



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Adriana Isabel Figueiredo Lima

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “A importância da farmácia de oficina e do farmacêutico na cessação tabágica” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação, da Dra. Ana Vinagre, da Dra. Ana Veiga e da Professora Doutora Victoria Bell apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Julho de 2019



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Adriana Isabel Figueiredo Lima

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “A importância da farmácia de oficina e do farmacêutico na cessação tabágica” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação, da Dra. Ana Vinagre, da Dra. Ana Veiga e da Professora Doutora Victoria Bell apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Julho de 2019

Eu, Adriana Isabel Figueiredo Lima, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2013148834, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “A importância da farmácia de oficina e do farmacêutico na cessação tabágica” apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

Mais declaro que este Documento é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 12 de julho de 2019.

Adriana Isabel Figueiredo Lima

(Adriana Isabel Figueiredo Lima)

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Victoria Bell, por toda a disponibilidade e atenção com que sempre atendeu às minhas questões no decorrer da realização desta monografia.

A toda a equipa dos Serviços Farmacêuticos do Hospital CUF Porto, por todos os conhecimentos transmitidos e pela incrível recetividade.

À Dra. Ana Veiga e restante equipa da Farmácia Vieira e Brito, pela disponibilidade, pelo excelente ambiente de trabalho que me proporcionaram e por todas as oportunidades que me deram.

Aos meus pais, por toda a motivação, conselhos e apoio ao longo destes cinco anos, por todos os sacrifícios para que fosse possível concluir este meu percurso académico, e por estarem sempre presentes nos momentos mais especiais.

Ao Alex, por toda a paciência, pelos conselhos e pelo apoio, pela calma transmitida nos momentos mais críticos e por estar sempre presente nos melhores momentos deste meu percurso.

A todos, o meu mais sincero Obrigada!

**Resumo**

O plano curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas apenas fica concluído após a realização do estágio curricular que visa colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos ao longo de todas as aulas. Tive a oportunidade de realizar estágio em mais do que uma área da profissão farmacêutica e, neste sentido, optei por realizar o estágio em farmácia hospitalar e farmácia comunitária. Desta forma, este documento inclui os relatórios de estágio correspondentes a farmácia hospitalar e a farmácia comunitária, segundo uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Oppportunities and Threats*).

O tabagismo é considerado um fator de risco de inúmeras doenças e afeta quer a população fumadora, quer a não fumadora. Desta forma, é considerado um problema de saúde pública. Em Portugal, a prevenção e o controlo do tabagismo é uma prioridade, existindo diversas medidas, quer legislativas, como educativas, de tratamento e prevenção. O farmacêutico enquanto agente de saúde pública e especialista do medicamento, tem o dever de intervir no processo de cessação tabágica e na prevenção da iniciação do consumo. Várias são as fases onde o farmacêutico, no âmbito de farmácia comunitária, poderá intervir, quer na promoção e educação da saúde, quer no ato da dispensa de medicamentos utilizados no tratamento da cessação tabágica, e, poderá ainda proporcionar um acompanhamento farmacoterapêutico.

**Palavras-Chave:** estágio, farmácia comunitária, farmácia hospitalar, farmacêutico, tabagismo.

**Abstract**

The curricular programme of the Integrated Master on Pharmaceutical Sciences is only concluded after the completion of the curricular internship that aims to put into practice all the knowledge acquired throughout all the classes. I had the opportunity to do internship in more than one area of the pharmaceutical profession and, in this sense, I choose to do the internship in hospital pharmacy and community pharmacy. Thus, this document includes the internship reports for the hospital pharmacy and community pharmacy, according to a SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats) analysis.

Smoking is considered a risk factor for numerous diseases and affects both the smoking and non-smoking population. In this way, it is considered a public health problem. In Portugal, smoking prevention and control is a priority, and there are a number of measures, both legislative and educational, for treatment and prevention. The pharmacist as a public health agent and medicine specialist has a duty to intervene in the smoking cessation process and in the prevention of the initiation of consumption. There are several stages in which the pharmacist can intervene in the field of community pharmacy, both in health promotion and education, and in the dispensing of medicines used to treat smoking cessation and may also provide pharmacotherapeutic follow-up.

**Keywords:** internship, community pharmacy, hospital pharmacy, pharmacist, smoking.

## ÍNDICE

### PARTE I – Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar

1. Abreviaturas.....	8
2. Introdução .....	9
3. O Hospital CUF Porto.....	9
4. Os Serviços Farmacêuticos do Hospital CUF Porto.....	10
5. Análise SWOT .....	11
5.1. Pontos Fortes.....	11
5.2. Pontos Fracos .....	12
5.3. Oportunidades .....	15
5.4. Ameaças .....	16
6. Considerações Finais.....	17
7. Referências Bibliográficas .....	18

### PARTE II – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

1. Abreviaturas.....	20
2. Introdução .....	21
3. A Farmácia Vieira e Brito .....	21
4. Análise SWOT .....	22
4.1. Pontos Fortes.....	23
4.2. Pontos Fracos .....	25
4.3. Oportunidades .....	26
4.4. Ameaças .....	28
5. Considerações Finais.....	29
6. Referências Bibliográficas .....	29

### PARTE III – A importância da farmácia de oficina e do farmacêutico na cessação tabágica

1. Abreviaturas.....	31
2. Introdução .....	32
2.1. Objetivos e metodologia utilizada.....	32
2.2. A farmácia de oficina .....	33
2.3. A legislação sobre os hábitos tabagísticos.....	34
2.4. Tabagismo: um problema global .....	37

3.	Tabagismo .....	38
3.1.	Definição .....	38
3.2.	Constituintes do tabaco .....	40
4.	Efeitos prejudiciais para a saúde .....	42
5.	Epidemiologia da dependência em Portugal .....	44
6.	Estratégias de prevenção, controlo e tratamento .....	46
6.1.	Em que consistem .....	46
6.2.	Programas de cessação tabágica .....	48
6.3.	Benefícios para a população .....	51
7.	Tratamento farmacológico e não farmacológico .....	52
8.	Problemas inerentes ao tratamento .....	57
8.1.	Síndrome de abstinência .....	57
9.	Papel do farmacêutico de farmácia de officina .....	57
9.1.	Dispensa .....	59
9.2.	Seguimento farmacoterapêutico .....	60
9.3.	Educação para a saúde .....	60
10.	Avaliação do grau de conhecimento da população acerca das estratégias de cessação tabágica e do papel do farmacêutico neste âmbito .....	61
10.1.	Objetivo e metodologia .....	61
10.2.	Resultados .....	62
10.2.1.	Caracterização da amostra .....	62
10.2.2.	Resultados do questionário .....	62
10.3.	Análise e discussão dos resultados .....	63
11.	Considerações Finais .....	64
12.	Referências Bibliográficas .....	65
13.	Anexos .....	71

# **Parte I**

## **Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar**

Serviços Farmacêuticos do Hospital CUF Porto

Janeiro 2019 – Fevereiro 2019

Orientadora: Dra. Ana Vinagre



## **I. Abreviaturas**

BPMH – *Best Possible Medication History*

CFLV – Câmara de Fluxo Laminar Vertical

DCI – Denominação Comum Internacional

IDDU – Individuais Diárias em Dose Unitária

JCI – *Joint Commission International*

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

SF – Serviços Farmacêuticos

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

## 2. Introdução

Concluído o primeiro semestre do 5º ano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF), é altura de realizar o estágio curricular, que visa complementar todo o conhecimento teórico e prático adquirido ao longo dos anos anteriores e aplicá-lo no contexto profissional.

Esta Unidade Curricular denominada “Estágio” é essencial para aprofundar e colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos anteriormente.

Uma das atividades farmacêuticas na qual tinha particular interesse era a hospitalar e, portanto, um dos estágios realizados foi o de Farmácia Hospitalar, nos Serviços Farmacêuticos (SF) do Hospital CUF no Porto. Este estágio teve início no dia 7 de janeiro de 2019 e terminou no dia 1 de março de 2019, tendo sido orientado pela Dr.<sup>a</sup> Ana Vinagre, Diretora Técnica dos SF.

Este relatório consiste numa breve e sucinta descrição dos SF deste hospital e, ainda, numa análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*), onde será descrito os pontos fortes, os pontos fracos, as oportunidades e as fraquezas deste mesmo estágio.

## 3. O Hospital CUF Porto

O grupo económico José de Mello é um dos principais grupos empresariais em Portugal e engloba três diferentes vertentes de negócio, a Brisa, na área das infraestruturas e mobilidade, a Bondalti, indústria química, e a José de Mello Saúde.<sup>1</sup>

A José de Mello Saúde é o maior grupo de cuidados de saúde em Portugal, gerindo, atualmente, dois hospitais em parceria público-privada, um instituto, seis clínicas e sete hospitais privados, entre eles o Hospital CUF Porto.<sup>2</sup>

O Hospital da CUF no Porto, considerado o maior hospital privado da zona Norte, foi inaugurado em junho de 2010 e situa-se na Estrada da Circunvalação, 14341, no Porto.<sup>3</sup>

Este hospital é acreditado pela *Joint Commission International (JCI)*, organismo de acreditação americano, especialista na área da saúde.

#### 4. Os Serviços Farmacêutico do Hospital CUF Porto

Os SF situam-se no piso -I do hospital e funcionam diariamente das 8h às 20h, estando apenas encerrados aos domingos.

A equipa de trabalho é constituída pela diretora técnica, Dr.<sup>a</sup> Ana Vinagre, por seis farmacêuticos e por cinco auxiliares de ação médica.

O espaço é constituído por um gabinete destinado à direção técnica, um outro gabinete destinado à gestão de estupefacientes, psicotrópicos e hemoderivados, uma zona destinada a receção de encomendas, um laboratório, uma zona de lavagem e uma Câmara de Fluxo Laminar Vertical (CFLV). Existem três zonas destinadas ao armazenamento, uma delas reservada ao armazenamento de produtos de maiores dimensões, como soros, águas destiladas, entre outros produtos, e produtos inflamáveis, dentro de um armário próprio para o efeito; outra destinada a fármacos oncológicos; e outra reservada aos outros fármacos e dispositivos médicos. Todos os produtos estão organizados por forma farmacêutica e por ordem alfabética, de acordo com a Denominação Comum Internacional (DCI). Existe, ainda, uma zona de atendimento ao público, destinada à dispensa de medicamentos relacionados com acidentes de trabalho.

Os SF possuem o sistema *Kaizen* que tem como objetivo uma melhoria contínua do serviço. Um dos procedimentos pertencentes a este sistema é o *Kanban*. Cada produto tem um *kanban* associado, onde está explícito o ponto de encomenda e a quantidade a encomendar desse mesmo produto. Quando o ponto de encomenda é atingido, o *kanban* é retirado e colocado em sítio próprio para que depois se proceda à encomenda.

## 5. Análise SWOT

A seguinte análise SWOT tem como objetivo analisar, de forma crítica o estágio curricular realizado em farmácia hospitalar.

**Tabela I:** Análise SWOT

<p><b>Pontos Fortes</b> <i>Strengths</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificação do estágio curricular</li> <li>• Equipa de trabalho</li> <li>• Organização da equipa de trabalho</li> <li>• Autonomia</li> </ul>
<p><b>Pontos Fracos</b> <i>Weaknesses</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de substituição da direção técnica</li> <li>• Gestão de estupefacientes, psicotrópicos e hemoderivados</li> <li>• Preparação de citotóxicos e nutrições parentéricas</li> <li>• Serviço de ambulatório</li> </ul>
<p><b>Oportunidades</b> <i>Opportunities</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconciliação terapêutica</li> <li>• Reuniões multidisciplinares</li> <li>• Inventário de stock</li> <li>• Realização de um trabalho de pesquisa</li> <li>• Preparação de produtos não estéreis</li> </ul>
<p><b>Ameaças</b> <i>Threats</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento de alguns medicamentos citotóxicos</li> <li>• Duração do estágio</li> <li>• Plano de estudos do MICEF</li> </ul>

### 5.1. Pontos Fortes

#### Planificação do estágio curricular

Os SF deste hospital estão, essencialmente, organizados em duas áreas distintas.

Uma das áreas destina-se à preparação de produtos estéreis, como a preparação de citotóxicos e aditivação de nutrições parentéricas, preparação e dispensa de medicação oral usada nos tratamentos oncológicos.

A outra área destina-se à validação de prescrições do regime de internamento tendo em consideração o diagnóstico médico, dose prescrita, posologia, via de administração, interações medicamentosas, presença de alergias medicamentosas e de duplicação terapêutica; preparação da medicação em gavetas individuais diárias em dose unitária (IDDU); dispensa de medicamentos em regime de ambulatório; preparação de produtos não estéreis; reembalagem; gestão de estupefacientes, psicotrópicos e hemoderivados; gestão de carros de emergência; reuniões multidisciplinares; e reconciliação terapêutica.

Um dos pontos fortes foi a divisão do período de estágio em dois, tendo estado um mês em cada uma das áreas acima abordadas, isto permitiu um contacto direto com todos os procedimentos destinados ao farmacêutico hospitalar e permitiu, também, um contacto com toda a equipa.

### Equipa de trabalho

Os SF do Hospital CUF Porto possuem uma equipa de trabalho jovem e dinâmica, o que permitiu uma maior facilidade de integração e um excelente ambiente de trabalho, com a possibilidade de partilha de experiências e esclarecimento de dúvidas que foram surgindo no decorrer do estágio.

### Organização da equipa de trabalho

A organização dos SF deste hospital foi também bastante benéfica no sentido em que todas as tarefas estavam bem atribuídas e divididas por toda a equipa, ou seja, existiam três farmacêuticos mais direcionados para a área da oncologia, dois para a área de validação e preparação de medicação em gavetas IDDU, outro para a gestão de estupefacientes, psicotrópicos e hemoderivados e um auxiliar de ação médica encarregue da gestão e receção das encomendas.

Considero este ponto como forte, uma vez que, sempre que surgia uma dúvida mais específica era fácil perceber a quem dirigir para a esclarecer de forma mais eficiente e pormenorizada.

### Autonomia

A autonomia que foi permitida durante todo o estágio, com a possibilidade de realização de diversas tarefas de forma independente, como a gestão de estupefacientes, psicotrópicos e hemoderivados, preparação de manipulados não estéreis, preparação de medicação citotóxica oral, foi também uma mais valia.

## **5.2. Pontos Fracos**

### Processo de substituição da direção técnica

Um dos principais pontos fracos do estágio foi o facto de os SF estarem num processo de substituição da direção técnica, o que levou a alguma confusão no momento em que era necessário esclarecer alguns assuntos. Este ponto pode também ser considerado uma

oportunidade, no sentido em que permitiu perceber o funcionamento de todo o processo que envolve a troca da direção técnica.

### Gestão de estupefacientes e psicotrópicos

Tendo em conta o Decreto-Lei nº 15/93 que define o “Regime jurídico do tráfico e consumo de estupefacientes e psicotrópicos”, a gestão de estupefacientes e psicotrópicos é realizada tendo por base um circuito específico. Todos os estupefacientes e psicotrópicos estão armazenados num cofre e a sua distribuição é feita através de um sistema de reposição de stock. É preenchida uma requisição que contempla, informação sobre o fármaco a sair da farmácia, o serviço a que se destina, a quantidade fornecida e um espaço destinado ao preenchimento, por parte dos enfermeiros, com a identificação do doente e a quantidade administrada. Este impresso apresenta um duplicado que fica arquivado no serviço, sendo o impresso original devolvido à farmácia, de forma a proceder-se à sua reposição. Antes dos fármacos saírem da farmácia é feito o registo, num livro específico de entradas e saídas, do número da requisição que vai sair, do fármaco e do serviço. Neste livro é feita também a contagem e registo da quantidade do fármaco que fica em stock. Os fármacos, quando entregues aos serviços, são acompanhados por um caderno de registo do transporte, que deve ser assinado pelo enfermeiro aquando da entrega do fármaco.

A gestão de hemoderivados, rege-se pelo Despacho nº 10286/2017 e funciona de forma muito semelhante aos estupefacientes e psicotrópicos. Existe igualmente um impresso específico que deverá ser preenchido e deverá acompanhar o hemoderivado para o serviço e regressar à farmácia assim que tenha sido utilizado. Este impresso permite que exista uma rastreabilidade dos lotes, para o caso de ocorrência de algum problema. O registo no caderno de transporte também tem de ser feito.

O processo moroso da gestão de estupefacientes, psicotrópicos e hemoderivados, acima explicado, é outro ponto fraco a assinalar. Quase todos os dias era necessário dispensar a manhã inteira para a realização deste procedimento.

### Preparação de citotóxicos e nutrições parentéricas

A preparação dos produtos citotóxicos é realizada numa CFLV. Antes da preparação dos mesmos, o médico prescriptor ativa o protocolo relativo ao tratamento do doente em questão. De seguida, um farmacêutico faz a validação do mesmo, tendo em conta o peso do doente, a altura, superfície corporal, dose do fármaco e solução de diluição. Posteriormente, é atualizado o histórico do doente, onde contempla o diagnóstico médico e todos os protocolos anteriores feitos, incluindo as diferentes doses do mesmo. O mapa de produção e

os rótulos são impressos. Em seguida, são colocados todos os fármacos necessários e as respetivas soluções de diluição num tabuleiro de metal que é depois colocado no transfere da CFLV. Os prazos de validade e os lotes de todos os produtos utilizados são registado no mapa de produção. Enquanto este processo decorre, outro farmacêutico equipa-se na antecâmara, com touca, proteção de sapatos, bata, luvas e máscara. Seguidamente, entra na câmara, pulveriza todo o material e fármacos necessários com álcool a 70% e procede à preparação do tratamento. Este processo está sujeito a uma dupla validação, por parte do farmacêutico que fica no exterior, através de uma câmara presente no interior da CFLV. Após terminada a preparação, o citotóxico é acondicionado numa embalagem secundária, rotulado e colocado novamente no transfere, para ser depois levado para o Hospital de Dia.

A aditivação de nutrições parentéricas é também feita numa outra CFLV. Estas duas câmaras apenas partilham a antecâmara, zona destinada para o farmacêutico se equipar. As nutrições parentéricas são preparadas à segunda, quarta e sexta-feira e são sempre preparadas para uso no próprio dia e no dia seguinte, caso esteja assim prescrito. O saco da nutrição parentérica e os respetivos aditivos são igualmente colocados num tabuleiro de metal e colocados dentro do transfere. À semelhança do processo anterior, todo o material e fármacos utilizados são pulverizados com álcool a 70%. O equipamento utilizado pelo farmacêutico operador é o mesmo da preparação de citotóxicos e existe igualmente uma dupla validação através do mesmo processo. Após a preparação procede-se à rotulagem para, depois, poder ser enviada para os serviços respetivos. Este processo fica todo registado num dossier, onde é aberto um lote interno relativo ao produto e é especificado informação sobre o doente, o tipo de nutrição, os aditivos utilizados e os respetivos prazos de validade e lote. Juntamente com esta informação, fica também anexada a prescrição médica.

As CFLV acima referidas estão sujeitas a um controlo microbiológico. Este controlo é realizado diariamente no caso da câmara destinada à preparação de citotóxicos, e à segunda, quarta e sexta-feira, no caso da câmara destinada à aditivação das nutrições parentéricas. Este controlo é efetuado recorrendo a placas de meio de gelose de sangue e placas de Sabouraud. Em cada um dos meios de cultura, é testado ao ar dentro da câmara e os dedos do operador.

Considero este ponto como menos bom, uma vez que apenas foram realizadas as tarefas fora da CFLV. Relativamente à preparação, em si, dos produtos, no interior na CFLV, apenas foi possível a observação da mesma, e não a realização prática.

#### Serviço de ambulatório

A dispensa de medicamentos em regime de ambulatório é efetuada após a prescrição do médico. A medicação é preparada para um máximo de 7 dias, com exceção de certos

fármacos que exigem um tratamento contínuo durante mais tempo, como é o caso de antibióticos. A medicação é colocada em sacos individuais que são rotulados com a identificação do doente, nome do fármaco, dosagem, posologia e recomendações de utilização.

O serviço de ambulatório do hospital destina-se essencialmente a doentes que tenham sofrido acidentes de trabalho. Desta forma, o tipo de medicamentos prescritos e, depois, dispensados pelo farmacêutico, foram quase sempre os mesmos, como o paracetamol 1g, diclofenac 50 mg, diclofenac tópico e tramadol. Considero este ponto como fraco, uma vez que não permitiu uma diversidade de dispensas e partilha de informação sobre os medicamentos com os doentes.

### **5.3. Oportunidades**

#### Reconciliação terapêutica

A reconciliação terapêutica é um projeto que foi implementado durante o estágio. Os doentes admitidos no hospital à menos de 24h são convidados para uma conversa com o farmacêutico, onde é recolhida “*Best Possible Medication History*” (BPMH). Nesta conversa, o doente é questionado acerca das suas alergias medicamentosas, a medicação que faz habitualmente e posologia, o uso de suplementos alimentares, chás e recente utilização de antibióticos. Toda esta informação é registada num impresso próprio e depois comparada com a prescrição médica. Todas as discrepâncias encontradas são, posteriormente, esclarecidas com o médico.

Este projeto constituiu uma excelente oportunidade para contactar com os doentes internados e perceber as suas dúvidas e dificuldades com a medicação que habitualmente fazem.

#### Reuniões multidisciplinares

As reuniões multidisciplinares realizam-se diariamente. Na parte da manhã realizam-se as do serviço de cuidados intensivos polivalentes e a do internamento de pediatria e à tarde a do internamento de adultos. Nestas reuniões é discutida a situação clínica de cada doente e a sua terapêutica.

A possibilidade de assistir às reuniões multidisciplinares permitiu o contacto direto com os médicos e enfermeiros dos diferentes serviços e, principalmente, permitiu perceber o real papel do farmacêutico enquanto interveniente no processo clínico dos doentes.

### Inventário de stock

No decorrer do estágio, houve um momento de inventário de todo o stock. Foi uma excelente oportunidade para contactar com todos os produtos existentes e perceber qual a finalidade de cada um. Permitiu, também, perceber todo o procedimento decorrente de uma tarefa destas e analisar as discrepâncias existentes.

### Realização de um trabalho de pesquisa

Durante o estágio foi proposto a realização de um pequeno trabalho de pesquisa sobre as diluições dos fármacos usados no hospital em pediatria. Este trabalho foi realizado durante o horário do estágio e permitiu uma pesquisa aprofundada sobre cada um deles e desenvolver o conhecimento.

### Preparação de produtos não estéreis

Para alguns doentes, sujeitos a tratamentos com citotóxicos e sob prescrição médica, são preparados bochechos com nistatina no laboratório destinado a preparações não estéreis. Antes desta preparação é aberto um lote interno e é preenchida uma ficha de preparação, onde se regista o lote interno, a data de preparação, a identificação do doente, os lotes, validades e fornecedores dos reagentes utilizados e o respetivo prazo de validade do produto após a preparação. Estas fichas contêm a descrição do procedimento a realizar e as condições de conservação. O produto final é rotulado, com o nome do doente, com a composição qualitativa e quantitativa e com o prazo de validade.

