



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Faculdade de Ciências e Tecnologias

Terapêuticas para Cessação Tabágica

O Papel do Farmacêutico

Mariana Sofia Costa Guerra

Dissertação para a obtenção do grau de
Mestre em Ciências Farmacêuticas

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Mónica Condinho

Setembro de 2019



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Faculdade de Ciências e Tecnologias

Terapêuticas para Cessação Tabágica

O Papel do Farmacêutico

Mariana Sofia Costa Guerra

Dissertação para a obtenção do grau de
Mestre em Ciências Farmacêuticas

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Mónica Condinho

Setembro de 2019

Terapêuticas para Cessação Tabágica

O Papel do Farmacêutico

Declaração de autoria de trabalho

Eu, Mariana Sofia Costa Guerra, declaro ser a autora deste trabalho, sendo este original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da lista de referências bibliográficas apresentada.

Mariana Guerra

© *Copyright* Mariana Sofia Costa Guerra

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.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço à Professora Doutora Mónica Condinho pela disponibilidade, orientação e pelo exemplo que é para mim nesta minha quase profissão.

A toda a equipa da Farmácia Moreira Padrão, pela aprendizagem que me proporcionaram, em especial à Dra. Patrícia pela ajuda e incentivo no trabalho de campo.

À minha irmã, e maior *influencer*, Mónica. Para onde quer que vás, hei de sempre seguir os teus passos. Obrigada por tudo.

Aos meus pais, Fernando e Fátima, por tudo o que me deram, pela força e apoio demonstrados ao longo deste período e sempre.

Ao meu namorado, Cristiano, por todo o carinho, toda a paciência, e por nunca me deixar desistir e estar sempre comigo quando preciso.

À Rita, por ter sido o meu braço direito no NECiFarm, por toda a boa disposição, companheirismo e entre ajuda que me faz sentir falta do Algarve.

A todos os que estiveram presentes na minha vida durante esta jornada e contribuíram para o meu crescimento, académico e pessoal, obrigada!

RESUMO

Mundialmente, o tabagismo é um dos fatores que mais contribui para doenças crónicas e morbidade prematura, sendo urgente a promoção da cessação tabágica. Esta pode ser alcançada com recurso a terapêuticas farmacológicas e/ou não farmacológicas. Considera-se que o farmacêutico é um profissional de saúde com uma posição privilegiada para auxiliar os fumadores no processo de cessação tabágica.

O presente estudo visa abordar as terapêuticas atuais para cessação tabágica e as perspetivas futuras no tratamento do tabagismo. Pretende-se também estudar, na prática, o papel do farmacêutico na promoção da cessação tabágica, conhecendo a opinião de uma amostra de utentes da Farmácia Moreira Padrão sobre a intervenção do farmacêutico neste âmbito.

Para tal realizou-se um estudo observacional e transversal, através da aplicação aos utentes de um questionário de autopreenchimento. A amostra estudada foi constituída por 94 utentes, agrupados em fumadores (21,3%), ex-fumadores (11,7%) e não fumadores (67,0%). A maioria dos inquiridos revelou ter conhecimentos acerca da existência de consultas de cessação tabágica, no entanto, 72,3% dos utentes não tem conhecimento destas em farmácia comunitária. Este estudo revelou a confiança dos utentes no farmacêutico, sendo em 27,7% dos casos o primeiro profissional de saúde a quem recorreriam no auxílio para cessação tabágica, nomeadamente no aconselhamento ao balcão (43,6%). Deste modo, pelas suas capacidades e posição perante o público alvo, percebe-se que o farmacêutico comunitário pode ter um impacto positivo na promoção da saúde. Este deve estar preparado não só para identificar possíveis alvos, como também para iniciar ou incentivar a cessação tabágica de forma personalizada a cada utente.

Palavras-chave

Cessação tabágica, Farmacoterapia, Farmácia Comunitária, Papel do Farmacêutico

ABSTRACT

Globally, smoking is one of the factors that most contributes to chronic diseases and premature morbidity making it urgent to promote smoking cessation. It can be achieved through pharmacological and/or non-pharmacological therapies. The pharmacist is a professional with a privileged position to assist smokers in the smoking cessation process. The present study aims to address current smoking cessation therapies and future perspectives in the treatment of smoking. It is also intended to study, in practice, the role of the pharmacist in promoting smoking cessation, knowing the opinion of a sample of patients of Farmácia Moreira Padrão about the pharmacist's intervention in this area.

For this, a cross-sectional observational study was carried out through the application of a questionnaire. The study sample consisted of 94 users, grouped into smokers (21.3%), former smokers (11.7%) and non-smokers (67.0%). The majority of patients reported knowledge of smoking cessation consultations, however, 72.3% are unaware of these in community pharmacy. This study revealed the confidence of patients in the pharmacist, being in 27.7% of the cases the first health professional to resort to smoking cessation assistance, namely over the counter counseling (43.6%). Thus, due to his abilities and position towards the target audience, it is perceived that the community pharmacist can have a positive impact on health promotion and should be prepared not only to identify potential targets, but also to initiate or encourage smoking cessation in a personalized manner for each patient.

Keywords

Smoking cessation, Pharmacotherapy, Community Pharmacy, Role of the Pharmacist

ÍNDICE GERAL

RESUMO	V
ABSTRACT	VI
ÍNDICE GERAL	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE TABELAS	XI
ABREVIATURAS	XII
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 TABAGISMO	1
1.1.1 História do tabaco	1
1.1.2 Caracterização epidemiológica do consumo de tabaco	1
1.1.3 Constituintes do tabaco	5
1.1.4 Consumo de tabaco e consequências na saúde.....	7
1.1.4.1. Cancro	8
1.1.4.2. Doenças Cardiovasculares.....	10
1.1.4.3. Doenças Respiratórias - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	11
1.1.5 Consumo de tabaco – dependência e abstinência.....	11
1.1.6 Cigarros eletrónicos e outros produtos emergentes	13
1.1.7 Estratégias de prevenção e controlo	15
1.2 CESSAÇÃO TABÁGICA.....	17
1.2.1 A importância da cessação tabágica.....	17
1.2.2 A mudança comportamental	19
1.2.3 Intervenção Clínica	21
1.3 TERAPÊUTICAS FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA.....	23
1.3.1 Terapêutica Farmacológica	24
1.3.1.1. Terapêutica de Substituição de Nicotina	25
1.3.1.2. Vareniclina	29
1.3.1.3. Bupropiom	30
1.3.2 Terapêutica não farmacológica	31
1.3.3 Tratamento em condições especiais	31
1.3.4 Perspetivas futuras	32
1.4 PAPEL DO FARMACÊUTICO.....	32
2. OBJETIVOS.....	37
2.1 Objetivos Gerais	37
2.2 Objetivos Específicos	37
3. METODOLOGIA	38
3.1 Desenho do estudo.....	38

3.2	Localização temporal e espacial	38
3.3	Seleção da Amostra	38
3.4	Método de recolha de dados	38
3.5	Definições.....	40
3.6	Análise de Dados	40
4.	RESULTADOS.....	41
4.1	Caracterização da Amostra	41
4.1.1	Caracterização sociodemográfica.....	41
4.2	Situação face ao tabagismo.....	42
4.3	Comportamento tabágico.....	43
4.4	Conhecimento dos serviços de cessação tabágica	46
4.5	Papel do farmacêutico na intervenção da cessação tabágica	47
5.	DISCUSSÃO	50
5.1	Limitações do estudo	54
6.	PERSPETIVA DO AUTOR	55
7.	CONCLUSÃO	56
8.	BIBLIOGRAFIA	57
9.	ANEXOS	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 Modelo epidemiológico do consumo de tabaco.....	2
Figura 1.2 Prevalência do consumo de tabaco entre 2007 e 2015.....	3
Figura 1.3 Proporção da população com 15 ou mais anos por condição perante o consumo de tabaco e sexo em Portugal no ano de 2014.....	4
Figura 1.4 Proporção da população com 15 ou mais anos que fuma diariamente por número médio de cigarros diários e sexo em Portugal no ano de 2014.....	4
Figura 1.5 Proporção da população com 15 ou mais anos com exposição diária a fumo passivo por sexo e principal local de exposição em Portugal no ano de 2014.....	5
Figura 1.6 Esquema de ligação entre a dependência da nicotina e o cancro através dos carcinogénios presentes no tabaco.....	10
Figura 1.7 Mecanismo de dependência da nicotina.....	12
Figura 1.8 Cigarros eletrónicos: vapes.....	13
Figura 1.9 Tabaco aquecido, heat-not-burn.....	13
Figura 1.10 Etiquetas com avisos gráficos nos maços de tabaco.....	16
Figura 1.11 Campanhas antitabágicas.....	16
Figura 1.12 Ciclo dos estados da mudança comportamental.....	20
Figura 1.13 Número de embalagens de vareniclina e terapêutica de substituição de nicotina em farmácia comunitária e locais de venda de MNSRM entre 2016 e 2018.....	25
Figura 3.1 Fluxograma do recrutamento.....	39
Figura 4.1 Nível de motivação para deixar de fumar dos fumadores inquiridos.....	45
Figura 4.2 Métodos utilizados na cessação tabágica por ex-fumadores e fumadores.....	46
Figura 4.3 Respostas à questão “tem conhecimento da existência de consultas de cessação tabágica?”.....	46
Figura 4.4. Respostas à questão “Tem conhecimento de consultas de cessação tabágica na farmácia comunitária?”.....	47
Figura 4.5 Respostas à questão “Recorreria à consulta de cessação tabágica na farmácia comunitária?”.....	47
Figura 4.6 Respostas à questão “Considera o farmacêutico um profissional de saúde para o ajudar na cessação tabágica?”.....	48
Figura 4.7 Respostas à questão “Em que sentido considera que o farmacêutico o poderia ajudar na cessação tabágica?”.....	48

Figura 4.8 Respostas à questão “Caso pretenda deixar de fumar, consideraria necessária a ajuda de um profissional de saúde?”.....49

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.1 Compostos carcinogénicos presentes nos produtos do tabaco e respetivas quantidade.....	7
Tabela 1.2 Carcinogéneos e tipos de cancro induzido pelo tabaco.....	9
Tabela 1.3 Benefícios da cessação tabágica.....	18
Tabela 1.4 Teste de Richmond para a avaliação da motivação para deixar de fumar.....	20
Tabela 1.5 Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina.....	21
Tabela 1.6 Dose iniciais propostas para TSN.....	27
Tabela 4.1 Caracterização sociodemográfica.....	42
Tabela 4.2 Caracterização sociodemográfica em função da situação tabágica.....	43
Tabela 4.3 Comportamento tabágico – fumadores.....	44
Tabela 4.4 Comportamento tabágico - ex-fumadores.....	45

ABREVIATURAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

BaP - benzo(a)pireno

DCV - doenças cardiovasculares

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM - enfarte agudo do miocárdio

FDA - *Food and Drug Administration*

FIP - Federação Internacional Farmacêutica

HDL - lipoproteínas de alta densidade

HNBs - *Heat-Not-Burn*

LDL - lipoproteínas de baixa densidade

MNSRM - Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MPOWER - *Monitor, Protect, Offer, Warn, Enforce, Raise*

NNAL - 4-(metilnitrosamina)-1-(3-piridil)-1-butanol

NNK - N-nitrosamina-4-(metilnitrosamina)-1-(3-piridil)-1-butanona

NNN - N'-nitrosonornicotina

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAH - Hidrocarbonetos aromáticos policíclicos

PNPCT - Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TSN - Terapêutica de Substituição de Nicotina

UE - União Europeia

WHO - *World Health Organization*

1. INTRODUÇÃO

1.1 TABAGISMO

1.1.1 História do tabaco

As primeiras referências ao consumo de tabaco datam do século XVI no continente Americano. O tabaco era usado não só para fumar, mastigar ou inalar mas também se acreditava que possuía características divinas e terapêuticas¹. A sua introdução na Europa terá ocorrido ainda durante o século XVI, após a descoberta do Brasil, trazido pelos marinheiros de Pedro Álvares Cabral, sendo posteriormente exportado para o continente asiático e africano nas tripulações. Denominado à época de “erva santa”, acreditava-se que tinha propriedades medicinais, nomeadamente na asma e outras doenças respiratórias, úlceras, abscessos e dor crónica¹.

Os registos do tabaco sob a forma de cigarro remontam a 1840 surgindo também a publicidade associada à prática do tabagismo por figuras públicas, o que aumentou gradualmente a sua popularidade no Mundo. Após a Primeira Guerra Mundial, o tabaco começou a ser considerado um produto de prestígio e fumar um ato de luxo, proporcionando um estatuto social aos fumadores sendo esta prática estimulada pelos próprios governos, tornando-se um vício quotidiano¹. Apesar das consequências para a saúde decorrentes do consumo prolongado do tabaco serem ainda desconhecidos, existem na literatura escassas menções a casos patológicos como o cancro do lábio e língua em fumadores². O aumento dos casos de cancro do pulmão a partir dos anos 20 levou à realização de vários estudos epidemiológicos, tendo sido identificada, nos anos 60, uma relação causal entre o cancro do pulmão e o tabagismo, gerando um alarmismo na comunidade científica³. Tratando-se de um fator de risco totalmente evitável, em 1987, foi criado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o dia Mundial Sem Tabaco, com campanhas de prevenção direcionadas sobretudo para os jovens³.

1.1.2 Caracterização epidemiológica do consumo de tabaco

Apesar de tudo o que se sabe sobre o uso de tabaco hoje em dia, este continua a ser um dos fatores evitáveis mais importante de doenças crónicas e de mortalidade prematura em Portugal e no Mundo, sendo responsável por mais de sete milhões de mortes por ano⁴.

A dinâmica da epidemia do consumo do tabaco foi proposta em 1994 por Lopez⁵, num modelo epidemiológico para demonstrar o “atraso” de décadas entre o aumento da prevalência do consumo de tabaco e o aumento na mortalidade atribuível ao tabaco ao fornecer um diagrama esquemático do progresso da epidemia experienciada nos países desenvolvidos^{5,6}. As quatro fases da epidemia do tabaco são caracterizadas por três variáveis: prevalência, consumo e mortalidade atribuível ao tabaco em homens e mulheres⁵. A fase 1 (**Figura 1.1**) nota 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 tabagismo⁵. Na fase 2 distingue-se o rápido aumento 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)⁵. A fase 3 envolveu a redução da prevalência do consumo de tabaco no sexo masculino (de 60% para 40%) e alguma convergência das prevalências entre homens e mulheres, atingindo-se o pico máximo do consumo de tabaco no sexo feminino. 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 homens⁵. 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)⁵.

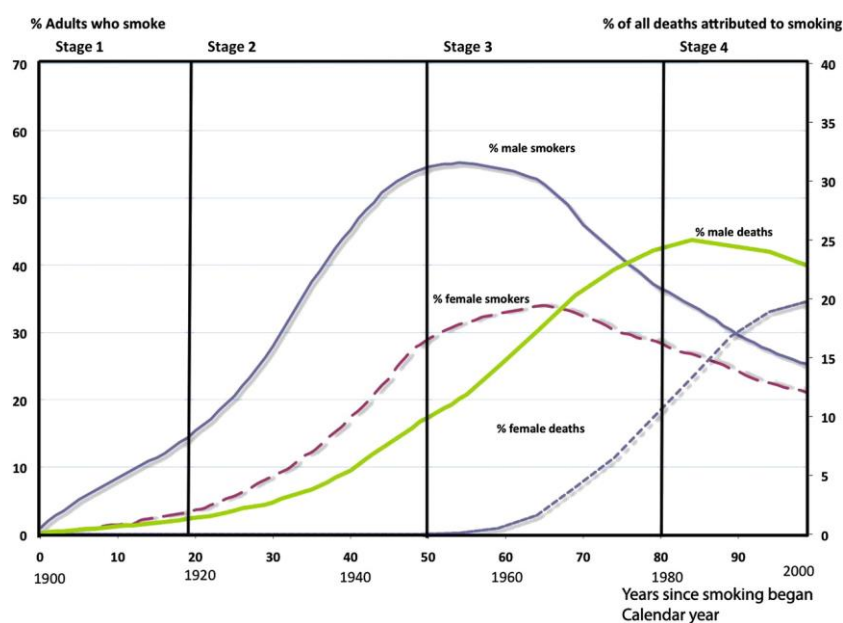


Figura 1.1 Modelo epidemiológico do consumo de tabaco⁵

Em 2011 Thun⁶, 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. Nem todos os países podem ter enquadramento numa destas fases, no entanto, esta caracterização permite ilustrar a progressão da epidemia do tabagismo se não forem estabelecidas medidas eficazes no controlo do consumo⁶.

Monitorizar a prevalência do tabagismo é uma ferramenta necessária para avaliar a epidemia, evolução e, eficácia das medidas preventivas. Estima-se que houve progressos significativos no declínio da prevalência do tabagismo. Entre 2007 e 2017, a taxa de tabagismo diminuiu de uma média global de 22,5% para 19,2%, apresentando uma redução relativa de 15% em 10 anos⁷. Apesar dos esforços para a prevenção terem aumentado, o número de fumadores continua a ser elevado, estimando-se, globalmente, cerca de 1,4 mil milhões de fumadores⁷.

Em 2015, um estudo aplicado a 195 países monitorizados concluiu que 94 estão em declínio, cinco têm consumos crescentes, 47 não apresentam alterações significativas e 49 não realizaram monitorização suficiente para identificar uma tendência. A maior redução das taxas verifica-se em países desenvolvidos de elevado rendimento⁴ (**Figura 1.2**).

Apesar dos esforços, o declínio global na taxa de tabagismo não se traduziu num menor número de fumadores, pois, embora a proporção de fumadores tenha diminuído, o número de fumadores não diminuiu, consequência do crescimento da população⁴. No total, há 1,4 mil milhões de consumidores de tabaco (idade igual a superior a 15 anos) em todo o mundo. Este número diminuiu ligeiramente desde 2007, em que a estimativa de fumadores era de 1,46 mil milhões⁷.

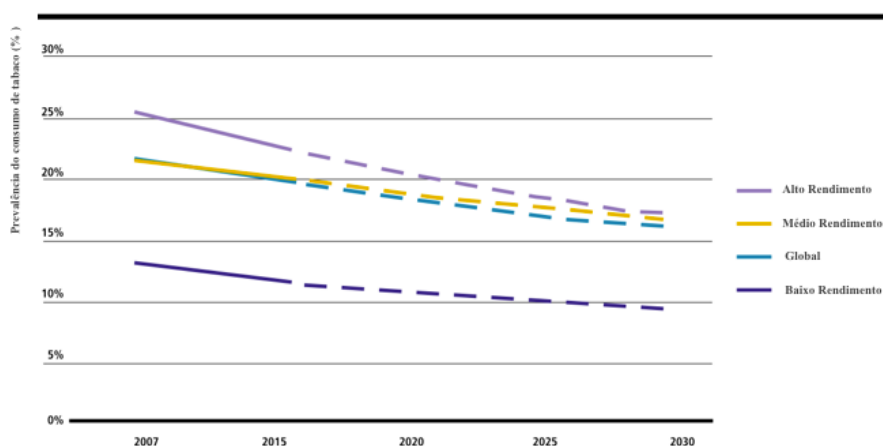


Figura 1.2 Prevalência do consumo de tabaco entre 2007 e 2015. Adaptado de World Health Organization (WHO), Who Report on the Global Tobacco Epidemic 2017⁴

Em Portugal, segundo dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2014⁸, estima-se que cerca de 1,8 milhões de pessoas com idade superior ou igual a 15 anos sejam fumadores (20,0%), entre os quais, 1,5 milhões correspondem a fumadores regulares e 288 mil a fumadores ocasionais. As populações de ex-fumadores e não fumadores apresentam taxas de 21,7% e 58,2%, respetivamente. A percentagem de homens que se declararam fumadores ou ex-fumadores verificou-se superior à das mulheres (**Figura 1.3**).

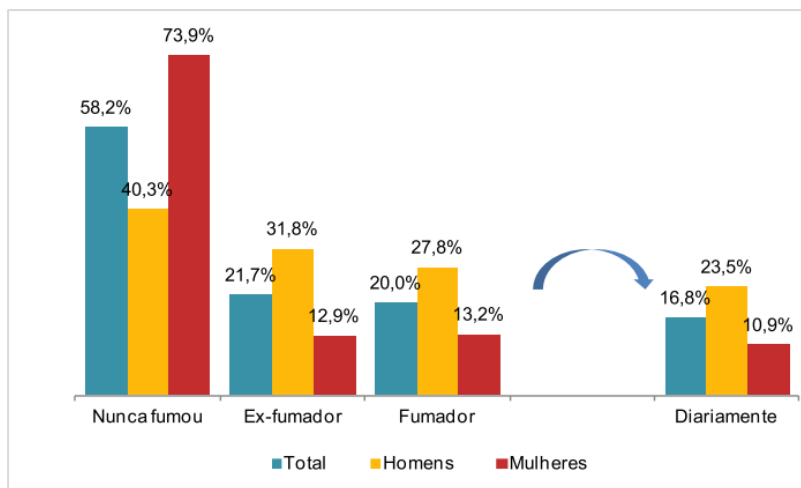


Figura 1.3 Proporção da população com 15 ou mais anos por condição perante o consumo de tabaco e sexo em Portugal no ano de 2014⁸

Dos fumadores regulares, 45,9% (669 mil pessoas) consome uma média de 11 a 20 cigarros por dia (**Figura 1.4**)⁸.

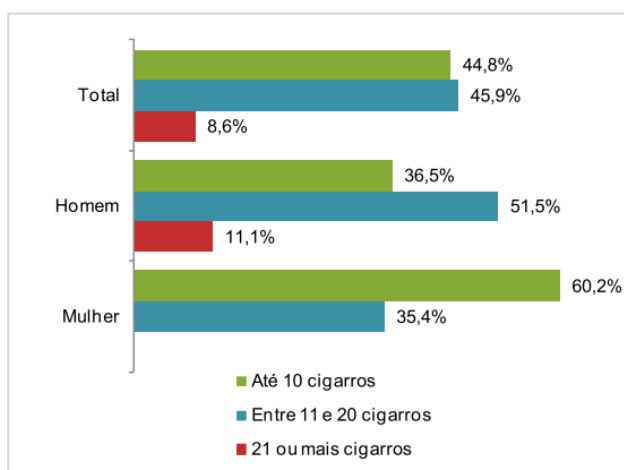


Figura 1.4 Proporção da população com 15 ou mais anos que fuma diariamente por número médio de cigarros diários e sexo em Portugal no ano de 2014⁸

Os fumadores passivos, população exposta a fumo ambiental do tabaco apenas ocasionalmente ou nunca (população ≥ 15 anos) correspondem a cerca de 91%. Os espaços de lazer foram indicados como principal local de exposição ao fumo passivo (38,3%) (**Figura 1.5**)⁸.

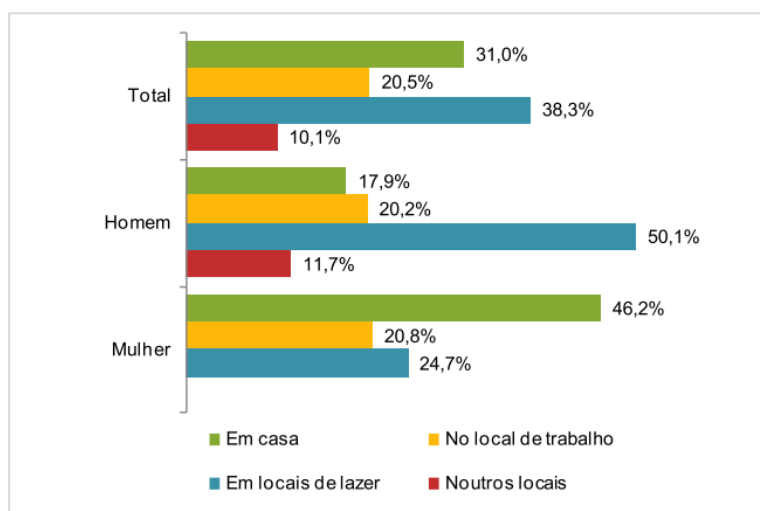


Figura 1.5 Proporção da população com 15 ou mais anos com exposição diária a fumo passivo por sexo e principal local de exposição em Portugal no ano de 2014⁸

Comparando com os resultados do 4.º INS, realizado em 2005/2006⁸, registou-se um aumento na percentagem de ex-fumadores de aproximadamente 6% (21,7% em 2014 face a 16,0% em 2005/2006). No entanto, a percentagem da população que nunca fumou reduziu (62,9% em 2005/2006 para 58,2% em 2014). A proporção da população fumadora (20,0%) manteve-se estável face a 2005/2006 (20,9%), observando-se todavia uma redução dos fumadores regulares⁸.

