reduzida por parte dos utentes 2 = Considera que não trazem lucro para a farmácia 3 = Considera que não são efetivos 4 = Consideram que não apresentam um adequado perfil de segurança 5 = Outro(s)	Qualitativa	Nominal
Encom_med	Em caso que caso não haja disponibilização destes medicamentos, quando um utente necessita, costuma-se realizar encomendar	1 = Sim 2 = Não	Qualitativa	Nominal
Nível de dispensas				
Num_disp_med	Apurar o número de dispensas de medicamentos para a cessação tabágica dos últimos 6 meses (Janeiro, Fevereiro, Março, Abril, Maio e Junho de 2021)	Resposta aberta	Quantitativa	Contínua