No dia-a-dia dos SF do hospital existe, ainda, a necessidade de preparar diversos produtos não estéreis, para além dos bochechos com nistatina, como o álcool a 50%, o ácido acético a 3%, diversos papéis medicamentosos, soluções de hidrato de coral, entre outros, o que se verificou uma excelente oportunidade para aplicar diversos conhecimentos adquiridos durante as aulas práticas do plano de estudos de MICEF.

## **5.4. Ameaças**

### Conhecimento de alguns medicamentos citotóxicos

Considero que o pouco conhecimento relativo à área de medicamentos citotóxicos foi uma ameaça ao longo do estágio, uma vez que dificultou a perceção dos protocolos dos tratamentos oncológicos. Apesar disto, a amabilidade e profissionalismo de toda a equipa fez-se notar, no sentido em que, prontamente, deram resposta a todas as dúvidas que surgiram.

### Duração do estágio

A duração do estágio, de 240 horas, equivalente a cerca de 2 meses, é uma das grandes ameaças, uma vez que é um tempo muito escasso, não permitindo aprofundar o suficiente na realização de todas as tarefas inerentes ao farmacêutico hospitalar. Quando foi sentida a confiança suficiente para realizar todas as tarefas exigidas, estava na altura de terminar o estágio, não deixando tempo para o aperfeiçoamento das mesmas.

### Plano de estudos do MICF

No decorrer dos 5 anos do MICF, as funções e as tarefas do farmacêutico hospitalar são pouco abordadas no plano de estudos. Existe apenas uma unidade curricular, denominada “Farmácia Hospitalar” que aborda um pouco este assunto, mas não existem aulas práticas de forma a ser perceptível o real papel do farmacêutico em termos de atividade profissional.

## **6. Considerações Finais**

A função do farmacêutico hospitalar é de grande importância, na medida em que promove um uso racional do medicamento, evita desperdícios e minimiza problemas relacionados com os medicamentos.

Este estágio foi extremamente produtivo, no sentido em que permitiu o contacto com a realidade profissional do farmacêutico hospitalar e, permitiu, ainda, adquirir alguma experiência neste contexto, tornando-me mais segura das minhas capacidades.

Um dos aspetos a melhorar é, sem dúvida, a duração do estágio, de forma a ser possível um maior aperfeiçoamento de técnicas e integração no contexto de farmácia hospitalar.

## **7. Referências Bibliográficas**

<sup>1</sup> José de Mello – Estrutura e perfil. [Acedido a 4 de abril de 2019] Disponível na internet em <https://www.josedemello.pt/estrutura-e-perfil/>

<sup>2</sup> José de Mello Saúde – Mensagem do Presidente. [Acedido a 4 de abril de 2019] Disponível na internet em <http://www.josedemello.saude.pt/jose-de-mello-saude/mensagem-do-presidente>

<sup>3</sup> O Hospital CUF Porto. [Acedido a 4 de abril de 2019] Disponível na internet em <https://www.saudecuf.pt/unidades/porto-hospital/o-hospital/apresentacao>

## Parte II

### Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Farmácia Vieira e Brito

Março 2019 – Junho 2019

Orientadora: Dra. Ana Veiga

farmácia  
vieira  
e  
brito

ABERTO  
TODOS  
OS DIAS

seg. a sext.  
08:30h às 22:00h  
sáb. e dom.  
9:00h às 20:00h



## **I. Abreviaturas**

ANF – Associação Nacional de Farmácias

DCI – Denominação Comum Internacional

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

PVF – Preço de Venda à Farmácia

PVP – Preço de Venda ao Público

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*

## 2. Introdução

Para além do estágio em Farmácia Hospitalar, realizou-se, também, o estágio em Farmácia Comunitária. Ao longo destes 5 anos, várias foram as unidades curriculares, quer sobre a organização e gestão das farmácias e a farmacologia dos diversos fármacos, quer sobre a legislação existente neste âmbito, que nos prepararam para esta etapa e nos fizeram criar expectativas sobre o mundo profissional. O estágio curricular é, desta forma, importante para colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos e para ter a real perceção do funcionamento de uma farmácia comunitária.

O estágio curricular foi realizado na Farmácia Vieira e Brito, sob orientação da Dra. Ana Veiga, farmacêutica adjunta desta farmácia. Teve início no dia 6 de março de 2019 e terminou a 28 de junho de 2019. O presente relatório consiste numa breve descrição da Farmácia Vieira e Brito e numa análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*), onde serão abordados os pontos fortes, os pontos fracos, as oportunidades e as fraquezas deste estágio.

## 3. A Farmácia Vieira e Brito

A Farmácia Vieira e Brito encontra-se localizada na Rua de São Martinho, no nº 74, em São Martinho de Sande, Guimarães. Foi inaugurada a 18 de setembro de 2003 pela Dra. Margarida Vieira e Brito.

Encontra-se aberta de segunda-feira a sexta-feira, entre as 8h30 e as 22h e, ainda aos sábados, domingos e feriados, das 9h às 20h. A direção técnica encontra-se ao encargo da Dra. Margarida Vieira e Brito e a equipa de trabalho é composta por mais cinco farmacêuticos e três técnicos de farmácia.

A farmácia encontra-se dividida em várias seções, uma delas acessível ao público, onde se encontram os produtos cosméticos, produtos solares, produtos de puericultura e, ainda, um medidor da tensão arterial e uma balança. Por detrás dos três balcões disponíveis para atendimento, tanto nos lineares visíveis ao público como em algumas gavetas, encontram-se alguns dos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM), suplementos vitamínicos e alguns dispositivos médicos. Nestas mesmas gavetas encontram-se, também, alguns Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) com mais rotação, como o caso do paracetamol e do ácido acetilsalicílico. A farmácia dispõe ainda de dois armazéns distintos, um deles mais próximo dos balcões, onde são armazenados alguns medicamentos sob a forma de comprimidos e cápsulas, colírios, gotas e pomadas, por ordem alfabética. O outro armazém encontra-se dividido entre os comprimidos e cápsulas, pós para inalação, injetáveis,

suplementos alimentares e soros, xaropes, pós para soluções orais e ampolas bebíveis, todos eles organizados por ordem alfabética.

A farmácia dispõe, ainda, de um laboratório, de um gabinete de serviços farmacêuticos e de uma zona para a receção das encomendas.

A prestação de serviços à comunidade é um ponto fulcral para esta farmácia. Na farmácia é possível realizar a medição de vários parâmetros bioquímicos, como o colesterol, triglicerídeos e glicémia, e da tensão arterial. Para além disto, todas as terças-feiras de manhã, um elemento da equipa desloca-se à junta de freguesia para a medição gratuita dos parâmetros acima mencionados. A farmácia dispõe, também, de um serviço de administração de injetáveis. Para além do referido, a farmácia realiza, ainda, a preparação da medicação, em *blisters* individuais, para os utentes de dois lares, um centro de dia e um convento. Um outro serviço prestado à comunidade é a realização de consultas de nutrição, podologia e fisioterapia, que são realizadas uma vez por mês, com data a agendar com os utentes.

#### 4. Análise SWOT

A seguinte análise SWOT tem como objetivo analisar, de forma crítica o estágio curricular realizado em farmácia comunitária.

**Tabela I:** Análise SWOT

<p><b>Pontos Fortes</b> <i>Strengths</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa de trabalho</li> <li>• Organização da equipa de trabalho</li> <li>• Planificação do estágio curricular</li> <li>• Aconselhamento de MNSRM e produtos de saúde</li> <li>• Prestação de serviços farmacêuticos</li> </ul>
<p><b>Pontos Fracos</b> <i>Weaknesses</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suporte informático SIFARMA 2000<sup>®</sup></li> <li>• Preparação de manipulados</li> <li>• Espaço das instalações</li> </ul>
<p><b>Oportunidades</b> <i>Opportunities</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formações externas</li> <li>• Atividades de rastreio</li> <li>• Preparação de medicação para instituições</li> </ul>
<p><b>Ameaças</b> <i>Threats</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos esgotados</li> <li>• Conhecimento de alguns medicamentos e produtos de saúde e esquemas terapêuticos</li> <li>• Credibilidade dos estagiários</li> <li>• Receitas Manuais</li> </ul>

#### **4.1. Pontos Fortes**

##### Equipa de trabalho

A Farmácia Vieira e Brito possui uma equipa de trabalho jovem e dinâmica, que procura sempre inovar a todos os níveis da profissão farmacêutica, quer através da variedade de serviços que presta, como o atendimento, o mais personalizado possível, e sempre centrado no utente.

Esta equipa integrou-me muito bem no ambiente da farmácia, havendo sempre um enorme espírito de entreajuda entre todos os elementos, nas mais diversas situações. Este facto permitiu uma maior confiança da minha parte ao balcão, uma vez que estava certa de que quando alguma situação surgisse, em que não estivesse tão bem preparada para a solucionar, teria toda a equipa disposta para me ajudar.

##### Organização da equipa de trabalho

A equipa está uniformemente distribuída por todas as tarefas que é necessário realizar ao longo dos dias. Existem farmacêuticos mais direccionadas para a preparação de medicação para as instituições, outros mais direccionados para o atendimento ao balcão, outros direccionados para a realização das encomendas, gestão do material de laboratório e escritório, gestão das montras, entre muitas outras tarefas.

Assim sendo, sempre que surgia alguma dúvida específica de qualquer área, era mais fácil vê-la esclarecida ao recorrer ao responsável pela mesma. No entanto, toda a equipa tinha conhecimento de todas as áreas.

##### Planificação do estágio curricular

O meu estágio curricular foi organizado e dividido em duas fases. Uma primeira parte decorreu maioritariamente no *back office* da farmácia e a segunda parte no balcão de atendimento ao público.

Numa primeira fase, era minha tarefa a receção de encomendas, onde tinha de confirmar o prazo de validade, o Preço de Venda à Farmácia (PVF) e o Preço de Venda ao Público (PVP) e, ainda, as margens dos produtos. Posteriormente, os MNSR e outros produtos de venda livre eram etiquetados e, depois, todos eles arrumados. Fazia, ainda, parte das minhas tarefas, a gestão de devoluções e posterior regularização das mesmas, através das notas de crédito enviadas pelos fornecedores.

Esta etapa foi essencial para me familiarizar com os produtos existentes na farmácia, perceber quais as suas indicações e posologia mais comuns, associar a Denominação Comum

Internacional (DCI) ao respetivo nome comercial e, ainda, tomar conhecimento de onde estão arrumados. Desta forma, assim que comecei o atendimento ao público, já tinha mais facilidade em encontrar o produto.

Na segunda fase, comecei por assistir a vários atendimentos realizados pelos vários membros da equipa, com o objetivo de adquirir conhecimentos no âmbito do aconselhamento farmacêutico, quais as situações mais decorrentes na farmácia, as perguntas que se devem colocar para perceber melhor o caso clínico que nos é apresentado, e quais as medidas farmacológicas e não farmacológicas mais adequadas para cada caso. Esta fase permitiu, também, conhecer os diversos planos de comparticipação existentes, a parte de dispensa de psicotrópicos e os diferentes tipos de receita.

Após estes períodos, chegou a altura de começar o atendimento ao público, inicialmente com a supervisão de um farmacêutico e, posteriormente, de forma mais autónoma.

#### Aconselhamento de MNSRM e produtos de saúde

A Farmácia Vieira e Brito possui uma enorme diversidade de utentes, no que concerne às diferenças de idade, doenças que possuem e diferentes poderes económicos. Desta forma, o aconselhamento prestado durante estes meses foi muito diversificado, quer ao nível de suplementos vitamínicos, MNSRM e produtos de dermocosmética.

Alguns dos casos clínicos que considero mais relevantes serão mencionados de seguida.

**Caso 1:** Utente do sexo feminino dirige-se à farmácia, refere ser cuidadora de uma idosa de 93 e solicita uma embalagem de Imodium Rapid<sup>®</sup>. Foi questionado à quanto tempo se encontra a senhora com diarreia, cuja resposta foi 8 dias. Após uma pequena conversa, percebe-se, ainda, que a senhora se alimenta mal e ingere muitos poucos líquidos. Tendo em conta todas as características referidas, a utente foi referenciada para uma consulta médica, o mais rápido possível, aconselhando também a ingestão abundante de água ou chá fraco, por forma a repor os fluídos e eletrólitos. <sup>1</sup>

**Caso 2:** Utente do sexo masculino, com cerca de 50 anos, dirige-se à farmácia e refere sintomas de constipação como tosse e nariz entupido. É questionado quanto ao tipo de tosse, ou seja, se é uma tosse seca ou com expetoração. O utente refere ser uma tosse com expetoração. É aconselhado o Fluimucil<sup>®</sup>, comprimidos efervescentes, devendo tomar um comprimido por dia, dissolvido num copo com água, de preferência à noite. <sup>2</sup> Relativamente ao nariz entupido, o utente refere que para além da congestão nasal, sente também rinorreia. É aconselhado o Vibrocil Actilong Duo<sup>®</sup>, devendo aplicar o produto 3 vezes ao dia, com um intervalo mínimo de 6 horas entre cada aplicação, e por um período máximo de 7 dias. <sup>3</sup> É

aconselhada, ainda, a ingestão abundante de líquidos, como água ou chá, de moda a fluidificar as secreções.

#### Prestação de serviços farmacêuticos

A diversidade de serviços farmacêuticos, acima mencionados, prestados por esta farmácia é um fator de enorme relevância, no sentido em que me fez perceber a importância que os utentes dão á farmácia, a confiança que depositam nos que lá trabalham e que, realmente, cada vez mais, “olham” para a farmácia como um espaço de saúde diversificado, onde têm a oportunidade de frequentar consultas de nutrição, podologia e fisioterapia, em horários mais convenientes e com uma enorme vantagem em termos de preço.

A realização de medições de tensão arterial e de determinação de parâmetros bioquímicos, como a glicémia, colesterol e triglicéridos, é outro ponto importantíssimo neste estágio, uma vez que permitiu realizar diversas medições, praticar e ganhar confiança neste âmbito.

#### **4.2. Pontos Fracos**

##### Suporte Informático SIFARMA 2000®

Um dos pontos menos bons deste estágio, foi a utilização do SIFARMA 2000® e não da versão mais recente do SIFARMA. Este facto, deve-se à falta de material informático capaz de suportar de forma rápida e eficiente o novo sistema.

Para colmatar esta lacuna, foi realizado o curso do Módulo de Atendimento do SIFARMA, disponível na plataforma *e-learning* da Escola de Pós-Graduação em Saúde e Gestão da Associação Nacional de Farmácias (ANF). Desta forma foi possível, contactar com o novo SIFARMA e ter uma ideia do funcionamento do mesmo, já que existem diferenças significativas ao nível do funcionamento.

##### Preparação de manipulados

A Farmácia Vieira e Brito não possui serviço de preparação de medicamentos manipulados, uma vez que a mínima quantidade de solicitações deste tipo de preparações não compensa a existência deste serviço. Quando são solicitados este tipo de medicamentos, a farmácia entrega a tarefa à Farmácia Santa Casa da Misericórdia de Braga.

Considero este ponto menos bom, no sentido em que não me permitiu estar em contacto e praticar este tipo de manipulações.

### Espaço das instalações

Tendo em conta a quantidade de serviços que a farmácia presta, as reduzidas dimensões das instalações são um ponto fraco deste estágio. Por vezes, coincidia as consultas de nutrição e podologia no mesmo dia, ficando o gabinete destinado á direção técnica e o laboratório ocupados, não havendo espaço para a realização dos outros serviços, como a preparação da medicação para as diversas instituições nem para a administração de injetáveis.

Este facto tornou, ainda, a circulação dentro da farmácia um pouco confuso, uma vez que se encontrava demasiada gente tendo em conta as dimensões da farmácia.

### **4.3. Oportunidades**

#### Formações externas

No decorrer do estágio tive a oportunidade de frequentar várias formações externas, sobre diversos temas.

Duas das formações foram vocacionadas para a área da cosmética, da Bioderma e Uriage. Nestas formações tive a oportunidade conhecer todos os produtos e perceber as suas indicações para cada tipo de pele ou situação. E, ainda, de contactar e experimentar todos os produtos da marca, de forma a perceber as suas texturas e cheiros para um melhor aconselhamento e informação aos utentes.

Outra formação realizada foi sobre suplementos vitamínicos, da marca Bioativo. Nesta formação foi explicado todos os constituintes utilizados para a elaboração do produto, a função de cada um e em que situação se aplicam.

A marca Fresubin realizou, também uma formação, sobre os seus produtos de suplementação alimentar, dando a conhecer a sua diversidade tendo em conta as diferentes características e necessidades dos utentes. Foram abordados o sabor e a textura dos produtos e as indicações de cada um deles.

Por último, participei numa formação sobre candidíase vaginal e vaginoses bacterianas, onde foi explicado a diferença entre a cada uma delas, ao nível dos sintomas e posterior tratamento.

Dada a diversidade de formações que frequentei, sobre as mais diversas áreas, permitiu aumentar o meu conhecimento, sendo uma ferramenta útil para, depois, atender às necessidades dos utentes da farmácia.

### Atividades de rastreio

No decorrer destes quatro meses de estágio, tive a oportunidade de realizar duas atividades de rastreio, através da medição da tensão arterial e de parâmetros bioquímicos, como a glicémia e o colesterol.

Uma destas atividades foi na Junta de Freguesia na qual se insere a farmácia. Nesta atividade a adesão foi bastante significativa, maioritariamente por utentes mais idosos e reformados. Esta atividade permitiu, não só a prática neste tipo de medições, mas, também, o contacto com estes utentes, de uma forma mais descontraída e com mais tempo para falar nas suas preocupações e necessidades.

A outra atividade realizada foi no âmbito de um evento, denominado “Mais Desporto Mais Saúde”, promovido pelo Centro Social S.Clemente, onde a Farmácia Vieira e Brito participou, em conjunto com outras instituições. Este tipo de iniciativas são de extrema importância, no sentido de dar a conhecer á população o trabalho realizado pela farmácia, para além da dispensa de medicamentos.

### Preparação de medicação para instituições

A Farmácia Vieira e Brito fornece apoio a diversas instituições, como lares, centros de dia e conventos, no sentido de preparar de forma individual a medicação destes utentes.

A farmácia recebe o plano de tratamento dos utentes e as receitas eletrónicas correspondente ao mesmo. Após a validação deste plano de tratamento e o esclarecimento das dúvidas que possam surgir com o enfermeiro ou o médico responsável pela instituição, é preparada a medicação, num *blister* individual, com capacidade para uma semana. Cada *blister* está dividido por cada dia da semana, de segunda a domingo, e pelas várias refeições e situações do dia, nomeadamente, pequeno-almoço, almoço, jantar e deitar. Por vezes, é necessário recorrer a um outro *blister* para introduzir a medicação que deverá ser feita em jejum e ao lanche. Por fim, os *blisters* são todos lacrados e identificados com o nome do utente. Antes do envio para a instituição, os *blisters* são todos verificados por um farmacêutico diferente daquele que fez a preparação.

Durante o estágio tive oportunidade de participar na preparação da medicação e perceber a logística e a gestão que é necessária fazer para que este serviço seja realizado com a qualidade e eficiência desejada.

#### **4.4. Ameaças**

##### Medicamentos esgotados

No decorrer do meu estágio vários foram os medicamentos que se encontraram esgotados, nomeadamente a Aspirina GR<sup>®</sup> e o Lasix<sup>®</sup>.

A Farmácia Viera e Brito procura sempre responder as necessidades dos seus utentes. Mesmo quando os produtos solicitados não fazem parte do stock da farmácia, esta tenta, por todos os meios disponíveis e através dos vários fornecedores, disponibilizar o produto pretendido.

No entanto, no caso dos medicamentos esgotados, não é responsabilidade da farmácia a falta dos mesmos. Neste sentido, muitos dos utentes não entendiam o sucedido, mesmo após explicação da equipa. Este fator tornou-se numa ameaça ao meu estágio, uma vez que nem sempre consegui lidar com a situação e explicar, que realmente, não é responsabilidade da farmácia esta falta.

##### Conhecimento de alguns medicamentos e produtos de saúde e esquemas terapêuticos

As lacunas existentes no meu conhecimento relativamente a alguns medicamentos e respetivos esquemas terapêuticos e alguns produtos de saúde, tornou-se numa ameaça, no sentido em que algumas vezes tive dificuldade em explicar as posologias e nos momentos de indicação farmacêutica.

Esta dificuldade foi colmatada com recurso a toda a equipa, que sempre se mostrou disponível para intervir e me ajudar e, também, com recurso ao sistema informático SIFARMA, através do separador “Informação científica”.

##### Credibilidade dos estagiários

Outro fator que se tornou uma ameaça ao meu estágio foi a falta de credibilidade dada pelos utentes aos estagiários. Em algumas situações, os utentes preferiam ter a opinião de um farmacêutico com mais experiência e, portanto, não confiavam tanto na informação prestada por mim.

Contudo, toda a equipa se disponibilizou a ajudar-me a lidar com estas situações e a reforçar a ideia junto dos utentes que os estagiários precisam de praticar para consolidar e reforçar os seus conhecimentos.

### Receitas Manuais

As receitas manuais são outro fator que considero ter sido uma ameaça ao meu estágio. As principais dificuldades sentidas neste âmbito encontram-se relacionadas com a compreensão da letra do médico e, mesmo quando essa leitura era feita de forma mais fácil, sentia sempre necessidade de confirmar com algum elemento da equipa.

Com o passar do tempo, através da ajuda da identificação da especialidade médica, tornou-se mais intuitivo a identificação da denominação do medicamento, respetiva dose e posologia.

## **5. Considerações Finais**

No decorrer destes quatro meses de estágio, o nervosismo sentido em todos os primeiros atendimentos e a insegurança sempre que era necessário aconselhar algum MNSRM ou produto de saúde, foram ultrapassados por uma maior confiança na realização destas tarefas.

Deste modo, o estágio curricular é importantíssimo, no sentido de nos dar a oportunidade de consolidar e aperfeiçoar todos os conhecimentos adquiridos ao longo destes cinco anos de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF).

A Farmácia Vieira e Brito foi crucial nesta etapa, por todos os conhecimentos transmitidos, disponibilidade, paciência e profissionalismo, à qual só me resta agradecer.

## **6. Referências Bibliográficas**

1. ANF - Fluxograma de indicação farmacêutica - Diarreia aguda. (2018).
2. INFARMED - Resumo das Características do Medicamento - Flumucil® (600 mg) - Comprimidos efervescentes. (2005).
3. INFARMED - Resumo das Características do Medicamento- Vibrocil Actilong Duo® (0.5 mg/ml + 0.6 mg/ml) - Solução para pulverização nasal. (2014).