1.1.3 Constituintes do tabaco

O uso de produtos de tabaco é uma das principais causas de doenças como cancro, doenças coronárias, enfartes, e é a primeira causa de morte evitável em vários países. A maioria destas doenças e mortes são atribuídas aos constituintes provenientes do tabaco e fumo do tabaco. Dos 7000 constituintes químicos identificados, mais de 70 são componentes cancerígenos⁹. O tabaco e o fumo do tabaco, são ambos misturas complexas de diversos compostos. O fumo do tabaco forma um aerossol constituído por uma fase gasosa e uma fase de partículas que transporta milhares de substâncias para o pulmão,

onde os constituintes químicos se concentram e se disseminam por todo o corpo, levando a uma gama diversificada de doenças¹⁰.

Para além da nicotina, a substância responsável pela dependência, no tabaco também estão presentes compostos como monóxido de carbono, acetona, metano, formaldeído ou amónia que promovem efeitos tóxicos e irritantes, e com efeitos cancerígenos. A nicotina não é diretamente um carcinogéneo, no entanto, ao criar uma dependência leva à exposição prolongada ao tabaco e conseqüentemente aumenta o risco de cancro¹¹.

De entre os vários compostos associados ao tabaco, mais de 70 carcinogéneos (**Tabela 1.1**) causadores de vários tipos de cancro foram detetados no tabaco e a maior parte estão também presentes no fumo ambiental do tabaco⁹. Dentro destes encontram-se os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos (PAH), produtos da combustão incompleta, que se caracterizam como carcinogéneos que atuam localmente, sendo o benzo(a)pireno (BaP), o PAH com maior atividade carcinogénica. Os compostos heterocíclicos incluem análogos de PAH que contêm azoto e compostos simples como o furano, carcinogéneo hepático¹². Outra classe de carcinogéneos com atividade demonstrada em várias espécies animais são as N-nitrosaminas, potentes carcinogéneos sistémicos que atuam em diferentes tecidos. Entre estas, destacam-se duas substâncias apenas encontradas em produtos de tabaco designadas por N-nitrosaminas específicas do tabaco, a N-nitrosamina-4-(metilnitrosamina)-1-(3-piridil)-1-butanona (NNK) que é reportada como agente causal de tumores no pulmão, no pâncreas, na cavidade nasal e no fígado em várias espécies animais e a N'-nitrosonornicotina (NNN) que provoca tumores esofágicos e nasais, e do trato respiratório, em ratos e ratinhos, respetivamente¹². As aminas aromáticas são produtos de combustão e estão caracterizadas como sendo carcinogéneas para o tecido da bexiga. Aminas aromáticas heterocíclicas, estão presentes igualmente como produtos da combustão. Os aldeídos, formaldeído e acetaldeído são metabolitos endógenos do sangue indicados como carcinogéneos com fraca atividade, mas presentes em grandes quantidades¹². O benzeno e 1,3-butadieno são hidrocarbonetos voláteis e são os carcinogéneos mais prevalentes no fumo do tabaco. Compostos fenólicos, outros compostos orgânicos e metais pesados (que se concentram em órgãos vitais como o fígado, rins e pulmões) são também constituintes do tabaco com poder carcinogénico¹². O monóxido de carbono é um gás que se forma aquando da combustão dos produtos do tabaco, esta substância diminui o transporte de oxigénio dos pulmões para as células pois apresenta uma maior afinidade com a hemoglobina formando a carboxi-hemoglobina, o que dificulta o transporte de oxigénio para os tecidos e órgãos. A relação do monóxido

de carbono com a diminuição da oxigenação do miocárdio está associada ao desenvolvimento de doença isquêmica¹³.

Algumas destas substâncias existem na folha do tabaco, outras são resultantes de práticas de cultivo pela absorção pelo ar ou solo (fungicidas e pesticidas), durante o processo de cura ou armazenamento, e também através dos produtos da combustão do cigarro¹³. A indústria tabaqueira utiliza conjuntamente diversas substâncias como mentol e adoçantes que facilitam a inalação suavizando o fumo do tabaco e os efeitos irritantes, aumentando assim a sua aceitabilidade. Alguns destes compostos poderão contribuir para potenciar o efeito aditivo da nicotina^{10,12,13}.

Tabela 1.1 Compostos carcinogénicos presentes nos produtos do tabaco e respetivas quantidade. Adaptado de Hecht et al¹².

FUMO DO TABACO			
Classe Química	Número de compostos	Carcinogénicos representativos e quantidades no fumo do tabaco (ng por cigarro)	
PAH	14	BaP	9
		Dibenz[a,h]antraceno	4
Nitrosaminas	8	NNK	123
		NNN	179
Aminas Aromáticas	12	4-Aminobifenil	1,4
		2-Naftilamina	10
Aldeídos	2	Formaldeído	16,000
		Acetaldeído	819,000
Fenóis	2	Catecol	68,000
Hidrocarbonetos voláteis	3	Benzeno	59,000
		1,3-Butadieno	52,000
Compostos nitro	3	Nitrometano	500
Outros compostos orgânicos	8	Oxido de etileno	7,000
		Acilonitrilo	10,000
Compostos inorgânicos	9	Cádmio	132
Total	61		

TABACO NÃO QUEIMADO			
Classe Química	Número de Compostos	Carcinogénicos representativos e quantidades no tabaco processado (ng/g)	
PAH	1	BaP	0,4-90
Nitrosaminas	6	NNK	1,890
		NNN	8,730
Aldeídos	2	Formaldeído	1,600—7,400
		Acetaldeído	1,400-7,400
Compostos inorgânicos	7	Cádmio	1,300-1,6000
Total	16		

BaP, benzo(a)pireno; NNK, N-nitrosamina-4-(metilnitrosamina)-1-(3-piridil)-1-butanona; NNN, N'-nitrosonornicotina.

1.1.4 Consumo de tabaco e consequências na saúde

O tabaco afeta todo o organismo humano e apresenta-se como um fator de risco *major* para o cancro do pulmão, outras doenças oncológicas, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias. Provoca também efeitos nefastos a nível do aparelho gastrointestinal, na saúde reprodutiva, no sistema endócrino, na saúde ocular, óssea e no

envelhecimento da pele¹⁴. Foram identificados recentemente novos riscos associados ao consumo de tabaco como insuficiência renal, isquémia intestinal e hipertensão¹⁴. O risco de morte e doenças causadas pelo consumo tabaco aumenta proporcionalmente com o número de cigarros fumados, mas os danos começam com o consumo de um número muito pequeno de cigarros¹⁴. Um fumador regular, perde em média dez a onze anos de vida pelo consumo de tabaco, comparado com um não fumador¹⁴.

Em Portugal, segundo estimativas elaboradas em 2016 pelo *Institute of Health Metrics and Evaluation*¹⁵, ocorreram 11 800 mortes por doenças atribuíveis ao tabaco, correspondendo à morte de uma pessoa a cada 50 minutos. Destas, 9263 eram do sexo masculino e 2581 do sexo feminino. O mesmo relatório confirma que o tabaco provoca a morte prematura verificando-se que foi responsável por cerca de 30% dos óbitos do sexo masculino na faixa etária dos 50 aos 59 e de 14,5% do sexo feminino entre os 45 e 49 anos¹⁵.

O tabagismo não tem apenas consequências para o fumador, afeta também a saúde dos não fumadores. O fumo exalado por um fumador e o fumo emitido a partir da extremidade acesa de um cigarro forma uma combinação tóxica conhecida como fumo ambiental do tabaco¹⁶. É consensual na literatura científica que o fumo ambiental do tabaco pode causar doenças graves e fatais nos não fumadores (sendo por alguns autores considerados fumadores passivos), incluindo doenças cardiovasculares, doenças respiratórias e cancro¹⁴. Crianças e bebés são particularmente suscetíveis a este fumo e apresentam um risco aumentado no desenvolvimento de doença respiratória, otites, síndrome da morte súbita infantil entre outras patologias quando expostas regularmente a este fumo^{7,17}. Em Portugal, 14,3% das crianças com idade compreendida dos 0 aos 9 anos são expostas ao fumo ambiental do tabaco em casa, 5,8% das quais diariamente e 8,5% ocasionalmente¹⁶. Apesar da implementação de regras para reduzir a permissão de fumadores em espaços públicos a exposição ao fumo ambiental do tabaco ainda permanece um problema de saúde pública, sendo responsável por mais mortes do que todas as outras formas de poluição ambiental¹⁶.

1.1.4.1. Cancro

O consumo de tabaco é considerado a primeira causa evitável de cancro. Em 2016 foi responsável por 19,5% das mortes, verificando-se que o risco atribuível do tabaco neste tipo de diagnóstico é maior em fumadores e ex-fumadores do que em não fumadores¹⁵.

Sabe-se que a cessação tabágica reduz significativamente o risco relativo global de desenvolvimento do cancro do pulmão, em cerca de 5,6 para 1,0 após 30 anos de cessação tabágica tanto em fumadores como ex-fumadores¹⁸.

A relação causal entre o consumo de tabaco e o cancro foi estabelecida e publicada pela primeira vez em 1964 nos Estados Unidos, onde é reportada a carcinogénese como um processo lento com várias fases desencadeado por alguns produtos químicos designados de iniciadores, causando alterações permanentes nas células, e outros de promotores do processo carcinogénico¹⁹.

Como referido anteriormente, são descritos mais de 70 compostos cancerígenos presentes no fumo do tabaco. A relação entre o consumo de tabaco e a incidência de cancro resulta da exposição às referidas substâncias, da ação conjunta sobre o organismo, do tempo e dose de exposição a estas e também da predisposição genética do indivíduo¹³.

De acordo com a Agência Internacional para a Investigação do Cancro¹³, existe evidência que o consumo de tabaco é uma das principais causas de cancro do pulmão, cancro da cavidade oral (língua e lábios), da faringe, da laringe, do esófago, do pâncreas e do estômago, da bexiga, do rim, do cancro do colo do útero e da leucemia mielóide aguda¹³. Embora seja difícil provar que qualquer constituinte específico dos produtos do tabaco provoque um tipo particular de cancro, a investigação científica ao nível da carcinogenicidade, bioquímica e biologia molecular destes compostos, tem identificado um papel significativo de grupos carcinogénicos em tumores específicos induzidos pelo tabaco (**Tabela 1.2**). Os compostos PAHs e NNK são os que apresentam maior evidência científica como principais fatores etiológicos no cancro de pulmão¹².

Tabela 1.2 Carcinogénicos e tipos de cancro induzido pelo tabaco. Adaptado de Hecht et al¹².

Tipo de Cancro	Carcinogénico passível de estar envolvido
Pulmão	PAH, NNK (<i>major</i>) 1,3-butadieno, isopreno, óxido de etileno, carbamato de etilo, aldeídos, benzeno, metais
Laringe	PAH
Nasal	NNK, NNN, outras nitrosaminas, aldeídos
Cavidade oral fumadores fumadores de tabaco sem fumo	PAH, NNK, NNN NNK, NNN
Esofágico	NNN, outras nitrosaminas
Fígado	NNK, outras nitrosaminas, furano
Pancreático	NNK, NNAL
Cervical	PAH, NNK
Bexiga	4-aminobifenil, outras aminas aromáticas
Leucemia	Benzeno

PAH, hidrocarbonetos aromáticos policíclicos; NNK, N-nitrosamina-4-(metilnitrosamina)-1-(3-piridil)-1-butanona; NNN, N'-nitrososornicotina; NNAL, 4-(metilnitrosamina)-1-(3-piridil)-1-butanol;

A exposição aos carcinogénios é considerada a principal causa de cancro pelo consumo do tabaco nomeadamente pela interação que estes promovem com o DNA, formando ligações covalentes carcinogénio-DNA (aductos de DNA), que levam ao aparecimento de mutações genéticas (**Figura 1.6**)¹¹ e consequentemente, na maioria dos casos, a uma situação patológica.

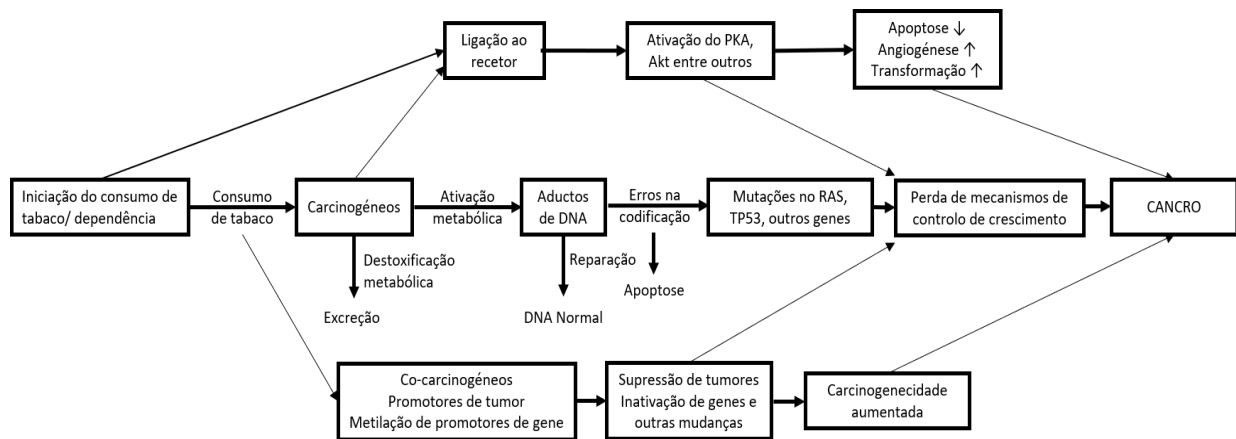


Figura 1.6 Esquema de ligação entre a dependência da nicotina e o cancro através dos carcinogénios presentes no tabaco. Adaptado de US Department of Health and Human Services¹¹

1.1.4.2. Doenças Cardiovasculares

Tal como no cancro, o primeiro fator de risco evitável para as doenças cardiovasculares (DCV) é o consumo de tabaco. O risco aumenta com a intensidade e duração do consumo. Os fumadores apresentam cerca do dobro do risco de desenvolver DCV graves, incluindo enfarte agudo do miocárdio (EAM), doença cerebrovascular e insuficiência cardíaca e, mais de cinco vezes o risco de desenvolver doença arterial periférica, em comparação com pessoas que nunca fumaram. A mortalidade por DCV é três vezes superior em fumadores comparando com os registos da população não fumadora²⁰. Os benefícios da cessação tabágica verificam-se na redução dos riscos independentemente da idade e do género. Estima-se que a cessação tabágica leva à redução do risco de EAM em 29%, semelhante à redução do risco de outros eventos cardiovasculares¹⁸.

Segundo o *US Department of Health and Human Services*¹¹, o tabagismo acelera o processo de aterosclerose, a génese das doenças cerebrovasculares, doença isquémica coronária, doença vascular periférica e aneurisma da aorta abdominal. O consumo de tabaco provoca lesões do endotélio arterial, hipercolesterolemia por aumento das lipoproteínas de baixa densidade (LDL) e diminuição de lipoproteínas de alta densidade

(HDL), ativação de plaquetas e leucócitos, aumento do fibrinogénio e formação de placas inflamatórias, trombos e embolias¹¹. Para além disso, é descrito na literatura que o fumo do cigarro induz inflamação que pode agravar a aterogénese. Todos estes mecanismos podem culminar em episódios de trombose, hemorragia ou vasoconstrição que, consequentemente, levam a episódios de oclusão vascular e isquémia¹¹.

1.1.4.3. Doenças Respiratórias - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

Não é recente a associação do tabaco com os efeitos adversos no sistema respiratório, nomeadamente pelo aumento do risco de infeção respiratória, como no desenvolvimento de doenças pulmonares crónicas²¹.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença comum, evitável e tratável, caracterizada por sintomas respiratórios persistentes e limitação do fluxo aéreo devido a anormalidades das vias aéreas ou alveolares geralmente causadas por exposição significativa a partículas ou gases nocivos. A redução do fluxo aéreo e consequente dificuldade respiratória característica da DPOC é causada por uma mistura de doenças das pequenas vias aéreas como a bronquiolite obstrutiva e destruição do parênquima (enfisema) associada a uma resposta inflamatória do aparelho respiratório²².

O principal fator desencadeante da DPOC é o fumo do tabaco, sendo responsável por mais de 85% dos casos de DPOC registada quer em fumadores quer em não fumadores expostos ao fumo ambiental do tabaco²¹. O risco de desenvolver DPOC é diretamente proporcional ao número de cigarros fumados por dia tendo um efeito cumulativo ao longo dos anos²³.

A cessação tabágica apresenta benefícios diretos na melhoria dos sintomas de DPOC para o fumador, previne a progressão da doença, aumentando a tolerância ao exercício e consequentemente melhora a sua qualidade de vida reduzindo também a morbidade e mortalidade associada a esta patologia²².

1.1.5 Consumo de tabaco – dependência e abstinência

Apesar do tabaco ser constituído por várias substâncias, a nicotina é o principal fator etiológico da dependência do tabaco. É um alcalóide vegetal e componente psicoativo causador de efeitos comportamentais como mudanças de humor e stress²⁴. A dependência da nicotina está, desde 1992, incluída na 10ª Classificação Internacional das Doenças²⁵,

classificada como um distúrbio de regulação do uso de nicotina decorrente do uso repetitivo ou contínuo de nicotina.

À dependência química, estão relacionados também a genética e o meio ambiente, sendo os critérios para o diagnóstico de dependência de nicotina: um forte desejo de consumo de nicotina, que se manifesta pela incapacidade de controlar o consumo, aumentando a prioridade deste sobre outras atividades e a persistência de consumo, apesar do conhecimento das consequências negativas; síndrome de abstinência e desenvolvimento de tolerância. As características da dependência são geralmente evidentes ao longo de um período de pelo menos 12 meses^{25,26}.

Após inalada a nicotina chega à circulação sanguínea e ao cérebro em menos de 10 segundos. No cérebro liga-se aos receptores colinérgicos nicotínicos situados no mesencéfalo, e estimula a produção e liberação de neurotransmissores como dopamina e noradrenalina que dão uma sensação de prazer ao fumador²⁶ (**Figura 1.7**).

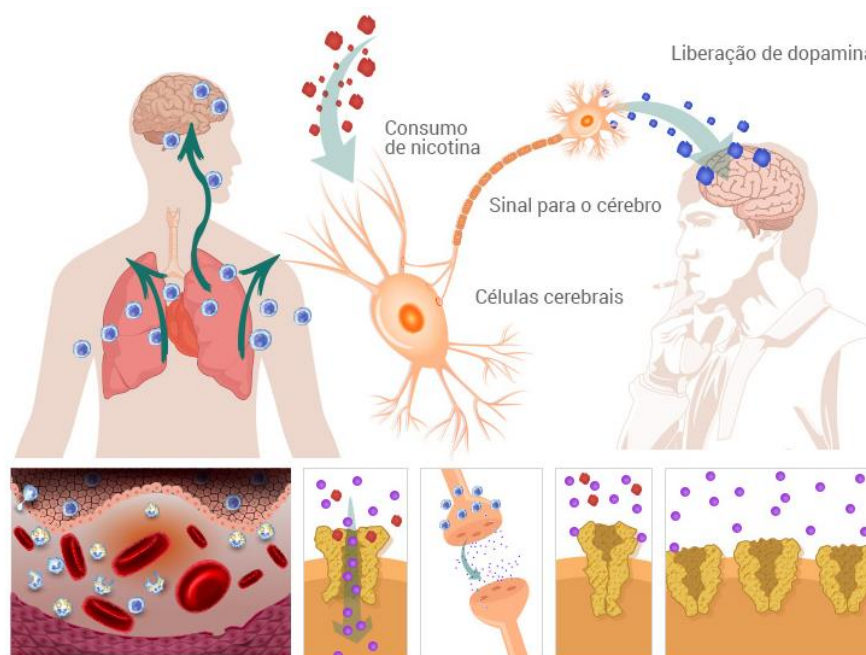


Figura 1.7 Mecanismo de dependência da nicotina²⁷

A nicotina, em novos utilizadores atua também noutras áreas do cérebro melhorando a atenção e a memória, reduzindo a ansiedade e suprimindo o apetite²⁴. No entanto, os efeitos da nicotina também se dissipam rapidamente, junto com o sentimento de recompensa associado. Contudo, esta substância induz tolerância, e a exposição continuada da mesma dose de nicotina leva à redução dos efeitos iniciais, o que leva ao

aumento da quantidade consumida. Este ciclo faz com que o fumador continue a fumar para manter os efeitos positivos e prevenir os sintomas de abstinência²⁸.

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*²⁹ são sete os sintomas primários associados à abstinência de nicotina: irritabilidade, raiva, frustração, ansiedade, depressão, dificuldade de concentração, aumento do apetite, insônia e inquietação. A síndrome de abstinência pode também incluir obstipação, tonturas, pesadelos, náusea e dor de garganta. Esta síndrome manifesta-se de 4 a 24 horas após a cessação do uso crónico de tabaco e os sintomas atingem o pico aproximadamente no terceiro dia, diminuindo ao longo da terceira e quarta semana³⁰.

1.1.6 Cigarros eletrónicos e outros produtos emergentes

Dispositivos eletrónicos de dispensa de nicotina, vulgarmente chamados de cigarros eletrónicos ou *e-cig* são dispositivos eletrónicos alimentados por bateria, que dispensam nicotina sem combustão ou fumo³¹. Atualmente, existem vários tipos de *e-cigs* comercializados. O primeiro *e-cig* foi patenteado em 2003, designado por *vape* (**Figura 1.8**) destina-se a aquecer e aerossolizar uma solução (e-líquido) contendo nicotina para inalação. Mais recentemente apareceram os produtos de tabaco aquecido, *heat-not-burn* (HNBs) (**Figura 1.9**). Todos estes têm nicotina na sua composição e causam dependência.



Figura 1.8 Cigarros eletrónicos: vapes³²

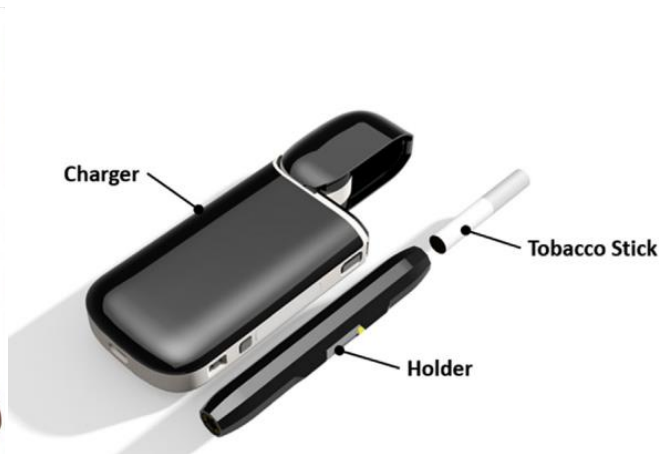


Figura 1.9 Tabaco aquecido, heat-not-burn³⁸

Os *vapes*, aquecem uma solução, os e-líquidos, são geralmente compostos de nicotina e pelo menos um solvente como propilenoglicol e/ou glicerina vegetal e aromatizantes como tabaco, mentol, doces ou bebidas³³. Existem *vapes* de sistema fechado ou sistema aberto, dependendo do grau de controlo que o fumador tem sobre este. Pode alterar o

líquido usado, a voltagem e a resistência aplicada ao e-líquido, sendo que estas alterações têm um efeito direto na quantidade de nicotina que é disponibilizada^{34,35}.

