

O processo de cessação tabágica e o contributo do farmacêutico: impacto na saúde pública

The smoking cessation process and the pharmacist's contribution: impact on public health

Lima A.¹, Mascarenhas-Melo F.^{2,3}, Bell V.⁴

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

RESUMO

O tabagismo é considerado um fator de risco de inúmeras doenças e afeta quer a população fumadora, quer a não fumadora. Este hábito é a principal causa evitável de doenças crônicas, perda de qualidade de vida e morte no mundo. Desta forma, é considerado um problema de saúde pública que afeta toda a população.

O tabaco pode ser consumido de diversas formas e é causador de dependência quer física, quer psicológica, englobando diversos fatores. Todos os produtos contidos no tabaco são nocivos para a saúde, podendo comprometer todo o organismo, e não existe um limiar seguro para a sua exposição.

Em Portugal, a prevenção e o controlo do tabagismo são uma prioridade. A implementação de medidas, sejam elas legislativas, educacionais, terapêuticas, económicas ou sociais, necessitam de intervenção multidisciplinar.

A cessação tabágica é importante não só para o fumador em particular, mas também para a população em geral. As vantagens desta cessação são tanto maiores quanto mais cedo ela ocorrer, havendo benefícios imediatos, logo após o consumo do último cigarro.

As medidas farmacológicas, importantes e muitas vezes necessárias na cessação tabágica, contribuem para a diminuição dos sintomas de abstinência e do desejo de fumar. No entanto, as medidas não farmacológicas são fundamentais para o sucesso do tratamento, quer a médio, quer a longo prazo.

A falta de literacia em saúde, os interesses económicos associados ao tabaco, as estratégias de marketing das empresas deste tipo de produtos e a aceitação social do consumo, são fatores muito relevantes na dificuldade que existe na adoção de medidas de prevenção e controlo deste problema. O presente artigo tem como objetivo contextualizar o impacto do tabagismo no âmbito da saúde pública, destacando estratégias de prevenção, controlo e tratamento do processo de cessação tabágica, e salientando aspetos em que o farmacêutico comunitário pode intervir e contribuir para a diminuição dos efeitos nefastos associados ao consumo de tabaco.

Palavras-chave: cessação tabágica, farmacêutico, farmácia, prevenção, tratamento, tabagismo.

ABSTRACT

Smoking is considered a risk factor for numerous diseases and affects both the smoking and non-smoking population. This habit is the leading preventable cause of chronic illness, loss of quality of life and death in the world. Thus, it is considered a public health problem that affects the entire population.

Tobacco can be consumed in a variety of ways and is a cause of both physical and psychological dependence, encompassing several factors. All products contained in tobacco are harmful to health and may compromise the entire body, and there is no safe threshold for exposure.

In Portugal, smoking prevention and control are a priority, and there are several measures, whether legislative, educational, treatment, prevention, economic and social.

All health professionals should be actively involved in promoting healthy lifestyles and smoking prevention, regardless of the type of care they provide and the workplace.

Smoking cessation is beneficial not only for the smoker in particular, but also for the general population. The benefits of this cessation are greater the sooner it is stopped, with immediate benefits immediately after the last cigarette has been consumed. Pharmacological measures are important and often necessary in smoking cessation, contributing to the reduction of withdrawal symptoms and the desire to smoke. Non-pharmacological measures are also extremely important for the success of smoking abstinence in the medium and long term.

The lack of health literacy, the economic interests associated with tobacco, the marketing strategies of the companies of this type of products and the social acceptance of consumption are very relevant factors in the difficulty of adopting measures to prevent and control this problem. This article aims to contextualize the impact of smoking on public health, highlighting strategies for the prevention, control and treatment of the smoking cessation process, and the aspects in which the community pharmacist can intervene and contribute to reducing the harmful effects of tobacco consumption.

Keywords: smoking cessation, pharmacist, pharmacy, prevention, treatment, smoking.

¹ Faculdade de Farmácia, Universidade de Coimbra, Polo das Ciências da Saúde, Coimbra, Portugal.

² Laboratório de Desenvolvimento e Tecnologias do Medicamento, Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

³ REQUIMTE/LAQV, Group of Pharmaceutical Technology, Faculty of Pharmacy of the University of Coimbra, University of Coimbra, Coimbra, Portugal.