## **Parte III**

### **A importância da farmácia de oficina e do farmacêutico na cessação tabágica**

Orientadora: Professora Doutora Victoria Bell

## **I. Abreviaturas**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EUA – Estados Unidos da América

FDA – *Food and Drug Administration*

INS – Inquérito Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPCT – Plano Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TSN – Terapêutica de Substituição da Nicotina

WHO FCTC – *World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control*

## **2. Introdução**

### **2.1. Objetivos e metodologia utilizada**

Como resultado da evolução da nossa sociedade e do desenvolvimento da tecnologia, os estilos de vida foram-se alterando, tendo-se verificado um envelhecimento da população, um aumento significativo da taxa de obesidade e de doenças crónicas como a Diabetes, Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), entre outras, assim como o aparecimento de novas doenças.<sup>1,2</sup>

Muitas destas doenças crónicas, cada vez mais frequentes, são causadas por comportamentos menos saudáveis, como o tabagismo, o sedentarismo, uma dieta pouco equilibrada e saudável e o consumo de bebidas alcoólicas em excesso.<sup>3</sup>

O tabagismo é reconhecido pela sociedade como um fator de risco, quer para o fumador, quer para os que o rodeiam, pela exposição ao fumo do tabaco.<sup>4</sup> Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabagismo é a principal causa evitável de doenças crónicas, perda da qualidade de vida e morte no mundo, principalmente nos países desenvolvidos, sendo a causa de diversas doenças oncológicas, respiratórias e cardiovasculares, podendo levar a morte prematura (antes dos 70 anos de idade).<sup>5,6</sup>

Desta forma, o consumo de tabaco é um grave problema de saúde pública, afetando toda a população.<sup>4</sup> A prevenção e a diminuição do consumo do tabaco são uma prioridade em Portugal e uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde.<sup>5,4</sup> Para isso, torna-se necessário conjugar diversas abordagens, tanto educativas, como de prevenção, tratamento, legislativas, económicas e sociais.<sup>7</sup>

O presente trabalho tem como objetivo analisar em que aspetos o farmacêutico pode intervir de forma a ajudar no controlo do tabagismo, quer através de ações de promoção e educação para a saúde, quer durante o processo de cessação tabágica. Numa primeira fase será feita uma breve contextualização sobre a farmácia de oficina e, seguidamente, serão abordados temas relacionados com a problemática do tabagismo. Inicialmente será mencionada alguma legislação existente sobre este assunto, serão apresentados alguns dados estatísticos e será feita uma breve caracterização do tabaco e dos seus efeitos nefastos. Posteriormente, serão abordadas as estratégias existentes para o controlo do tabagismo e os vários tratamentos disponíveis em Portugal. Numa última fase, serão descritas as diferentes etapas onde o farmacêutico poderá intervir e, através da realização de um pequeno inquérito, será analisada a opinião da população acerca da importância do farmacêutico neste âmbito.

## 2.2. A farmácia de oficina

A farmácia é uma ciência e uma profissão sanitária assistencial, de interesse público, que visa atender às necessidades de saúde da população em geral.<sup>2,8,9</sup> Sofreu inúmeras evoluções ao longo dos anos, passando de um espaço de preparação de medicamentos e cura de doenças, para um espaço de saúde, centrado no doente, aumentando, conseqüentemente, a qualidade e a eficácia dos serviços que presta.<sup>2,10-12</sup>

Tendo em conta a Lei nº 131/2015, de 4 de Setembro, que corresponde à quarta alteração ao Estatuto da Ordem dos Farmacêuticos, a profissão farmacêutica, enquanto prestadora de serviços de saúde, corresponde a uma profissão livre e deverá o farmacêutico exercer as suas funções de forma autónoma, tanto a nível técnico, como científico e deontológico. Existe um conjunto de atividades que caracterizam a profissão farmacêutica, entre as quais, preparar, controlar, selecionar, adquirir, armazenar e dispensar medicamentos de uso humano, veterinários e dispositivos médicos em farmácias, serviços farmacêuticos hospitalares e outros serviços farmacêuticos privativos; informar acerca de medicamentos de uso humano, veterinário e dispositivos médicos, tanto junto de profissionais de saúde como de doentes, por forma a promover o seu uso correto; acompanhar, vigiar e controlar a distribuição, dispensa e utilização de medicamentos de uso humano, veterinários e dispositivos médicos; monitorizar fármacos, através da determinação de parâmetros farmacocinéticos e estabelecimento de esquemas posológicos individualizados. O farmacêutico deverá ainda participar em ações de educação dirigidas à comunidade, no sentido de promover a saúde e prevenir a doença, tendo sempre em mente o cidadão em geral e o doente em particular.<sup>13</sup>

O Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de Agosto, “prevê que as farmácias possam prestar serviços farmacêuticos e outros serviços de saúde e de promoção do bem-estar dos utentes”.<sup>14</sup> A educação do utente e o aconselhamento comportamental são serviços indispensáveis, assim como alertar para potenciais fatores de risco para certas doenças, como o alcoolismo, o tabagismo e o excesso de peso.<sup>15</sup>

A existência de programas de trocas de seringas, de cessação tabágica, de terapêutica de substituição opiácea, da gestão de resíduos de medicamentos e de administração de primeiros socorros vieram contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população e da saúde pública.<sup>12</sup>

De um modo geral, as farmácias têm uma distribuição geográfica abrangente, têm horários mais alargados que as outras instituições de saúde, incluindo serviços noturnos, que permite o acesso a todos os utentes 24h por dia, e sem marcação prévia. Desta forma, a população dirige-se com muito mais frequência à farmácia do que a um médico, sendo o

farmacêutico o profissional de saúde mais visitado, tanto pela acessibilidade como pela conveniência.<sup>1,16,17</sup>

A farmácia de oficina assegura um contacto mais direto, centrado e focado nos utentes. Permite o seu acompanhamento ao longo do tempo, através da monitorização da sua condição clínica, revisão e adesão à terapêutica, deteção de alterações na progressão da doença e referenciação ao médico sempre que se justificar.<sup>1,18,19</sup>

### **2.3. A legislação sobre os hábitos tabagísticos**

Em 2003, a OMS constituiu a *World Health Organization Framework Convention on Tobacco Control* (WHO FCTC), que fornece a base para que os diversos países implementem programas de controlo tabágico. Alguns destes programas incluem medidas financeiras e fiscais para reduzir a procura de tabaco, medidas de proteção à exposição ao fumo, de regulação dos constituintes dos produtos de tabaco, de regulação da publicidade e da rotulagem das embalagens, programas de educação e consciencialização pública, de cessação tabágica, e medidas de redução da dependência, do comércio ilícito e da venda de tabaco a menores de idade.<sup>20</sup>

Esta convenção foi transposta e aprovada no nosso país pelo Decreto n° 25-A/2005, de 8 de Novembro.<sup>21</sup>

A Lei n° 37/2007, de 14 de Agosto, designada por “Lei de proteção contra a exposição ao fumo do tabaco”, veio executar o disposto no decreto anteriormente referido. Para além de medidas de redução do consumo e da dependência, medidas de proteção da exposição involuntária ao fumo do tabaco por parte da população não fumadora, de controlo dos ingredientes e emissões, rotulagem e embalagem, a proibição de tabaco de uso oral, a obrigação de notificação dos novos produtos e a proibição da publicidade, promoção e patrocínios do tabaco é também legislada.<sup>20-23</sup>

O primeiro capítulo desta lei pretende limitar o consumo de tabaco em recintos comuns fechados. No entanto, podem ser criadas salas destinadas a fumadores. O acesso a estas áreas só é possível a maiores de 18 anos. Os locais onde é proibido fumar devem estar identificados com um dístico de fundo vermelho. As áreas onde é permitido fumar, o dístico deverá ter fundo azul.<sup>23</sup>

Relativamente à composição dos cigarros comercializados ou fabricados em Portugal, estes não podem ter teores superiores a 10 mg de alcatrão por cigarro, 1 mg de nicotina por cigarro e 10 mg de monóxido de carbono por cigarro. Os fabricantes ou importadores destes produtos devem, anualmente, apresentar à Direção Geral de Saúde (DGS) uma lista de todos

os ingredientes, e suas quantidades, utilizados no fabrico. Esta mesma lista deve ser acompanhada com as razões da inclusão destes ingredientes nos produtos, assim como os dados toxicológicos referentes a cada substância, como os efeitos na saúde e o risco de dependência. As informações que considerem ser segredo de fabrico devem ser especificadas.<sup>23</sup>

No que diz respeito à rotulagem dos maços de cigarros, todos os produtos devem conter as advertências “Fumar mata”, “Fumar prejudica gravemente a sua saúde e a dos que o rodeiam” e, ainda, uma outra complementar que deverá ser escolhida segundo uma lista referente ao anexo II desta lei. Os maços de cigarros não podem conter menos de 20 unidades. Nas embalagens não pode haver nenhuma referência que sugira que um determinado produto de tabaco é menos prejudicial do que outro. O tabaco de uso oral é proibido.<sup>23</sup>

Considerando a venda de produtos de tabaco, é proibida em máquinas de venda automática que não apresentem um dispositivo eletrónico ou bloqueador que impeça o acesso a menores de 18 anos e que não estejam localizadas no interior do estabelecimento e visíveis pelo responsável. A comercialização de caixas a preço baixo ou promocional está proibido.<sup>23</sup>

Relativamente à publicidade, promoção e patrocínio de produtos de tabaco, estas estão completamente proibidas. Apenas é permitida a publicidade ou promoção quando dirigida, exclusivamente a profissionais do comércio do tabaco.<sup>23</sup>

O Estado deve promover a informação aos cidadãos e deve contribuir para a prevenção e controlo do tabagismo. Os serviços de saúde, incluindo as farmácias, devem promover e apoiar a informação e a educação para a saúde, no que diz respeito aos malefícios do tabaco e à importância da cessação. A prevenção e o controlo do tabagismo devem ser abordados no ensino básico e secundário. Esta temática deve fazer parte dos currículos da formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde, incluindo os farmacêuticos. Deverão ser criadas consultas de apoio intensivo à cessação tabágica em todos os Centros de Saúde e Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS).<sup>23</sup>

A Lei n.º 109/2015, de 26 de Agosto, procede à primeira alteração da Lei n.º 37/2007. Acrescentando a obrigação de notificação de novos produtos de tabaco, mencionando os cigarros eletrónicos e os produtos à base de plantas, a rastreabilidade e o elemento de segurança.<sup>22</sup>

Relativamente à limitação do consumo de tabaco em recintos fechados de utilização coletiva, a proibição estende-se agora aos cigarros eletrónicos com nicotina. Nas áreas criadas destinadas a fumadores, para além do disposto na Lei n.º 37/2007, deverá agora estar visível uma indicação com a lotação máxima permitida.<sup>22</sup>

Para além de ser obrigatório que os maços de cigarros contenham pelo, menos 20 cigarros, passa a constar nesta lei a obrigatoriedade de as embalagens de tabaco de enrolar conterem pelo menos 30 g de tabaco.<sup>22</sup>

As embalagens de produtos de tabaco não podem conter nenhum elemento que promova ou incentive o consumo de tabaco, provocando uma ideia errada quanto aos efeitos na saúde, que sugira que o produto é menos nocivo que outros, que se refira ao sabor ou odor e que se assemelhe a um produto alimentar ou cosmético.<sup>22</sup>

Antes da comercialização destes produtos, todos os fabricantes ou importadores de produtos de tabaco deverão apresentar à DGS uma lista de todos os ingredientes e quantidades incluídos nos produtos, os níveis de emissão, os dados toxicológicos pertinentes sobre os ingredientes, incluindo os efeitos sobre a saúde dos consumidores e o risco de criar dependência. Deverá também ser apresentada uma declaração com as razões de inclusão desses mesmos ingredientes e um documento técnico descritivo dos aditivos utilizados e as suas propriedades, no caso de cigarros e tabaco de enrolar. Devem, também, apresentar estudos sobre o mercado e preferências dos vários grupos de consumidores. O fabricantes e importadores devem comunicar à DGS, anualmente, os volumes de vendas.<sup>22</sup>

Relativamente às advertências gerais e mensagens informativas nos produtos de tabaco para fumar, cada embalagem deve conter a advertência “Fumar mata – deixe já” e “O fumo do tabaco contém mais de 70 substâncias causadoras de cancro”. Todas as embalagens de produtos de tabaco deverão apresentar advertências de saúde, acompanhadas de fotografia a cores, de acordo com anexo desta mesma lei. Estas advertências devem basear-se em informações para deixar de fumar, incluindo números de telefone, endereços de correio eletrónico ou sítios na internet destinados a prestar informação sobre os programas de apoio disponíveis.<sup>22</sup>

No que diz respeito aos produtos de tabaco sem combustão, devem conter a seguinte advertência “Este produto do tabaco prejudica a sua saúde e cria dependência”.<sup>22</sup>

Tendo em conta a rastreabilidade, todas as embalagens de produtos de tabaco, comercializadas em Portugal, deverão ser marcadas com um identificador único. Para além deste identificador, deverão apresentar também um elemento de segurança inviolável, uma estampilha especial definida pela Autoridade Tributária e Aduaneira e fornecida pela Imprensa Nacional-Casa da Moeda, S.A..<sup>22</sup>

Relativamente aos cigarros eletrónicos e recargas, estes devem libertar nicotina em níveis consistentes e devem incluir um folheto de informação com as instruções de uso e conservação, as contra-indicações, advertências para grupos de risco específicos, possíveis efeitos adversos, o potencial de criação de dependência e toxicidade e elementos de contacto

do fabricante ou importador. As embalagens deverão ainda conter uma lista de todos os ingredientes, o teor de nicotina e a sua libertação por dose, o número de lote e uma recomendação para manter o produto fora do alcance das crianças. Os cigarros eletrónicos e recargas devem ser seguros para as crianças e à prova de derrame. Os cigarros eletrónicos e as recargas, só podem ser comercializados em recargas próprias que não excedam os 10 ml, em cigarros eletrónicos descartáveis ou em cartuchos não reutilizáveis, os cartuchos ou os reservatórios não podem exceder os 2 ml. Não podem conter mais de 20 mg/ml de nicotina. As embalagens deverão conter a seguinte advertência: “Este produto contém nicotina, uma substância que cria forte dependência. Não é recomendado o seu uso por não fumadores.”<sup>22</sup>

No que diz respeito aos produtos para fumar à base de plantas, cada embalagem deve conter a seguinte advertência “Fumar este produto prejudica a sua saúde”.<sup>22</sup>

Esta lei entrou em vigor a 1 de janeiro de 2016.<sup>22</sup>

A Lei nº 63/2017, de 3 de Agosto, altera a Lei nº 109/2015 e abrange os novos produtos de tabaco sem combustão, reforça a proibição de fumar em espaços destinados a crianças, como parques infantis, a proibição total da publicidade aos produtos de tabaco e cigarros eletrónicos, as medidas de promoção da cessação tabágica, como a comparticipação de medicamentos, e as medidas de proteção da saúde nos locais de trabalho.<sup>24</sup> A comparticipação de medicamentos sujeitos a receita médica utilizados no processo de cessação tabágica veio permitir a acessibilidade deste tipo de medicamentos a um maior número de pessoas.

#### **2.4. Tabagismo: um problema global**

Os maiores problemas e desafios de saúde pública na Europa são o consumo de álcool, de tabaco e a obesidade.<sup>25</sup>

O tabagismo é considerado a segunda maior causa de morte e um fator de risco de 6 das 8 principais causas de morte em todo o mundo.<sup>5</sup>

Em 2015, a prevalência de adultos fumadores em todo o mundo era de 20,7%, num total de 1,1 biliões de adultos, tendo-se verificado uma redução de 2,8% relativamente ao ano de 2007 (23,5%).<sup>26</sup>

Na Europa, no ano de 2013, a prevalência de fumadores com 15 ou mais anos de idade era de 29%. Sendo que prevalência entre os homens foi superior que entre as mulheres (38,5% e 20,7%, respetivamente).<sup>25</sup>

Já no ano de 2017, de acordo com os resultados do Eurobarómetro, 30% dos homens e 22% das mulheres eram fumadores, tanto diariamente como ocasionalmente. Um em cada 4 homens e uma em cada 6 mulheres fumam diariamente.<sup>27</sup>

Relativamente à população mais jovem, segundo dados do estudo *Health Behaviour in School-aged Children*, na Europa, em 2014, 1,6% das crianças do sexo masculino e 0,7% das crianças do sexo feminino, com 11 anos de idade fumavam pelo menos uma vez por semana. Estas percentagens aumentaram para 4,2% e 3,7%, para rapazes e raparigas, respetivamente, com 13 anos de idade.<sup>25</sup>

Pensa-se, ainda, que o número de fumadores passivos seja, pelo menos, o dobro do número de fumadores ativos.<sup>28</sup>

De acordo com o relatório de 2015 da OMS sobre a Epidemia Global do Tabaco, todos os anos, aproximadamente, 6 milhões de pessoas morrem devido a doenças relacionadas com o tabagismo, incluindo mais de 600.000 só pela exposição ao fumo ambiental de tabaco. Este número ultrapassa a soma das vítimas de VIH/SIDA, malária e tuberculose. Estima-se que, até ao fim de 2030, este número suba para 8 milhões. Se nada for feito, relativamente ao consumo de tabaco, até ao fim deste século, este número irá alcançar os 1000 milhões de mortes, tornando-se, assim, a maior causa de morte prematura em todo o mundo.<sup>5</sup> Se os atuais fumadores não pararem de fumar, o número de mortes irá continuar a aumentar, uma vez que temos de ter em atenção ao tempo de latência entre o início do consumo e o aparecimento de doenças relacionadas com o tabaco.<sup>4</sup>

Vários aspetos são responsáveis pela globalização do tabagismo, entre eles, o marketing produzido pelas indústrias deste tipo de produtos e direcionado em especial a jovens e crianças, mais vulneráveis à experimentação; e a publicidade enganosa quanto aos efeitos nocivos para a saúde dos produtos do tabaco.<sup>5</sup>

### **3. Tabagismo**

#### **3.1. Definição**

O tabaco teve origem em 1492, no continente Americano, tendo chegado à Europa através de Cristóvão Colombo. Em Portugal, foi introduzido no século XVI e até ao século XVII eram-lhe atribuídas propriedades terapêuticas, tendo sido usado por médicos para curar doenças como a asma, cancro e a depressão, e o seu consumo começou a ser relevante, através de tabaco sob a forma de rapé, charutos e cachimbo. A partir de 1881, após a criação da máquina de enrolar cigarros, verificou-se a expansão do consumo de cigarros, com particular destaque para as duas Grandes Guerras Mundiais. A partir de meados do século XX começou a ser demonstrado o seu efeito prejudicial para a saúde.<sup>20,29,30</sup>

O tabaco pode ser consumido de diferentes formas, através de cigarros, cachimbos, charutos, cachimbos de água, tabaco de mascar, entre outros produtos, e pode ser preparado de diversas maneiras.<sup>26,29</sup>

Este tipo de produtos está constantemente a evoluir, com o aparecimento de novas apresentações, como os cigarros eletrónicos, com o objetivo de atrair os consumidores e os tornar mais dependentes.<sup>26</sup>

Os cigarros eletrónicos consistem em dispositivos, no qual o líquido presente no seu depósito ou cartucho, geralmente com nicotina, é vaporizado. O aerossol resultante é inalado pelo fumador. No entanto, substâncias como o alcatrão e o monóxido de carbono não são inaladas, uma vez que não há combustão.<sup>31</sup>

O cigarro eletrónico, apesar de não utilizar o método de combustão de um cigarro convencional, utiliza o calor para libertar a nicotina. Este produto, geralmente, é apresentado ao público como um método para a cessação tabágica, porém, este contém nicotina em valores indeterminados e o vapor produzido é um composto irritante.<sup>29</sup>

O hábito de fumar é uma doença crónica, causadora de dependência quer física quer psicológica e é iniciado, geralmente, na adolescência.<sup>5</sup>

O mecanismo da dependência tabágica engloba diversos fatores, tanto genómicos como não genómicos.<sup>20</sup> Nem todos os adolescentes que experimentam se tornam fumadores habituais. Padrões sociodemográficos e algumas características pessoais (idade, género, classe social, nível de escolaridade, familiares, adoção de comportamentos impulsivos e rebeldes, baixo rendimento escolar, consumo de álcool, facilidade de acesso ao tabaco) assim como diferenças genéticas ao nível dos recetores cerebrais para a nicotina podem explicar a variabilidade que existe em relação à iniciação do consumo do tabaco.<sup>4,5,32,33</sup> Alterações genéticas que influenciem o metabolismo da nicotina poderão também aumentar esta suscetibilidade.<sup>20</sup>

A depressão, ansiedade e o *stress* são também alguns dos motivos que levam à iniciação do consumo.<sup>20</sup>

O desenvolvimento de dependência é obtido através de uma ação recíproca entre um mecanismo de reforço positivo e um mecanismo de reforço negativo. O positivo tem por base um comportamento repetido que provoca uma sensação de prazer e de recompensa. Esta sensação contribui para a repetição do comportamento e deve-se ao facto de as substâncias psicoativas aumentarem a concentração de dopamina no *striatum*. O mecanismo de reforço negativo tem início quando este sentimento de satisfação começa a desaparecer. Este efeito é causado pela sobre estimulação do tabaco e resulta numa motivação para manter a

dependência e o consumo de tabaco. O reforço positivo tende a diminuir com o uso repetido do tabaco, enquanto que o negativo tende a aumentar.<sup>20</sup>

Os sintomas associados à dependência poderão surgir pouco tempo depois de um uso ocasional, antes ainda de esse consumo se tornar regular.<sup>4</sup>

Desde 1992 que a dependência da nicotina está incluída na 10<sup>a</sup> Classificação Internacional das Doenças. Considera-se que existe dependência quando, pelo menos, 3 dos seguintes critérios estiverem presentes de forma repetida: forte desejo ou compulsão para consumir a substância; dificuldade em controlar o consumo; síndrome de abstinência; desenvolvimento de tolerância; perda progressiva do interesse por atividades sociais, laborais ou de lazer; persistência do consumo, mesmo quando já existem sintomas de doença.<sup>32</sup>

### **3.2. Constituintes do tabaco**

O tabaco tem origem a partir das folhas da *Nicotiana tabacum*, planta da família *Solanaceae*, que depois de estarem secas são utilizadas para o fabrico de diversos produtos, como cigarros, tabaco para cachimbos, charutos, entre outros.<sup>6</sup>

Na folha do tabaco, estão presentes 16 substâncias químicas cancerígenas. No entanto, este número aumenta aquando da combustão do tabaco, passando para mais de 50, como os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, as N-nitrosaminas, as aminas aromáticas, os aldeídos.<sup>30</sup>

Este fumo contém mais de quatro mil substâncias com efeitos tóxicos e irritantes, como por exemplo, o monóxido de carbono, a acetona, o metano, o formaldeído e a amónia. Outras das substâncias são alguns metais pesados e substâncias radioativas, como por exemplo o polónio.<sup>4,6,32</sup>