Os HNBs associam propriedades dos *e-cigs* e dos cigarros tradicionais, são dispositivos eletrônicos, que aquecem *sticks* de tabaco embebido em propilenoglicol a uma temperatura controlada de 350°C para gerar um aerossol. Nos HNBs o tabaco é aquecido a temperaturas mais baixas do que um cigarro convencional (<600°C) de forma a produzir quantidades menores de compostos tóxicos^{36,37}. O *stick* de tabaco é aquecido por um período de aproximadamente 6 minutos permitindo até 14 inalações³⁸.

Apesar de muitas vezes serem usadas campanhas de publicidade anunciando os cigarros eletrônicos e HNBs como seguros, estes dispositivos contêm igualmente compostos tóxicos/irritantes com consequências graves para a saúde do fumador e do não fumador. A maioria dos dados de segurança sobre este novo produto de tabaco descrevem uma redução de emissões de produtos químicos tóxicos, menos efeitos adversos *in vitro* e menor exposição humana a substâncias químicas nocivas e potencialmente nocivas, no entanto, apresentam sempre conflitos de interesse, uma vez que a maioria destas pesquisas são lideradas pela indústria do tabaco³⁸. Os escassos estudos toxicológicos independentes confirmam que os HNBs libertam igualmente substâncias prejudiciais e potencialmente nocivas, mas em menor quantidade que os cigarros convencionais³⁷. Outros autores demonstram que a exposição ao tabaco aquecido é tão prejudicial quanto o consumo de cigarros tradicionais ou o *vaping* para as células do pulmão humano³⁶. Existe também evidência de consequências do consumo agudo: lesão no DNA, *stress* oxidativo, disfunção endotelial e aumento temporário da frequência cardíaca, e crônico: risco de enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral e de neoplasias da cavidade oral e do esófago^{39,40}.

Contudo, são necessários mais estudos nomeadamente estudos epidemiológicos que avaliem os efeitos na saúde pelo consumo regular e continuado destas formas de tabaco⁴¹. Estima-se que, no Reino Unido, 2,88 milhões de pessoas (5,7% dos adultos) fumam regularmente cigarros eletrônicos, sendo a maioria fumador ou ex-fumador de cigarros convencionais⁴², além disso dados epidemiológicos indicam um aumento do uso de cigarros eletrônicos e HNBs nos jovens que nunca fumaram cigarros convencionais, promovendo assim a dependência de nicotina⁴³.

Depois da TSN, os cigarros eletrônicos ou dispositivos semelhantes são a segunda opção mais usada para auxílio da cessação tabágica na União Europeia⁴⁴. 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 2014⁴⁴. Até ao momento a literatura existente não corrobora a eficácia dos cigarros eletrónicos como ajuda na cessação tabágica sendo necessários mais estudos com evidência científica que permitam avaliar os riscos para a saúde⁴⁵. A *US Food and Drug Administration* (FDA) aprovou a nicotina como forma de cessação tabágica por gomas, adesivos transdérmicos, soluções para pulverização bucal e nasal mas até ao momento não foi aprovada na forma de cigarro eletrónico⁴⁵.

Apesar de apresentado muitas vezes como forma de fumar menos prejudicial, baseado no aparente risco inferior destas novas formas, não há comprovação destes na cessação tabágica. Vários estudos sugerem cigarros eletrónicos como uma ferramenta de cessação tabágica, no entanto, a qualidade da evidência científica existente é insuficiente e muitas vezes contraditória⁴⁶⁻⁴⁹. Outros estudos concluem que o uso de cigarros eletrónicos está associado a reduzidas taxas de cessação tabágica⁵⁰. Estudos demonstram que em 60% dos casos, os fumadores consomem cigarros convencionais em simultâneo com os cigarros eletrónicos, mantendo o elevado risco prévio. Na maior parte dos casos, as novas formas são adotadas por um curto espaço de tempo, findo o qual o fumador retoma o seu hábito anterior, perpetuando a dependência^{39,51}. Sendo um produto recente no mercado e ainda sem dados científicos suficientes sobre a sua eficácia e a segurança como adjuvante na cessação tabágica, a OMS reitera que não deverá ser indicado por profissionais de saúde³¹. A Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 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. Ressalva 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^{52,53}.

1.1.7 Estratégias de prevenção e controlo

O tabaco gera elevados custos económicos sociais e de saúde para a sociedade. A monitorização do consumo do tabaco e da exposição passiva ao fumo são essenciais para o seu controlo e para entender e reverter a epidemia do tabaco⁴.

Em 2003, a OMS introduziu seis medidas conhecidas como MPOWER para ajudar os países a implementar as propostas da sua Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco desenvolvida em resposta à globalização da epidemia do tabaco, adotada por unanimidade na 56ª Assembleia Mundial da Saúde⁵⁴. As seis medidas adotadas por

Portugal em 2004 foram “*monitor, protect, offer, warn, enforce, raise*” ou seja, *monitorizar* o uso do tabaco e as políticas de prevenção, *proteger* da exposição ao fumo do tabaco, *oferecer* ajuda na cessação tabágica, *avisar, informar e educar* sobre os riscos e consequências do tabaco, *proibir* a publicidade, promoção e patrocínio aos produtos do tabaco e aumentar os impostos sobre os produtos do tabaco⁵⁴.

Em 2016, 76 países estavam abrangidos pela monitorização do uso do tabaco proposta pela OMS, ou seja, cerca de 39% da população mundial, estando Portugal entre os países com melhores resultados alcançados na monitorização do consumo do tabaco, na utilização de etiquetas com avisos de saúde gráficos nas embalagens (**Figura 1.10**) e, nas campanhas antitabágicas⁴ (**Figura 1.11**).



Figura 1.10 Etiquetas com avisos gráficos nos maços de tabaco.
Adaptado de Público⁵⁵



Figura 1.11 Campanhas antitabágicas. Adaptado de Raiox⁵⁶

A primeira medida instituída em Portugal dando execução ao disposto na Convenção da OMS para 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 através das seguintes medidas: regulamentação da composição das substâncias contidas, da rotulagem e etiquetagem dos maços de cigarros e da venda de produtos de tabaco, da proibição da publicidade promoção e patrocínio de tabaco e de produtos do tabaco. A informação e educação para a saúde através de campanhas de prevenção e informação para a população estão também previstas nesta Lei, bem como a abordagem desta temática em espaços de saúde e ensino⁵⁷. Em 2018, a Lei n.º 63/2017⁵⁸ 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”, estatuidando medidas a aplicar a estes novos produtos⁵⁸.

Em 2012, foi criado o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo¹⁵ onde se delinearão as principais estratégias de intervenção e implementação de medidas a atingir até 2016. Os resultados epidemiológicos do estudo anterior a 2016 possibilitaram a reformulação de novas metas a instituir até 2020: reduzir a prevalência do consumo prevenindo a iniciação do consumo de tabaco nos jovens, promovendo e apoiando a cessação tabágica; travar o aumento do consumo nas mulheres; proteger da exposição ao fumo ambiental do tabaco e reduzir as desigualdades regionais¹⁵.

1.2 CESSAÇÃO TABÁGICA

1.2.1 A importância da cessação tabágica

Como referido anteriormente, o consumo de tabaco é causa conhecida de graves problemas de saúde e da dependência de nicotina. A cessação tabágica é a via mais efetiva para a redução do risco de doenças, redução da progressão de doenças relacionadas com o tabaco já estabelecidas e aumento da esperança média de vida⁵⁹. O investimento nesta medida tem apresentado resultados significativamente positivos nos indicadores de morbilidade e mortalidade relacionados com o consumo de tabaco⁷. Segundo o Eurobarómetro de 2017⁴⁴ dedicado ao tabaco, dos fumadores portugueses inquiridos, 36% já tinham feito pelo menos uma tentativa para parar de fumar, dos quais 6% nos doze meses anteriores. Em Portugal, apenas uma minoria (16%) de fumadores que deixaram de fumar ou que tentaram deixar de fumar, utilizou métodos de assistência comparado com 25% de média dos países da União Europeia (UE)⁴⁴.

O conhecimento do impacto que a cessação tabágica tem na saúde e qualidade de vida dos fumadores é um dos fatores mais importantes para encorajar o fim da dependência. A cessação tabágica está associada a benefícios e melhorias do estado de saúde, alguns deles com ação imediata quase após o consumo do último cigarro como ilustra a **tabela 1.3**, e que se manifestam ao longo dos anos. Para além dos benefícios referidos na tabela 3, são descritos também benefícios ao nível económico, sensorial, estético e melhoria da autoestima⁶⁰. Na gravidez, a cessação tabágica nos primeiros meses de gestação reduz o risco de o bebé nascer com baixo peso para níveis semelhantes ao de uma mulher não fumadora. Os riscos de morbilidade e mortalidade nas situações de DPOC, úlcera péptica, cancro do colo do útero e doença arterial periférica também são reduzidos após a cessação

tabágica⁶¹. Estes benefícios são tanto maiores quanto mais cedo suceder a cessação tabágica, no entanto este é um processo complexo variando conforme o fumador e os seus comportamentos e motivação¹⁴.

Tabela 1.3 Benefícios da cessação tabágica. Adaptado de Jha, et al⁶²

Tempo após cessação	Benefício
20 minutos	Pressão arterial e ritmo cardíaco baixam
12 horas	O nível de monóxido de carbono no sangue normaliza
2-12 semanas	A circulação melhora e a função pulmonar aumenta
1-9 meses	A tosse e falta de ar diminuem
1 ano	O risco de doença cardíaca coronária é cerca de metade do risco de um fumador
5 anos	O risco de acidente vascular cerebral igual ao de um não fumador
10 anos	O risco de cancro de pulmão é cerca de metade do de um fumador e o risco de cancro de boca, garganta, esófago, bexiga, colo do útero e pâncreas diminui
15 anos	O risco de doença cardíaca coronária é igual ao de um não-fumador

Segundo Jha⁶², fumadores que deixam de fumar entre os 25 e os 34 anos ganham em média mais 10 anos de vida comparando com os que continuam a consumir tabaco. Se a cessação tabágica acontecer entre os 34 e 44 anos, estima-se que ganhem cerca de mais 9 anos de vida, entre os 45 e 54 anos, mais 6 anos de vida e entre os 55 a 64 anos, mais 4 anos de vida, comparado com os indivíduos que não deixaram o hábito de fumar⁶².

Verifica-se assim que os riscos do consumo de tabaco são muitos e afetam a grande maioria dos sistemas orgânicos, sendo a cessação tabágica a primeira medida a adotar para o aumento da qualidade de vida e redução dos riscos associados ao tabaco a nível da saúde.

A cessação tabágica tem também benefícios económicos. 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 mundo⁶³. Incluindo a perda de produtividade devido a doenças e mortes atribuíveis ao tabagismo, o custo estimado é de 1436 mil milhões de dólares, com quase 40% desses custos em países de baixo e médio rendimento⁶³. Portanto, reduzir o consumo de tabaco implementando medidas abrangentes de controlo do tabaco, incluindo oferecer ajuda para a cessação tabágica, gera reduções nos custos quer para os países quer para os ex-fumadores⁶³.

1.2.2 A mudança comportamental

A cessação tabágica é um processo complexo, com várias fases, sendo que, em regra, mudar o comportamento não é fácil. Muitos fumadores conseguem deixar o consumo de tabaco sozinhos, sem recurso a terapêuticas nem ajuda de terceiros, outros passam por um processo gradual que pode levar meses a anos⁶⁰. Existem vários modelos teóricos que explicam o processo de mudança de comportamentos inerentes à saúde. O modelo descrito por Prochaska e DiClemente⁶⁴, é usado como referência para avaliar a mudança relacionada com o tabaco, ajudando a sistematizar todos os estádios desta fase adaptando assim o tipo de intervenção. Este processo de ações comportamentais e cognitivas cursado pelo fumador para alterar as suas emoções e comportamentos está dividido em cinco estádios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção aos quais poderá suceder uma recaída ou abstinência definitiva⁶⁴ (**Figura 1.12**).

Na primeira fase, pré-contemplação, o fumador não quer modificar os seus comportamentos e não tem intenção de deixar de fumar. Assume uma postura defensiva e recusa todas as fontes de informação, não tem motivação e não se sente confiante para lidar com a situação. O fumador pode permanecer neste estádio vários anos, podendo progredir para o seguinte com aconselhamento intensivo. Na fase da contemplação o fumador pensa em modificar o seu comportamento nos seis meses seguintes, preocupa-se com o seu comportamento, mas tem dúvidas dos benefícios que podem advir e medo de não ser capaz de mudar. No estádio da “preparação” o fumador tem intenção de modificar o seu comportamento no prazo de um mês, tendo anteriormente já realizado tentativas de cessação. Quando o fumador altera o seu comportamento e consegue parar de fumar entra na fase de “ação”. Se conseguir manter a mudança e permanecer sem fumar por seis meses, entra na fase da “manutenção”⁶⁵. Após a fase da manutenção pode surgir uma recaída, quando o indivíduo volta a fumar, sendo que reinicia o ciclo da mudança, podendo voltar a qualquer uma das etapas anteriores^{64,66}.

Para escolha do tratamento da cessação tabágica a avaliação da motivação para deixar de fumar e da dependência de nicotina são essenciais. Estas podem ser avaliadas com recurso a vários instrumentos sendo os mais utilizados a escala de Richmond (**Tabela 1.4**), para avaliação da motivação, cotada numa escala de 0 a 10, obtendo resultados de motivação baixa (0-6), motivação moderada (7-9) e motivação elevada (10) e de Fagerström (**Tabela 1.5**) para a avaliação da dependência da nicotina representada numa escala de 0 a 10,

obtendo resultados de dependência baixa (0-3), dependência média (4-6) e dependência alta (7-10)^{67,68}.

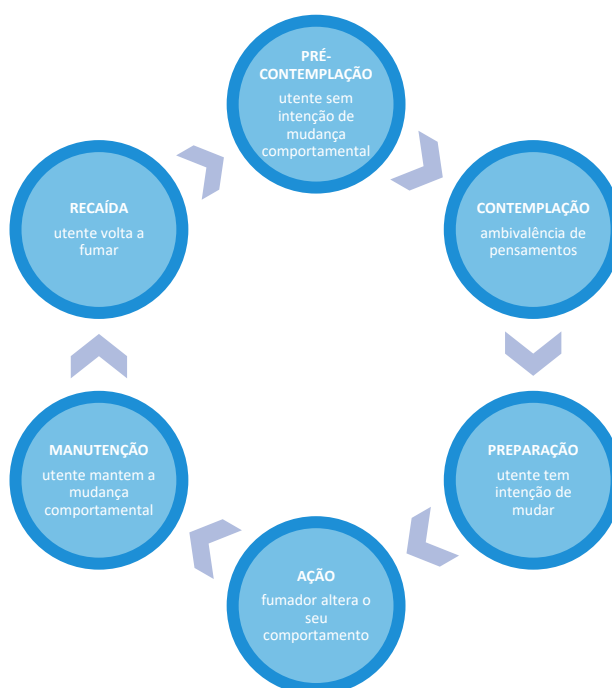


Figura 1.12 Ciclo dos estados da mudança comportamental. Adaptado de Prochaska et al⁶⁶

Tabela 1.4 Teste de Richmond para a avaliação da motivação para deixar de fumar. Adaptado de Richmond et al⁶⁷

Teste de Richmond		
Perguntas	Respostas	Cotação
1. Gostaria de deixar de fumar se o pudesse fazer facilmente?	Não	0
	Sim	1
2. Tem realmente vontade de deixar de fumar?	Nenhuma	0
	Pouca	1
	Alguma	2
	Muita	3
3. Acredita que conseguirá deixar de fumar nas próximas 2 semanas?	Não	0
	Talvez	1
	Provavelmente	2
	De certeza	3
4. Pensa que será ex-fumador(a) dentro de 6 meses?	Difícilmente	0
	Pode ser	1
	Provavelmente	2
	De certeza	3

Tabela 1.5 Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina. Adaptado de Ferreira et al⁶⁸

Teste de Fagerström para a Dependência da Nicotina		
Perguntas	Respostas	Cotação
1. Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?	Nos primeiros 5 minutos	3
	6 – 30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Após 60 minutos	0
2. Custa-lhe não fumar em locais onde é proibido?	Sim	1
	Não	0
3. Qual o cigarro que seria mais difícil para si deixar de fumar?	O primeiro da manhã	1
	Qualquer outro	0
4. Quantos cigarros fuma por dia?	10 ou menos	0
	11 – 20	1
	21 – 30	2
	31 ou mais	3
5. Fuma mais nas primeiras horas depois de acordar, ou no resto do dia?	Nas primeiras horas	1
	No resto do dia	0
6. Se estiver muito doente, de cama, fuma ou não?	Sim	1
	Não	0

1.2.3 Intervenção Clínica

Como referido anteriormente, a cessação tabágica pode ocorrer sem apoio, ou com intervenção de um profissional de saúde. O profissional de saúde tem o dever de promover estilos de vida saudáveis e educar a população, nomeadamente na prevenção e controlo do tabagismo⁶⁹. As duas abordagens com maior evidência científica na cessação tabágica são o uso de farmacoterapia e o aconselhamento de um profissional de saúde. Isoladamente, estas abordagens apresentam eficácia, mas quando aplicadas conjuntamente conseguem atingir-se melhores resultados na cessação⁷⁰. O sucesso do tratamento relaciona-se também com a sua intensidade, no entanto, até as mais breves intervenções por profissionais de saúde ao fumador, promovem a cessação tabágica e atingem o efeito desejado. Estima-se que apenas 3 a 7% dos fumadores que tentam deixar de fumar sem assistência, conseguem abstinência a longo prazo em contraste com a taxa de sucesso de 15 a 30% se apoiados por intervenções clínicas⁷¹.

Assim, consideram-se três tipos de intervenção: a intervenção mínima, a intervenção breve e a intervenção de apoio intensivo.

A intervenção mínima tem uma duração máxima de 3 a 5 minutos e é recomendada principalmente nos cuidados primários de saúde. Caracteriza-se por breves indicações para deixar de fumar, bem como dar a conhecer os efeitos nocivos do consumo de

tabaco²⁶. Quando aplicada isoladamente, esta intervenção apresenta um impacto muito baixo. Contudo esta intervenção aplicada a todos os utentes dos cuidados primários de saúde, seguida de referência a um profissional de saúde especializado é uma ferramenta terapêutica importante²⁶. A intervenção mínima é mais eficaz do que apenas aconselhar o utente a parar de fumar, duplicando a taxa de cessação, em comparação com nenhuma intervenção²⁶.

A intervenção breve é uma intervenção oportunista em que o profissional de saúde, qualquer que seja, aborda o problema do tabagismo ao utente em qualquer momento do contacto com este. Alguns estudos referem que apenas oferecer apoio para a cessação, motiva cerca de 40 a 60% das pessoas a deixar de fumar²⁶. Este tipo de intervenção segue o algoritmo dos “5A”: Abordar, Aconselhar, Avaliar, Apoiar e Acompanhar (**Anexo 1**). O profissional de saúde inicia a abordagem perguntando ao utente se é fumador, se já alguma vez fumou, se ex-fumador há quanto tempo e se fumador quantos cigarros fuma por dia. Se identifica o utente como fumador, o profissional de saúde aconselha-o a deixar de fumar, realçando todos os riscos que resultam do consumo de tabaco e os benefícios que podem advir da cessação, disponibilizando-se para o ajudar a deixar de fumar⁷². Perante um utente que está disposto a deixar de fumar, prossegue-se então para a avaliação. Nesta etapa, avalia-se a motivação para deixar de fumar no mês ou nos seis meses seguintes. A motivação para deixar de fumar é um aspeto decisivo neste processo, se estivermos perante um fumador com disposição a deixar de fumar nos próximos trinta dias continuamos a intervenção através dos dois passos seguintes: apoiar na tentativa de cessação, negociar e marcar o dia D, que corresponde ao primeiro dia sem tabaco, fornecer algumas estratégias para não fumar após o dia D e ultrapassar problemas para prevenir a recaída. Por fim, o acompanhamento é um passo muito importante para que se dê a abstinência definitiva^{26,73}. Se por outro lado, o fumador estiver numa fase de pré-contemplação e assumir uma postura defensiva perante a ideia de parar de fumar, o profissional de saúde tem o dever de mostrar disponibilidade para ajudar a qualquer altura, mas também intervir a nível emocional, reforçando a motivação da pessoa ajudando-a a reconhecer o problema através da abordagem 5R: Relevância, Riscos, Recompensas, Resistências e Repetição^{26,73}. Primeiramente, salientar a relevância dos benefícios da cessação, levar o utente a reconhecer porque seria benéfico para o próprio e para os seus o abandono do tabaco. Perceber se o utente tem conhecimento de todos os potenciais riscos e consequências que podem provir do consumo, identificar os riscos a curto e a longo prazo. Após dada a informação sobre os riscos e consequências, enumerar

as recompensas pessoais que surgem na sequência da cessação. Questionar sobre os obstáculos que impedem a decisão de deixar de fumar ou comprometer o seu sucesso e proporcionar estratégias e informação para mudar esse pensamento. Por fim, a repetição desta intervenção é necessária sempre que o fumador tenha um novo encontro com o profissional de saúde, criando nova oportunidade de suscitar interesse na cessação tabágica^{26,73}.

A intervenção de apoio intensivo requer mais tempo com o utente, normalmente em consulta planeada para o efeito sucedida por outras sessões ao longo de vários meses, intervencionada por profissionais mais habilitados⁶⁰. Este tipo de apoio, aumenta a taxa de sucesso da cessação tabágica, pois o tempo de interação entre o utente e o profissional de saúde é também maior⁷⁴. São utentes alvo para este tipo de consulta, nomeadamente, fumadores que estejam preparados e motivados para a mudança de comportamentos, que tenham sido alvos de intervenção breve apoiada sem sucesso, que apresentem uma elevada dependência de nicotina (fumador que fuma nos primeiros 30 minutos após acordar; fumador que fuma mais de 10 cigarros por dia) ou patologias relacionadas com o tabaco, no entanto poderão ser intervencionados todos os fumadores que assim o desejem^{26,73,75}. Na intervenção de apoio intensivo é desenvolvida uma consulta de acordo com um programa estruturado onde o utente tem um acompanhamento individualizado de natureza comportamental e terapêutica medicamentosa desempenhado por um profissional de saúde habilitado ao longo de quatro a seis consultas e três a quatro contactos telefónicos no período de cerca de um ano⁶⁰. Estas sessões têm o papel de fornecer aos fumadores conhecimentos sobre o processo de cessação do tabagismo e de estratégias e soluções para superar os obstáculos dos sintomas de abstinência durante as tentativas para parar de fumar combinadas com prescrição de tratamento farmacológico (vareniclina, bupropiom, substitutos de nicotina) e com terapia cognitivo-comportamental^{26,60}.

1.3 TERAPÊUTICAS FARMACOLÓGICAS E NÃO FARMACOLÓGICAS PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA

O principal obstáculo da cessação tabágica é a natureza aditiva da nicotina. Como tal, um processo de cessação engloba não só a evicção do consumo de tabaco, mas também a atenuação dos sintomas da síndrome da abstinência como a irritabilidade, a dificuldade na concentração, insónia, apetite aumentado e ansiedade⁷⁶. Para aumentar o sucesso e

facilitar o processo da cessação tabágica para o fumador, é necessário um tratamento com várias componentes, como terapêutica não farmacológica, nomeadamente a intervenção psicológica e terapêutica farmacológica⁷⁷.

A literatura recente descreve que as intervenções dos profissionais de saúde aumentam as taxas de sucesso da cessação tabágica melhorando a saúde atual e futura do fumador, reduzindo os riscos de doença e morte prematura⁷⁷. No entanto, apesar da assistência por um profissional de saúde com apoio comportamental em conjunto com prescrição de medicação estarem associadas a melhores resultados em comparação com o abandono voluntário da dependência, ainda há um longo caminho a percorrer, pois atualmente apenas 1 dos 4 fumadores que tentam parar de fumar usufruem deste apoio⁷⁷.

1.3.1 Terapêutica Farmacológica

A utilização de terapêuticas farmacológicas e aconselhamento comportamental têm apresentado, tanto individualmente como conjuntamente, elevadas taxas de eficácia na cessação tabágica, sendo a sua associação mais vantajosa na obtenção de melhores resultados^{70,78}. Estima-se que o número de pessoas que tenta deixar de fumar sem assistência é maior do que o número de pessoas que tenta com assistência, no entanto verifica-se que as tentativas não assistidas são quatro vezes menos eficazes²⁶.

A terapêutica farmacológica é recomendada particularmente a fumadores que apresentem critérios específicos relacionados com o grau de dependência, como fumar 10 ou mais cigarros por dia; fumar nos primeiros 30 minutos após acordar ou história de sintomas de abstinência de tentativas de cessação anterior. No entanto, a não observância destas condições, não exclui a possibilidade de uso de terapêutica farmacológica⁷⁹.

O tratamento farmacológico de primeira linha é a Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN), a vareniclina ou o bupropiom. A terapêutica de segunda linha consiste nos fármacos clonidina (agonista alfa-2-adrenérgico) ou nortripilina (antidepressivo tricíclico), uma vez que estes apresentam uma maior ocorrência de efeitos adversos e menores taxas de sucesso. Todavia, a escolha da terapêutica é maioritariamente baseada nas características e preferências do utente, com exceções na presença de contraindicações ou comorbilidades⁵⁹.

Segundo o Eurobarómetro de 2017⁴⁴ a substância maioritariamente utilizada na cessação tabágica é a nicotina (cerca de 11% dos cidadãos europeus utilizaram este método para deixar de fumar). Em Portugal, a dispensa deste fármaco em farmácia comunitária regista,

geralmente, maiores valores no início do ano civil, correspondendo a uma maior motivação dos fumadores nesta altura. No entanto, em janeiro de 2017, aquando a comparticipação da vareniclina pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS), observou-se um aumento significativo na utilização desta substância em cessação tabágica⁸⁰. (**Figura 1.13**).

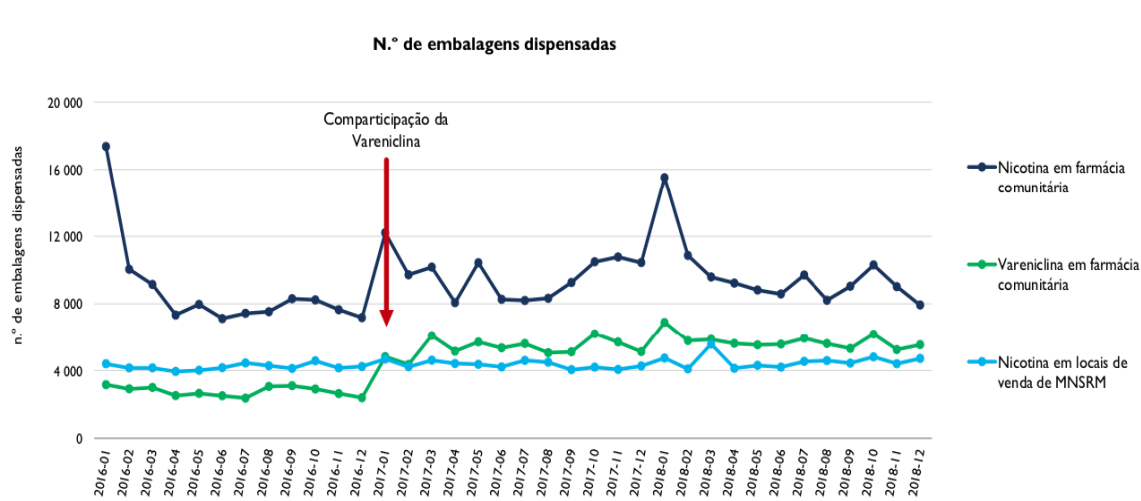


Figura 1.13 Número de embalagens de vareniclina e terapêutica de substituição de nicotina em farmácia comunitária e locais de venda de MNSRM entre 2016 e 2018⁸⁰

1.3.1.1. Terapêutica de Substituição de Nicotina

A terapêutica de substituição de nicotina, tratamento de primeira linha na cessação tabágica, é uma forma alternativa do fumador receber doses de nicotina em quantidade suficiente para aliviar os sintomas provocados pela sua abstinência durante a mudança comportamental, sem causar dependência, tornando mais fácil a cessação tabágica. Esta terapêutica visa diminuir os sintomas de privação do consumo do tabaco, tanto fisiológicos como psicomotores, reduzindo também o desejo de fumar⁸¹.

Atualmente, em Portugal, a TSN está disponível em diferentes formas farmacêuticas e dependendo do caso pode ser indicada por via oral com recurso a pastilhas, comprimidos para chupar, gomas de mascar e soluções para pulverização bucal ou, por via transdérmica (sistemas transdérmicos). Todas as formulações são Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) e estão disponíveis em Farmácias Comunitárias e locais de venda de MNSRM^{79,82}. Está descrito que todas as formas de TSN aumentam o sucesso da tentativa de cessação tabágica em 50% a 60%, em comparação com placebo⁸³. A literatura atual descreve também que, associações de substitutos de nicotina são mais eficazes do que a utilização de apenas uma formulação, sugerindo-se a aplicação do

sistema transdérmico, que liberta nicotina continuamente, em associação com uma formulação de absorção bucal, mais rápida, para aliviar sintomas pontuais de abstinência^{84,85}.

As várias formas farmacêuticas são seguras, com baixa incidência de efeitos adversos, no entanto, dependendo do tipo de produto, as reações adversas descritas com mais frequência são irritação da pele nos sistemas transdérmicos e irritação no interior da boca e gengivas nas pastilhas e gomas⁸⁴.

As propriedades farmacocinéticas dos produtos disponíveis para a TSN são diferentes, nomeadamente, o tempo que a nicotina demora a chegar à circulação sanguínea (tempo de disponibilidade), no entanto este é, em todas as formas farmacêuticas, superior ao tempo de disponibilidade registado para o cigarro convencional. A escolha entre as formulações é determinada pelas características do comportamento tabágico do fumador (**Tabela 1.6**)²⁶, nomeadamente, número de cigarros fumados por dia e tempo até ao primeiro cigarro fumado após acordar, consoante as suas preferências e as características dos produtos disponíveis (**Anexo 4**), pois a eficácia entre as várias formas não apresenta diferenças significativas, apesar de com os sistemas transdérmicos se verificar maior adesão à terapêutica⁸⁶.

O início desta terapêutica é normalmente no dia D, dia em que o fumador fuma o último cigarro, não havendo evidência de que o início anterior ao dia D tenha eficácia na motivação para deixar de fumar⁸⁵. O método *standard* para a cessação tabágica, recomendado na maioria das *guidelines* é a interrupção de consumo de tabaco no dia D, o dia designado para deixar de fumar. Contudo, reduzir o consumo pode ser um caminho para a cessação. No entanto, comparando com a evicção abrupta, a redução tabágica gradual em conjunto com TSN mostrou ser menos eficaz. Um fumador que reduza o consumo gradualmente tem menos probabilidades de deixar de fumar^{87,88}.

Tabela 1.6 Dose iniciais propostas para TSN. Adaptado de ENSP Guidelines for treating tobacco dependence²⁶

		Número de cigarros fumados por dia			
		< 10 cigs/dia	10-19 cigs/dia	20-30 cigs/dia	>30 cigs/dia
Tempo decorrido entre o acordar e o 1º cigarro	< 5 mins	-	Adesivo transdérmico 15mg/16h ou 21mg/24h +/- TSN oral	Adesivo transdérmico 15mg/16h ou 21mg/24h +/- TSN oral	2 Adesivos transdérmicos 15mg/16h ou 21mg/24h +/- TSN oral
	< 30 mins	-	Adesivo transdérmico 15mg/16h ou 21mg/24h	Adesivo transdérmico 15mg/16h ou 21mg/24h +/- TSN oral	Adesivo transdérmico 15mg/16h ou 21mg/24h +/- TSN oral
	< 60 mins	Sem terapêutica farmacológica	TSN oral	Adesivo transdérmico 15mg/16h ou 21mg/24h	Adesivo transdérmico 15mg/16h ou 21mg/24h +/- TSN oral
	> 60 mins	Sem terapêutica farmacológica	Sem terapêutica farmacológica	TSN oral	-
	Fumador ocasional	Sem terapêutica farmacológica	Sem terapêutica farmacológica	-	-

1.3.1.1.1. Sistemas Transdérmicos

O sistema transdérmico permite o aporte de nicotina através da absorção pela pele de forma contínua e é considerado o mais simples de utilizar. Existem formulações que libertam a dose de nicotina em 16h ou 24h. Os adesivos de 16h apresentam-se em dosagens de 25mg, 15mg e 10mg e os adesivos de 24h em dosagens de 21mg, 14mg e 7mg^{39,82}. A libertação de nicotina ocorre de forma mais lenta, atingindo o pico máximo da sua concentração entre as 4 e 10 horas, no entanto tem uma longa duração de ação, conseguindo desta forma um alívio constante dos sintomas de privação associados ao consumo de tabaco⁸⁵. Difere de outras formas farmacêuticas por não ser possível a regulação da dose de nicotina conforme o desejo de fumar, contudo a adesão terapêutica ao adesivo é elevada pois é um sistema fácil de usar, sem causar distúrbios no quotidiano do utilizador³⁹.

Recomenda-se o adesivo de 16 horas para fumadores que não costumam fumar durante a noite e/ou que prevejam que possam vir a ter insónias. Estes adesivos devem ser aplicados de manhã, na pele seca, sem pilosidades ou feridas alternando os locais para evitar reações

adversas como a irritação cutânea. Os adesivos de libertação em 24h são recomendados a fumadores que possam ser suscetíveis de apresentar sintomas de abstinência durante a noite ou no início da manhã. É indicado que a terapêutica seja iniciada com a dosagem mais elevada, reduzindo a dose ao longo do tratamento, conforme os resultados obtidos^{89,90}. A duração do tratamento, prescrita habitualmente, é de 12 semanas, contudo a recomendação do uso desta terapêutica é frequente por períodos mais longos, até que o utente esteja confiante para cumprir a abstinência³⁹.

1.3.1.1.2. Formulações de Absorção Oral

As formas de nicotina para absorção oral apresentam um tempo de disponibilidade superior aos sistemas transdérmicos, mas de menor duração de ação. Assim, podem ser usados quer em monoterapia, quer em associação com estes para uma otimização da terapêutica e obtenção de melhores resultados⁹¹.

Em Portugal, estão aprovadas as seguintes apresentações: pastilhas (1mg, 1,5mg, 2mg, 2,5mg), comprimidos de chupar (1,5mg, 4mg), gomas de mascar (2mg e 4mg) e solução para pulverização bucal (1mg/dose) com diferentes características e posologias (**Anexo 4**)⁸².

Comparando com os sistemas transdérmicos, as formulações de absorção oral apresentam a vantagem de permitir um ajuste de dose consoante os sintomas do utente, no entanto a sua utilização diária frequente (a cada 1 a 2 horas) pode ser um fator de não adesão à terapêutica³⁹. Tal como os sistemas transdérmicos, as formas orais de TSN cumprem também instruções de uso específicas pelo que requerem instrução no ato da dispensa para maximizar os resultados obtidos e minimizar os efeitos adversos⁸⁹. As formulações de mastigar devem ser mastigadas lentamente até surgir o sabor forte da nicotina, depois a mastigação deve ser interrompida e a pastilha deve ser encostada entre a gengiva e a bochecha (mucosa jugal) para que a absorção da nicotina seja ótima, assim que o sabor se desvanecer volta a repetir o processo até deixar de sentir o sabor, altura em que se deve parar⁸⁹. A utilização das pastilhas de chupar sucede-se da mesma forma, sem mascar, humedecer a pastilha lentamente e colocá-la em contacto com a mucosa gengival e jugal. A nicotina está presente numa forma básica para aumentar a sua absorção através da mucosa oral, sendo importante instruir os utilizadores que não devem ingerir bebidas acídicas nos 15 minutos antes ou durante o seu uso⁸⁹.

O principal efeito adverso comum a todas as formulações de absorção oral advém de uma incorreta utilização destes nomeadamente por libertação excessiva de nicotina por mastigação vigorosa e são: náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia, irritação e úlceras bucais. Nas gomas de mascar podem ocorrer dores maxilares e na solução para pulverização bucal soluços ou irritação da garganta⁹².

1.3.1.2. Vareniclina

A vareniclina atua, na ausência de nicotina, como agonista parcial dos recetores acetilcolinérgicos nicotínicos ($\alpha-4 \beta-2$), ativando o recetor de nicotina, produzindo cerca de 50% da resposta biológica da nicotina no organismo humano, desta forma consegue aliviar os sintomas de abstinência e o desejo de consumo. Caso ocorra uma recaída, a vareniclina, na presença de nicotina, atua como antagonista pela sua elevada afinidade para os recetores, reduz o acesso da nicotina a estes, limitando a ligação da nicotina e diminuindo os efeitos de recompensa do consumo de tabaco^{39,90}.

A terapêutica com vareniclina deve ser iniciada uma a duas semanas antes da data estabelecida pelo utente para deixar de fumar e deve ser mantida durante doze semanas para ter maior eficácia. A dose deve ser aumentada progressivamente, para minimizar os efeitos secundários possíveis. É recomendado iniciar a terapêutica com 0,5mg de vareniclina uma vez por dia, nos primeiros três dias, do quarto ao sétimo dia 0,5mg duas vezes por dia e do oitavo dia até ao final do tratamento, 1mg duas vezes por dia. Em caso de necessidade de auxílio para manutenção da abstinência, a terapêutica com vareniclina pode estender-se por mais 12 semanas com 1mg duas vezes por dia⁹³.

A eficácia da vareniclina na cessação tabágica está demonstrada em diversos estudos, verificando-se também mais eficaz em monoterapia que a TSN ou o bupropiom em vários ensaios⁹⁴. Comparando com a monoterapia de vareniclina, o bupropiom, o sistema transdérmico de nicotina e um grupo controlo com placebo durante 12 semanas, em associação com o aconselhamento de um profissional de saúde, obtiveram-se os seguintes resultados das taxas de abstinência após seis meses: 21,8% para a terapêutica com vareniclina, 16,2% para o bupropiom e, 15,7% e 9,4% para o adesivo de nicotina e o placebo, respetivamente⁹⁴.

Este fármaco é considerado seguro, podendo ocorrer náuseas, dispepsia, insónias, sonhos anormais e cefaleias como os efeitos adversos mais comuns. Estes efeitos podem ser reduzidos, ingerindo o fármaco com grande quantidade de água e na presença de

alimentos no caso dos sintomas gastrointestinais ou tomando a segunda toma diária mais afastada da hora de dormir no caso dos sintomas de perturbação do sono. Se necessário a dose de manutenção pode ser reduzida apenas a uma toma diária de 1mg⁸⁹.

Apesar das preocupações iniciais da segurança da vareniclina, especialmente em doentes do foro psicológico (pensamentos suicidas e depressão), dados indicam que a vareniclina apresenta taxas semelhantes de efeitos adversos neuropsiquiátricos em comparação com a TSN, bupropiom ou placebo, não apresentando risco elevado em doentes com e sem doença psiquiátrica^{94,95}.

1.3.1.3. Bupropiom

O bupropiom, antidepressivo e primeiro fármaco não nicotínico aprovado na cessação tabágica, é um inibidor da recaptção da noradrenalina e dopamina e antagonista dos recetores nicotínicos que reduz os sintomas de abstinência e o desejo compulsivo de fumar, bem como o efeito de recompensa. Foi aprovado originalmente como antidepressivo, mas rapidamente se verificou que o consumo de tabaco era reduzido em fumadores com depressão submetidos a tratamento com bupropiom, desconhecendo-se ainda o seu mecanismo antitabágico^{89,90}.

Estudos demonstram a eficácia do bupropiom na cessação tabágica em utentes com e sem estados depressivos sendo esta equivalente à TSN em monoterapia, mas menor em comparação à vareniclina^{90,94}.

O bupropiom está disponível na forma de comprimidos de libertação prolongada na dose de 150mg recomendando-se o início de terapêutica de forma gradual. O tratamento deve ser iniciado enquanto o utente mantém o hábito tabágico, estipulando uma data para interrupção deste nas duas primeiras semanas após a primeira toma, preferencialmente na segunda semana para permitir que se atinjam níveis séricos terapêuticos. A dose inicial é de 150mg uma vez por dia durante seis dias, aumentando no sétimo dia de tratamento para 150mg duas vezes por dia com intervalo mínimo de oito horas e prolongando o tratamento por sete a nove semanas⁹⁶.

Os efeitos adversos mais frequentes do bupropiom são maioritariamente dose-dependente, como insónias, cefaleias, náuseas, ansiedade, boca seca, agitação e dificuldade de concentração sendo estes resolvidos com o ajuste de dose ou com instruções específicas de toma como a presença de alimentos ou a antecipação da toma no caso de insónias⁸⁹. O efeito adverso mais preocupante é a redução do limiar convulsivo

que resulta num aumento do risco de ocorrência de convulsões, estando o bupropiom contraindicado em utentes com predisposição para convulsões. Este fármaco está também contraindicado na doença bipolar, evento cardiovascular recente, bulimia, anorexia nervosa, consumidores intensos de álcool ou que deixaram de consumir recentemente e doentes a tomar inibidores de monoaminoxidase^{39,79}.

1.3.2 Terapêutica não farmacológica

A terapêutica não farmacológica é uma ferramenta importante na cessação tabágica quer como tratamento adjuvante ou como tratamento alternativo. Esta incide na mudança comportamental e intervenção quer na motivação do fumador quer na ajuda para ultrapassar o desejo de fumar após o abandono do consumo de tabaco. As terapias alternativas mais usadas como tratamento da cessação tabágica são a hipnose, a acupuntura e a auriculoterapia, todavia, poucos estudos corroboram a eficácia destas terapias e as meta-análises consultadas indicam que nenhuma destas técnicas tem eficácia comprovada^{76,97,98}.

1.3.3 Tratamento em condições especiais

Apesar da escolha da farmacoterapia para a população em geral ser tipicamente baseada na preferência do doente, a farmacoterapia pode precisar de ser adaptada em contextos ou populações específicas, nomeadamente na patologia psiquiátrica e em mulheres grávidas ou em período de amamentação⁹⁹.

A comunidade científica evidencia que os mesmos medicamentos são eficazes para fumadores com e sem patologia psiquiátrica. Verifica-se que, ao contrário de preocupações anteriores, a vareniclina e o bupropiom não apresentam maior risco de eventos psiquiátricos adversos associados do que a TSN em fumadores com transtornos psiquiátricos⁹⁴.

Mulheres grávidas ou a amamentar, devem idealmente, tentar parar de fumar sem recurso a fármacos. Ainda não foram apresentados dados conclusivos quanto à eficácia e segurança das terapêutica farmacológicas, como a TSN, o bupropiom e a vareniclina durante a gravidez e o período de amamentação¹⁰⁰. As evidências demonstram resultados contraditórios quanto às taxas de abstinência com auxílio de TSN em fumadoras grávidas, sendo que esta não parece aumentar a probabilidade de abstinência permanente depois do parto^{101,102}. Portanto, o uso de TSN deve ser realizado sob supervisão e após cuidadosa

consideração e discussão com a utente sobre os riscos conhecidos do consumo de tabaco e os possíveis benefícios e riscos da terapêutica, para ela e para o feto. No caso de uso desta terapêutica a mulher deve mostrar determinação para parar de fumar^{99,103}.

Estudos que avaliaram a segurança da vareniclina na gravidez não encontram evidências de teratogenicidade^{104,105}, mas os dados são limitados, tal como no bupropiom que não apresenta risco conhecido de anomalias fetais ou efeitos adversos na gravidez¹⁰⁶. No entanto, o bupropiom e a vareniclina são transmitidos através da amamentação não estando indicados no período de aleitamento. Não há evidências suficientes para avaliar a segurança e eficácia destas terapêuticas na gravidez e lactação¹⁰⁷.

1.3.4 Perspetivas futuras

Novos fármacos para o auxílio da cessação tabágica estão em desenvolvimento, incluindo vacinas subcutâneas, agonistas parciais específicos dos recetores de nicotina e antagonistas endocanabinóides¹⁰⁸. Dados emergentes sugerem que novas terapias merecem investigação aprofundada por produzirem resultados positivos em ensaios piloto. Os mais promissores foram os inibidores da acetilcolinesterase e a N-acetilcisteína que mostrou superioridade ao placebo em taxas de cessação tabágica e redução do número de cigarros fumados¹⁰⁹ e a citisina (agonista parcial dos recetores de nicotina) que em comparação com TSN, sugere eficácia¹⁰⁸. Foi demonstrado que a galantamina, o donepezilo e a rivastigmina reduzem o comportamento tabágico, e o sentimento de recompensa do tabagismo em comparação com o placebo¹⁰⁸. Contudo, são necessários estudos adicionais, com acompanhamento a longo prazo, a fim de encontrar terapêuticas mais eficazes para a cessação do tabagismo¹⁰⁸.

1.4 PAPEL DO FARMACÊUTICO

A profissão do farmacêutico tem evoluído ao longo dos anos, passando de uma abordagem focada somente no medicamento para uma abordagem centrada no doente e nas suas necessidades de saúde, tendo como objetivo de atividade essencial “a pessoa do doente” traduzido pela prática de Cuidados Farmacêuticos¹¹⁰. O farmacêutico tem como dever atuar como um agente de saúde pública promovendo estilos de vida saudáveis e prevenindo doenças através da educação e informação, investindo cada vez mais em serviços de farmácia clínica. Portanto, o farmacêutico deve ter um papel essencial a desempenhar na prevenção e controlo do tabagismo¹¹⁰⁻¹¹².

Em 1993, a OMS descreve, no relatório *The Role of the Pharmacist in the Health Care System*¹¹³, a envolvimento do Farmacêutico no sistema de saúde, com destaque na promoção da saúde, incluindo o tópico da dependência de substâncias psicoativas. Em 2005, o *The Role of Health Professionals in Tobacco Control*⁶⁹ apresentado pela OMS, reafirma que, todos os profissionais de saúde têm capacidade para intervir na prevenção e controlo do tabagismo, mencionando o farmacêutico com um dos profissionais de saúde empenhados em mudar o paradigma do tabagismo. A Portaria n.º1429/2007¹¹⁴ veio enumerar os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias comunitárias como administração de medicamentos, utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, campanhas de informação, colaboração em programas de educação para a saúde, sendo atualizada recentemente pela Portaria n.º97/2018¹¹⁵ que acrescenta novos serviços farmacêuticos intensificando assim a envolvimento do farmacêutico na saúde comunitária.

Em Portugal, existem atualmente cerca de 3000 farmácias comunitárias ao serviço dos portugueses¹¹⁶. A farmácia é um ponto de referência ideal, de fácil acesso à população, tanto geograficamente, cobrindo áreas urbanas e rurais, como em termos de disponibilidade, oferecendo um horário alargado, sendo o estabelecimento de saúde mais visitado pelos Portugueses^{110,117}. Os farmacêuticos estão, portanto, entre os profissionais de saúde mais acessíveis nos cuidados primários de saúde, visitados por pessoas doentes e pessoas saudáveis, tendo o potencial e a oportunidade de promover a cessação do tabagismo para uma grande parte da população¹¹⁸.