Uma das substâncias mais conhecidas presentes no tabaco é a nicotina, uma substância psicoativa e tóxica, com grande capacidade de induzir dependência, através de processos muitos semelhantes aos da heroína e da cocaína.<sup>4,5,6</sup> Esta substância é um alcaloide vegetal, composto orgânico constituído por carbono, hidrogénio, nitrogénio e oxigénio, e está presente tanto na planta como no fumo. Apresenta propriedades psicoativas, podendo levar a alterações do humor.<sup>4,32</sup> O modo de fabrico deste tipo de produtos leva a que a nicotina atinja rapidamente o cérebro, em menos de 10 segundos, após ser absorvida pelos pulmões, mucosa da boca, fossas nasais e orofaringe, atingindo a corrente sanguínea e distribuindo-se por todo o organismo.<sup>4,5,32</sup> Esta substância ativa os recetores colinérgicos nicotínicos, no mesencéfalo, produzindo e libertando dopamina através dos neurónios axonais, permitindo assim uma melhoria da atenção e da memória. Esta estimulação nicotínica atua também

sobre outras áreas cerebrais como o hipocampo, sobre o córtex pré-frontal e age sobre as funções do controlo do comportamento e do controlo emocional. Atua também sobre o sistema noradrenérgico, relacionado com as respostas ao stress e implicado na depressão. Para além da dopamina, outros neurotransmissores são libertados, como o glutamato, GABA e norepinefrina, podendo todos eles estar envolvidos no mecanismo de recompensa, indução de dependência e sintomas de abstinência.<sup>4,32</sup> Nos utilizadores mais recentes, a nicotina reduz o tempo de reação, o stress e a ansiedade e diminui o apetite. Porém, esta substância induz tolerância, o que quer dizer que a exposição continuada leva à redução destes efeitos, levando, desta forma, a um aumento da quantidade consumida.<sup>4,32</sup> A nicotina é tóxica, como referido anteriormente, e bem absorvida no estado não ionizado, independentemente da via de administração utilizada. Esta toxicidade depende da dose, da duração da exposição, da frequência de administração, da via de administração, de outros constituintes que estejam presentes no produto e das características individuais de cada pessoa.<sup>29</sup>

A nicotina é metabolizada maioritariamente, no fígado, em cotinina e, depende da ação do citocromo P450, que contém diferentes isoenzimas. As pessoas que metabolizam lentamente a nicotina, fumam menos, enquanto que os que metabolizam rapidamente, fumam mais.<sup>30</sup>

O alcatrão é outra substância presente e apresenta-se sob a forma de uma substância gomosa e acastanhada, responsável pelo amarelecimento dos dedos e dos dentes dos fumadores. É constituído por mais de 3500 substâncias químicas, algumas das quais com propriedades cancerígenas, como os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos e as nitrosaminas.<sup>4,32</sup>

O monóxido de carbono, gás inodoro, é formado durante a combustão do tabaco. É uma substância tóxica para o organismo, uma vez que tem uma grande afinidade para a hemoglobina, levando à formação de carboxi-hemoglobina, reduzindo a sua capacidade de transportar o oxigénio para as células dos tecidos e órgãos. Esta substância tem vindo a ser associada à doença isquémica coronária, através da interferência com a oxigenação do miocárdio, aumento da adesividade das plaquetas e dos níveis de fibrinogénio.<sup>4,32</sup>

Para além das substâncias acima mencionadas, os produtos de tabaco contêm ainda inúmeros outros produtos químicos que potenciam a dependência. A adição de substâncias como o mentol, muito em voga nos dias de hoje, para além de disfarçar o aroma do fumo do tabaco, anestesia as vias respiratórias superiores, levando a uma inalação mais profunda, favorecendo a absorção sistémica e a dependência.<sup>5</sup>

A OMS declara que todos os produtos contidos no tabaco são nocivos para a saúde da população e não existe um limiar seguro para a sua exposição.<sup>4</sup>

A Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos da América (EUA), classificou o fumo ambiental do tabaco no Grupo A de carcinogéneos.<sup>34</sup>

#### **4. Efeitos prejudiciais para a saúde**

O consumo de tabaco e a exposição ao fumo do mesmo, é um dos principais fatores de risco de diversas doenças, como cancros, em diferentes localizações, doenças respiratórias e cardiovasculares, afetando também a saúde oral, ocular e reprodutiva. Poderá, também, comprometer a função imunitária e provocar um sério impacto negativo no desenvolvimento fetal e futuro desenvolvimento das crianças. Deste modo, o tabagismo compromete todo o organismo.<sup>4,5</sup>

Segundo o *Institute of Health Metrics and Evaluation*, em Portugal, no ano de 2016, o tabaco foi responsável por 46,4% das mortes por DPOC; por 19,5% das mortes por cancro; por 12,0% das mortes por infeções respiratórias do trato inferior; por 5,7% das mortes por doenças cérebro-cardiovasculares; e por 2,4% das mortes por diabetes.<sup>24</sup>

Relativamente ao desenvolvimento de doenças oncológicas, estas, são provocados por diversas substâncias carcinogénicas presentes, quer no tabaco, quer no fumo do mesmo. Existe uma relação causal comprovada entre o tabaco e 16 tipos de cancro, entre os quais, do pulmão, da cavidade oral, da faringe, da laringe, do esófago, do pâncreas, da bexiga, do rim, do estômago, do colo do útero, do fígado, entre outros. A nicotina tem um papel fundamental no desenvolvimento do cancro do pulmão, uma vez que contribui para o aumento da proliferação, migração, invasão e angiogénese. A mortalidade por cancro do pulmão é 25 vezes maior nos fumadores do que nos não fumadores. A exposição ao fumo do tabaco em ambiente familiar por parte de um não fumador, aumenta o risco de cancro do pulmão em 20 a 30%, e a exposição no ambiente de trabalho aumenta em 12 a 19%.<sup>6,20</sup> Em Portugal, no ano de 2013, o consumo de tabaco provocou a morte de 5460 pessoas por cancro, correspondendo a 21% do total de mortes devido a esta causa. No que diz respeito à exposição ao fumo, esta provocou a morte de 28 pessoas por cancro da traqueia, brônquios e pulmão.<sup>35</sup>

No que diz respeito às doenças respiratórias, o hábito tabágico é umas das causas de enfisema e bronquite crónica, conhecidos por DPOC. Cerca de 90% dos casos de enfisema são devido ao tabaco e a mortalidade associada à DPOC é 14 vezes superior nos fumadores, relativamente aos não fumadores.<sup>6</sup> O risco de desenvolver DPOC é diretamente proporcional ao número de cigarros consumidos por dia e existe um efeito cumulativo ao longo dos anos.<sup>36,37</sup> O tabagismo é o fator de risco mais importante desta doença e não existe mais nenhuma intervenção, para além da cessação tabágica, que melhore significativamente a sobrevida destes doentes, independentemente da gravidade e do estágio da doença. Os

fumadores com esta patologia têm algumas características especiais que condicionam o processo de cessação. Entre elas, apresentam consumos mais elevados de tabaco e maior dependência da nicotina; níveis mais altos de monóxido de carbono no ar exalado; inalam de uma forma mais profunda e rápida que os restantes fumadores, estando sujeitos a uma maior exposição às substâncias tóxicas do tabaco; e apresentam algumas alterações psiquiátricas, como depressão.<sup>37</sup> No ano de 2013, em Portugal, o consumo de tabaco, provocou a morte de 2943 pessoas por doenças respiratórias crónicas.<sup>35</sup> Relativamente às infeções respiratórias, estas provocaram a morte de 968 pessoas, das quais 76 (7,9%) foram devido à exposição ao fumo. O consumo de tabaco contribuiu, ainda, para a morte de 22 pessoas por tuberculose.<sup>35</sup>

As doenças cardiovasculares englobam a doença coronária, a doença cerebrovascular, o aneurisma da aorta e a doença arterial periférica. O risco de morte devido a este tipo de patologia é 1,6 vezes maior num fumador do que num não fumador, aumentando este número para 1,9 para aqueles que fumam mais intensamente. A exposição ao fumo do tabaco aumenta o risco de doenças cardíacas coronárias em 25 a 30%. Pensa-se, também que exista uma relação entre o tabagismo e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), embora ainda não esteja comprovada.<sup>6,20</sup> Em 2013, em Portugal, o consumo de tabaco foi responsável pela morte de 2520 pessoas por doenças do aparelho circulatório. A exposição ao fumo provocou a morte de 306 pessoas por doenças cerebrovasculares e isquémica cardíaca.<sup>35</sup>

O consumo de tabaco poderá ainda provocar anomalias no aparelho gastrointestinal, nomeadamente, refluxo gastro esofágico, úlcera péptica gástrica e duodenal e doença de *Chron*. O tabagismo parece inibir a secreção de muco gástrico, a produção de prostaglandinas citoprotetoras e a secreção de bicarbonato pancreático, diminuindo assim o fluxo sanguíneo ao nível da mucosa gástrica.<sup>30</sup>

Existe uma relação causal entre o hábito de fumar e o aparecimento de cataratas, periodontite e cáries.<sup>30</sup> Outras doenças associadas a esta dependência consistem na rinite crónica, esclerose múltipla e artrite reumatoide.<sup>6</sup>

É ainda importante referir que o risco de desenvolver diabetes é 30 a 40% superior em indivíduos fumadores e existe uma relação entre o número de cigarros fumados por dia e o risco de desenvolver esta patologia.<sup>20</sup> Os fumadores diabéticos têm um risco mais elevado de morrer precocemente.<sup>6</sup> No ano de 2013, em Portugal, o consumo de tabaco contribuiu para a morte de 112 pessoas por diabetes.<sup>35</sup>

Existem populações mais específicas e vulneráveis que deverão ter uma especial atenção por parte dos profissionais de saúde.<sup>20</sup>

Na infância e na adolescência, o consumo de tabaco e a exposição ao fumo é particularmente prejudicial na maturação e função pulmonar, pode provocar o agravamento

da asma e dificultar o seu controlo e reduzir a aptidão física. Está também associado a um aumento da tosse e expetoração, diminuição de rendimento físico e aumento dos lípidos no sangue, como o LDL.<sup>4,24,32</sup> Alguns estudos revelam uma relação causal entre o tabagismo durante a adolescência e a aterosclerose aórtica abdominal precoce em adultos jovens.<sup>24</sup>

Nas mulheres, poderá haver uma diminuição da fertilidade, uma menopausa precoce, aparecimento de osteoporose e, em conjunto com a pílula contraceptiva combinada, pode levar a um aumento do risco de doença cardiovascular, mais especificamente enfarte do miocárdio.<sup>4,6,32</sup>

Nas grávidas, os riscos estão relacionados com o bebé e com a mãe. Existe uma relação causal entre o tabagismo durante a gravidez e a síndrome de morte súbita, que ocorre entre o primeiro mês e um ano de vida, assim como, com a diminuição da função pulmonar da criança, o baixo peso do bebé ao nascer, o nascimento prematuro, o descolamento da placenta e a mortalidade perinatal. Poderá, também, aumentar o risco de aborto espontâneo. O desenvolvimento cerebral do feto também poderá ser comprometido, podendo resultar em défices da função cognitiva.<sup>4,6,32</sup>

Nos homens, o tabagismo poderá provocar alterações no esperma, havendo também uma relação entre o tabaco e a disfunção erétil.<sup>6</sup>

Para além das doenças acima referidas, o tabaco pode ainda interagir com diversos medicamentos. Os hidrocarbonetos policíclicos aromáticos, resultantes da combustão do tabaco, são potentes indutores do citocromo P450. Assim sendo, todos os medicamentos metabolizados por esta isoenzima irão ser metabolizados mais rapidamente nos fumadores, diminuído, assim, o efeito farmacológico, podendo levar a uma necessidade de maiores doses. Alguns exemplos de fármacos são a morfina e o fentanilo, o propofol, as benzodiazepinas, a fluvoxamina, a olanzapina, a rivastigmina, a varfarina, a heparina, a furosemida, os bloqueadores beta, as insulinas, entre muitos outros.<sup>38</sup>

## **5. Epidemiologia da dependência em Portugal**

Os cigarros são o produto de tabaco mais consumido em Portugal, sendo que 85,7% dos fumadores optam por estes produtos, 5,1% prefere o tabaco de enrolar, 4,3% o charuto, 2,2% o cachimbo, 2,2% o cigarro eletrónico e 0,6% as cigarrilhas.<sup>39</sup>

Tendo em conta os dados obtidos pelo Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2014, realizado em Portugal, estima-se que 1,8 milhões de pessoas, correspondente a 20,0% da população, com idade igual ou superior a 15 anos, sejam fumadoras. Destes, 1,2 milhões são homens (27,8%) e 0,6 milhões são mulheres (13,2%). No que toca aos fumadores diários, estes são 1,5 milhões (16,8% da população geral) e 288 mil fumavam ocasionalmente.<sup>5,35,40,41</sup>

Segundo o IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, em Portugal, nos anos de 2016/2017, o consumo diário de tabaco aumentou para os 26,3% (23,5% no sexo masculino e 10,9% no sexo feminino) (Anexo 1).<sup>39</sup> O consumo ocasional tem, também vindo a aumentar, em ambos os sexos.<sup>24</sup>

Relativamente ao consumo de tabaco durante a gravidez, os dados recolhidos pelo INS 2014 constataram que 9,7% das mulheres fumaram durante a última gravidez.<sup>35</sup>

Em 2015, um estudo sobre os consumos de álcool, tabaco, drogas e outros comportamentos aditivos e dependências, concluiu que cerca de 40% dos alunos a frequentar o ensino público (entre os 13 e os 18 anos) disseram já ter fumado. Nesta faixa etária, a prevalência do consumo sofreu um aumento de 4% para 32%, com o avançar da idade (Anexo 2).<sup>40</sup>

Segundo o IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, em Portugal no ano de 2016/2017, o motivo mais referido para justificar o início de consumo de tabaco foi a curiosidade/vontade de experimentar (43,6%), seguindo a influência dos amigos/para acompanhar os amigos (36,9%) e a presença em momentos festivos (18,7%).<sup>39</sup>

Relativamente à cessação do consumo, o INS, realizado durante 2014 e 2015, revelou que 500 mil portugueses tinham deixado de fumar (21,7%) (Anexo 3).<sup>40,41</sup>

Um outro estudo, realizado pelo Eurobarómetro em 2017, apurou que cerca de um terço da população fumadora tentou deixar de fumar em algum momento, o que corresponde a 35,7%. Dos fumadores que tentaram deixar, 4 em cada 5 (83,4%), fizeram-no sem assistência profissional.<sup>24</sup>

Estima-se que cerca de 70% da população fumadora gostaria de deixar de fumar, caso pudesse fazê-lo com facilidade.<sup>32</sup>

Segundo o IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, em Portugal no ano de 2016/2017, 27,2% da população que deixou de fumar apontam como motivo a consciencialização dos riscos do consumo do tabaco, 20,9% apontam as consequências na saúde que o consumo estava a provocar, 8%, refere o elevado preço do tabaco e 8% apontam o conselho do médico.<sup>39</sup>

Relativamente à exposição ao fumo passivo, no INS 2014, 1 em cada 10 pessoas com residência em Portugal, com idade igual ou superior a 15 anos, estava exposta diariamente, o que corresponde a 762 mil pessoas (8,6%). A maioria estava exposta durante 1 ou mais horas por dia (5%). Os homens são os que apresentam uma prevalência de exposição superior. Os espaços de lazer são o principal local de exposição (38,3% dos inquiridos), seguindo-se a casa e o local de trabalho.<sup>24,40,41</sup>

Em Portugal, no ano de 2016, o *Institute for Health Metrics and Evaluations* apurou que o consumo de tabaco e a exposição ao seu fumo levou à morte de 11 800 pessoas, tendo este valor sido mais expressivo nos indivíduos do sexo masculino. Verificando-se uma morte a cada 50 minutos devido ao tabaco.<sup>24</sup>

Espera-se que até 2020, haja uma redução da prevalência do consumo de tabaco e da exposição ao fumo do mesmo.<sup>5</sup>

## **6. Estratégias de prevenção, controlo e tratamento**

### **6.1. Em que consistem**

Todos os profissionais de saúde devem participar, ativamente, na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção do tabagismo, principalmente em idades mais precoces, independentemente do tipo de cuidados que prestam e do local de trabalho.<sup>5,32</sup>

As estratégias de prevenção, controlo e tratamento são uma área prioritária para DGS e têm como principal objetivo uma melhoria do estado de saúde individual e coletivo e devem ter uma abordagem global e multidisciplinar de forma a otimizar as diferentes estratégias, tanto as educativas, como as de prevenção, tratamento, legislativas, económicas e sociais.<sup>4,24,32</sup>

As estratégias contra o tabagismo devem focar-se, principalmente, na prevenção, mais concretamente, na prevenção da iniciação dos jovens e prevenção do seu uso mais frequente em certas populações de risco. Deve-se, ainda, encorajar e promover a cessação nos já fumadores, reduzir a quantidade de substâncias maléficas nos cigarros e promover medidas de proteção contra a população não fumadora.<sup>20,28</sup>

As estratégias de prevenção têm algumas dificuldades no sentido em que os malefícios do tabaco apenas são visíveis a longo prazo, ou seja, a doença ou mesmo a morte só começa a dar sinais duas a três décadas após o início do consumo. Para além disto, a dependência física e psicológica que o tabaco proporciona e a aceitabilidade social são outros fatores que dificultam estas estratégias.<sup>42</sup>

Um dos principais impulsionadores da promoção da saúde pública foi a aprovação da primeira WHO FCTC, em maio de 2003, na 56ª Assembleia Mundial de Saúde, a qual fornece uma forte resposta à epidemia global do tabaco.<sup>5,26</sup> Um dos artigos desta convenção prende-se com o facto de que cada estado membro deverá desenvolver medidas efetivas para promover a cessação tabágica e o tratamento da dependência do mesmo. Tendo em conta as *guidelines* para a implementação deste artigo, é importante que os estados membros alertarem a população para as consequências negativas do uso do tabaco e dos benefícios da cessação,

é importante promover a cessação tabágica, é importante que o tratamento esteja disponível e acessível, é importante haver monitorização e avaliação dos programas de cessação tabágica e dos tratamentos da dependência, é, ainda, importante haver partilha de informação entre todos os estados membros. Os países deverão criar *guidelines*, baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, para o tratamento desta dependência. Estas *guidelines* deverão incluir uma estratégia nacional para a cessação e o tratamento. O controlo e tratamento da dependência do tabaco deverá fazer parte do currículo de estudos de todos os profissionais de saúde.<sup>43</sup>

Nos gráficos apresentados nos anexos 4 e 5, podemos observar a percentagem de países que envolvem diferentes profissionais de saúde nos programas de tratamento e aconselhamento sobre a dependência, e a percentagem de países que incluem o tratamento da dependência do tabaco no currículo dos diferentes profissionais de saúde. É possível concluir que apenas 51% dos países envolvem os farmacêuticos neste tipo de estratégias, e apenas 24% dos países abordam este tema no currículo dos farmacêuticos (Anexo 4), (Anexo 5).<sup>44</sup>

Em 2012, é criado, em Portugal, o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT), pelo Despacho n.º 404/2012. Este programa tem por base a WHO FCTC, e apresenta medidas efetivas para a sua implementação, como a monitorização, proteção contra a exposição ao fumo, prestação de ajuda na cessação tabágica, informação e educação sobre os riscos, proibição da publicidade, promoção e patrocínio e ainda aumento dos impostos sobre os produtos de tabaco. Este programa tem como principais objetivos responder às necessidades dos utentes fumadores, através do apoio à cessação tabágica, permitir e facilitar o acesso a terapêutica farmacológica, de forma menos dispendiosa para o utente, e, ainda, aconselhar para a cessação tabágica todos os utentes fumadores com DOPC e mulheres grávidas, e 50% dos restantes utentes fumadores.<sup>5,40,45</sup> Os principais focos são, então, a prevenção da iniciação do consumo nos adolescentes, a promoção da cessação, principalmente na população com menos de 40 anos, nas mulheres durante a gravidez e a proteção contra a exposição ao fumo ambiental do tabaco. De uma forma complementar, é também dada especial importância à promoção da literacia em saúde, à formação profissional e à investigação. Este programa tem como principais metas, a atingir em 2020, a redução da prevalência de fumadores na população com 15 anos ou mais, para um valor inferior a 17%; o abrandamento do aumento do consumo de tabaco pelas mulheres; e a eliminação da exposição ao fumo ambiental do tabaco.<sup>24,40,45</sup>

Em termos práticos, algumas das principais atividades que estão a ser desenvolvidas são a criação de um sistema de informação e monitorização do consumo de tabaco; realização

de consultas de cessação tabágica; implementação de iniciativas de prevenção do tabagismo de âmbito populacional; publicação dos indicadores de monitorização de saúde na área da prevenção e controlo do tabagismo; conclusão dos estudos da exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco, realizado pela Universidade do Minho; promoção da fiscalização das leis relacionadas com o tabagismo; promoção de ações de formação sobre prevenção e tratamento do tabagismo; colaboração com o SNS 24 na área da cessação tabágica; promoção da comparticipação dos medicamentos utilizados na cessação tabágica, mais concretamente os substitutos de nicotina; implementação de campanhas de sensibilização no âmbito da prevenção da exposição ao fumo ambiental e da cessação tabágica, principalmente nas mulheres; celebração do Dia Mundial sem Tabaco, a ser comemorado no dia 31 de maio, e do Dia Nacional do Não Fumador, dia 17 de novembro; promoção do aumento dos preços dos produtos de tabaco; entre outras.<sup>24</sup>

No entanto, a indústria do tabaco, com a emergência de novos produtos, como os cigarros eletrónicos, continua a ser considerada uma enorme barreira, assim como a falta de recursos financeiros para a implementação dos programas acima referidos e a falta de capacidade e conhecimentos por parte dos profissionais de saúde.<sup>44</sup>

## **6.2. Programas de cessação tabágica**

Em 2007, é aprovado em Portugal um programa-tipo de atuação na cessação tabágica, com o objetivo de orientar e normalizar o modo de atuação dos profissionais de saúde em todos os centros de saúde integrados no SNS e nos hospitais públicos.<sup>20,32</sup>

Na prática clínica, podem haver dois tipos de intervenção, uma breve e outra mais intensiva.