Este é um profissional de saúde altamente qualificado, disponível sem marcação prévia, em ambiente informal que muitas vezes é considerado um apoio no quotidiano dos utentes. O farmacêutico tem competências para aconselhar e indicar variadas terapêuticas farmacológicas, dar a conhecer ao utente todas as características do medicamento em termos de dosagens, posologia, instruções de uso, efeitos adversos, entre outros^{119,120}.

Tem também competências para fornecer apoio comportamental, que a literatura refere como parte integrante na obtenção de maiores taxas de sucesso no abandono do tabaco aliado à farmacoterapia^{119,120}. Assim, o farmacêutico encontra-se numa posição privilegiada para ceder assistência a fumadores, pois, tem a oportunidade de oferecer não só aconselhamento e dispensa de MNSRM, por exemplo TSN, como também a possibilidade de *follow-up* do utente^{119,120}. Perante um fumador que pretenda deixar de fumar, o farmacêutico deve ajudá-lo neste processo. Aos que não têm pretensão de deixar de fumar, o farmacêutico deve motivá-los, nomeadamente apresentando-lhes os riscos

desta dependência e os benefícios da sua cessação. Poderá também intervir junto dos não fumadores, geralmente a população mais jovem, através de informação sobre as consequências para a saúde e bem estar que esta dependência acarreta¹²¹.

A eficácia de programas de cessação tabágica em farmácia comunitária, quer em intervenções breves quer em intervenções de apoio intensivo continuam a ser alvo de estudo. A literatura disponível demonstra que quando os farmacêuticos intervêm no aconselhamento e monitorização da cessação tabágica obtêm maiores taxas de sucesso^{120,122}. Observou-se também, que a dispensa de TSN em associação com o aconselhamento contribui significativamente (maiores taxas de sucesso) para o valor da intervenção e que quando a intervenção inclui recolha de amostras bioquímicas, testes de espirometria ou monóxido de carbono para avaliação dos resultados da abstinência, a motivação dos participantes nos programas de cessação é maior^{120,122,123}.

Condinho *et al.*¹²⁴ reportam os resultados da implementação de um programa de consultas de cessação tabágica em farmácia comunitária na região sul de Portugal. Neste estudo, constituído por 52 utentes, após um mês da data de cessação, 37 destes estavam abstinentes (53,6%), após 6 meses, o número reduziu para 24 (34,8%) e um ano depois, 16 utentes permaneciam abstinentes (23,2%), demonstrando assim a contribuição positiva que este programa implementado em farmácia comunitária tem para a cessação tabágica em Portugal¹²⁴. Para além dos cuidados farmacêuticos e a prestação de serviços clínicos nas farmácias comunitárias aumentarem o impacto social no nível de qualidade de vida da população, estão também associados a benefícios custo-efetivos reduzindo diretamente os custos em saúde para a sociedade¹²⁵. No entanto, apesar do impacto positivo gerado pela intervenção do farmacêutico no controlo e prevenção do tabagismo, verifica-se que a farmácia é um recurso pouco utilizado na cessação tabágica. Estudos referentes ao paradigma no Canadá, referem a mesma tendência, reportando que em 2006 apenas 14% dos 46% de fumadores que visitaram a farmácia foram aconselhados a deixar de fumar¹²³.

A maioria dos farmacêuticos vêm na sua profissão um papel envolvente na promoção e auxílio da cessação tabágica nos seus utentes, estando dispostos a serem promotores desta prática no seu dia-a-dia¹²⁶. Todavia, encontram algumas barreiras como, a falta de formação específica na área, falta de tempo para implementar e levar a cabo o serviço, falta de remuneração específica, perceção de falta de interesse dos utentes, necessidade de uma rede de interação com outros profissionais de saúde, entre outros¹²⁷.

Aumentar o papel dos farmacêuticos na prevenção e tratamento do tabagismo, dando-lhes formação na área, principalmente na intervenção breve e aconselhamento de TSN resultaria num impacto positivo na redução da prevalência do tabagismo e na prevenção de novos fumadores. Os farmacêuticos devem ser encorajados a especializarem-se na área e oferecer o serviço nas farmácias comunitárias para aumentar o número de fumadores alcançados na sensibilização¹²⁰.

Segundo a Federação Internacional de Farmacêuticos (FIP), o farmacêutico deve dar o seu contributo a nível individual da seguinte forma: obter formação continuada sobre o uso do tabaco, riscos associados à saúde e processos de abandono de tabaco, para poderem liderar programas de cessação tabágica; assumir um papel mais ativo, fornecendo serviços àqueles que desejam deixar o uso do tabaco e àqueles que têm doenças relacionadas com o tabaco; participar em campanhas de publicidade destinadas a destacar os perigos do uso do tabaco e auxiliar os seus utentes a pararem de fumar; devem dar o exemplo estando os próprios livres de tabaco¹²¹.

A falta de confiança é referida pelos farmacêuticos como uma das principais barreiras, acusada por formação insuficiente sendo esta corroborada pelos estudantes em formação pré-graduada que afirmam sentir necessidade de mais ações formativas sobre cessação tabágica^{128,129}. Assim, é imperativo investir na educação e formação dos farmacêuticos pois com a obtenção das ferramentas necessárias desenvolvemos a confiança e eficácia do farmacêutico bem como a sua motivação para oferecer ajuda ao utente fumador¹²⁷.

Uma das barreiras indicadas para o pouco envolvimento das farmácias na cessação tabágica foi também a perceção de falta de conhecimento/interesse dos utentes. Estudos envolvendo utentes de farmácias comunitárias sugerem que estes não têm conhecimento dos serviços prestados pelas farmácias; outros utentes referem falta de confiança nas competências dos farmacêuticos para fornecerem intervenções na cessação tabágica¹²⁷.

A maioria dos participantes neste estudo refere como prioridade da farmácia a dispensa de medicação e instrução de uso desta. Muitos referem também a preocupação da falta de privacidade na farmácia o que é um fator não justificável dado que a maioria não tem conhecimento dos gabinetes de atendimento personalizado presentes nas farmácias¹²⁷.

Dado o sucesso dos vários programas de cessação tabágica implementados em farmácias portuguesas e no resto do mundo e o interesse do farmacêutico nos Cuidados Farmacêuticos, é pertinente aproveitar o crescimento dos serviços nas farmácias e explorar as características destes programas adaptando-os de maneira sistemática e fornecendo ferramentas às farmácias e farmacêuticos de forma a que estas juntamente

com os sistemas de saúde possam replicar os resultados positivos e reduzir esta problemática^{120,130}.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Abordar as terapêuticas atuais para a cessação tabágica e as perspectivas futuras no tratamento do tabagismo. Determinar o conhecimento da população da Batalha sobre o papel do farmacêutico na intervenção em cessação tabágica e a sua disponibilidade para receber aconselhamento e tratamento nesta problemática por este profissional de saúde.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o comportamento tabágico da amostra
- Identificar a percepção da amostra sobre a atividade principal do farmacêutico na cessação tabágica
- Avaliar uma possível implementação do serviço na farmácia

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Esta análise caracteriza-se como um estudo do tipo descritivo, com o objetivo de determinar o conhecimento da população da Batalha sobre o papel do farmacêutico na intervenção da cessação tabágica.

3.2 Localização temporal e espacial

Neste estudo participaram utentes da Farmácia Moreira Padrão no concelho da Batalha, distrito de Leiria, no período compreendido entre 23 de julho e 12 de agosto de 2019.

A Farmácia Moreira Padrão é composta por seis farmacêuticos, dois técnicos de farmácia e seis técnicos auxiliares de farmácia. Oferece diversos serviços como preparação individualizada da medicação, consultas de fisioterapia, nutrição, podologia e serviços estéticos.

3.3 Seleção da Amostra

Para este estudo foram critérios de inclusão: utentes da farmácia, de nacionalidade portuguesa, com mais de 18 anos, fumadores, não fumadores ou ex-fumadores. Foram critérios de exclusão: utentes que apresentavam dificuldades de comunicação. O recrutamento de indivíduos foi feito ao balcão da farmácia após o atendimento, tratando-se assim de uma amostra de conveniência.

3.4 Método de recolha de dados

A recolha de informação foi realizada através da aplicação de um questionário de autopreenchimento construído para o efeito (**Anexo 2**), voluntário e confidencial, precedido do preenchimento do consentimento informado (**Anexo 3**). Foi feito um pré-teste do instrumento de recolha de dados com cerca de 10 participantes de modo a aferir a funcionalidade do questionário que permitiu reformular *itens* mal interpretados, compreendidos ou erroneamente respondidos pelos participantes.

O questionário (**Anexo 2**) composto por perguntas de seleção múltipla, resposta curta ou de ordenação, foi dividido em quatro grupos distintos. O grupo 1 refere-se aos dados sociodemográficos do inquirido (idade, nível de educação, situação laboral e hábito

tabágico). No grupo 2, é avaliada a situação face ao tabagismo pelo preenchimento do quadro correspondente: quadro A (não fumador), B (ex-fumador) ou C (fumador). Todos os quadros reúnem questões de opinião/conhecimento sobre o serviço de cessação tabágica, nomeadamente da oferta deste serviço em farmácia comunitária, e da intervenção do profissional de saúde, com foco no papel do farmacêutico nesta problemática. Adicionalmente, o quadro B, preenchido apenas por ex-fumadores, avalia o tempo de abstinência e métodos de auxílio na cessação tabágica alcançada. O quadro C, dirigido aos fumadores, caracteriza os hábitos de consumo, idade de início de consumo, número de cigarros fumados por dia, tempo após acordar para consumo do primeiro cigarro, tentativas de cessação tabágica, duração da abstinência (se aplicável) e métodos de auxílio para a cessação tabágica bem como motivação para deixar de fumar. Após o ato do atendimento ao balcão (**Figura 3.1**), os utentes foram questionados sobre a disponibilidade para participação no estudo, informando sobre o seu objetivo. Após concordância, foi assinado pelo inquirido e pelo investigador uma Declaração de Consentimento Informado (**Anexo 3**) garantindo a recolha de dados apenas para fins académicos e a confidencialidade destes. O próprio inquirido respondeu às questões diretamente no formulário.

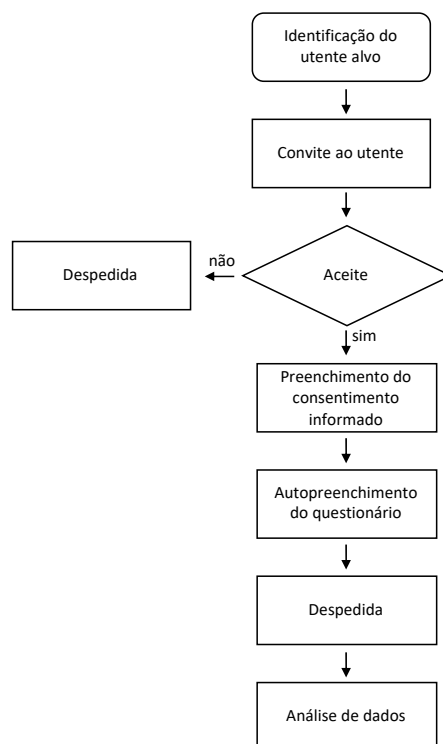


Figura 3.1 Fluxograma do recrutamento

3.5 Definições

De forma a uniformizar a análise de dados, definimos alguns dos termos utilizados. Considerou-se *fumador* o indivíduo que fuma diariamente há, pelo menos, 3 meses sendo considerado *fumador ocasional* caso não apresente um consumo diário, *ex-fumador* se deixou de fumar há, pelo menos, 6 meses; e *não-fumador* o indivíduo que não tenha fumado mais de 100 cigarros em toda a sua vida²⁶.

3.6 Análise de Dados

Os dados recolhidos pelos questionários foram registados e analisados com recurso a técnicas de análise quantitativas e qualitativas no Microsoft ExcelTM, versão 16.29.

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização da Amostra

O pré-teste decorreu durante 2 dias e envolveu 10 utentes, cujos resultados não foram considerados por, em sequência, se terem efetuado alterações significativas ao questionário inicial. Posteriormente foram convidados a participar no estudo piloto 129 utentes, dos quais 35 (27,1%) recusaram participar. A amostra considerada na análise deste estudo foi de 94 utentes.

4.1.1 Caracterização sociodemográfica

Dos 94 indivíduos que participaram no estudo, 35 (37,2%) pertenciam ao sexo masculino e 59 (62,8%) ao sexo feminino (**Tabela 4.1**). A faixa etária prevalente correspondeu às idades entre os 45-54 anos com 19,1%, seguindo-se os grupos dos 65-74 anos (18,1%); 5-24 anos (16,0%); 55-64 anos (16,0%); 35-44 anos (13,8%); 25-34 anos (11,7%); 75-84 anos (5,3%) e ≥ 85 anos (0%).

Relativamente à escolaridade, verificou-se uma predominância dos graus de escolaridade mais elevados, 29 (30,9%) dos inquiridos concluíram o ensino secundário e 25 (26,6%) apresentaram formação superior. A maioria dos inquiridos, 59 (62,8%) eram trabalhadores ativos.

Tabela 4.1 Caracterização sociodemográfica

		Total	
		n	%
Género N=94	Masculino	35	37,2
	Feminino	59	62,8
Faixa etária (anos)	15-24	15	16,0
	25-34	11	11,7
	35-44	13	13,8
	45-54	18	19,1
	55-64	15	16,0
	65-74	17	18,1
	75-84	5	5,3
	≥85	0	0,0
Escolaridade	Sem Escolaridade	0	0,0
	1ºCiclo	16	17,0
	2ºCiclo	14	14,9
	3ºCiclo	10	10,6
	Ensino Secundário	29	30,9
	Ensino Superior	25	26,6
Situação laboral	Estudante	7	7,4
	Empregado	59	62,8
	Desempregado	9	9,6
	Reformado	19	20,2

4.2 Situação face ao tabagismo

Dos 94 participantes do estudo, 63 (67,0%) eram não fumadores, 20 (21,3%) fumadores e 11 (11,7%) ex-fumadores.

No grupo dos fumadores não se notou predominância por género, observando-se 50,0% para ambos. A maioria dos inquiridos, 7 (35,0%), enquadra-se na classe etária dos 45-54 anos, concluiu maioritariamente a escolaridade obrigatória do ensino secundário, 8 (40,0%), e 14 (70,0%) eram trabalhadores ativos (**Tabela 4.2**).

Quanto aos ex-fumadores, 8 (72,7%) eram do sexo masculino, a maioria, 6 (54,5%), pertencia à classe etária entre os 65 e os 74 anos, 3 (27,3%) possuíam formação superior, e 5 (45,5%) estavam empregados.

Nos inquiridos não-fumadores, o sexo feminino foi o mais prevalente contando com 46 (73,0%) participantes, sendo a maior parte, 12 (19,0%), pertencente à faixa etária entre os 15 e os 24 anos, com grau de escolaridade mais elevado, ensino secundário, 19 (30,2%) e ensino superior, 18 (28,6%) e situação laboral de trabalhador ativo, 40 (63,5%).

Tabela 4.2 Caracterização sociodemográfica em função da situação tabágica

		Não fumador		Ex-fumador		Fumador	
		n	%	N	%	n	%
Género N=94	Masculino	17	27,0	8	72,7	10	50,0
	Feminino	46	73,0	3	27,3	10	50,0
Faixa etária (anos)	15-24	12	19,0	0	0,0	3	15,0
	25-34	5	7,9	1	9,1	5	25,0
	35-44	9	14,3	1	9,1	3	15,0
	45-54	10	15,9	1	9,1	7	35,0
	55-64	11	17,5	2	18,2	2	10,0
	65-74	11	17,5	6	54,5	0	0,0
	75-84	5	7,9	0	0,0	0	0,0
	≥85	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Escolaridade	Sem Escolaridade	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	1ºCiclo	13	20,6	3	27,3	0	0,0
	2ºCiclo	10	15,9	1	9,1	3	15,0
	3ºCiclo	3	4,8	2	18,2	5	25,0
	Ensino Secundário	19	30,2	2	18,2	8	40,0
	Ensino Superior	18	28,6	3	27,3	4	20,0
Situação laboral	Estudante	5	7,9	0	0,0	2	10,0
	Empregado	40	63,5	5	45,5	14	70,0
	Desempregado	4	6,3	1	9,1	4	20,0
	Reformado	14	22,2	5	45,5	0	0,0

4.3 Comportamento tabágico

Dos fumadores (n=20), a média de duração do comportamento tabágico foi de 15,5 anos. Quanto aos hábitos tabágicos, 10 (50,0%) inquiridos referiram fumar menos de 10 cigarros por dia, 6 (30,0%) referiram fumar de 10 a 20 cigarros por dia (**Tabela 4.3**). Questionados quanto ao tempo decorrido entre o despertar e o consumo do primeiro cigarro, o intervalo de tempo mais observado foi entre 6 a 30 minutos após acordar com 7 respostas (35,0%), seguido do intervalo entre 31 a 60 minutos e mais de 61 minutos ambos com 5 respostas (25,0%). Nenhum fumador afirmou fumar o primeiro cigarro nos primeiros 5 minutos após acordar. Apenas 10 (50,0%) fumadores referiram já ter feito tentativas de cessação tabágica sendo que 4 (40,0%) destes fez mais que uma tentativa. Dos fumadores que tentaram abandonar o consumo de tabaco, apenas dois não estiveram abstinentes. A intenção para deixar de fumar é elevada, com 16 (80,0%) dos fumadores a afirmar que gostariam de deixar de fumar, no entanto, 6 (37,5%) fumadores mostraram pouca motivação (5/10) para cessação tabágica. Apesar disso, 4 (25,0%) inquiridos mostraram-se mais motivados (8/10), ainda assim, não se registaram respostas com motivação alta na ordem dos 9-10/10 (**Figura 4.1**) (**Tabela 4.3**).

Tabela 4.1 Comportamento tabágico – fumadores

	Fumador		
	n	%	
Tempo de fumador (anos)	0 - 10	7	35,0
	11 - 20	4	20,0
	21 - 30	5	25,0
	31 - 40	0	0,0
	41+	0	0,0
	Não sabe/não responde	4	20,0
Nº de cigarros fumados por dia	Fumador ocasional	3	15,0
	<10	10	50,0
	10-20	6	30,0
	21-40	1	5,0
	>41	0	0,0
	Não sabe/não responde	0	0,0
Tempo decorrido entre o acordar e o consumo do 1º cigarro	Primeiros 5 minutos	0	0,0
	6 - 30min	7	35,0
	31 - 60min	5	25,0
	>61 min	5	25,0
	Não sabe/não responde	3	15,0
Já fez alguma tentativa de cessação tabágica?	Sim	10	50,0
	Não	10	50,0
	Não sabe/não responde	0	0,0
Nº de tentativas	1	6	60,0
	2	3	30,0
	3	1	10,0
Esteve abstinente?	Sim	8	80,0
	Não	2	20,0
Gostava de deixar de fumar	Sim	16	80,0
	Não	4	20,0
Motivação para deixar de fumar	1	0	0,0
	2	1	6,3
	3	0	0,0
	4	2	12,5
	5	6	37,5
	6	1	6,3
	7	2	12,5
	8	4	25,0
	9	0	0,0
	10	0	0,0

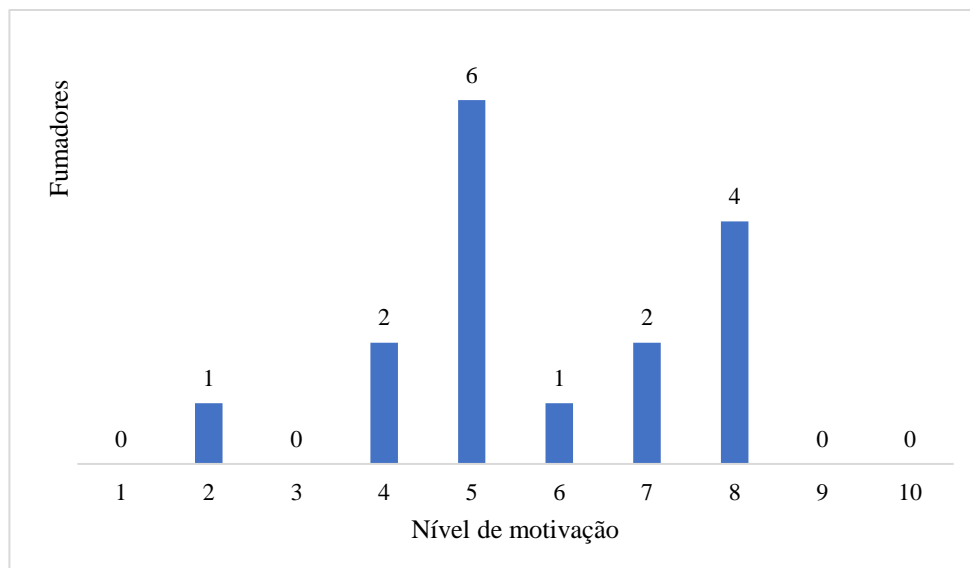


Figura 4.1 Nível de motivação para deixar de fumar dos fumadores inquiridos

Dos ex-fumadores (n=11), a maioria, 7 (63,6%), referiu estar abstinente há mais de 10 anos. De todos os ex-fumadores, 9 (81,8%) referiram não ter recorrido a um profissional de saúde aquando da sua decisão de abandonar os hábitos tabágicos (**Tabela 4.4**).

Tabela 4.4 Comportamento tabágico - ex-fumadores

		Ex-fumador	
		n	%
Duração de abstinência (anos)	<1	0	0,0
	1 a 5	2	18,2
	6 a 10	2	18,2
	>10	7	63,6
Teve ajuda de um profissional de saúde?	Sim	2	18,2
	Não	9	81,8

Dos indivíduos que fizeram tentativas de cessação tabágica, tanto ex-fumadores como fumadores, 16 fizeram-no, sem ajuda de qualquer método. Apenas um inquirido referiu ter recorrido à TSN na forma de sistemas transdérmicos e 2 inquiridos à acupuntura (**Figura 4.2**).

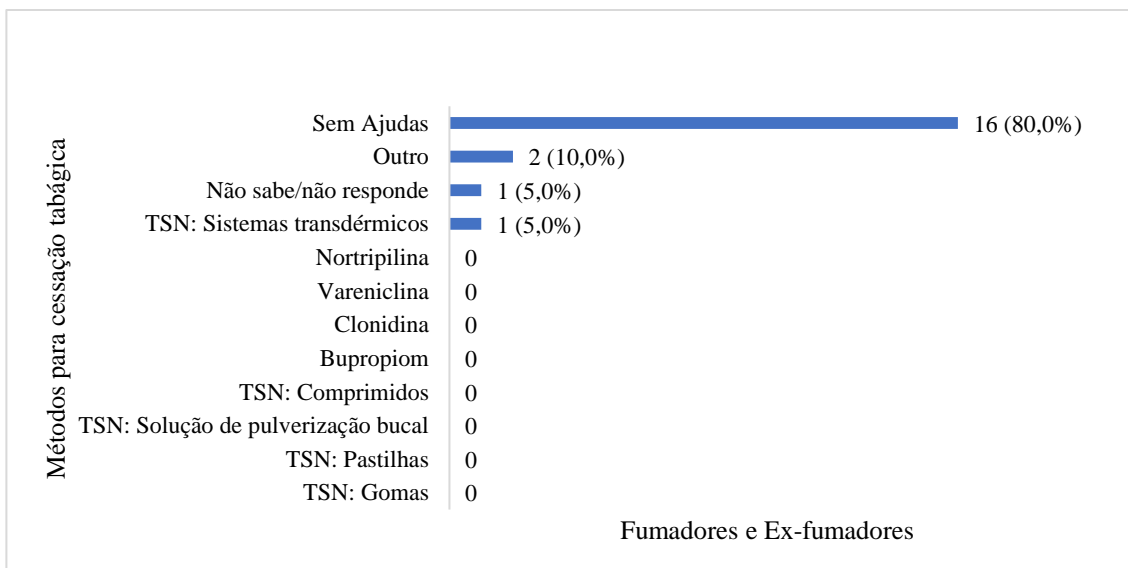


Figura 4.2 Métodos utilizados na cessação tabágica por ex-fumadores e fumadores

4.4 Conhecimento dos serviços de cessação tabágica

A maioria dos indivíduos, 77 (81,9%), tem conhecimento da existência de consultas de cessação tabágica (**Figura 4.3**).