A intervenção breve, de curta duração, assenta na avaliação do consumo e na motivação do indivíduo para parar de fumar. Este tipo de intervenção poderá ser realizado por qualquer profissional de saúde e engloba 5 passos. Inicialmente, deve-se abordar e identificar os utentes fumadores ou ex-fumadores, colocando questões relativas à quanto tempo deixou de fumar ou então quantos cigarros fuma por dia, quais os fatores que conduziram à iniciação e posterior manutenção do consumo, o tipo de tabaco que usa e o número de tentativas anteriores para deixar de fumar. Caso já tenham sido feitas tentativas de abandono do hábito tabágico, é importante perceber quais os métodos que foram utilizados, os motivos da recaída e o tempo de duração.<sup>4,6,32,33,36</sup>

Posteriormente é aconselhada a paragem do hábito tabágico, através da disponibilização de informação sobre os riscos de continuar e os benefícios em parar.<sup>4,6,32,33,36</sup>

De seguida é avaliada a motivação do fumador, tentar perceber se o utente está disposto a deixar de fumar nos meses seguintes e quais os motivos que o levam a querer deixar de fumar. O teste de Richmond é composto por 4 perguntas e classifica o grau de motivação em fraco, moderado ou elevado (Anexo 6).<sup>4,6,32,33,36</sup>

Caso estejamos perante um utente motivado deve-se continuar a intervenção para os passos seguintes.<sup>32</sup>

O próximo passo é ajudar na tentativa. O utente deve ser aconselhado a escolher um dia para deixar de fumar, fornecendo-se nesta etapa estratégias que o ajudem a ultrapassar os problemas que irão surgir. Devem antecipar-se as dificuldades, discutir os sintomas de privação e remover todos os produtos tabágicos de casa e do trabalho. Nesta fase pode também ser aconselhado um tratamento farmacológico.<sup>32</sup>

Para poder ser escolhido um tratamento farmacológico apropriado e para se perceber o risco de desenvolver patologias associadas com o consumo de tabaco, torna-se necessário avaliar o grau de dependência. Para isso, pode-se recorrer ao teste de Fagerstrom.<sup>6</sup> Este teste é composto por seis perguntas, que, depois de respondidas resultam numa pontuação de 0 a 10, em que o número 0 corresponde ao grau de dependência mais baixo, e o número 10 o grau de dependência mais elevado (Anexo 7).<sup>39</sup>

Para além do teste de Fagerstrom, podem ser utilizados parâmetros biológicos para perceber o grau de dependência. Esta avaliação pode ser feita através da medição do monóxido de carbono no ar expirado, este é um indicador da inalação de fumo de tabaco nas 4 a 6 horas anteriores. Este bio marcador é pouco específico uma vez que este gás pode ser inalado através do ar poluído pelos escapes automóveis ou pelo fumo das lareiras, no entanto, é um método de fácil utilização. Geralmente, um não fumador apresenta níveis de monóxido de carbono não superiores a 4ppm. Num indivíduo fumador, estes níveis dependem do número de cigarros consumidos por dia, sendo, na maioria dos casos, superior a 10 ppm. O doseamento da carboxiemoglobina pode também dar indicações do nível de exposição. A determinação da cotinina, metabolito da nicotina, pode ser efetuada no sangue, saliva ou urina do utente e é um excelente indicador da exposição ao tabaco. Um nível de cotinina sérica superior a 250 mg/dl indica uma grande dependência. O tiocianato, metabolito do ácido cianídrico, existe no fumo do tabaco, pode ser doseado no sangue, urina ou saliva e pode também ser usado para avaliar o grau de dependência.<sup>32,36,37</sup>

O próximo passo é o acompanhamento, quer através de consultas, quer através de contacto telefónico, de forma a monitorizar, motivar e aconselhar o utente. Com este acompanhamento torna-se também possível a deteção de sintomas de abstinência, efeitos adversos ao tratamento farmacológico que podem ser importantes, ajuste de doses da

terapêutica e apoio comportamental. Este acompanhamento deverá ser de longa duração uma vez que o utente só se torna não fumador após um ano sem fumar.<sup>4,6,32,33,37,46,47.</sup>

Se o utente não se mostrar suficientemente motivado a deixar de fumar deve-se abordar e reforçar os benefícios da cessação, o risco que corre em continuar, quais as recompensas que irá ter caso deixe e tentar perceber as resistências por parte do utente em parar o consumo. Segundo o relatório de 2014 sobre o tabagismo em Portugal, cerca de 86% dos fumadores portugueses, entre os 15 e os 64 anos de idade, demonstraram ter baixa motivação para deixar de fumar.<sup>20,32</sup>

Pensa-se que este tipo de intervenção aumenta as taxas de sucesso de cessação tabágica de 1 para 3%.<sup>20</sup>

O outro tipo de intervenção, mais intensiva, destina-se a fumadores com patologias relacionadas com o tabaco, cardiopatia isquémica, arritmias cardíacas, hipertensão arterial não controlada, fumadores com outros vícios, como o álcool e drogas, e a mulheres grávidas ou a amamentar. Esta intervenção dura vários meses, é realizada por equipas especializadas, com médicos, enfermeiros e psicólogos, e permite aumentar a taxa de sucesso. Com acesso prioritário a este tipo de consultas estão os utentes que não tenho conseguido deixar de fumar após a intervenção breve ou que apresentam uma dependência muito elevada. Esta intervenção inclui abordagens de natureza comportamental e medicamentosa, com cerca de 4 a 6 consultas médicas e, pelo menos 3 a 4 contactos telefónicos, a serem realizados pelo médico ou enfermeiro.<sup>4,20,32</sup> Em 2016, verificou-se um aumento de 3,5% da participação em consultas de cessação tabágica, relativamente ao ano anterior, onde foram realizadas cerca de 31.800 consultas de apoio intensivo, quer em centros de saúde, quer em unidades hospitalares do SNS. Em 2017, este número voltou a aumentar.<sup>24</sup>

O sucesso do processo de cessação tabágica é afetado por diversos fatores, entre os quais, a forma de comunicação entre o utente e o profissional de saúde, as características pessoais do utente e o seu grau de dependência. De uma forma muito geral, a probabilidade de sucesso é menor na mulher, devido a uma maior preocupação com o aumento de peso, maior em fumadores com níveis de instrução superiores, menor em fumadores com elevado grau de dependência, maior em fumadores com anteriores tentativas de cessação, menor em indivíduos em estado de depressão e menor quando existem familiares diretos fumadores.<sup>4,32</sup>

O processo de cessação tabágica é complexo, fazendo parte possíveis recaídas. Cerca de 80% dos fumadores que tentam deixar de fumar sem ajuda de profissionais de saúde tem uma recaída logo no primeiro mês de abstinência. Este processo engloba interesses económicos, políticos, sociais e, também, pessoais.<sup>20,29</sup>

É importante prevenir a recaída, através da informação ao utente acerca dos possíveis sintomas de abstinência e estratégias para os contornar. Caso aconteça, deverá ser encarado como forma de aprendizagem para aperfeiçoar a estratégia utilizada. Deve-se tentar perceber quais foram as razões que levaram à recaída de forma a ser possível evitar que volte a acontecer. Neste contexto, é importante avaliar questões relacionadas com o stress, o ambiente onde o fumador está inserido, o consumo de álcool e a disponibilidade de tabaco.<sup>20</sup> Nos indivíduos que apresentam depressão, a probabilidade de recaída é duas vezes superior aos restantes fumadores.<sup>32</sup>

### **6.3. Benefícios para a população**

A cessação tabágica é benéfica não só para o fumador em particular, mas para a população em geral. Os benefícios desta cessação são tanto maiores quanto mais cedo houver a paragem, havendo benefícios imediatos, logo após o consumo do último cigarro.<sup>4</sup>

Cerca de 20 minutos após o último cigarro, verifica-se uma diminuição, para valores normais, da pressão arterial e da pulsação; após 12 horas, os valores de monóxido de carbono no sangue atingem níveis normais; após 48 horas, o paladar e o olfato começam a melhorar; após 72 horas, os brônquios começam a relaxar, permitindo uma melhor respiração; entre 2 semanas a 3 meses, o risco de enfarte do miocárdio diminui significativamente e a função pulmonar aumenta; os sintomas de tosse, congestão nasal, fadiga e dispneia diminuem, também, após 1 a 9 meses; 1 ano depois, o risco de doença coronária cardíaca é cerca de metade da de um fumador e 5 anos depois, o risco de AVC é igual a de um não fumador; o risco de cancro do pulmão diminui para metade ao fim de 10 anos, diminuindo também o risco de cancro da boca, faringe, esófago, bexiga, rim e pâncreas; 15 anos depois, o risco de doença cardíaca coronária, é igual ao de um não fumador.<sup>4,6,32</sup>

Deixar de fumar antes ou durante os primeiros meses de gravidez, irá reduzir o risco de ter o bebé com baixo peso ao nascer, para níveis idênticos aos de uma mulher não fumadora.<sup>32</sup>

Para além do mencionado, verifica-se, ainda, vantagens a nível económico, estético e melhoria da autoestima.<sup>6</sup>

## 7. Tratamento farmacológico e não farmacológico

O tratamento farmacológico é importante e muitas vezes necessário na cessação tabágica, contribui para a diminuição dos sintomas de abstinência e do desejo de fumar. No entanto, as medidas não farmacológicas são também de extrema importância para o sucesso da abstinência tabágica a médio e longo prazo.<sup>29</sup>

O recurso a um tratamento farmacológico aumenta, em 3 vezes, o sucesso do processo de cessação tabágica e está indicado em situações em que o utente fuma 10 ou mais cigarros por dia, apresente intensos sintomas de privação quando reduz o consumo, fuma o primeiro cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar, apresenta valores superiores a 5 no teste de Fagerstrom e sempre que o utente assim o pretenda, desde que não haja nenhuma contraindicação.<sup>6,33</sup>

Existem dois grandes grupos de fármacos usados no tratamento da dependência tabágica, os de substituição da nicotina e os não nicotínicos.<sup>4</sup>

A Terapêutica de Substituição da Nicotina (TSN) é a mais utilizada, e consiste na utilização de fármacos com nicotina, segundo um esquema de desabitação e reduz, assim, os sintomas de privação e previne o aumento de peso associado à cessação tabágica. Esta medicação pode ser dispensada na farmácia de oficina sem necessidade de prescrição médica, não sendo comparticipada pelo SNS. Geralmente, é iniciada no dia escolhido para deixar de fumar e o utente não deve fumar no decorrer do tratamento. Em Portugal, existem as gomas de mascar, as pastilhas, os sistemas transdérmicos e as soluções para pulverização bucal. Nos cigarros convencionais a biodisponibilidade da nicotina aproxima-se dos 100%, no entanto a biodisponibilidade conseguida pela TSN é bastante menor, sendo este o objetivo da terapêutica. Desta forma, os sintomas de abstinência são apenas eliminados de forma parcial.<sup>4,6,33</sup>

Este tipo de tratamento está contraindicado nas primeiras semanas após um enfarte agudo do miocárdio, angina instável, arritmias cardíacas graves, acidente vascular cerebral em evolução, insuficiência arterial periférica, úlcera gastroduodenal, gravidez, amamentação e idade inferior a 18 anos. No caso específico da gravidez e da amamentação, este tipo de tratamento poderá ser uma opção válida, uma vez que, poderá superar os riscos, tendo em conta que a continuação do hábito tabágico pode ser ainda mais prejudicial para o feto, devido à exposição aos outros constituintes do tabaco.<sup>33</sup>

As gomas de mascar com nicotina, libertam uma quantidade controlada desta substância que é absorvida através da mucosa bucal. Vinte minutos após o início da mastigação, o nível máximo de nicotina na corrente sanguínea é atingido. Estão comercializadas gomas de

2 mg e 4 mg, com diferentes sabores e consistências. Os fumadores de 10 a 19 cigarros e com uma pontuação no teste de Fagerstrom igual ou inferior a 3, deverão utilizar as gomas de 2 mg, num total de 8 a 10 gomas por dia, durante 8 a 10 semanas. A dose deverá ser reduzida gradualmente a partir da 4ª semana. Os fumadores de 20 a 30 cigarros por dia e com uma pontuação no teste de Fagerstrom entre 4 e 6, deverão utilizar gomas de 4 mg, uma a cada 90 minutos, durante 12 semanas. A dose deverá ser reduzida a partir da 6ª ou 8ª semana. Para os fumadores que fumam mais de 30 cigarros por dia e têm uma pontuação no teste de Fagerstrom igual ou superior a 7, a dose recomendada é uma goma de 4 mg a cada 60 min, durante 12 semanas. A dose deverá ser reduzida progressivamente a partir da 8ª ou 10ª semana. Existem algumas recomendações que devem ser cumpridas quando se utiliza esta terapêutica. A goma deve ser mastigada lentamente até se notar um sabor forte na boca, nesta altura, para-se de mastigar e deixa-se a goma junto à bochecha até o sabor atenuar. Depois, retoma-se a mastigação lentamente, até que o sabor desapareça. Este processo deve durar 30 minutos, para que toda a nicotina seja libertada e absorvida. Se a goma for mastigada de forma contínua, irá provocar uma rápida libertação da nicotina, sendo a mesma deglutida em vez de absorvida através da mucosa, levando a uma perda da eficácia, uma vez que a nicotina é inativada no meio gástrico. É, ainda, importante referir que devem ser evitadas, nos quinze minutos antes e durante a utilização, as bebidas ácidas, como o café, sumos e cerveja, uma vez que interferem com a absorção oral de nicotina. Este tipo de formulação é vantajoso no sentido em que o utente consegue controlar os níveis de nicotina no sangue. Através da administração destas gomas, a nicotina atinge de forma muito rápida o sistema nervoso central e diminui a privação, mas apresenta algum grau de adição.<sup>4,6,33</sup>

As pastilhas de nicotina libertam esta substância de modo constante e uniforme, não devendo ser mastigadas ou engolidas. Estas pastilhas existem na dosagem de 1 mg, 1,5 mg, 2 mg e 2,5 mg, tendo, igualmente, diferentes sabores e consistências. A quantidade de nicotina libertada por esta formulação é cerca de 25% superior à da formulação apresentada anteriormente. Estas pastilhas têm a vantagem, relativamente à anterior, de não aderir aos dentes. O tempo de dissolução varia entre 20 a 30 minutos. Não deve ser tomado mais do que uma pastilha de cada vez e não mais do que 15 por dia, no caso de dependência baixa e não mais do que 25, no caso de dependência moderada. O tratamento não deve exceder as 24 semanas. As precauções relativas ao consumo de bebidas ácidas são as mesmas.<sup>4,6,33</sup>

Nos sistemas transdérmicos, a nicotina é absorvida através da pele. Existem comercializados adesivos de 16 ou 24 horas. Os adesivos de 16 horas apresentam dosagens de 10 mg e 15 mg; os de 24 horas apresentam dosagens de 7 mg, 14 mg e 21 mg. A concentração máxima é atingida entre as 4 e as 10 horas. A grande diferença entre estes dois

sistemas transdérmicos é a libertação de nicotina durante a noite no caso dos de 24 horas, o que poderá provocar insónia. No entanto, este tipo de adesivo evita os sintomas de privação nas primeiras horas do dia. A dose inicial deverá ser ajustada à quantidade de cigarros fumados, em média, por dia. Um utente com um elevado grau de dependência deverá iniciar o tratamento com uma dose de 21 mg por dia, durante seis semanas. Após este período deverá reduzir para 14 mg por dia durante duas semanas e depois 7 mg por dia durante mais uma ou duas semanas. Relativamente aos sistemas transdérmicos de 16 horas, deverá iniciar-se com uma dose de 15 mg durante seis semanas e 10 mg durante quatro semanas. Se o utente não tiver deixado de fumar num prazo de duas semanas, deverá parar a terapêutica e deverá ser reavaliada a sua situação, considerando a utilização de uma dose superior, terapêutica combinada ou substituição terapêutica. Os adesivos deverão ser aplicados pela manhã, na pele integra e seca e o local de aplicação deve ser variado todos os dias, de forma a evitar efeitos adversos locais, como irritação cutânea e prurido. A principal vantagem desta formulação é a forma prática da utilização e o aporte constante e duradouro de nicotina, no entanto, esta não provoca picos de nicotina, o que pode ser uma desvantagem para um fumador muito dependente.<sup>4,33</sup>

O spray oral é absorvido pela mucosa oral e também de uma forma rápida, proporcionando 1 mg de nicotina por cada pulverização. A nicotina encontra-se misturada com etanol e hortelã.<sup>29,48</sup>

Relativamente à terapêutica não nicotínica, esta é sujeita a receita médica. Existem, essencialmente, quatro fármacos utilizados em Portugal, a bupropiona, a vareniclina, a nortriptilina e a clonidina.<sup>4</sup>

A bupropiona, primeiro fármaco desta categoria a ser aprovado na cessação tabágica, é um antidepressivo. O seu modo de ação consiste na inibição da recaptação de noradrenalina e dopamina, aumentando os seus níveis extracelulares. Reduz os sintomas de privação, o desejo de fumar e evita o aumento de peso associado à cessação tabágica. Esta formulação encontra-se na forma de comprimidos de libertação prolongada de 150 mg. O tratamento deve ser iniciado 7 a 10 dias antes do utente deixar de fumar. Inicialmente começa-se com uma dose de um comprimido por dia, durante 7 dias e, depois, aumenta-se para dois comprimidos por dia, com um intervalo mínimo de 8 horas entre as tomas. É importante que a primeira toma seja feita logo pela manhã, para que a segunda toma seja feita o mais cedo possível, para evitar o efeito secundário de insónia. Este tratamento deve ter uma duração de 7 a 9 semanas e deverá ser interrompido em caso de recaída. Em situações de insuficiência hepática leve a moderada, insuficiência renal e nos idosos a dose deverá ser ajustada.<sup>4,6,33,49</sup> Este fármaco não é participado como adjuvante da cessação tabágica.<sup>47,48</sup>

A vareniclina, que está disponível em Portugal desde 2007, é um agonista parcial específico do recetor  $\alpha 4\beta 2$  nicotínico da acetilcolina, que reduz a vontade de fumar e os sintomas de privação. Este tratamento tem uma duração de 12 semanas, e as taxas de abstinência são superiores às atingidas com os substitutos de nicotina e com a bupropiona. Em situações de insuficiência renal, a dose deverá ser ajustada. O tratamento deve ser iniciado 7 a 14 dias antes do dia escolhido para o início da cessação e a dose deverá ser aumentada progressivamente. Inicialmente, começa-se com uma dose de 0,5 mg por dia, até ao terceiro dia. Aumenta-se para uma dose de 0,5 mg duas vezes ao dia até ao sétimo dia. Após este período a dose será de 1 mg duas vezes ao dia até ao final do tratamento. Quando terminado o tratamento, poderá ocorrer um aumento da irritabilidade, vontade de fumar, depressão e insónias, nestes casos, a dose deverá ser diminuída gradualmente.<sup>4,6,33</sup> Este medicamento passou a ser participado em 37% pelo SNS, desde 1 de janeiro de 2017, o que impulsionou a sua utilização.<sup>24</sup>

A nortriptilina é um antidepressivo tricíclico que poderá ser usado neste âmbito. O seu mecanismo de ação consiste na inibição da recaptção de noradrenalina e serotonina, diminuindo os sintomas de privação. Apresenta-se sob a forma de comprimidos de 25 mg. A dose inicial deverá ser de 25 mg por dia, durante 3 dias; depois aumenta-se para 50 mg por dia, durante 4 dias; e por fim, 75 mg por dia durante 12 semanas. O tratamento deverá ser iniciado 2 a 3 semanas antes do início da cessação.<sup>4,33</sup> Este fármaco tem uma taxa de participação de 37%.<sup>49</sup>

A clonidina, utilizada no tratamento da hipertensão e na redução dos sintomas de abstinência do uso de álcool e opiáceos, é um agonista  $\alpha 2$  adrenérgico, que poderá também ser utilizada no processo de cessação tabágica, diminuindo a ansiedade e o desejo de fumar. Apresenta-se sob a forma de comprimidos de 0,15 mg. A dose recomendada varia entre 0,15 mg/dia e 0,75 mg/dia e o tratamento tem uma duração de 3 a 10 semanas.<sup>4</sup> Este fármaco tem uma participação de 69%.<sup>49</sup>

Tendo em conta a eficácia e as reações adversas associadas, são considerados fármacos de primeira linha os de TSN, a bupropiona e a vareniclina. A nortriptilina e a clonidina são considerados de segunda linha.<sup>4,33</sup>

A utilização de tratamento farmacológico combinado, incluindo 2 tipos de fármacos de substituição da nicotina, podendo estar, ainda, associado a bupropiona, poderá ser uma opção, apesar de não existirem recomendações específicas.<sup>4</sup> A única associação aprovada pela *Food and Drug Administration* (FDA), são os sistemas transdérmicos de nicotina juntamente com a bupropiona. Quando se associam estes dois tratamentos, estes devem ser iniciados no dia estabelecido para a cessação tabágica.<sup>32,33</sup>

O tratamento combinado poderá ainda consistir na associação de dois tipos de substitutos da nicotina com diferentes velocidades de libertação da mesma. Os adesivos irão libertá-la lentamente, de forma a manter os níveis sanguíneos constantes, e as gomas ou as pastilhas irão libertá-la rapidamente proporcionando picos de nicotina.<sup>4</sup>

A escolha de um fármaco para o tratamento do tabagismo deve ter em conta a experiência do profissional de saúde, as contraindicações do fármaco, os efeitos adversos, as interações medicamentosas, a preferência do utente, a sua experiência prévia e as suas características pessoais, como antecedentes depressivos, preocupação com o peso, possibilidades económicas, entre outros.<sup>6</sup>

Relativamente ao tratamento não farmacológico, este é também de extrema importância e pode ser usado como tratamento de suporte ou mesmo alternativo.<sup>33</sup>

O apoio psicológico e aconselhamento comportamental, deve acompanhar todo o tratamento farmacológico, uma vez que esta combinação aumenta a taxa de sucesso. Isto inclui a discussão de problemas que poderão estar inerentes ao tratamento e estratégias para os superar. Este tipo de apoio pode ser realizado presencialmente ou por telefone, sendo que o segundo poupa tempo ao utente.<sup>6,50</sup>

A psicoterapia e as terapias de grupo são especialmente importantes quando, associadas ao processo de cessação, encontramos utentes deprimidos e ansiosos. Estas sessões procuram perceber em que momentos o utente sente necessidade de fumar e desenvolvem estratégias para superar esses mesmos momentos.<sup>33</sup>

A acupuntura parece diminuir a vontade de fumar e tornar o tabaco com um sabor menos agradável. No entanto, a eficácia não está cientificamente comprovada.<sup>33</sup>

A hipnoterapia também tem vindo a ser utilizada, mas, como no caso da acupuntura, não existe evidência científica que comprove a sua eficácia.<sup>6</sup>

Desta forma, o processo de cessação tabágica deverá associar tanto o tratamento farmacológico, como psicológico e comportamental, no sentido de aumentar o sucesso do mesmo.<sup>37</sup>

## 8. Problemas inerentes ao tratamento

Vários problemas podem surgir no decorrer do processo de cessação tabágica. Dois dos mais comuns é o aumento de peso e a síndrome de abstinência ou síndrome de privação.<sup>4</sup>

O aumento de peso é um dos principais motivos para a dificuldade em deixar de fumar. Pensa-se que a nicotina é a principal responsável por este fenómeno, devido à diminuição do metabolismo basal, da oxidação lipídica e aumento da ingestão energética.<sup>4,51</sup>

### 8.1. Síndrome de abstinência

A síndrome de abstinência à nicotina ocorre em fumadores que diminuem o número de cigarros que fumam por dia ou que param mesmo de fumar de forma abrupta.<sup>6</sup> Pode ocorrer poucas horas após se deixar de fumar, entre 2 a 12 horas, e atinge o seu pico por volta das 24-48 horas. O mecanismo inerente a esta síndrome é mediado, principalmente, pela noradrenalina e caracteriza-se pelo aumento do desejo de fumar, irritabilidade, ansiedade, depressão, inquietação, mal-estar físico, dores de cabeça, alterações do sono, aumento do apetite e do peso e dificuldade na concentração. Estes sintomas, geralmente, duram cerca de 4 semanas. No entanto, a sensação de fome e a necessidade de nicotina pode durar mais de 6 meses.<sup>4,32,33</sup>

A forma mais habitual de o fumador ultrapassar esta síndrome é a repetição do consumo, por ser a forma mais fácil e rápida.<sup>4,32,33</sup>

Mesmo após longos períodos de abstinência, fatores como o *stress* podem levar a que os sintomas de abstinência voltem a ser sentidos e, na grande maioria das vezes, conduzem a uma recaída. Por este motivo, durante o processo de cessação tabágica é natural que hajam diversas recaídas e diversas tentativas, antes de ser atingido o sucesso.<sup>4,32</sup>