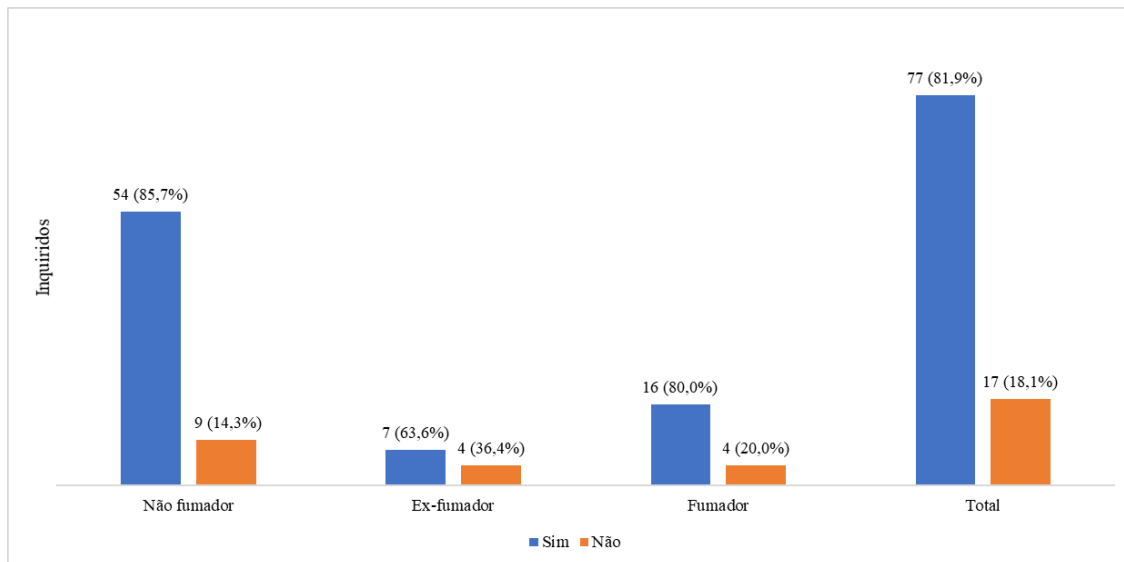


Figura 4.3 Respostas à questão “tem conhecimento da existência de consultas de cessação tabágica?”

Em contraste, quando é avaliado o conhecimento da prestação de consultas de cessação tabágica na farmácia comunitária, 68 (72,3%) dos inquiridos revela não ter conhecimento (**Figura 4.4**).

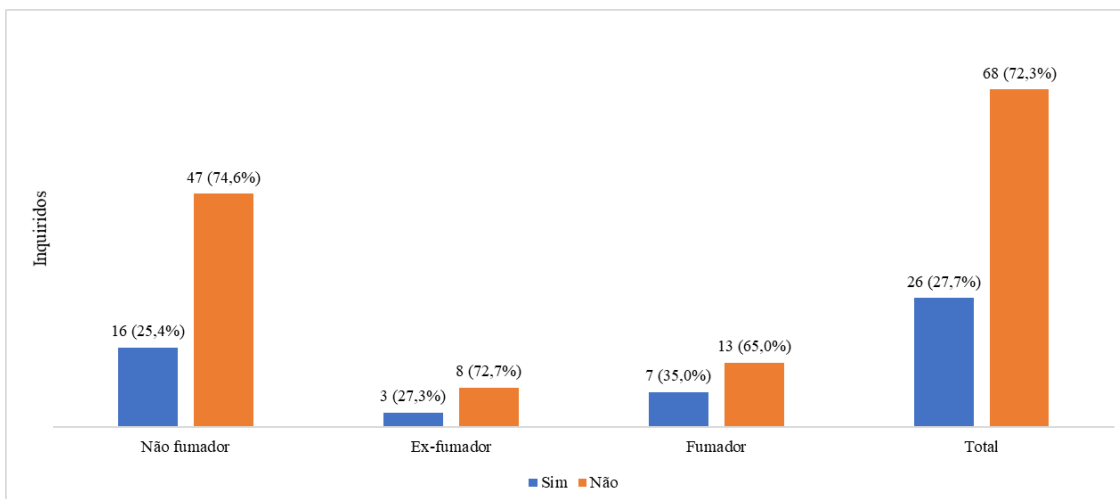


Figura 4.4. Respostas à questão “Tem conhecimento de consultas de cessação tabágica na farmácia comunitária?”

No entanto, apesar do escasso conhecimento da existência de consultas de cessação tabágica em farmácias comunitárias, metade dos fumadores inquiridos, 10 (50,0%), afirma que recorreria a este serviço (**Figura 4.5**).

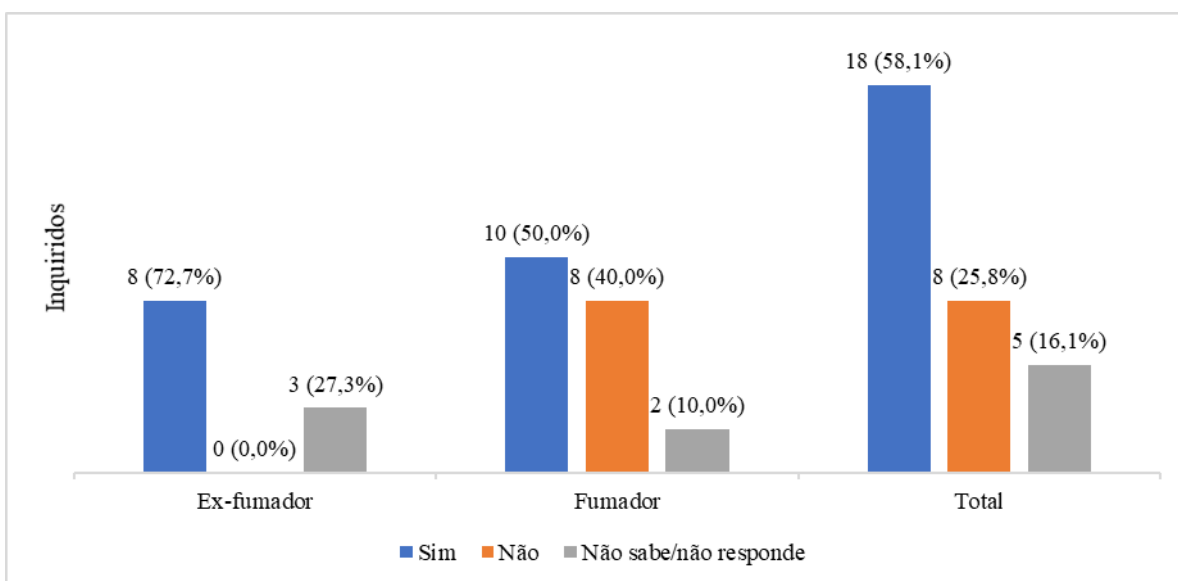


Figura 4.5 Respostas à questão “Recorreria à consulta de cessação tabágica na farmácia comunitária?”

4.5 Papel do farmacêutico na intervenção da cessação tabágica

A maioria dos utentes inquiridos, 69 (73,4%), recorreria aos serviços do farmacêutico para auxílio na cessação tabágica (**Figura 4.6**), com 41 (43,6%) inquiridos a considerar que o serviço que recorreria preferencialmente seria o aconselhamento ao balcão, seguido

de consulta de cessação tabágica elegido por 38 participantes (40,4%) e, por fim, dispensa de MNSRM (20; 21,3%) (**Figura 4.7**). No entanto, os fumadores (9; 45,0%) foram os que menos citaram o farmacêutico como um profissional a quem recorreriam (**Figura 4.6**).

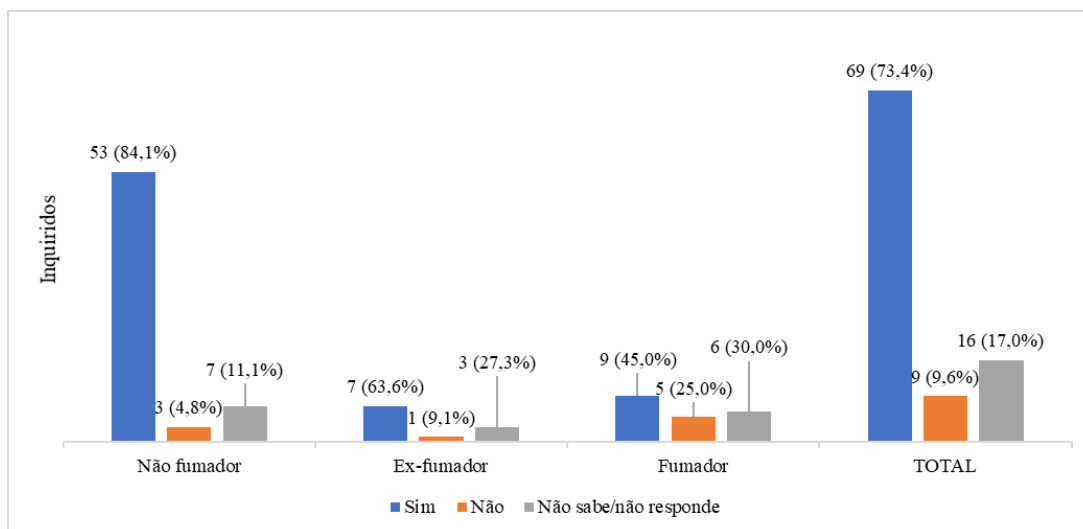


Figura 4.6 Respostas à questão “Considera o farmacêutico um profissional de saúde para o ajudar na cessação tabágica?”

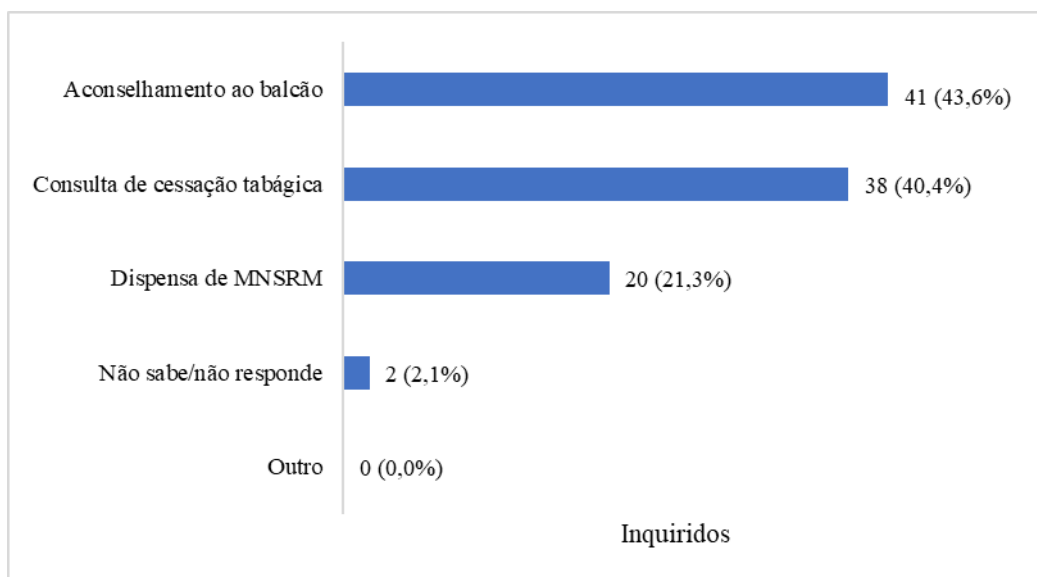


Figura 4.7 Respostas à questão “Em que sentido considera que o farmacêutico o poderia ajudar na cessação tabágica?”

Comparado com profissionais de saúde como o médico, enfermeiro e psicólogo, o farmacêutico é referido por 26 (27,7%) dos inquiridos como o primeiro profissional de saúde a quem recorreriam para ajuda no abandono do consumo de tabaco. Comparado

com 47 (50,0%) inquiridos que escolheria em primeiro lugar o médico, 18 (19,1%) o psicólogo e 3 (3,2%) o enfermeiro. No entanto, a maior parte dos fumadores inquiridos, 12 (60,0%) referiu que não considera necessária a ajuda de um profissional de saúde caso pretenda deixar de fumar (**Figura 4.8**).

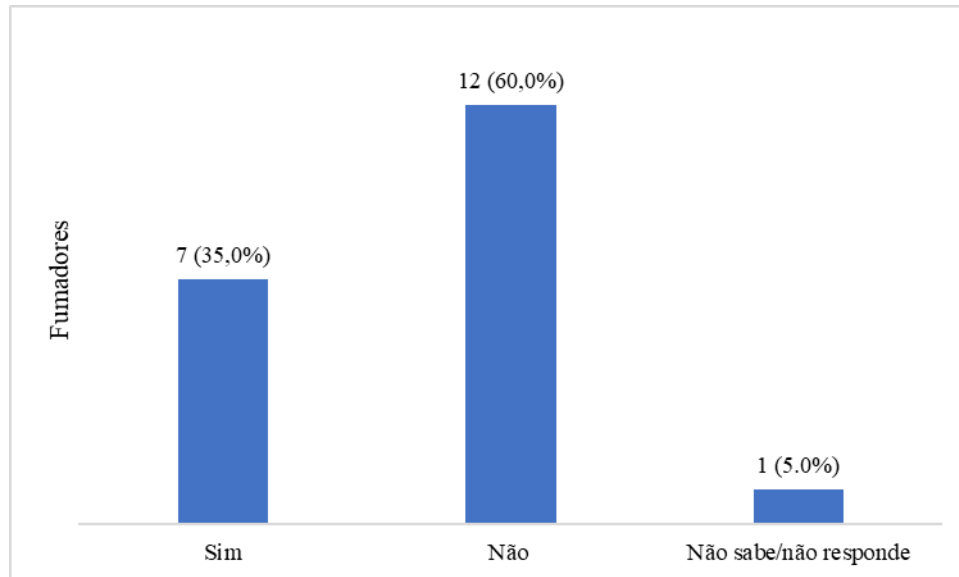


Figura 4.8 Respostas à questão “Caso pretenda deixar de fumar, consideraria necessária a ajuda de um profissional de saúde?”

5. DISCUSSÃO

O tabaco é um fator de risco para várias doenças e a principal causa de doença evitável no mundo. Assim, é de extrema importância que os fumadores sejam incentivados a iniciar a cessação tabágica, sendo este um papel de todos os profissionais de saúde⁶⁹.

Os registos de censos de 2018 estimam que a população da Batalha, com mais de 18 anos, seja cerca de 13714 pessoas¹³¹ correspondendo a amostra estudada a 0,69% da população total. Dos 94 inquiridos deste estudo, é notória a predominância do género feminino, o que corresponde aos dados da população da Batalha, com 52,5% de mulheres¹³¹. A generalidade dos inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 45-54 anos, representando a maioria da população estudada¹³¹, sendo também os utentes mais recetivos à participação neste estudo. A taxa de não aceitação do estudo foi de 27,1% sendo que a recusa foi maioritariamente pelo tempo de espera dos utentes da farmácia até ao atendimento. A proporção de mulheres não fumadoras é maior que os homens não fumadores, sendo a idade mais jovem, dos 15 aos 24 anos representada, maioritariamente, por não fumadores. Em Portugal, os fumadores representam 20% da população⁸, estando a amostra (21,3%) em linha com os dados nacionais. A percentagem de mulheres fumadoras e homens fumadores desta amostra é equivalente. No entanto, sabe-se que o consumo de tabaco por parte do género feminino continua a aumentar face aos dados registados nos últimos anos, onde as mulheres registavam uma prevalência de consumo tabágico cerca de 19%, ainda inferior à dos homens¹⁵. Os fumadores apresentavam em 2014, segundo o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo¹⁵ o consumo de, em média, 10 a 20 cigarros por dia, destacando-se uma diminuição do consumo de cigarros por dia nesta amostra.

Apesar de se reconhecer o reduzido número de participantes no grupo dos ex-fumadores registou-se um perfil maioritariamente do género masculino com idade superior a 55 anos que apresentou melhores resultados nas tentativas de cessação tabágica, o que é coincidente, ainda assim, com o perfil da União Europeia⁴⁴.

Metade dos fumadores inquiridos neste estudo tentaram cessar o consumo de tabaco. Em Portugal, em 2014 apenas 36% fizeram tentativas de cessação tabágica⁴⁴. Esta diferença pode derivar do tamanho da amostra, visto que no local do estudo não se verificam campanhas de sensibilização para a cessação tabágica, nem intervenções neste sentido.

Está comprovado que as taxas de sucesso de cessação tabágica aumentam com o aconselhamento de um profissional de saúde e recurso a farmacoterapia⁷², o que não se

pode verificar na amostra. Dos fumadores que tentaram abandonar o consumo de tabaco, apenas 2 (20%) não esteve abstinente. Dos 2 inquiridos que realizaram tentativas de cessação tabágica sem sucesso, apenas 1 recorreu a sistemas transdérmicos como TSN. Dos inquiridos ex-fumadores e fumadores que estiveram abstinentes, a maioria 16 (80%) fê-lo sem ajuda de qualquer profissional de saúde. O grupo, no total dos inquiridos, que recorreria à ajuda do farmacêutico para a cessação tabágica, considera o aconselhamento ao balcão como o principal apoio, sendo a dispensa de MNSRM o último recurso, o que se verifica na proporção de utentes que utilizaram terapêuticas farmacológicas perspetivando-se que, tendencialmente, optam por abandonar o consumo de tabaco sem recurso a meios farmacológicos. No entanto, a dispensa de MNSRM está interligada muitas vezes ao aconselhamento ao balcão, verificando-se assim que o aconselhamento comportamental e não farmacológico é valorizado por esta amostra.

Em 2017, segundo o Eurobarómetro⁴⁴, 84% dos portugueses ex-fumadores ou fumadores que tentaram deixar de fumar não recorreram à assistência de um profissional de saúde. Na UE, a percentagem de tentativas de cessação tabágica sem ajuda continua a aumentar. Em Portugal, 6% dos fumadores e ex-fumadores afirmaram ter usado TSN, 8% cigarros eletrónicos, e 2% outros métodos auxiliares para a evicção tabágica. Verifica-se, desde 2014, uma diminuição do uso de TSN em 5%, e da procura de ajuda médica em 7%, contudo observa-se um aumento das tentativas sem ajuda em 12% e do uso de cigarros eletrónicos como forma de redução/cessação tabágica em 8%⁴⁴. A amostra em análise neste estudo, parece estar de acordo com os dados apresentados no Eurobarómetro, pois dos ex-fumadores, 81,8% não recorreram a assistência de um profissional de saúde assim como os fumadores em 80% das tentativas de cessação tabágica. No total de ex-fumadores e fumadores, 80% não teve ajuda. Apenas 5% indicou o uso de TSN e 10% recorreu à acupuntura.

Uma das medidas para a prevenção e controlo de tabagismo, implementada no Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo foi o aumento do número de locais de consulta de apoio à cessação tabágica nos cuidados de saúde primários. Em 2018, 98% dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) dispunham deste serviço aumentando o número de consultas realizadas em 10,9% comparando com dados de 2017, obtendo-se maior acessibilidade a nível nacional¹³². A maioria dos inquiridos (82%) revela conhecimento deste serviço, no entanto, no Centro de Saúde da vila da Batalha, após contato telefónico, verificamos que este não está ainda disponível. O despacho nº 7432/2018 veio reforçar a necessidade de uma maior acessibilidade a consultas de apoio

à cessação tabágica, envolvendo equipas multidisciplinares, e a medicamentos de tratamento do tabagismo. Apesar de não estar discriminado o farmacêutico como membro integrante das equipas multidisciplinares do SNS, este é um dos profissionais de saúde que mais contacta com utentes fumadores, estando presente num local privilegiado de acessibilidade ao utente. O farmacêutico tem o dever de sensibilizar e motivar o fumador a deixar de fumar, explicando os riscos e benefícios quer para o próprio, quer para os que o rodeiam, mostrando sempre disponibilidade para o ajudar. O papel do farmacêutico na prevenção e controlo do tabagismo tanto na intervenção breve como no apoio intensivo ainda está em crescimento em Portugal, apresentando algumas barreiras¹²⁷, contudo, a implementação de consultas de cessação tabágica em farmácias comunitárias apresenta resultados de sucesso^{124,133}. Nos últimos anos, o papel do farmacêutico tem vindo a focar-se mais no doente e não só na dispensa de medicamentos, estando agora envolvidos no fornecimento de serviços farmacêuticos. São diversos os serviços inovadores globalmente prestados em farmácias comunitárias que demonstram resultados positivos para a saúde em várias áreas clínicas, incluindo a cessação tabágica¹³⁴. Sabe-se também que os utentes das farmácias comunitárias têm pouco conhecimento sobre os novos serviços que estas podem oferecer¹²⁷, nomeadamente na cessação tabágica pois estas consultas ainda são escassas neste meio, verificando-se que apenas 28% dos inquiridos reportaram conhecimento destas. Contudo, após perceção da sua existência, 85% dos participantes afirmam que recorreriam a este serviço, caso necessitassem. Estes resultados estão na linha de uma relação de confiança por parte dos utentes nos serviços prestados pelo farmacêutico. Verifica-se que 69 (73,4%) inquiridos recorreriam aos serviços deste profissional de saúde para auxílio na cessação tabágica nomeadamente ao aconselhamento ao balcão (41; 43,6%) e consulta de apoio intensivo (38; 40,4%). Todavia, no grupo de fumadores a proporção que não recorreria ao farmacêutico para o auxiliar na evicção tabágica foi superior aos outros grupos, percecionando assim a relutância do fumador em ser ajudado nesta questão, preferindo tentar deixar de fumar sem assistência de um profissional¹³⁵. Para a cessação tabágica, 26 (27,7%) dos inquiridos, escolheria o farmacêutico em primeiro lugar para o auxílio na cessação tabágica, ultrapassado apenas pelo médico, sendo que se nota nesta proporção, que o paradigma mudou, o farmacêutico já não é visto como apenas focado no medicamento. Um estudo realizado pela DECO Proteste¹³⁶, revela que os portugueses apresentam grande satisfação com os farmacêuticos, mostrando que para 78% dos inquiridos estes

são os profissionais de saúde que consultam em primeiro lugar quando surge um problema menor de saúde.

No início do ano 2018, foram assinados acordos entre os Ministérios das Finanças, Saúde e Associações de Farmácias para a integração das farmácias comunitárias na rede de prestação de serviços no SNS, nomeadamente no desenvolvimento de programas de saúde pública para prevenção e controlo da doença, incluindo a prestação de serviços, uso racional do medicamento e adesão à terapêutica¹³².

O farmacêutico, pela sua capacidade técnico científica, acessibilidade e forte contacto com os utentes, está numa posição privilegiada para intervir em programas de cessação tabágica, sendo este posicionamento corroborado pelos resultados positivos da implementação destes serviços nas farmácias^{122,124,130}. O facto de os utentes inquiridos apresentarem maioritariamente motivação baixa para deixar de fumar sugere que o papel do farmacêutico possa ser importante, para motivá-lo em primeiro lugar a tomar a decisão de parar de fumar e prestar um bom aconselhamento ao utente¹³⁷.