## 9. Papel do farmacêutico de farmácia de officina

Segundo a OMS, os farmacêuticos devem envolver-se, de forma ativa, na promoção da cessação tabágica e no controlo do tabagismo, devendo prestar “serviço especializado” de medidas farmacológicas e não farmacológicas do tratamento do tabagismo.<sup>5</sup>

Neste sentido, o farmacêutico tem a capacidade de, não só promover a cessação tabágica, como também aconselhar a melhor opção terapêutica disponível e acompanhar de forma especializada e personalizada todo o tratamento.<sup>33</sup>

As farmácias de officina, são locais ótimos para esta promoção, no sentido em que são meios credíveis, onde a população deposita muita confiança, estão muito próximas da

população e permitem um fácil acesso não só a doentes crónicos como também aos utentes mais jovens, o que não acontece no meio médico. O farmacêutico, uma vez que está em contacto direto com fumadores e possíveis ex-fumadores, é um ótimo profissional para influenciar a decisão dos seus utentes, através da informação acerca dos benefícios de deixar de fumar e os métodos de suporte existentes.<sup>5,6,52</sup>

Os farmacêuticos poderão iniciar o processo de cessação tabágica ou, então, complementar o processo iniciado pelo médico.<sup>53</sup>

Os farmacêuticos poderão proceder a um sistema de triagem, onde identificam os utentes que estão mais recetivos a deixar de fumar e que poderão ter sucesso através de um seguimento na farmácia, e aqueles que necessitam de um acompanhamento mais especializado e que devem ser referenciados para outro profissional de saúde. Os utentes que devem ser referenciados são os que apresentam outras doenças, como DPOC, doenças cardiovasculares, entre outras. Mesmo depois de referenciados, o farmacêutico continua a ter um papel essencial, uma vez que deverá continuar a fazer o acompanhamento do doente.<sup>50</sup>

Numa primeira fase, o farmacêutico poderá motivar o utente para começar a pensar em deixar de fumar, promovendo a cessação tabágica através de panfletos, vídeos e demonstrar disponibilidade para ajudar. A medição do monóxido de carbono é uma ótima forma de demonstrar os efeitos do consumo do tabaco. Na fase de ação, o farmacêutico deve disponibilizar serviços de cessação tabágica. Estes serviços podem ser prestados individualmente ou em grupo. Por último, na fase de manutenção, deverão manter o papel de suporte.<sup>54</sup>

Depois de uma formação específica, os farmacêuticos, individualmente ou colaborando com outros profissionais de saúde, têm a capacidade de realizar consultas de cessação tabágica, contribuindo, assim, para uma diminuição da prevalência de fumadores em Portugal.<sup>6</sup>

Estudos realizados na Suécia e na Dinamarca demonstraram que os serviços de cessação tabágica realizados nas farmácias têm tido enorme sucesso.<sup>54</sup>

No Reino Unido, os serviços de cessação tabágica são os mais contratados nas farmácias, sendo que 20% disponibilizam este tipo de serviço, acompanhando 149.000 fumadores por ano.<sup>3,36</sup> Cerca de metade atinge o seu objetivo, ou seja, a cessação tabágica, com sucesso.<sup>3</sup>

O Reino Unido é o exemplo prático de que a implementação de programas de cessação tabágica nas farmácias comunitárias, com a intervenção de farmacêuticos com formação especializada, permite obter taxas de sucesso equivalentes, ou até mesmo superiores, aos programas com a participação de médicos de clínica geral. Nos programas de Sheffield (2008-2009), de Hereford (2004-2010) e de North Yorkshire (2009-2010), as taxas de cessação

tabágica foram, respetivamente, 55%, 48% e 48% em farmácias comunitárias, e 42%, 43% e 46% em programas implementados por médicos de clínica geral.<sup>12</sup>

Os Cuidados Farmacêuticos incluem uma série de atividades, como a cedência de medicamentos e produtos de saúde, indicação, revisão terapêutica, educação para a saúde, farmacovigilância e o seguimento farmacoterpêutico.<sup>55</sup>

No entanto existem uma série de barreiras ao envolvimento do farmacêutico neste âmbito, nomeadamente, os conhecimentos e as competências no que diz respeito ao tabaco e ao seu controlo, a organização das farmácias no sentido de oferecerem programas de cessação tabágica e a falta de tempo.<sup>50,56</sup>

### **9.1. Dispensa**

A dispensa de medicação designa o processo de, após avaliação da farmacoterapia, entrega ao utente dos medicamentos, em regime de prescrição médica, de automedicação ou indicação farmacêutica, acompanhados de toda a informação necessária ao correto uso dos medicamentos.<sup>6,55</sup>

Durante a dispensa da medicação, o farmacêutico tem o dever de transmitir toda a informação que considere necessária e adequada a cada caso para uma correta utilização do medicamento, incluindo as contraindicações, interações e possíveis efeitos secundários, de forma a garantir que utente recebe um tratamento com qualidade, eficácia e segurança. O farmacêutico deve garantir que o utente entendeu tudo o que lhe foi explicado.<sup>6,33,55</sup>

No ato da cedência, o farmacêutico deverá avaliar a medicação dispensada, com o intuito de identificar e resolver eventuais problemas relacionados com os medicamentos, evitando possíveis resultados negativos.<sup>55</sup>

Uma vez que a TSN pode ser dispensada sem prescrição médica, os farmacêuticos poderão aconselhar o uso desta terapêutica durante o processo de cessação tabágica.<sup>53</sup>

Durante o ano de 2016, a dispensa nas farmácias de embalagens de medicamentos de cessação tabágica, sofreu um aumento de 16,4% em relação a 2015, num total de 56.330 embalagens dispensadas.<sup>24</sup>

O farmacêutico, poderá ainda, oferecer outro tipo de serviços, como o seguimento farmacoterpêutico e a educação para a saúde.<sup>55</sup>

## **9.2. Seguimento farmacoterapêutico**

Este processo tem como objetivo a deteção de problemas relacionados com os medicamentos, de forma a prevenir e resolver eventuais resultados negativos associados à medicação. Estes resultados poderão estar relacionados com a necessidade ou não de uma determinada terapêutica, com a efetividade da mesma e com a sua segurança. Este tipo de seguimento deverá ser realizado de forma continuada, sistemática e documentada.<sup>6,55</sup>

Inicialmente deverá ser feito um levantamento da história medicamentosa do utente, no sentido de perceber quais os problemas de saúde que apresenta e qual o tipo de terapêutica que realiza. Depois, um estudo acompanhado de forma a avaliar a sua situação clínica, no sentido de identificar e resolver problemas que possam existir relativos ao uso dos medicamentos.<sup>6,55</sup>

No caso específico da cessação tabágica é essencial perceber a idade do início do consumo, quantos cigarros fuma por dia, se alguma vez tentou deixar de fumar, e em caso afirmativo, durante quanto tempo, quais os tratamentos que já realizou e qual o motivo das recaídas. Torna-se essencial saber também se pratica algum exercício físico, se toma café e bebidas alcoólicas, qual a sua profissão e caso seja mulher, se está grávida ou a amamentar. É importante, também, avaliar o estado psicológico do doente, mais concretamente tentar perceber algum estado depressivo, falta de motivação e insegurança. Deverá ser avaliado a existência de sinais e sintomas de privação, que poderão levar ao abandono do processo, assim como, efeitos adversos do tratamento ou interações que poderão levar ao aparecimento ou agravamento de algum problema de saúde.<sup>6</sup>

Durante este tipo de acompanhamento, deverá ser avaliado o peso do utente, a pressão arterial e o pulso, uma vez que pode haver variações significativas no decorrer do processo de cessação tabágica. A avaliação do estado da pele e o teste de monóxido de carbono exalado poderá também ser importante para aumentar a motivação do utente.<sup>6</sup>

## **9.3. Educação para a saúde**

A educação para a saúde tem como objetivo fornecer à população conhecimentos, habilidades e atitudes de forma a conseguirem prevenir e lidar com as doenças. Pretende, acima de tudo, tentar mudar comportamentos de risco, prevenindo desta forma a doença.<sup>55</sup>

Todos os profissionais de saúde devem promover a adoção de estilos de vida saudáveis, e, neste âmbito, insere-se a prevenção do tabagismo.<sup>4</sup>

Os farmacêuticos são profissionais privilegiados e com grande impacto social no que diz respeito à sensibilização dos utentes sobre os malefícios do tabaco e sobre a exposição ao seu fumo. Através da educação para a saúde também podem ter um papel importante na prevenção da iniciação do consumo.<sup>5,6</sup>

No caso de fumadores não motivados para uma tentativa de abandono, o farmacêutico deverá promover o abandono, através de conselhos para a cessação, abordando os riscos de continuar a fumar e os benefícios em deixar, e tentando aumentar a sua motivação. No caso de ex-fumadores, deverá ser feita a prevenção de recidivas.<sup>6,56</sup>

## **10. Avaliação do grau de conhecimento da população acerca das estratégias de cessação tabágica e do papel do farmacêutico neste âmbito**

### **10.1. Objetivo e metodologia**

No sentido de tentar perceber qual a importância dada pela população às farmácias e qual o seu grau de conhecimento acerca dos programas de cessação tabágica realizados em Portugal e da função do farmacêutico neste âmbito, foram realizados inquéritos junto dos utentes. (Anexo 8). Para além do referido pretendeu-se, ainda, perceber quais os locais prediletos para a recolha de informação acerca de medicamentos, saúde e bem-estar e quais os fatores que influenciam na altura da escolha do local de aquisição de medicamentos.

Os inquéritos foram, na sua maioria, realizados através da plataforma *Google Forms*, uma vez que consiste numa forma de recolha de dados rápida, fácil e abrangente de grande parte da população. No entanto, alguns inquéritos foram realizados em papel, de forma presencial, no sentido de abranger a população mais idosa, que não tem acesso aos sistemas informáticos.

Os questionários estiveram disponíveis para responder desde o dia 29 de janeiro de 2019 até ao dia 31 de maio de 2019.

Este questionário não teve qualquer tipo de restrição. Tentou-se obter a amostra mais diversificada possível, quer a nível de faixa etária, género, nível de escolaridade e local de residência.

Todas as questões eram de escolha múltipla, de forma a facilitar o preenchimento, quer na compreensão, quer no tempo dispensado. As questões foram redigidas de forma clara e objetiva, com uma linguagem simples, no sentido de serem perceptíveis para toda a população. Inicialmente, foi feita uma pequena apresentação ao inquirido e explicado o objetivo do

mesmo. De seguida foram feitas algumas questões no sentido de caracterizar a amostra e, por fim, questões mais específicas.

## **10.2. Resultados**

### **10.2.1. Caracterização da amostra**

A amostra é constituída por 178 indivíduos, dos quais 167 responderam através do *Google Forms* e 11 responderam presencialmente, em papel.

Relativamente à faixa etária abrangida por este inquérito, 16% dos inquiridos possuem idade inferior a 20 anos, 35% apresentam idades compreendidas entre os 21 e os 35 anos, 28% entre os 36 e os 50 anos, 18% entre os 51 e 65 anos e, por fim, 3% dos inquiridos apresentam uma idade superior a 65 anos (Anexo 9).

No que diz respeito ao género, 68% dos inquiridos são do sexo feminino e 32% do sexo masculino (Anexo 9).

Quanto ao nível de escolaridade, 3% apresentam o primeiro ciclo, 4% o segundo ciclo, 11% o terceiro ciclo, 42% o ensino secundário, 33% possuem licenciatura, 6% mestrado e 1% doutoramento (Anexo 9).

Tendo em conta o local de residência, 31% residem na cidade, 53% numa vila e 15% numa aldeia (Anexo 9).

### **10.2.2. Resultados do questionário**

Relativamente à questão “Quando pretende obter informações sobre medicamentos, saúde e bem-estar onde é que habitualmente se dirige?”, 33% dos inquiridos referiram o Hospital, Centro de Saúde e afins, 61% a Farmácia e 6% a Parafarmácia / Local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (Anexo 9).

À questão “Quando necessita de adquirir um Medicamento Não Sujeito a Receita Médica (MNSRM), onde se dirige?”, 86% referiram a Farmácia e 14% a Parafarmácia / Local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (Anexo 9).

No que diz respeito à questão “Indique o motivo da sua preferência”, 33% dos inquiridos referiram a localização, 16% o atendimento, 35% o aconselhamento / competência científica, 9% a comodidade, 6% o preço dos medicamentos / produtos de saúde e 1% outros motivos (Anexo 9).

Relativamente à pergunta “Considera-se um fumador habitual?”, 22% dos inquiridos responderam que sim, e os restantes 78% que não (Anexo 9).

Dos 39 indivíduos que afirmam ser fumadores habituais, 43% fuma menos de 10 cigarros por dia, 49% fuma entre 10 a 20 cigarros e 8% fuma mais de 20 cigarros (Anexo 9).

Dos mesmos 39 indivíduos que afirmaram ser fumadores habituais, 82% referiu já ter tentado deixar de fumar e 18% nunca tentou (Anexo 9).

Dos 139 indivíduos que referem não ser fumadores habituais, 17% já foram fumadores e 83% nunca foram fumadores (Anexo 9).

Relativamente à questão “A quem recorreu para deixar / tentar deixar de fumar?”, 82% dos inquiridos fizeram-no sozinho, 4% com a ajuda do médico, 9% com a ajuda do farmacêutico e os restantes 5% recorreram a outras pessoas (Anexo 9).

À questão “Conhece os programas de cessação tabágica?”, 30% dos inquiridos respondeu afirmativamente e 70% negativamente (Anexo 9).

Por último, á questão “Acha que o farmacêutico o pode ajudar a deixar de fumar?”, 71% dos inquiridos respondeu que sim e 29% que não (Anexo 9).

### **10.3. Análise e discussão dos resultados**

Várias limitações podem ser apontadas a este estudo, nomeadamente o número reduzido de inquiridos e a baixa percentagem de inquiridos com idade mais avançada, superior a 65 anos. Uma outra limitação importante é a baixa proporção de inquiridos fumadores.

Um aspeto importante que podemos concluir com este estudo é que os inquiridos referem fatores importantes a localização e o aconselhamento / competência científica na hora de adquirirem medicamentos ou produtos de saúde. Neste sentido, as farmácias são um local privilegiado uma vez que cumprem com estes mesmos requisitos.

É, também, possível concluir que grande parte dos fumadores inquiridos (82%) já tentou, alguma vez, deixar de fumar, mas, por algum motivo, não o conseguiu fazer com sucesso. A grande maioria (82%) não recorreu à ajuda de um profissional de saúde especializado, quer seja médico ou farmacêutico, e isso poderá explicar o fraco sucesso na tentativa de cessação tabágica.

Um outro ponto que importa referir é o facto de uma significativa percentagem dos inquiridos (70%) não conhecerem os programas de cessação tabágica existentes em Portugal. Desta forma, é importante um esforço acrescido na divulgação deste tipo de estratégias e o farmacêutico poderá ser um elemento imprescindível neste âmbito, quer pela facilidade que tem em abranger toda a população, quer pela confiança que os utentes têm no farmacêutico.

Por fim, é de destacar o reconhecimento que os inquiridos dão ao farmacêutico no sentido de poderem ajudar no processo de cessação tabágica, uma vez que 71% concordou que o farmacêutico poderá ajudar neste processo.

## **II.Considerações Finais**

Como referido, o tabagismo é uma forte ameaça à saúde pública. No entanto, a falta de literacia em saúde, os interesses económicos associados a este tipo de produtos, as estratégias de marketing e a aceitação social do consumo de tabaco, são fatores muito relevantes na dificuldade que existe na adoção de medidas de prevenção e controlo deste problema.<sup>24</sup>

O consumo de tabaco leva a um enorme gasto económico por parte das famílias, quer através da compra de tabaco quer com os custos associados às doenças provocados por ele. Tendo em conta a situação económica do nosso país, a promoção da cessação tabágica é também uma mais valia no sentido em que melhora o bem-estar social e promove o desenvolvimento sustentável do país.<sup>5</sup>

É fundamental a existência de medidas no sentido de permitir um acesso mais fácil ao tratamento, diminuir os custos dos fármacos, de forma a motivar a adesão à cessação tabágica.<sup>20</sup>

Os farmacêuticos são profissionais de saúde que conseguem ter um contacto direto com a população, sendo, portanto, mais fácil a intervenção na prevenção e no controlo do consumo do tabaco. Desta forma, é necessária formação adequada a este tipo de atuação.<sup>5</sup>

Vários estudos referem que 86% dos farmacêuticos e 96% dos estudantes de farmácia, acreditam que a profissão farmacêutica deveria ser mais ativa a ajudar os seus utentes no processo de cessação tabágica.<sup>53</sup>

## **12.Referências Bibliográficas**

1. PHARMACEUTICAL GROUP OF THE EUROPEAN UNION - **Relatório de Farmácia Comunitária Europeia**. (2012).
2. BONAL, Joaquín - **El papel del farmacéutico**. Pharmaceutical Care Espana. 2 (2000) 219–222.
3. FÓRUM EUROPEU DOS FARMACÊUTICOS - **Contributo da farmácia para a saúde dos cidadãos**. Livro branco do EPF e apelo à ação. (2015).
4. NUNES, Emilia; CANDEIAS, Aline; MENDES, Berta; PARDAL, Cecília; FONSECA, José; OLIVEIRA, Luis; REBELO, Luis; AÇAFRÃO, Maria Manuel; ROSAS, Manuel; SANTOS, Mário; VINAGRE, Sérgio - **Cessação Tabágica - Programa tipo de atuação**. Direcção Geral de Saúde. ISSN 1098-6596. (2007). doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
5. BONITO, Jorge - **Competências profissionais no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos profissionais de saúde**. ISBN 9789726752677.
6. SANTOS, Henrique; CUNHA, Inês; FERREIRA, Paula - **Cuidados Farmacêuticos no Tabagismo**. Revista Farmácia Distribuição. 203 (2008) 17.
7. DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE - **Orientações Programáticas a 2020**. Plano Nacional de Saúde. (2017).
8. PITA, João Rui; BROJO, A. Pinho - **O conceito de farmácia em Portugal**. Revista Portuguesa de Farmácia. XLV:I (1995) 31–40.
9. RODRIGUES, António; MARQUES, Francisco Batel; FERREIRA, Pedro Lopes; RAPOSO, Vitor - **Estudo do Sector das Farmácias em Portugal**. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. (2007).
10. SILVA, Jaime Ferreira - **A Farmácia Comunitária sob o signo das 14 competências-chave**. Farmácia Portuguesa, nº 145. (2003) 34–38.
11. SILVA, Jaime Ferreira; ANTUNES, Samuel - **As Farmácias entre a Tradição e a Modernidade, Parte I**. Farmácia Portuguesa nº 139. (2003) 52–55.

12. FERREIRA, Diana; GOMES, Marta; MARQUES, Sara - **Valor social e económico das intervenções em Saúde Pública dos farmacêuticos nas farmácias em Portugal.** Exigo Consultores. (2015).
13. **Lei nº 131/2015**, de 4 de Setembro. Diário da República nº 173/2015. Série I de 2015-09-04. 7010 - 7048.
14. **Portaria nº 97/2018**, de 9 de Abril. Diário da República nº 69/2018. Série I de 2018-04-09. 1556 - 1557.
15. AVALERE HEALTH LLC - **Exploring Pharmacists' Role in Changing Healthcare Environment.** (2014). 3-22.
16. ANDERSON, Claire; THORNLEY, Tracey - **Who uses pharmacy for flu vaccinations? Population profiling through a UK pharmacy chain.** International Journal of Clinical Pharmacy. ISSN 22107711. 38:2 (2016) 218. doi: 10.1007/s11096-016-0255-z.
17. PITA, João Rui; BELL, Victoria; PEREIRA, Ana Leonor - **Pharmacy in Portugal (1950-2010) and the Pharmacist Profession.** Acta Medicorum Polonorum. 4 (2014) 29–52.
18. SILVA, Jaime Ferreira - **As Farmácias entre a Tradição e a Modernidade, Parte II.** Farmácia Portuguesa nº 140. (2003) 45–47.
19. BALASTEIRO, Sónia - **Inovar no SNS.** Farmácia Portuguesa nº 215. (2016) 22–29.
20. ABRANTES, Joana - **Cessação Tabágica - A dinâmica da medicina geral e familiar.** Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. (2014).
21. FILHO, Hilson Cunha; MARQUES, Rita Fonseca; FARIA, Paula Lobato De - **Dificuldades políticas, éticas e jurídicas na criação e aplicação da legislação sobre álcool e tabaco: contributo para o desenvolvimento da investigação em Direito da Saúde Pública.** Revista Portuguesa de Saúde Pública. 28:2 (2010) 205–218.
22. **Lei nº 109/2015**, de 26 de Agosto. Diário da República nº 166/2015. Série I de 2015-08-26. 6336 - 6369.

23. **Lei nº 37/2007**, de 14 de Agosto. Diário da República nº 156/2007. Série I de 2007-08-14. 5277 - 5285.
24. DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE - **Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo**. (2017). 4-17.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION - **European Health Report: More than numbers - evidence for all**. (2018). ISBN 9789289053433.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION - **WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017 - Monitoring tobacco use and prevention policies**. (2017). 13-107.
27. EUROPEAN COMMISSION - **Health at a Glance: Europe 2018** ISBN 9789264303348.
28. MACHADO, Adriana - **Planeamento em saúde: Promoção, prevenção e intervenção para uma adolescência sem tabaco**. CESPU: Instituto Politécnico de Saúde do Norte, Escola Superior de Saúde do Vale do Ave. (2014).
29. DIOGO, Eva Vanessa Domingues - **Cessação tabágica: farmacoterapia e novas perspetivas**. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (2016).
30. NUNES, Emília - **Consumo de tabaco. Efeitos na saúde**. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. ISSN 2182-5181. 22:2 (2006) 225–44. doi: 10.32385/RPMGF.V22I2.10231.
31. MENDES, Ana Paula - **Cessação tabágica I - Terapêutica Farmacológica**. CIM - centro de informação do medicamento. Abril (2019). 1-3.
32. DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE - **Circular Normativa: Programa-tipo de atuação em cessação tabágica**. (2007).
33. MARTINS, João Barbosa; CAPELA, João Paulo Soares - **Abordagem farmacológica na cessação tabágica em farmácia comunitária**. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. ISSN 1646-0480. 7 (2010) 246–257.