Para aumentar a implementação destes serviços em todas as farmácias comunitárias do país, aumentar a qualidade dos serviços de cessação tabágica pelos farmacêuticos, e replicar os resultados positivos obtidos em prol da saúde pública, entende-se a necessidade de melhoria em várias vertentes: o investimento no farmacêutico, quer em formação pré-graduada¹²⁸ e pós-graduada específica, necessária para aumentar as suas capacidades nesta problemática e consequentemente a sua motivação para a prestação destes serviços. A atitude dos farmacêuticos é também uma questão a transformar. O *mind-set* sobre as suas aptidões e relutância contra a mudança deverá alterar-se¹³⁸ para incluir a saúde pública na sua profissão e prestar melhores serviços de saúde; a motivação dada pelas entidades empregadoras; a existência de uma maior relação interprofissional médico-farmacêutico, promovendo parcerias com entidades da área da saúde, de modo a melhorar a intervenção na prevenção e no controlo do tabagismo; por último a melhoria do conhecimento dos serviços farmacêuticos e confiança dos utentes no farmacêutico e nas suas capacidades profissionais de prestação de serviços, promovendo campanhas de sensibilização e educação para a saúde nas Farmácias^{127,139}.

5.1 Limitações do estudo

O estudo apresenta uma amostra não probabilística, por esse motivo os resultados não podem ser extrapolados pois não garantem representatividade. De referir que não foi preocupação metodológica alcançar uma amostra representativa da população.

A seleção de participantes para o estudo pode apresentar também um viés pois o questionário foi realizado perante farmacêuticos podendo ter alguma influência na resposta.

No concelho da Batalha existe um centro de saúde, duas farmácias e dois postos farmacêuticos, sendo que em nenhum deles são prestadas consultas de cessação tabágica, podendo apresentar uma justificação para o desconhecimento deste serviço por parte dos participantes.

6. PERSPETIVA DO AUTOR

Após realização do estudo, apuro que o farmacêutico apresenta todas as oportunidades para intervir nesta problemática. No momento, pelo escasso acesso ao médico de família, o farmacêutico é o primeiro recurso para resolver problemas menores de saúde tendo este uma grande acessibilidade por parte do doente, que confia no aconselhamento deste profissional de saúde. O farmacêutico tem no seu dia-a-dia várias ocasiões para a intervenção mínima ou breve junto do utente fumador. No entanto, no local do estudo verifico que não há intervenção nesta problemática, principalmente pela falta de conhecimento da equipa sobre as ferramentas para o apoio na cessação tabágica. Por parte dos utentes fumadores, é de notar a falta de receptividade de ajuda para deixar de fumar sendo que nos utentes que procuram ajuda, nomeadamente na procura de TSN, o custo destes é identificado como barreira.

Para aumentar a intervenção do farmacêutico e reduzir as taxas de consumo de tabaco deve investir-se essencialmente na formação pré e pós-graduada deste, contribuindo assim para a mudança do seu *mind-set* como agente de saúde pública e aumentando a sua motivação para a prestação destes serviços. A conceção de procedimentos *standard* para o desenvolvimento de programas de cessação tabágica e campanhas de sensibilização de entidades governamentais direcionadas para a farmácia comunitária são formas de envolver em maior escala o farmacêutico nesta problemática, sensibilizando os utentes para a cessação tabágica e ajuda do farmacêutico.

7. CONCLUSÃO

Em Portugal, o tabaco contribui para uma morte a cada 50 minutos. Sendo uma causa evitável, é urgente a prevenção e o controlo desta dependência por todos os profissionais de saúde. A cessação tabágica é a via mais eficaz para evitar os riscos que ocorrem a longo prazo do consumo do tabaco. Estão disponíveis diversas terapêuticas para a redução dos sintomas de privação associados à cessação tabágica, perspetivando-se a aprovação de novas terapêuticas brevemente.

Com este estudo, conclui-se que os utentes fumadores têm conhecimento de serviços de cessação tabágica nomeadamente as consultas antitabágicas oferecidas pelos Centros de Saúde, no entanto, não recorre a estas. Verifica-se que a maioria não tem conhecimento destes serviços prestados em farmácias comunitárias, no entanto, considera o farmacêutico um profissional de saúde capacitado para o ajudar nesta problemática, nomeadamente no aconselhamento ao balcão e consulta de apoio intensivo, não elegendo a dispensa de MNSRM um recurso necessário. Apesar do desconhecimento desta amostra sobre os serviços de cessação tabágica prestados nas farmácias, verifica-se que a maioria recorreria a estes como auxílio para deixar de fumar. Contudo, é necessário ultrapassar barreiras para o sucesso deste serviço, principalmente na formação deste profissional de saúde.

A cessação tabágica associando a modificação de comportamento com TSN e apoio ao utente é uma intervenção eficaz que pode contribuir de maneira significativa para melhorias na saúde pública. A farmácia comunitária oferece o ambiente ideal pela sua acessibilidade aos utentes e o seu foco na área da saúde. 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 explorados para alcançar uma melhoria na saúde pública e atingir metas em relação ao consumo do tabaco reduzindo a morbimortalidade.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Routh H, Kazal B, Parish J, Parish L. Historical aspects of tobacco use and smoking. *Clin Dermatol.* 1998;16(5):539-544.
2. Doll R. Tobacco: an overview of health effects. *IARC Sci Publ.* 1986;(74):11-22.
3. Fraga S, Sousa S. Tabagismo em Portugal. *Arq Med.* 2005;19(5-6):207-229.
4. World Health Organization. *Who Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017.*
5. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control.* 1994;3(3):242.
6. Thun M, Peto R, Boreham J, Lopez AD. Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tob Control.* 2012;21(2):96-101.
7. World Health Organization. *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic 2019.*
8. Instituto Nacional de Estatística. *Inquérito Nacional de Saúde 2014.*
9. US Department of Health and Human Services. *How Tobacco Smoke Causes Disease.* Atlanta, GA; 2010.
10. World Health Organization. *Tobacco: Deadly in Any Form or Disguise, World No Tobacco Day 2006, 2006.*
11. US Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking- 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General, Executive Summary.* 2014.
12. Hecht SS. Tobacco carcinogens, their biomarkers and tobacco-induced cancer. *Nat Rev Cancer.* 2003;3(10):733-744.
13. International Agency for Research on Cancer. *Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 83; Tobacco Smoke and Involuntary Smoking.* Lyon, France; 2004
14. Drope J, Schluger NW, Schluger N, et al. *The Tobacco Atlas.* Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies; 2018.
15. Direção-Geral da Saúde. *Programa nacional para a prevenção e controlo do tabagismo.* 2017.
16. Precioso J, Antunes H. Prevalência de crianças expostas ao Fumo Ambiental do Tabaco em casa e no carro: um estudo transversal em Portugal. 2019;32:499-504.
17. Stafford J, Daube M, Franklin P. Second hand smoke in alfresco areas. *Health Promotion Journal of Australia.* 2010;21(2):99-105.
18. Borges M, Gouveia M, Costa J, et al. The burden of disease attributable to smoking in Portugal. *Rev Port Pneumol.* 2012;15(6):951-1004.

19. The Surgeon General's Advisory Committee on Smoking and Health. Smoking and Health: Report of the advisory committee to the surgeon general of the public health service. 1964;1-386.
20. Banks E, Joshy G, Korda RJ, et al. Tobacco smoking and risk of 36 cardiovascular disease subtypes: fatal and non-fatal outcomes in a large prospective Australian study. *BMC Med.* 2019;17(1):128.
21. Araújo A. Epidemiologia da DPOC em Portugal e no Mundo. *Obs Nac das Doenças Respir e da Assoc Nac Tuberc e Doenças Respir.* 2003;20(4):69-78.
22. Patel AR, Patel AR, Singh S, et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: Pocket Guide to COPD Diagnosis, Management and Prevention. 2019.
23. Pamplona P, Mendes B. Estratégia de tratamento do tabagismo na DPOC. *Rev Port Pneumol.* 2009;15(6):1121-1156.
24. World Health Organization. Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence. *Addiction.* 2004;99(10):1361-1362.
25. World Health Organization- International Classification of Diseases 11th Revision. Acedido em 23 de julho de 2019, em <https://icd.who.int/en>
26. European Network for Smoking and Tobacco Prevention. ENSP Guidelines for Treating Tobacco Dependence. 2016.
27. Mecanismo da dependência de nicotina. Acedido a 28 de agosto de 2019, em: <https://www.121doc.com/pt/deixar-de-fumar/nicotina-danos-a-saude>.
28. Jackson KJ, Muldoon PP, De Biasi M, et al. New mechanisms and perspectives in nicotine withdrawal. *Neuropharmacology.* 2015;96(PB):223-234.
29. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association; 2013.
30. McLaughlin I, Dani JA, De Biasi M. Nicotine Withdrawal. 2015;24:99-123.
31. Reis Ferreira JM, Figueiredo A, Boléo-Tomé P, et al. Cigarro Eletrónico: Posição da Sociedade Portuguesa de Pneumologia. *Acta Med Port* 2015;28:548-550.
32. Cigarros eletrónicos. Acedido a 28 de agosto de 2019, em: https://en.wikipedia.org/wiki/Electronic_cigarette.
33. Breland A, Soule E, Lopez A, et al. Electronic cigarettes: what are they and what do they do? *Ann N Y Acad Sci.* 2017;1394(1):5-30.
34. Schroeder MJ, Hoffman AC. Electronic cigarettes and nicotine clinical pharmacology. *Tob Control.* 2014;23 Suppl 2:ii30-5.
35. World Health Organization FCTC. Electronic Nicotine Delivery Systems and

- Electronic Non-Nicotine Delivery Systems (ENDS/ENNDS) Report by WHO. Conf Parties to WHO Framew Conv Tob Control. 2016;(November):7-12.
36. Sohal SS, Eapen MS, Naidu VGM, et al. IQOS exposure impairs human airway cell homeostasis: direct comparison with traditional cigarette and e-cigarette. *ERJ Open Res.* 2019;5(1):00159-02018.
 37. Auer R, Concha-Lozano N, Jacot-Sadowski I, et al. Heat-not-burn tobacco cigarettes: Smoke by any other name. *JAMA Intern Med.* 2017;177(7):1050-1052.
 38. Smith MR, Clark B, Lüdicke F, et al. Evaluation of the Tobacco Heating System 2.2. Part 1: Description of the system and the scientific assessment program. *Regul Toxicol Pharmacol.* 2016;81:S17-S26.
 39. Barua RS, Rigotti NA, Benowitz NL, et al. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Tobacco Cessation Treatment. *J Am Coll Cardiol.* 2018;72(25):3332-3365.
 40. Reitsma MB, Fullman N, Ng M, 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.* 2017;389(10082):1885-1906.
 41. Ruprecht AA, De Marco C, Saffari A, et al. Environmental pollution and emission factors of electronic cigarettes, heat-not-burn tobacco products, and conventional cigarettes. *Aerosol Sci Technol.* 2017;51(6):674-684.
 42. Newton JN, Dockrell M, Marczylo T. Making sense of the latest evidence on electronic cigarettes. *Lancet.* 2018;391(10121):639-642.
 43. Liu X, Lugo A, Spizzichino L, Tabuchi T, et al. Heat-not-burn tobacco products: Concerns from the Italian experience. *Tob Control.* 2019;28(1):113-114.
 44. Special Eurobarometer 458: Attitudes of Europeans towards Tobacco and Electronic Cigarettes. 2017.
 45. Dinakar C. O'Connor G. The Health Effects of Electronic Cigarettes. *N Engl J Med.* 2016;375(14).
 46. Siegel MB, Tanwar KL, Wood KS, et al. Electronic cigarettes as smoking cessation tool. *Curr Opin Pulm Med.* 2016;40(4):1.
 47. Vaz Carneiro A, Costa J. Análise da Revisão Cochrane: O Uso de Cigarros Electrónicos para Diminuição/Cessaçãõ Tabáriga. *Acta Med Porto.* 2015:145-147.
 48. Bullen C, Howe C, Laugesen M, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2013;382(9905):1629-1637.
 49. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control.

- Electronic Nicotine Delivery Systems and Electronic Non-Nicotine Delivery Systems (ENDS/ENNDS) Report by WHO. Delhi; 2016.
50. Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med.* 2016;4(2):116-128.
 51. Kalkhoran S, Benowitz NL, Rigotti NA. Prevention and Treatment of Tobacco Use. *J Am Coll Cardiol.* 2018;72(9):1030-1045.
 52. Posição das Sociedades Científicas Portuguesas em Relação a Produtos de Tabaco Acedido a 19/09/2019.
 53. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Apresentação da Declaração Conjunta sobre os Dispositivos Eletrónicos de Fornecimento de Nicotina. Acedido a 19 de setembro de 2019, em: <https://www.sppneumologia.pt>
 54. World Health Organisation. Who Framework Convention on Tobacco Control. 2003.
 55. Público. “Estas imagens obrigam-nos a reflectir sobre quanto custa o prazer de fumar”. Acedido a 19 de setembro de 2019, em: <https://www.publico.pt/2016/05/20/sociedade/noticia/estas-imagens-obrigamnos-a-reflectir-sobre-quanto-custa-o-prazer-de-fumar-1732448>.
 56. RAIOX. Campanha da SPP e CNE lança apelo aos jovens: “Larga a Chupeta. Fumar é ridículo”. Acedido em 19 de setembro de 2019, em: <https://raiox.pt/campanha-da-spp-e-cne-lanca-apelo-aos-jovens-larga-a-chupeta-fumar-e-ridiculo/>.
 57. Assembleia da República. Lei n.º 37/2007, 14 de Agosto. *Diário da República.* 2007;1ª Série(156):5277-5285.
 58. Assembleia da República. Lei n.º 63/2017, 3 de agosto. *Diário da República.* 2017;1ª Série(149):4455-4477.
 59. Ravara SB. The Role of Healthcare Professionals in Tobacco Control. 2016.
 60. Direção-Geral da Saúde. CessaçãO Tabágica: Programa-tipo de atuação. Gradiva 2007.
 61. World Health Organization. Fact sheet about health benefits of smoking cessation. WHO. 2013.
 62. 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):341-350.

63. Goodchild M, Nargis N, D'Espaignet ET. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control*. 2018;27(1):58-64.
64. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy*. 1982;19(3):276-288.
65. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. *Health Behavior and Health Education, Theory, Research and Practice*. 4th ed. São Francisco: Jossey-Bass; 2008.
66. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390-395.
67. Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. 1993;88(8):1127-1135.
68. Pedro L. Ferreira; Carlota Quintal; Inês Lopes; et al. Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Rev Port Saúde Pública*. 2009;27(2):37-56.
69. World Health Organization. *Tobacco Free Initiative: The Role of Health Professionals in Tobacco Control*. Geneva; 2005.
70. Stead LF, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. In: Stead LF, ed. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Vol 10. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012:CD008286.
71. Ravara S. Curso de tabagismo SPP – Intervenção breve. *Rev Port Pneumol*. 2004;10(1):S33-S40.
72. Aveyard P, Begh R, Parsons A, et al. Brief opportunistic smoking cessation interventions: a systematic review and meta-analysis to compare advice to quit and offer of assistance. *Addiction*. 2012;107(6):1066-1073.
73. Rebelo L. Intervenção breve no paciente fumador: Aplicação prática dos “5 As” e dos “5 Rs.” *Rev Port Clínica Geral*. 2011;27(4).
74. Dorfman SF. *Treating Tobacco Use and Dependence : 2008 Update Guideline Panel*. Update. 2008;(May):256.
75. Direção-Geral da Saúde. Algoritmo da Intervenção Breve “5A” ou Muito Breve “2A + A/R.” 2017.
76. Rigotti NA. Treatment of Tobacco Use and Dependence. *English J*. 2002;346(7):506-512.
77. 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):1360-1367.
78. Stead LF, Koilpillai P, Lancaster T. Additional behavioural support as an adjunct to pharmacotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(10):CD009670.
 79. Direção-Geral da Saúde. Algoritmo Do Tratamento Farmacológico Do Tabagismo. 2017.
 80. Direção de Informação e Planeamento Estratégico. Medicamentos Antitabágicos: Monitorização Do Consumo de Medicamentos, Nicotina e Vareniclina. 2019.
 81. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Tabaquismo y deshabituación tabáquica. 2017:1-34.
 82. Infarmed. Prontuário Terapêutico. Acedido a 19 de agosto de 2019, em: <http://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=nicotina&x=0&y=0&rb1=0>.
 83. Dodd S, Arancini L, Gómez-Coronado N, et al. Considerations when selecting pharmacotherapy for nicotine dependence. *Expert Opin Pharmacother.* 2018;Feb(38(2)):235-258.
 84. Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, et al. Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* May 2018.
 85. Hartmann-Boyce J, Aveyard P. Drugs for smoking cessation. *BMJ.* 2016;352:i571.
 86. Stead LF, Perera R, Bullen C, et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012.
 87. Lindson-Hawley N, Banting M, West R, Met al. Gradual versus abrupt smoking cessation a randomized, controlled noninferiority trial. *Ann Intern Med.* 2016;164(9):585-592.
 88. Tan J, Zhao L, Chen H. A meta-analysis of the effectiveness of gradual versus abrupt smoking cessation. *Tob Induc Dis.* 2019;17.
 89. Mota P. Efeitos do tabagismo na saúde e terapêutica farmacológica de primeira linha na cessação tabágica. *Rev da Soc Port da Med Interna.* 2015.
 90. McDonough M. Update on medicines for smoking cessation. *Aust Prescr.* 2015;38(4):106-111.
 91. Cahill K, Lancaster T, Perera R. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(5).

92. Drug and Therapeutics Bulletin. Republished: Nicotine and health. *Bmj*. 2014;349(nov26 9):2014.7.0264rep.
93. Infarmed. Champix - Resumos Das Características Do Medicamento (RCM). Acedido a 22 de agosto de 2019, em: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/champix-epar-product-information_pt.pdf.
94. Anthenelli RM, Benowitz NL, West R, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. *Lancet*. 2016;387(10037):2507-2520.
95. Thomas KH, Martin RM, Knipe DW, et al. Risk of neuropsychiatric adverse events associated with varenicline: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015;350.
96. Infarmed. Zyban - Resumo Das Características Do Medicamento (RCM). Acedido a 22 de agosto de 2019, em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=29402&tipo_documento=rcm.
97. White AR, Rampes H, Liu JP, et al. Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane database Syst Rev*. 2014;(1):CD000009.
98. Barnes J, Dong CY, McRobbie H, et al. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane database Syst Rev*. 2010;(10):CD001008.
99. Direção-Geral da Saúde. Cessação Tabágica Na Gravidez - Guia Para Profissionais de Saúde. 2015.
100. Siu AL. Behavioral and pharmacotherapy interventions for tobacco smoking cessation in adults, including pregnant women: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2015;163(8):622-634.
101. Pollak KI, Oncken CA, Lipkus IM, et al. Nicotine replacement and behavioral therapy for smoking cessation in pregnancy. *Am J Prev Med*. 2007;33(4):297-305.
102. Oncken C, Dornelas E, Greene J, et al. Nicotine gum for pregnant smokers: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2008;112(4):859-867.
103. American College of Obstetricians and Gynecologists. Smoking Cessation During Pregnancy. Committee Opinion No. 721. *Obs Gynecol*. 2017;130(4):200-204.
104. Richardson JL, Stephens S, Yates LM, et al. Pregnancy outcomes after maternal varenicline use; analysis of surveillance data collected by the European Network of Teratology Information Services. *Reprod Toxicol*. 2017;67:26-34.

105. Coleman T, Chamberlain C, Davey MA, et al. Pharmacological interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(12).
106. American College of Obstetricians and Gynecologists. Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *ACOG Practice Bulletin No. 92. Obs Gynecol.* 2008;111(100):1-20.
107. World Health Organization. Recommendations for the Prevention and Management of Tobacco Use and Second-Hand Smoke Exposure in Pregnancy. Geneva. 2013.
108. Gómez-Coronado N, Walker AJ, Berk M, et al. Current and Emerging Pharmacotherapies for Cessation of Tobacco Smoking. *Int J Lab Hematol.* 2016;38(1):42-49.
109. Prado E, Maes M, Piccoli LG, et al. N-acetylcysteine for therapy-resistant tobacco use disorder: a pilot study. *Redox Rep.* 2015;20(5):215-222.
110. Martins S, C Costa F, Caramona M. Implementação de cuidados farmacêuticos em Portugal, seis anos depois. *Rev Port Farmacoter.* 2013;5(4):255(7)-263(15).
111. Ordem dos Farmacêuticos. Código Deontológico Da Ordem Dos Farmacêuticos. Acedido a 21 de março de 2019, em: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/codigo_deontologico_da_of_4436676175988472c14020.pdf.
112. European Pharmacists Forum. The Role of Pharmacy in Supporting the Public's Health. 2015.
113. World Health Organization. The Role of the Pharmacist in the Health Care System. 1994.
114. Portaria 11429/2007, Diário da República n.º 211/2007, Série I de 2007-11-02. Acedido a 27 de agosto de 2019, em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/629418/details/normal?l=1>.
115. Portaria 97/2018, Diário da República n.º 69/2018, Série I de 2018-04-09. Acedido a 27 de agosto de 2019, em: <https://dre.pt/web/guest/home//dre/115006162/details/maximized?serie=I&day=2018-04-09&date=2018-04-01>.
116. PORDATA. Farmácias: número. Acedido a 12 de setembro de 2019, em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Farmácias+número-153>.
117. Santos H, Cunha I, Ferreira P. Cuidados Farmacêuticos no Tabagismo. Farmácia