34. PRECIOSO, José; LOPES, Maria José; FERNÁNDEZ, Esteve; NEBOT, Manel. - **Qualidade do ar interior em estabelecimentos da restauração após a entrada em vigor da lei portuguesa de controlo do tabagismo.** Revista Portuguesa de Saúde Pública. ISSN 08709025. 29:1 (2011) 22–26. doi: 10.1016/S0870-9025(11)70004-9.
35. DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE - **Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números - 2015.** (2016).
36. PAMPLONA, Paula; MENDES, Berta - **Estratégia de tratamento do tabagismo na DPOC.** Revista Portuguesa de Pneumologia. XV:6 (2009) 1121–1156.
37. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Circular Informativa - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Normas de Boas Práticas na Cessação Tabágica.** Nº 51/ DSPCD (2009) 1–10.
38. SIMÓN, Aurora - **Interações entre Tabaco e Medicamentos.** Ficha Técnica do CIM. (2015) 1–2.
39. BALSÀ, Casimiro; VITAL, Clara; URBANO, Cláudia - **IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17.** ISBN 9789895414536. (2018). 70-74.
40. DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE - **A Saúde dos Portugueses 2016.** (2016). [Acedido a 10 de junho de 2019] Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/18278>
41. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **Inquérito Nacional de Saúde 2014.** ISBN 9789892503561. (2014).
42. BARREIRA, Esmeralda; GOMES, Francisco Sampaio; CUNHA, Luis Miguel - **Atitudes face ao tabagismo: hábitos tabágicos e o papel dos profissionais de saúde.** Psicologia: Saúde e Doenças. ISSN 1662-5145. 8:2 (2007) 197–207. doi: 10.3389/fnint.2014.00038.
43. WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control.** (2010). 2-14. [Acedido a 10 de junho de 2019] Disponível em <http://www.who.int/fctc/Guidelines.pdf?ua=1>

44. WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control.** (2018).
45. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Programas de Saúde Prioritários: Metas de Saúde 2020.** (2017). 4.
46. NUNES, Emilia; NARIGÃO, Miguel - **Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo: Caracterização das Consultas de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica.** Direção Geral de Saúde. (2013).
47. REBELO, Luis - **Consulta de cessação tabágica - uma proposta para a Medicina Geral e Familiar.** Revista Portuguesa de Clínica Geral. 20 (2004) 87–98.
48. **PRONTUÁRIO TERAPÊUTICO.** Medicamentos para tratamento de dependência de drogas - Nicotina. [Acedido a 15 de junho de 2019] Disponível em <https://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=nicotina&x=0&y=0&rbI=0>
49. CARAMONA, Margarida; ESTEVES, Afonso Pinheiro; GONÇALVES, Jorge; MACEDO, Tice; MENDONÇA, João; OSSWALD, Walter; PINHEIRO, Rosa Lina; RODRIGUES, António; SEPODES, Bruno; TEIXEIRA, António Albino - **Prontuário Terapêutico - II.** ISBN 9789898369116. (2013). 108-118, 166-169.
50. FEDERATION, International Pharmaceutical - **FIP-YPG practical guide on pharmacists' led activities towards establishing tobacco - free communities.** (2015).
51. SIMAS, Patrícia; MARINHO, Ana Raquel; DIAS, Tiago - **Cessação tabágica e ganho ponderal - linhas de orientação.** (2015).
52. ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE FARMÁCIAS - **Para além da dispensa de medicamentos.** Farmácia Portuguesa. 38:162 (2006) 32-38.
53. MCBANE, Sarah E.; CORELLI, Robin L.; ALBANO, Christian B.; CONRY, John M.; PAOLERO, Mark A. Della; KENNEDY, Amy K.; JENKINS, Antoine T.; HUDMON, Karen Suchanek. - **The Role of Academic Pharmacy in Tobacco Cessation and Control.** American journal of pharmaceutical education. 77:5 (2013).

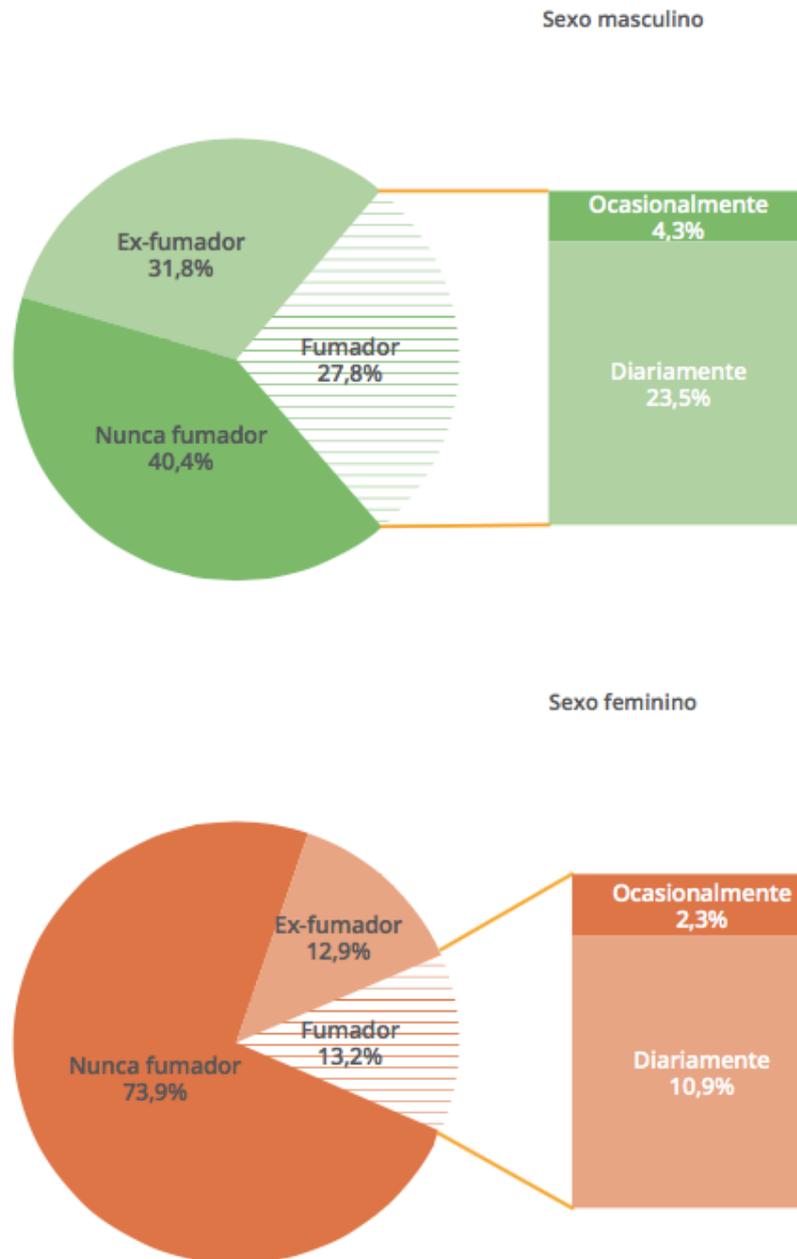
54. WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Pharmacists and Action on Tobacco**. (2015).

55. SANTOS, Henrique José; CUNHA, Inês Nunes; COELHO, Paulo Veloso; CRUZ, Pedro; BOTELHO, Rui; FARIA, Graça; MARQUES, Cristina; GOMES, Adelina. - **Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária ( BPF )**. Ordem dos Farmacêuticos. 3ª edição (2009).

56. WORLD HEALTH ORGANIZATION - **The Role of Health Professionals in Tobacco Control**. France: WHO (2005), ISBN 9241593202.

### 13. Anexos

**Anexo I** – Proporção da população residente em Portugal com idade igual ou superior a 15 anos.



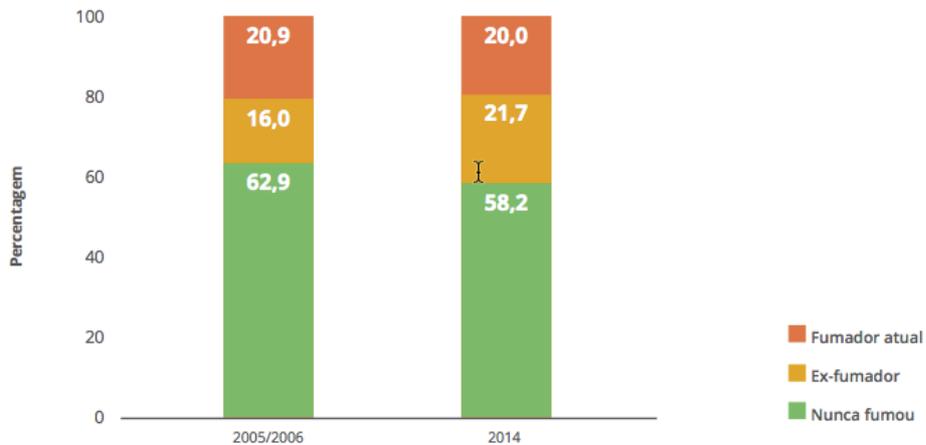
**Fonte:** A Saúde dos Portugueses 2016. Direção Geral de Saúde. [Acedido a 10 de junho de 2019] Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/18278>

**Anexo 2** – Prevalência de consumo de tabaco nos últimos 30 dias em alunos do ensino público entre os 13 e os 18 anos de idade.



**Fonte:** A Saúde do Portugueses 2016. Direção Geral de Saúde. [Acedido a 10 de junho de 2019] Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/18278>

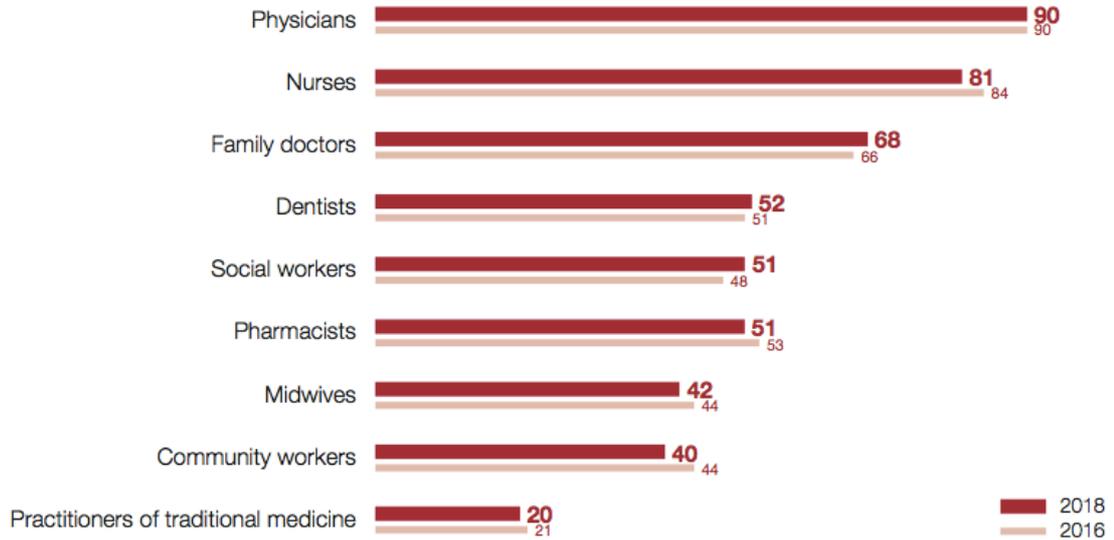
**Anexo 3** – Proporção da população portuguesa com 15 ou mais anos de idade.



**Fonte:** A saúde dos portugueses 2016. Direção Geral de Saúde. [Acedido a 10 de junho de 2019] Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/18278>

**Anexo 4** – Percentagem de países que envolvem diferentes profissionais de saúde em programas de tratamento e aconselhamento da cessação tabágica.

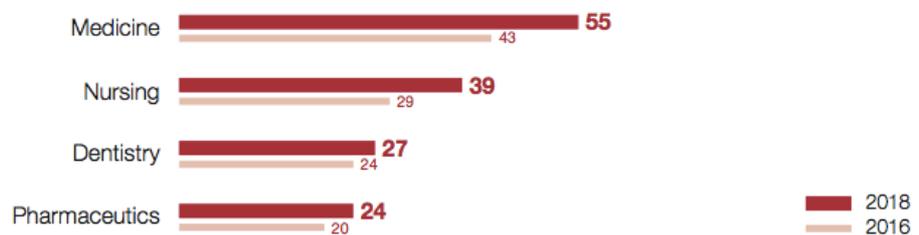
Percentage of Parties with an involvement of health and other professionals in treatment and counselling programmes (n=102 in 2016; n=124 in 2018)\*



**Fonte:** World Health Organization - Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. (2018).

**Anexo 5** – Percentagem de países que incluem a dependência do Tabaco no currículo dos diferentes profissionais de saúde.

Percentage of Parties reporting the inclusion of tobacco dependence treatment in the curricula of different health professionals (n=180 in 2016; n=181 in 2018)



**Fonte:** World Health Organization - Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. (2018).

**Anexo 6 – Teste de Richmond**

TABELA 3 – TESTE DE RICHMOND (TESTE PARA AVALIAR A MOTIVAÇÃO PARA DEIXAR DE FUMAR)		
1 – Gostaria de deixar de fumar, se o pudesse fazer facilmente?	Não Sim	0 1
2 – Tem realmente vontade de deixar de fumar?	Nenhuma Pouca Alguma Muita	0 1 2 3
3 – Acredita que conseguirá deixar de fumar nas próximas duas semanas?	Não acredito Talvez Provavelmente De certeza	0 1 2 3
4 – Pensa que será ex-fumador/a dentro de 6 meses?	Difícilmente Pode ser Provavelmente De certeza	0 1 2 3
0 – 5 pontos: Motivação Fraca 6 – 8 pontos: Motivação Moderada 9 – 10 pontos: Motivação Elevada		

**Fonte:** Cuidados farmacêuticos no tabagismo. Revista Farmácia Distribuição nº 203, setembro de 2008

**Anexo 7 – Teste de Fagerstrom**

TABELA 4 – TESTE DE FAGERSTRÖM PARA AVALIAR A DEPENDÊNCIA DA NICOTINA (TRADUÇÃO DO GRUPO DE INVESTIGAÇÃO EM CUIDADOS FARMACÊUTICOS DA UNIVERSIDADE LUSÓFONA)		
1 – Quando tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?	Nos primeiros 5 minutos Entre 6 a 30 minutos Entre 31 a 60 minutos Mais de 61 minutos	3 2 1 0
2 – Sente dificuldades na contenção do uso de tabaco em lugares onde é proibido fumar (por ex. cinemas, aviões, hospitais)?	Sim Não	1 0
3 – Qual o cigarro que mais dificuldade teria em não fumar?	O primeiro da manhã Outro qualquer	1 0
4 – Quantos cigarros fumam habitualmente por dia?	10 ou menos 11 a 20 21 a 30 31 ou mais	0 1 2 3
5 – Fuma mais frequentemente durante as primeiras horas depois de acordar do que durante o resto do dia?	Sim Não	1 0
6 – Fuma quando está doente e acamado?	Sim Não	1 0
0 – 3 pontos: Grau de dependência Baixo 4 – 6 pontos: Grau de dependência Médio 7 – 10 pontos: Grau de dependência Elevado		

**Fonte:** Cuidados farmacêuticos no tabagismo. Revista Farmácia Distribuição nº 203, setembro de 2008

## **Anexo 8 – Inquérito – Cessação tabágica**

### **Inquérito - Cessação tabágica**

Sou aluna do último ano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas e venho por este meio solicitar a sua colaboração na participação do seguinte inquérito.

O presente inquérito foi realizado com o intuito de recolher dados no seio da comunidade para posterior análise e discussão dos resultados. Os resultados obtidos servirão de base para a redação de um trabalho académico para conclusão do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Agradeço desde já a sua disponibilidade e atenção.

#### **1. Idade**

- < 20 anos
- 21 - 35 anos
- 36 - 50 anos
- 51 - 65 anos
- > 65 anos

#### **2. Género**

- Feminino
- Masculino

#### **3. Nível de escolaridade**

- 1º ciclo (1º ao 4º ano)
- 2º ciclo (5º ao 6º ano)
- 3º ciclo (7º ao 9º ano)
- Ensino secundário (10º ao 12º ano)
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

#### **4. Local de residência**

- Cidade
- Vila
- Aldeia
- Outro

**5. Quando pretende obter informações sobre medicamentos, saúde e bem-estar onde é que habitualmente se dirige?**

- Hospital, Centro de Saúde e afins
- Farmácia
- Parafarmácia (local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica)

**6. Quando necessita de adquirir um Medicamento Não Sujeito a Receita Médica (MNSRM), onde se dirige?**

- Farmácia
- Parafarmácia (local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica)

**7. Tendo em consideração a resposta anterior, indique o motivo da sua preferência (pode escolher mais do que uma opção).**

- Localização
- Atendimento
- Aconselhamento / Competência científica
- Comodidade
- Preço dos medicamentos / produtos de saúde
- Outros motivos

**8. Considera-se um fumador habitual?**

- Sim
- Não

**9. Se respondeu afirmativamente à pergunta anterior, quantos cigarros fuma por dia?**

- < 10 cigarros
- 10 - 20 cigarros
- > 20 cigarros

**10. Alguma vez tentou deixar de fumar?**

- Sim
- Não

**11. Se respondeu negativamente à pergunta número 8, já foi fumador?**

- Sim
- Não

**12. A quem recorreu para deixar / tentar deixar de fumar?**

- Ninguém
- Médico
- Farmacêutico
- Outro

**13. Conhece os programas de cessação tabágica?**

- Sim
- Não

**14. Acha que o farmacêutico o pode ajudar a deixar de fumar?**

- Sim
- Não

**Anexo 9** – Análise dos resultados dos inquéritos realizados.

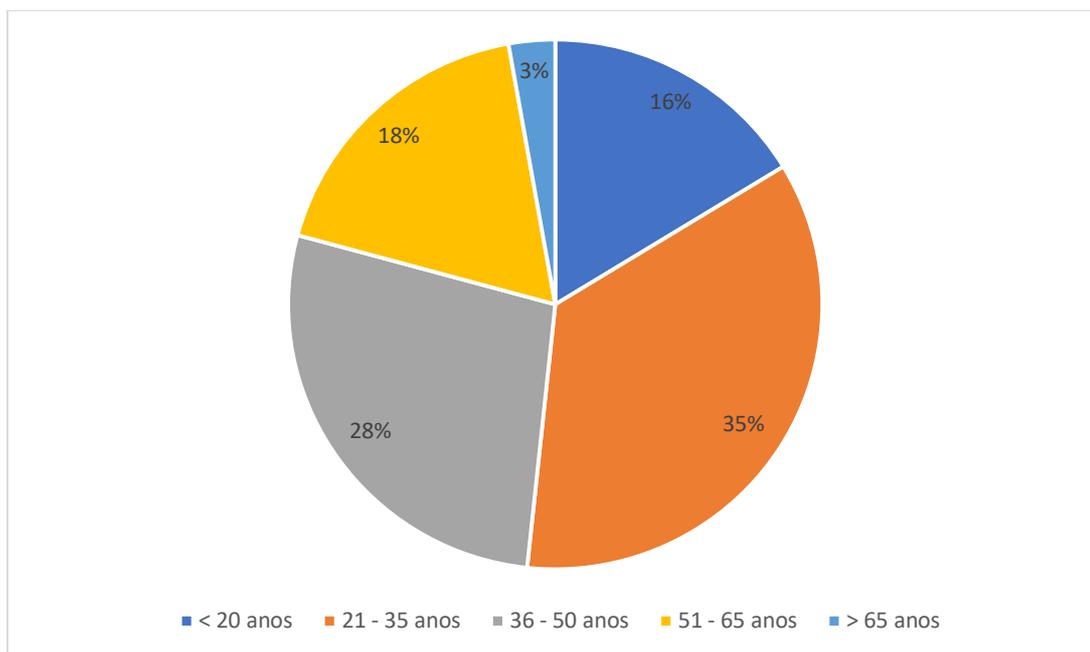


Gráfico I – Distribuição da amostra segundo a faixa etária.

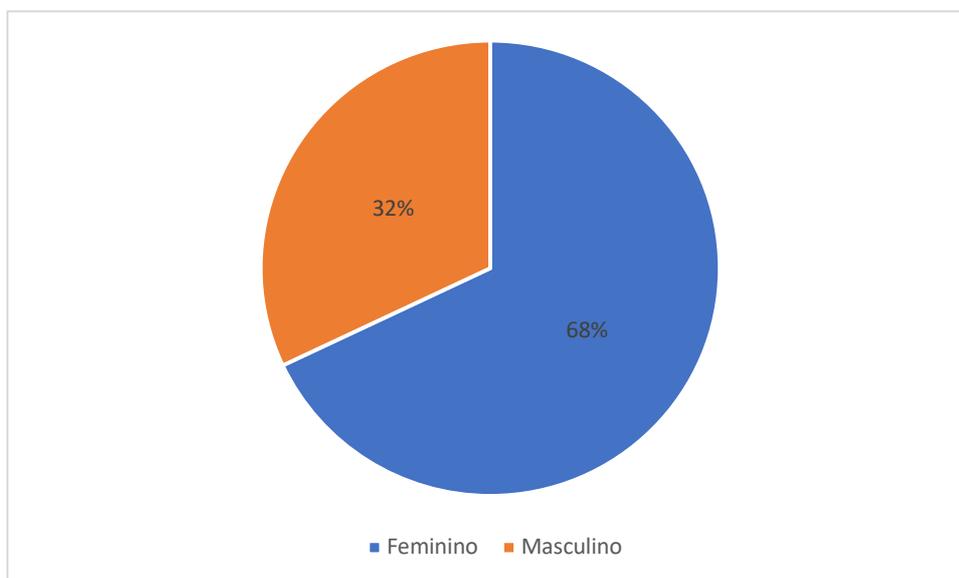


Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo o género.

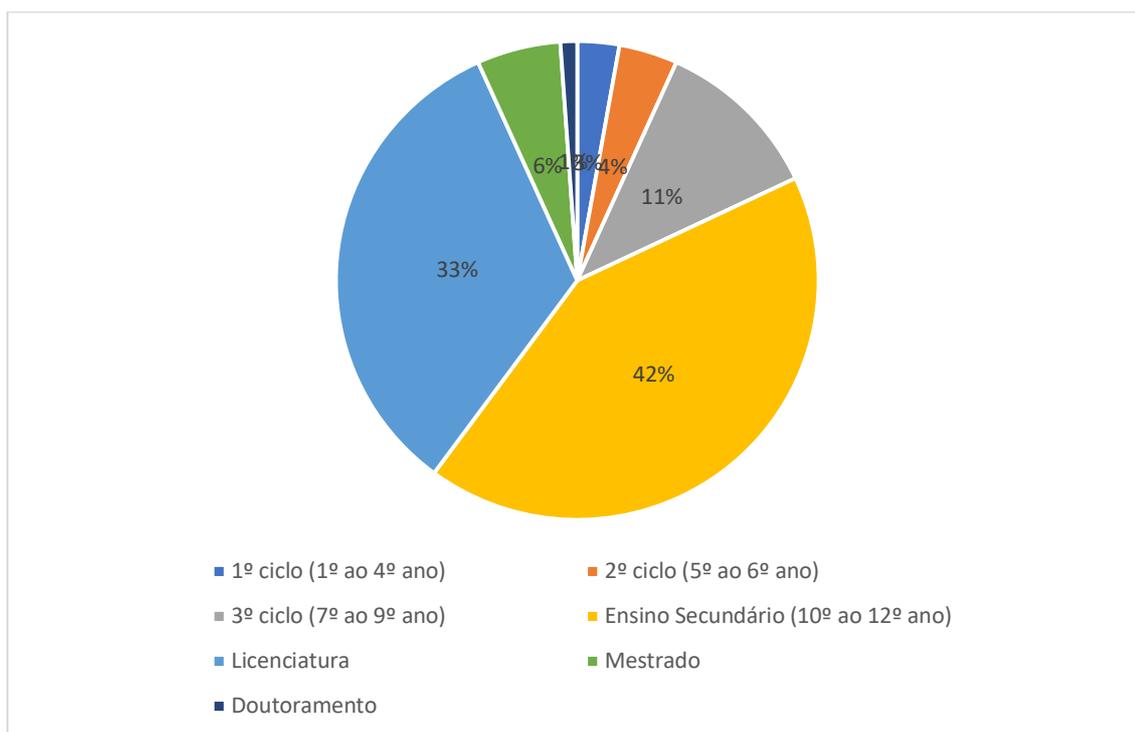


Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo o nível de escolaridade.

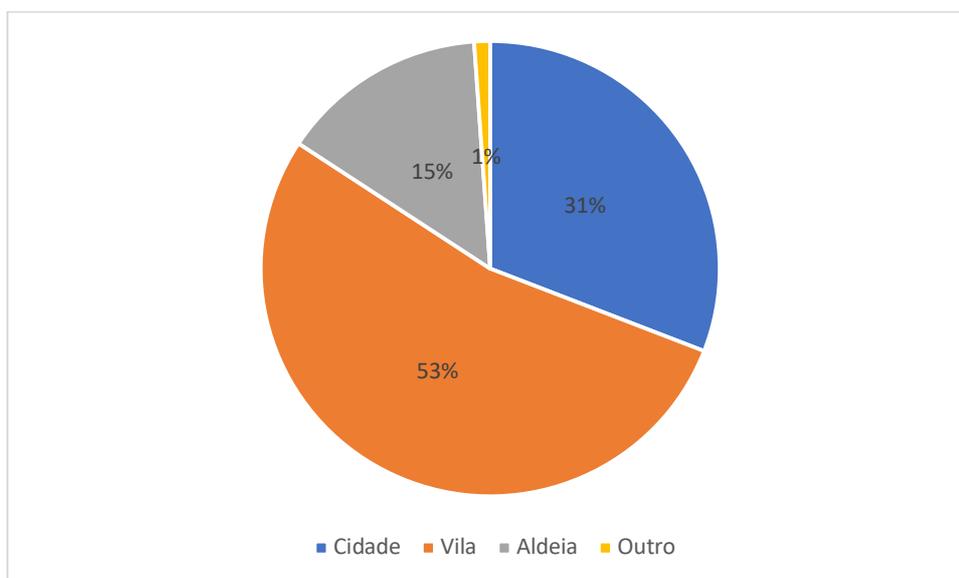


Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo o local de residência.

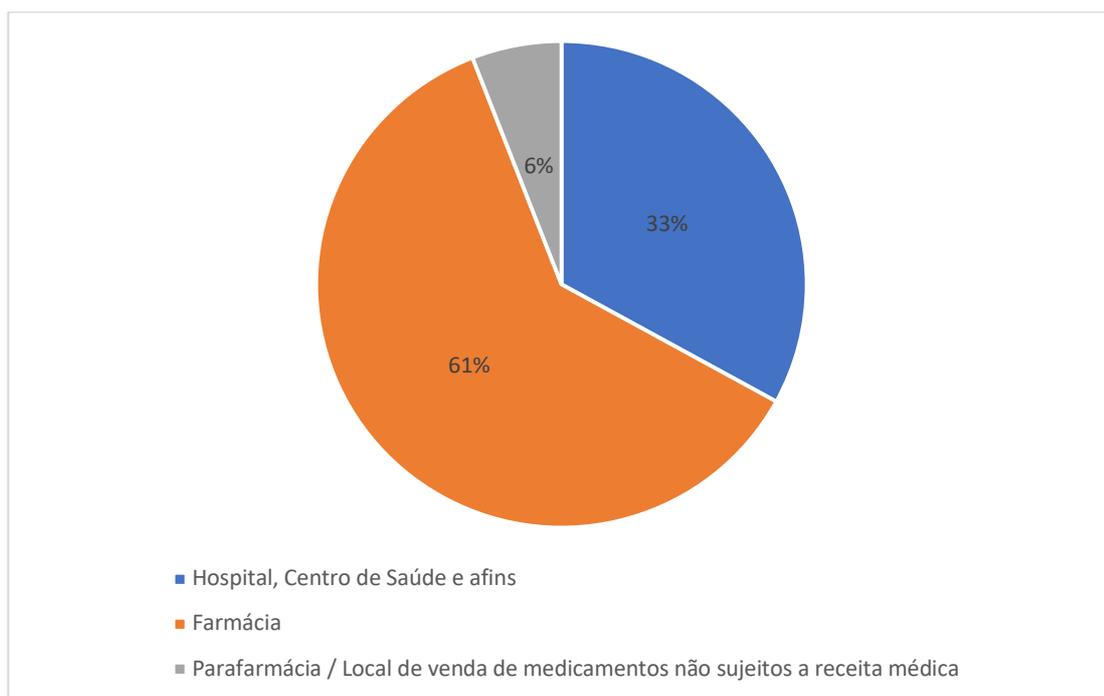


Gráfico 5 – Distribuição da amostra segundo o local onde obtêm informações sobre medicamentos, saúde e bem-estar.

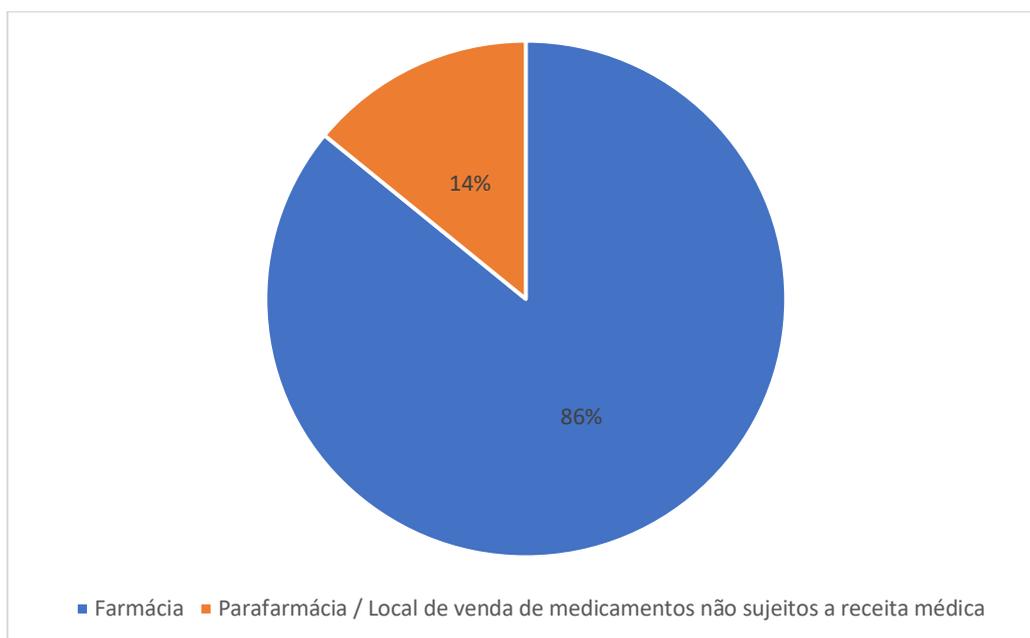


Gráfico 6 – Distribuição da amostra segundo o local de preferência para adquirir MNSRM.

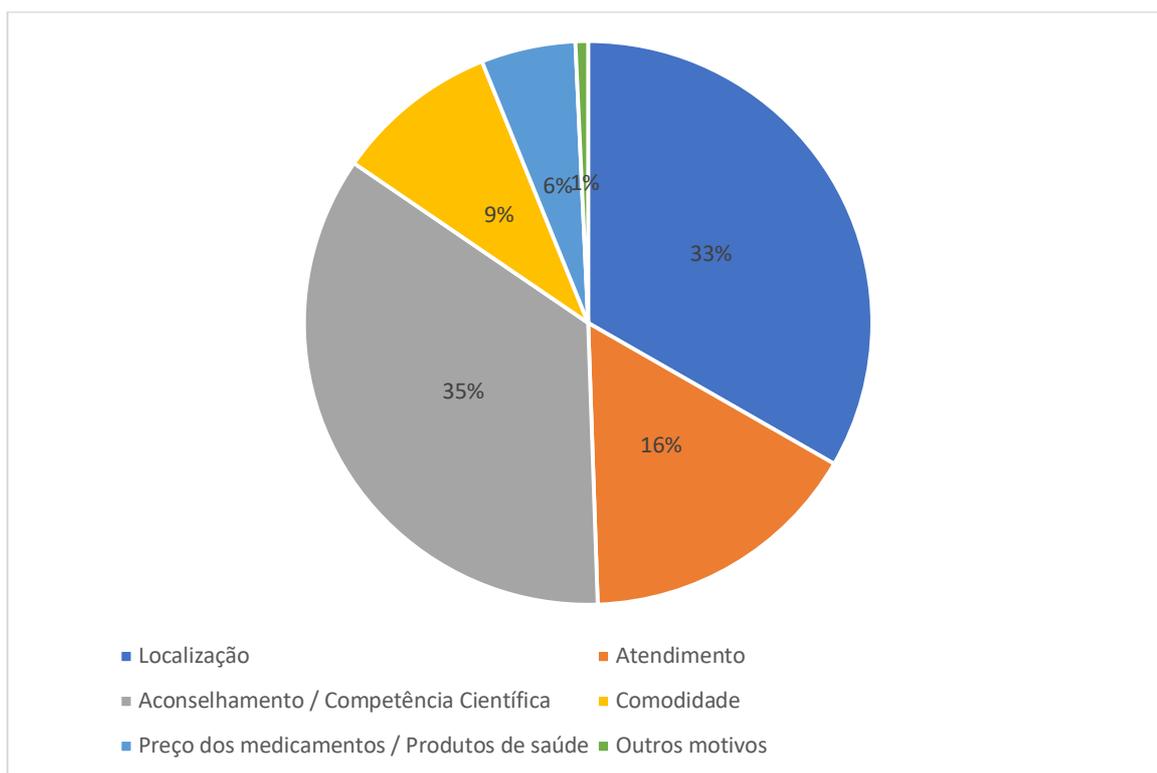


Gráfico 7 – Distribuição da amostra segundo o motivo da preferência.

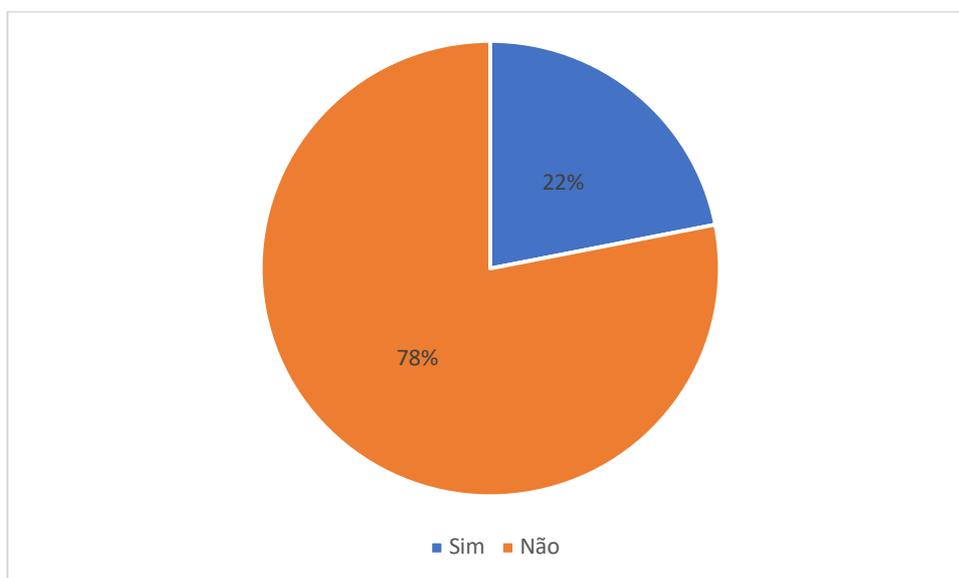


Gráfico 8 – Distribuição da amostra segundo o hábito de fumar.

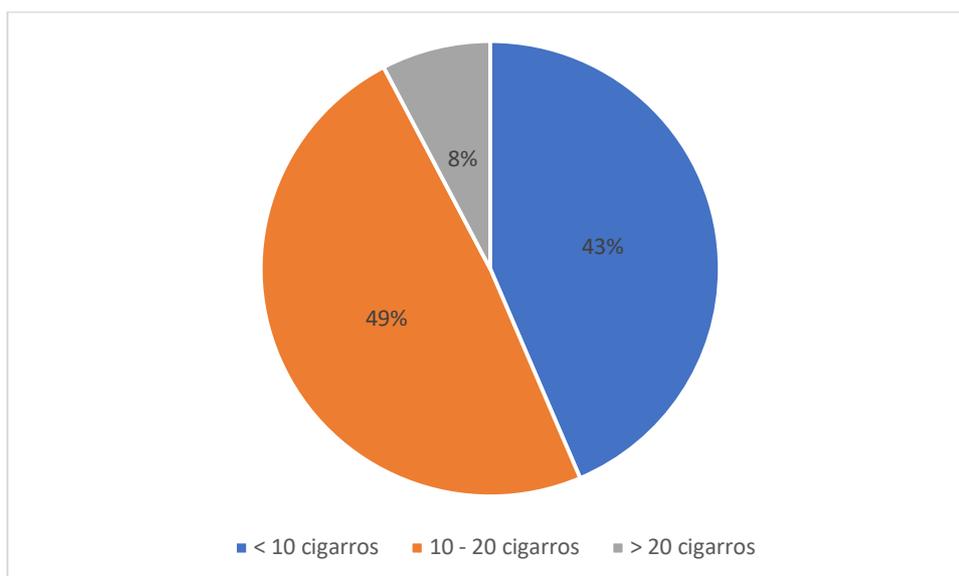


Gráfico 9 – Distribuição da amostra segundo o número de cigarros que fuma por dia.

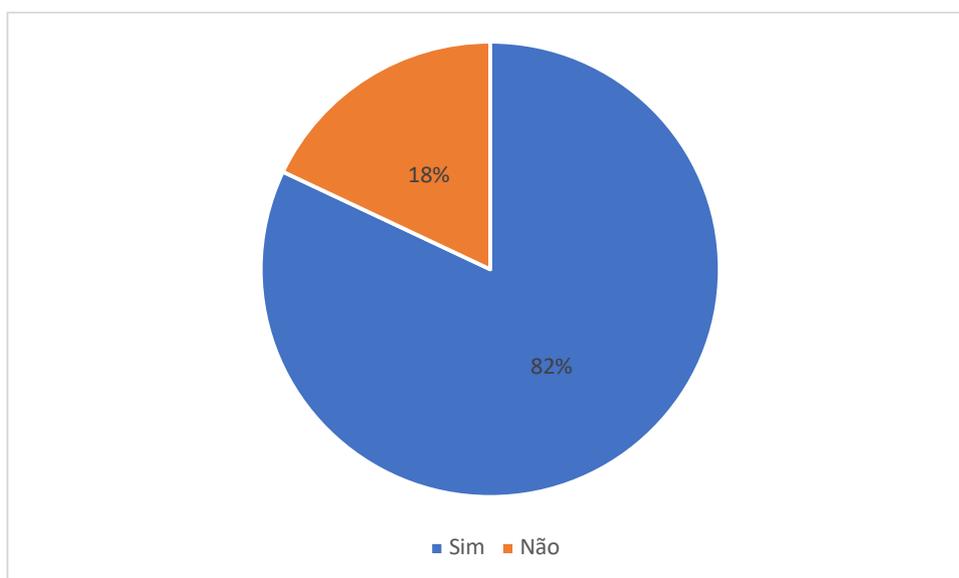


Gráfico 10 – Distribuição da amostra segundo a tentativa de deixar de fumar.

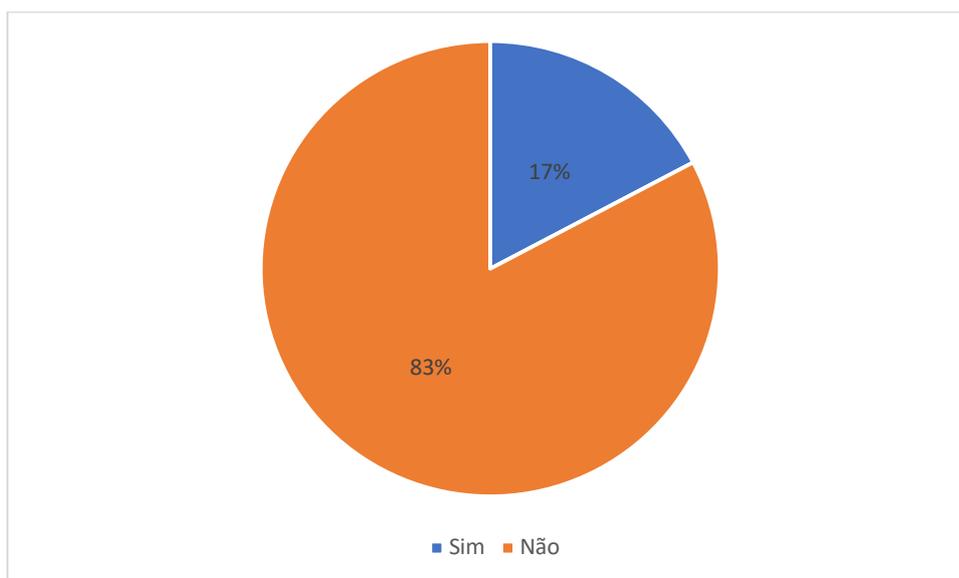


Gráfico I1 – Distribuição da amostra segundo se já foi ou não fumador.

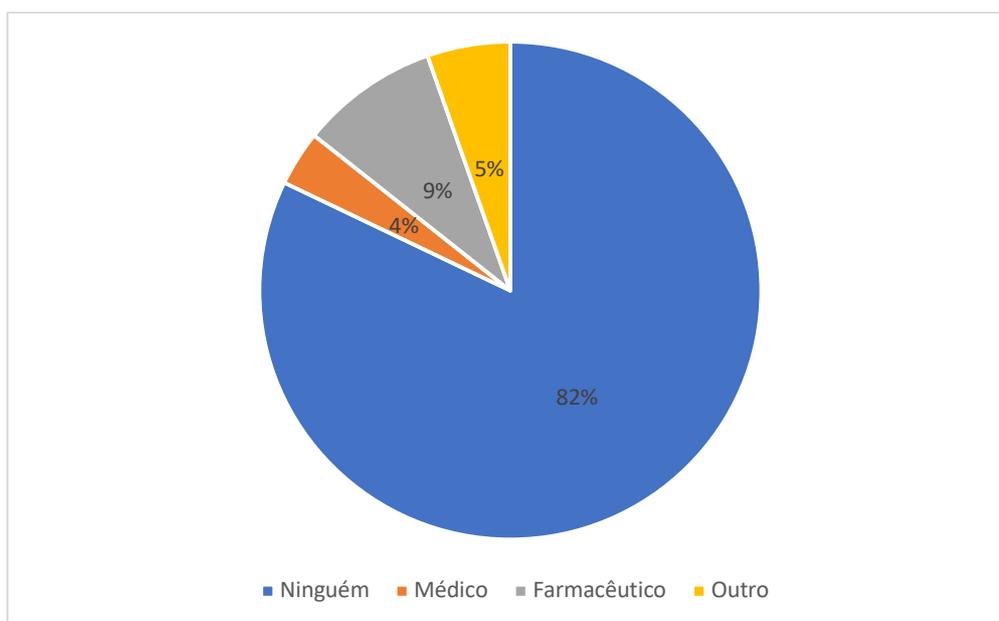


Gráfico I2 – Distribuição da amostra segundo a quem recorreram para deixar ou tentar deixar de fumar.

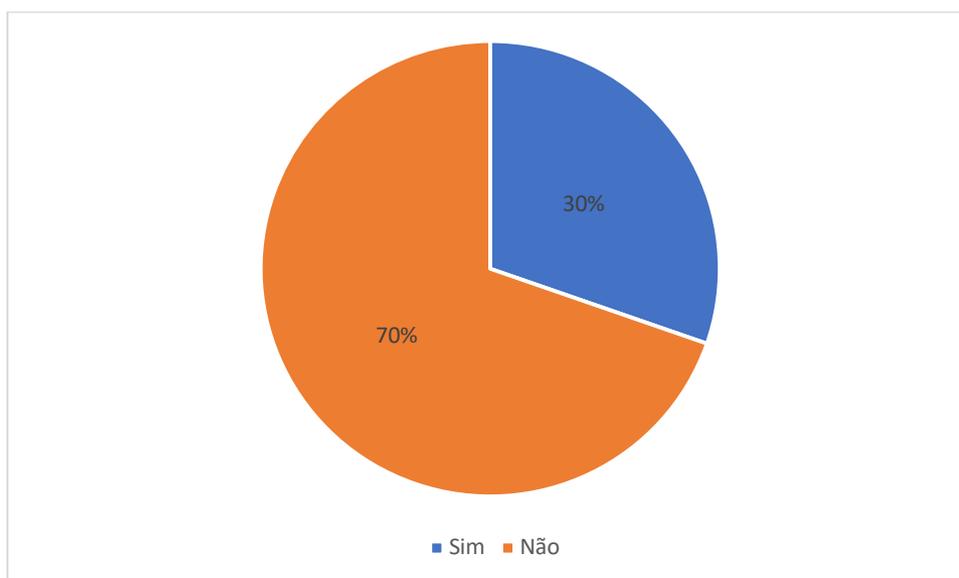


Gráfico 13 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento de programas de cessação tabágica.

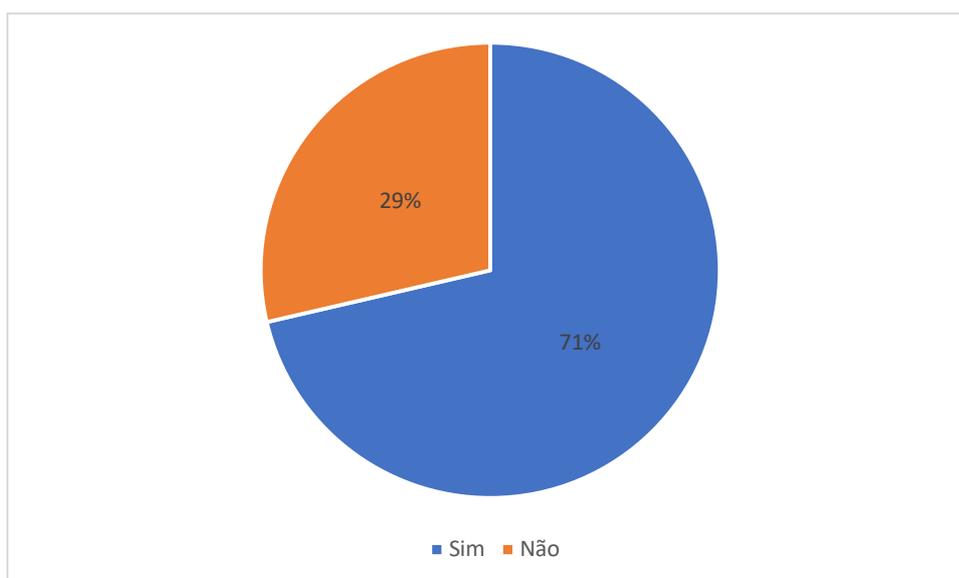


Gráfico 14 – Distribuição da amostra segundo a opinião sobre se o farmacêutico pode ajudar a deixar de fumar.