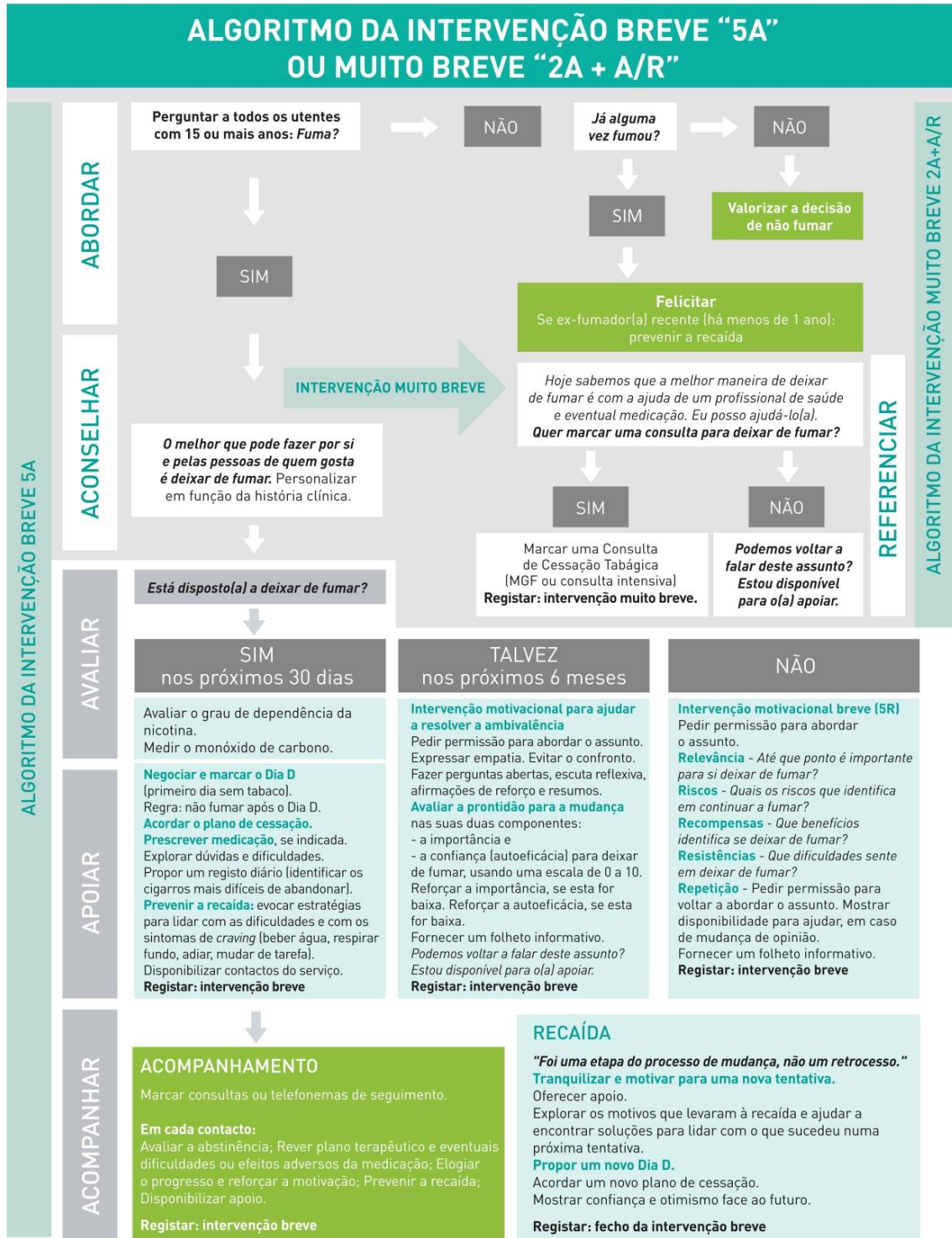
- Distrib. 2008;203:1-18.
118. World Health Organization. Pharmacists and Action on Tobacco. 1998.
 119. Dent LA, Harris KJ, Noonan CW. Tobacco Interventions Delivered by Pharmacists: A Summary and Systematic Review. *Pharmacotherapy*. 2007;27(7):1040-1051.
 120. Saba M, Diep J, Saini B, et al. Meta-analysis of the effectiveness of smoking cessation interventions in community pharmacy. *J Clin Pharm Ther*. 2014;39(3):240-247.
 121. International Pharmaceutical Federation. FIP Statement of Policy the Role of the Pharmacist in Promoting a Tobacco Free Future. 2003.
 122. Dent LA, Harris KJ, Noonan CW. Randomized Trial Assessing the Effectiveness of a Pharmacist-Delivered Program for Smoking Cessation. *Ann Pharmacother*. 2009;43(2):194-201.
 123. Costello MJ, S Sproule B, Victor JC, et al. Effectiveness of pharmacist counseling combined with nicotine replacement therapy: a pragmatic randomized trial with 6,987 smokers. *Cancer Causes Control*. 2011;22(2):167-180.
 124. Condinho M, Fernandez-Llimos F, Figueiredo I, et al. Smoking cessation in a community pharmacy: Preliminary results of a pharmaceutical care programme. *Vitae*. 2015;22(1):42-46.
 125. Félix J, Ferreira D, Afonso-Silva M, et al. Social and economic value of Portuguese community pharmacies in health care. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):606.
 126. Ashley MJ, Brewster JM, Victor JC. Pharmacists' smoking cessation practices: Relationship to their knowledge and skills, attitudes, and perceptions of roles. *J Am Pharm Assoc*. 2006;46(6):729-737.
 127. Greenhalgh T, Macfarlane F, Steed L, et al. What works for whom in pharmacist-led smoking cessation support: Realist review. *BMC Med*. 2016;14(1).
 128. Jorge Bonito et al. Competências Profissionais No Âmbito Da Prevenção e Do Tratamento Do Tabagismo No Final Da Formação Pré-Graduada Dos Profissionais de Saúde. Lisboa. 2017.
 129. Pestana FVA. Avaliação das competências dos estudantes de Ciências Farmacêuticas no aconselhamento farmacêutico de cessação tabágica. 2011.
 130. Bouchet-Benezech B, Champanet B, Rouzaud P. Smoking cessation at the pharmacy: feasibility and benefits based on a French observational study with six-month follow-up. *Dove Press J Subst Abus Rehabil* . 2018;9:31-42.

131. PORDATA. População residente, estimativas a 31 de Dezembro: total e por sexo. Acedido a 2 de setembro de 2019, em: <https://www.pordata.pt/Municipios/População+residente++estimativas+a+31+de+Dezembro+total+e+por+sexo-136>.
132. Ministério da Saúde. Relatório Anual - Acesso a Cuidados de Saúde Nos Estabelecimentos Do SNS e Entidades Convencionadas.; 2018.
133. Maximiano S, Soares P, Brito J, et al. Implementação de um Serviço de Cessação Tabágica em Farmácia Comunitária : resultados preliminares. 2018;2-3. [Poster]
134. Naik Panvelkar P, Saini B, Armour C. Measurement of patient satisfaction with community pharmacy services: A review. *Pharm World Sci.* 2009;31(5):525-537.
135. Morphett K, Partridge B, Gartner C, et al. Why don't smokers want help to quit? A qualitative study of smokers' attitudes towards assisted vs. unassisted quitting. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(6):6591-6607.
136. DECO. Farmácias: portugueses satisfeitos com o serviço. *testesaúde.* 2015;115:34-37. Acedido a 1 de setembro de 2019, em: <https://www.deco.proteste.pt/saude/hospitais-servicos/noticias/farmacias-portugueses-satisfeitos-com-o-servico#>.
137. Rajanandh M, Ramasamy C, Ethirajan N, et al. Role of clinical pharmacist in smoking cessation: A prospective randomized trial. *Arch Pharm Pract.* 2012;3(4):254.
138. Brazinha I, Fernandez-Llimos F. Barriers to the implementation of advanced clinical pharmacy services at Portuguese hospitals. *Int J Clin Pharm.* 2014;36(5):1031-1038.
139. Eades CE, Ferguson JS, O'Carroll RE. Public health in community pharmacy: A systematic review of pharmacist and consumer views. *BMC Public Health.* 2011;11(1):582.
140. Nicorette, Goma - Resumo das Características do Medicamento (RCM). Acedido a 29 de agosto de 2019, em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=40480&tipo_doc=rcm. Published 2007.
141. Nicotinel 1mg Pastilhas - Resumo Das Características Do Medicamento (RCM). Acedido a 29 de agosto de 2019, em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=9842&tipo_doc=rcm.

142. Nicopass, 1,5mg, Pastilha - Resumo Das Características Do Medicamento (RCM). Acedido a 29 de agosto de 2019, em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=40268&tipo_documento=rcm.
143. Nicopass, 2,5mg, Pastilha - Resumo Das Características Do Medicamento (RCM). Acedido a 29 de agosto de 2019, em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=50511&tipo_documento=rcm.
144. Niquitin, 1,5mg, Comprimido - Resumo Das Características Do Medicamento (RCM). Acedido a 29 de agosto de 2019, em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=43912&tipo_documento=rcm.
145. Niquitin, 2mg, Comprimido - Resumo Das Características Do Medicamento (RCM). Acedido a 29 de agosto de 2019, em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=34757&tipo_documento=rcm.
146. Niquitin, 4mg, Comprimido - Resumo Das Características Do Medicamento (RCM). Acedido a 29 de agosto de 2019, em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=38343&tipo_documento=rcm.
147. Nicorette Bucmist - Resumo das Características do Medicamento (RCM). Acedido a 29 de agosto de 2019, em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=616242&tipo_documento=rcm. Published 2018.
148. Nicorette, 16h - Resumo Das Características Do Medicamento (RCM). Acedido a 29 de agosto de 2019, em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=23759&tipo_documento=rcm.
149. Nicopatch, 24h - Resumo Das Características Do Medicamento (RCM). Acedido a 29 de agosto de 2019, em: http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=575626&tipo_documento=rcm.

9. ANEXOS

Anexo 1 – Algoritmo da intervenção breve ou muito breve segundo a DGS



Anexo 2 – Questionário: Papel do Farmacêutico na Cessação Tabágica



Papel do Farmacêutico na Cessação Tabágica Questionário

Grupo 1 - Caracterização

1. **Género:** Feminino Masculino
2. **Data de Nascimento:** ____/____/____
3. **Escolaridade**
- Sem escolaridade 1º Cido 2º Cido
 3º Cido Ensino Secundário Ensino Superior
4. **Situação Laboral**
- Estudante Empregado Desempregado
 Reformado
5. **Situação face ao tabagismo**
- Não fumador Ex-fumador Fumador

Responda apenas ao **QUADRO A**

Responda apenas ao **QUADRO B**

Responda apenas ao **QUADRO C**

Quadro A – Não fumador (responda apenas se for não fumador)

1. **Tem familiares/amigos fumadores?** Sim Não Não sabe/ não responde
2. **Tem conhecimento da existência de consultas de cessação tabágica?** Sim Não
3. **Tem conhecimento da existência de consultas de cessação tabágica na farmácia comunitária?**
 Sim Não
4. **Aconselharia um familiar/amigo a procurar ajuda de um profissional de saúde para a cessação tabágica?**
 Sim Não Não sabe/ não responde
5. **Se fosse fumador, consideraria o farmacêutico como um profissional para o ajudar a deixar de fumar?**
 Sim Não Não sabe/ não responde
- 5.1. **Se sim, em que sentido considera que o farmacêutico o poderia ajudar? (pode seleccionar mais do que 1 opção)**
- Dispensa de medicação não sujeita a receita médica Aconselhamento ao balcão Consulta de cessação tabágica
- Outro: _____ Não sabe/ não responde
6. **Tendo em consideração os profissionais de saúde abaixo referidos, se fosse fumador e tivesse de recorrer a um profissional de saúde para o(a) ajudar a deixar de fumar, a quem recorreria? Classifique por ordem de preferência (do 1º ao 4º):**
- Farmacêutico Médico Enfermeiro Psicólogo

Obrigada pela sua colaboração!

Quadro B – Ex-Fumador (responda apenas se for ex-fumador)						
1. Há quanto tempo deixou de fumar? _____						
2. Deixou de fumar com ajuda de um profissional de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
2.1. Se sim, com a ajuda de que profissional? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Outro: _____						
3. Se aplicável, considera que o farmacêutico o poderia ter ajudado na cessação tabágica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/não responde						
3.1. Se sim, em que sentido considera que o farmacêutico o poderia ajudar? (pode selecionar mais do que 1 opção) <input type="checkbox"/> Dispensa de medicação não sujeita a receita médica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao balcão <input type="checkbox"/> Consulta de cessação tabágica <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Não sabe/ não responde						
4. Que método utilizou para deixar de fumar? (pode selecionar mais do que 1 opção) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; vertical-align: middle;">Terapêutica de Substituição de Nicotina:</td> <td style="width: 25%; border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"> <input type="checkbox"/> Gomas <input type="checkbox"/> Pastilhas <input type="checkbox"/> Solução pulverização bucal </td> <td style="width: 25%; border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"> <input type="checkbox"/> Comprimidos <input type="checkbox"/> Sistemas transdérmicos </td> <td style="width: 25%; vertical-align: middle;">Terapêutica não nicotínica:</td> <td style="width: 25%; padding-left: 5px;"> <input type="checkbox"/> Bupropiona <input type="checkbox"/> Clonidina <input type="checkbox"/> Varenicilina <input type="checkbox"/> Nortripilina </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Sem ajuda <input type="checkbox"/> Não sabe/ não responde		Terapêutica de Substituição de Nicotina:	<input type="checkbox"/> Gomas <input type="checkbox"/> Pastilhas <input type="checkbox"/> Solução pulverização bucal	<input type="checkbox"/> Comprimidos <input type="checkbox"/> Sistemas transdérmicos	Terapêutica não nicotínica:	<input type="checkbox"/> Bupropiona <input type="checkbox"/> Clonidina <input type="checkbox"/> Varenicilina <input type="checkbox"/> Nortripilina
Terapêutica de Substituição de Nicotina:	<input type="checkbox"/> Gomas <input type="checkbox"/> Pastilhas <input type="checkbox"/> Solução pulverização bucal	<input type="checkbox"/> Comprimidos <input type="checkbox"/> Sistemas transdérmicos	Terapêutica não nicotínica:	<input type="checkbox"/> Bupropiona <input type="checkbox"/> Clonidina <input type="checkbox"/> Varenicilina <input type="checkbox"/> Nortripilina		
5. Tem conhecimento da existência de consultas de cessação tabágica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
6. Tem conhecimento de consultas de cessação tabágica na farmácia comunitária? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não						
7. Recorreria à consulta de cessação tabágica na farmácia comunitária? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não responde						
8. Tendo em consideração os profissionais de saúde abaixo referidos, se fosse fumador e tivesse de recorrer a um profissional de saúde para o(a) ajudar a deixar de fumar, a quem recorreria? Classifique por ordem de preferência (do 1º ao 4º): <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Psicólogo						

Obrigada pela sua colaboração!

Quadro C - Fumador (responda apenas se for fumador)															
1. Há quanto tempo é fumador? _____ <input type="checkbox"/> Não sabe/ não responde															
2. Quantos cigarros fuma por dia? <input type="checkbox"/> Fumador ocasional <input type="checkbox"/> Menos de 10 <input type="checkbox"/> 10-20 <input type="checkbox"/> 21-40 <input type="checkbox"/> 41 ou mais <input type="checkbox"/> Não sabe/ não responde															
3. Quanto tempo depois de acordar fuma o 1º cigarro? <input type="checkbox"/> Nos primeiros 5 minutos <input type="checkbox"/> Entre 6 a 30 minutos <input type="checkbox"/> Entre 31 a 60 minutos <input type="checkbox"/> Mais de 61 minutos <input type="checkbox"/> Não sabe/ não responde															
4. Já fez alguma tentativa de cessação tabágica? <input type="checkbox"/> Sim N° de tentativas: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não responde															
4.1. Se sim, que métodos usou? (pode selecionar mais do que 1 opção) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> Terapêutica de Substituição de Nicotina: </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Gomas <input type="checkbox"/> Pastilhas <input type="checkbox"/> Solução pulverização bucal </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Comprimidos <input type="checkbox"/> Sistemas transdérmicos </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> Terapêutica não nicotínica: </td> <td style="width: 25%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Bupropiona <input type="checkbox"/> Varenicilina <input type="checkbox"/> Clonidina <input type="checkbox"/> Nortripilina </td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Sem ajuda <input type="checkbox"/> Não sabe/ não responde											Terapêutica de Substituição de Nicotina:	<input type="checkbox"/> Gomas <input type="checkbox"/> Pastilhas <input type="checkbox"/> Solução pulverização bucal	<input type="checkbox"/> Comprimidos <input type="checkbox"/> Sistemas transdérmicos	Terapêutica não nicotínica:	<input type="checkbox"/> Bupropiona <input type="checkbox"/> Varenicilina <input type="checkbox"/> Clonidina <input type="checkbox"/> Nortripilina
Terapêutica de Substituição de Nicotina:	<input type="checkbox"/> Gomas <input type="checkbox"/> Pastilhas <input type="checkbox"/> Solução pulverização bucal	<input type="checkbox"/> Comprimidos <input type="checkbox"/> Sistemas transdérmicos	Terapêutica não nicotínica:	<input type="checkbox"/> Bupropiona <input type="checkbox"/> Varenicilina <input type="checkbox"/> Clonidina <input type="checkbox"/> Nortripilina											
5. Esteve abstinente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não															
5.1. Se esteve abstinente, por quanto tempo? _____ <input type="checkbox"/> Não sabe/ não responde															
6. Gostava de deixar de fumar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não															
6.1. Se sim, assinale numa escala de 1 a 10 em que 1 corresponde a "nada motivado(a)" e 10 a "extremamente motivado(a)", a sua motivação para deixar de fumar.															
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
7. Caso pretenda deixar de fumar, considera necessária a ajuda de um profissional de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não responde															
8. Tem conhecimento da existência de consultas de cessação tabágica? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não															
9. Consideraria o farmacêutico como um profissional de saúde para o ajudar a deixar de fumar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não responde															
9.1. Se sim, em que sentido considera que o farmacêutico o poderia ajudar? (pode selecionar mais do que 1 opção) <input type="checkbox"/> Dispensa de medicação não sujeita a receita médica <input type="checkbox"/> Aconselhamento ao balcão <input type="checkbox"/> Consulta de cessação tabágica <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> Não sabe/ não responde															
10. Tem conhecimento de consultas de cessação tabágica na farmácia comunitária? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não															
11. Recorreria à consulta de cessação tabágica na farmácia comunitária? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não responde															
12. Tendo em consideração os profissionais de saúde abaixo referidos, se tivesse de recorrer a um profissional de saúde para o(a) ajudar a deixar de fumar, a quem recorreria? Classifique por ordem de preferência (do 1º ao 4º): <input type="checkbox"/> Farmacêutico <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Psicólogo															

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo 3 – Consentimento informado



Consentimento informado

Papel do Farmacêutico na Cessação Tabágica

Este questionário enquadra-se num trabalho de investigação no âmbito de uma tese de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade do Algarve.

O objetivo principal deste estudo é a avaliação do conhecimento de uma amostra de utentes da Farmácia Moreira Padrão sobre o papel do farmacêutico na cessação tabágica.

Para tal, solicito a sua colaboração, respondendo a um questionário. Este contempla a recolha dos seus dados sociodemográficos, dos seus hábitos tabágicos (se aplicável) e da sua opinião face à cessação tabágica e ao possível papel do farmacêutico. Para efeitos deste estudo considera-se *fumador* o indivíduo que fuma diariamente há pelo menos 3 meses; *ex-fumador* se deixou de fumar há, pelo menos, 6 meses; e *não-fumador* o indivíduo que não tenha fumado mais de 100 cigarros em toda a sua vida.

Trata-se de um questionário de autopreenchimento com questões de escolha múltipla.

Toda a informação recolhida será utilizada exclusivamente para fins académicos e, eventual, divulgação científica. O anonimato será sempre assegurado bem como a confidencialidade das suas respostas, garantindo que não será, em qualquer situação, identificado(a) nem identificável. A participação nesta investigação tem um carácter voluntário, pelo que pode recusar-se a participar ou decidir interromper o preenchimento do questionário, a qualquer momento, se assim o entender. Tal decisão em nada prejudicará o seu atendimento e processo de cuidados nesta Farmácia. Pode, também, em qualquer altura solicitar a eliminação dos seus dados, bastando para tal contactar o responsável pelo estudo.

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o estudo e outra para ficar na posse de quem consente.

1/2

Confirmando que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma clara todos os procedimentos deste documento e respondi a todas as questões que me foram colocadas.

Nome legível do aluno finalista do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas: _____

Data: ___/___/___

Contacto institucional do estudante: marianascguerra@gmail.com

Ao utente, por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido(a).

Declaro ter compreendido os objetivos do que me foi proposto e explicado pela estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de colocar todas as questões sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

Aceito participar no estudo e autorizo o registo dos meus dados, nas condições acima referidas.

Nome:

Data: |___/___/___| Assinatura

Anexo 4 – Características das apresentações da terapêutica de substituição de nicotina

	Doses	T do pico máximo de nicotina	Indicações de uso	Recomendações	Posologia	Efeitos adversos mais frequentes	Referências
Gomas de nicotina de mascar	2mg	45 min após o início da mastigação	Mastigar lentamente até se sentir um sabor forte, altura em que se para de mastigar e se coloca a goma junto à bochecha até o sabor se atenuar. Em seguida repete-se o procedimento até deixar de existir sabor altura em que se para. Usar durante 30min.	Evitar bebidas/alimentos ácidos 15min antes e durante o uso das gomas (podem interferir na absorção oral da nicotina)	8-12 gomas diárias, até um máximo de 25 por dia	Irritação da mucosa oral e faríngea, indigestão, soluços, ulcerações, dor dos músculos masseterinos e maxilares	60,140
	4mg	60 min após o início da mastigação			8-12 gomas diárias, até um máximo de 15 gomas por dia.		
Pastilhas de nicotina de chupar	1mg	50 min após o início	Chupar lentamente até se sentir um sabor forte, altura em que se para e se mantém a pastilha junto à bochecha até o sabor se atenuar. Em seguida repete-se o procedimento até a pastilha se dissolver (entre 20-30 min).	Evitar bebidas/alimentos ácidos 15min antes e durante o uso das gomas (podem interferir na absorção oral da nicotina)	Chupar lentamente uma pastilha quando existir desejo de fumar. Max:30(1mg), 20 (1,5mg) ou 15 (2,5mg) pastilhas/dia 1ª fase: 8 a 12 pastilhas/dia (±3 meses); 2ª fase: Quando a necessidade de fumar é eliminada, reduzir gradualmente o número de pastilhas/dia. O tratamento deve ser suspenso quando a dose se encontrar reduzida a 1 ou 2 pastilhas por dia.(duração máxima do tratamento: 6 meses)	Irritação da garganta, aumento da produção de saliva, soluços, dispepsia e azia	60,141-143
	1,5 mg						
	2,5 mg						
Comprimidos para chupar	1,5mg	-	Chupar lentamente até se sentir um sabor forte, altura em que se para e se mantém o comprimido junto à bochecha até o sabor se atenuar. Em seguida repete-se o procedimento até o comprimido se dissolver (entre 20 a 30 minutos).	Evitar bebidas/alimentos ácidos 15min antes e durante o uso das gomas (podem interferir na absorção oral da nicotina)	Chupar lentamente um comprimido quando existir desejo de fumar: 8 a 12 comprimidos diários até um max. de 15 durante 6 semanas e reduzir gradualmente até 1 a 2 comprimidos por dia, altura em eu para o tratamento.	Irritação da garganta, aumento da produção de saliva, soluços, dispepsia e azia	144-146
	2mg				Chupar lentamente um comprimido quando existir desejo de fumar, até um máximo de 15 comprimidos: 1ª-6ª semana: 1 comprimido a cada 1 a 2 horas; 7ª-9ª semana: 1 comprimido a cada 2 a 4 horas; 10ª-12ª semana: 1 comprimido a cada 4 a 8 horas		
	4mg						
Solução de pulverização bucal	1mg/dose	Após dose de 2mg: 13 minutos	Aproximar o pulverizador bucal da boca aberta, pressionar e soltar a pulverização na boca evitando o contacto com os lábios. Não inalar durante a pulverização, nem engolir por alguns segundos após.	Evitar bebidas/alimentos ácidos 15min antes e durante o uso das gomas (podem interferir na absorção oral da nicotina)	Podem ser utilizadas até 4 pulverizações por hora. Não devem ser excedidas mais do que 2 pulverizações por dose e mais de 64 pulverizações num período de 24h. 1ª-6ª semana: 1 a 2 pulverizações quando sente o desejo de fumar. 7ª-9ª semana: Reduzir o nº de pulverizações por dia, no final da 9ª semana deve fazer-se metade das pulverizações diárias utilizadas nas primeiras 6 semanas. 10ª-12ª semana: Continuar a redução de forma a que na 12ª semana não se excedam as 4 pulverizações/dia. Quando reduzirem para 2 a 4 pulverizações/dia, descontinuar a terapêutica.	Irritação na boca e garganta, soluços, náuseas	147
Sistemas Transdérmicos de Nicotina	16h: 25mg,15mg, 10mg	4-10h	Os adesivos devem ser aplicados de manhã na pele integra, seca e glabra e retirados ao deitar se adesivos de 16h ou na manhã seguinte se adesivos de 24h. O local de aplicação deve variar todos os dias não se devendo repetir na semana seguinte para evitar reação locais.	Se o fumador não estiver abstinente ao fim de 2 semanas, suspender terapêutica	6 semanas: 15mg/dia; 7ª-8ª semana: 10mg/dia; 9ª e 10ª semana: 5mg/dia	Irritação cutânea, prurido	60,148,149
	24h: 21mg,14mg,7mg				6 semanas: 21mg/dia; 7ª-8ª semana: 14mg/dia; 9ª e 10ª semana: 7mg/dia		