⁴ Laboratório de Sociofarmácia e Saúde Pública, Faculdade de farmácia da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Autor para correspondência: Victoria Bell, victoriabell@ff.uc.pt, Laboratório de Sociofarmácia e Saúde Pública, Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Universidade de Coimbra, Polo das Ciências da Saúde, Azinhaga de Santa Comba, 3000-548 Coimbra, Portugal.

Submetido/Submitted: 13 janeiro de 2022 | Aceite/Accepted: 15 abril de 2022

INTRODUÇÃO

Como resultado da evolução da 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), assim como o aparecimento de novas doenças^{1,2}.

Muitas doenças crónicas, são causadas por comportamentos menos saudáveis, como o tabagismo, o sedentarismo, uma dieta pouco equilibrada e saudável e o consumo de bebidas alcoólicas em excesso³.

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 tabaco⁴. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabagismo é a principal causa evitável de doenças crónicas, perda da qualidade de vida e de morte no mundo^{5,6}.

Tabagismo

O tabaco descoberto, no continente americano, chegou à Europa, em 1492, 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. A partir de meados do século XX começou a ser demonstrado o seu efeito prejudicial para a saúde^{7,8,9}.

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^{8,10}.

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 dependentes¹⁰.

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 irritante⁸.

Atualmente, além do tabaco tradicional e dos cigarros eletrónicos, também surgiram os produtos de tabaco aquecido, onde o tabaco é aquecido através de dispositivos próprios¹¹.

O hábito de fumar é uma doença crónica, causadora de dependência quer física quer psicológica e é iniciado, geralmente, na adolescência⁵.

O mecanismo da dependência tabágica engloba diversos fatores, tanto genómicos como não genómicos⁷. Nem todos os adolescentes que experimentam o tabaco se tornam fumadores habituais. Padrões sociodemográficos e algumas características pessoais (idade, género, classe social, nível de escolaridade, hábitos 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^{4,5,12}. Alterações genéticas que influenciem o metabolismo da nicotina

poderão também aumentar esta suscetibilidade⁷.

A depressão, a ansiedade e o stress são também alguns dos motivos que levam à iniciação do consumo⁷.

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.

Desde 1992 que a dependência da nicotina está incluída na 10^a 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 doença⁴.

Constituintes do tabaco

O tabaco provém das folhas da *Nicotiana tabacum*, planta da família Solanaceae,

que depois de estarem secas são utilizadas para o fabrico de diversos produtos⁶. Na folha do tabaco, estão presentes 16 substâncias químicas cancerígenas. No entanto, este número aumenta durante a combustão do tabaco, passando para mais de 50, como os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, as N-nitrosaminas, as aminas aromáticas e os aldeídos⁹. O 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, bem como alguns metais pesados e substâncias radioativas, como por exemplo o polónio^{4,6}.

Uma das substâncias mais conhecidas presentes no tabaco é a nicotina, uma substância psicoativa e tóxica, com grande capacidade de induzir dependência^{4,5,6}. 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^{4,5}. Esta substância ativa os recetores colinérgicos nicotínicos, no mesencéfalo, produzindo e libertando dopamina através dos axónios neuronais, 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 estarem envolvidos no mecanismo de recompensa, indução de dependência e sintomas de abstinência⁴. 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 uma necessidade de aumentar a quantidade consumida⁴.

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 nitrosaminas⁴.

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 dos órgãos⁴.

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, 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 dependência⁵. No entanto, na sequência da transposição da Diretiva Europeia 2014/40/EU pela

Lei nº109/2015 relativa aos Produtos do Tabaco, a adição de mentol foi proibida, mas esta lei aplica-se apenas a cigarros com mentol com cápsula, e também a tabaco de enrolar. O tabaco aquecido, por exemplo, não está abrangido por esta proibição⁵.

A OMS reconhece que todos os produtos contidos no tabaco são nocivos para a saúde da população e não existe um limiar seguro para a sua exposição⁴.

A Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos da América (EUA), classificou o fumo ambiental do tabaco no Grupo A de carcinogéneos¹³.

Tabaco: legislação

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, 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 idade⁷. Esta convenção foi transposta e aprovada no nosso país através do Decreto nº 25-A/2005, de 8 de novembro¹⁴.

A Lei nº 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^{7,15}.

O primeiro capítulo desta lei pretende limitar o consumo de tabaco em recintos

comuns fechados. No entanto, prevê a criação de salas destinadas a fumadores, mas cujo acesso é vedado a menores de 18 anos¹⁵.

Este diploma estipula ainda a composição dos cigarros comercializados ou fabricados em Portugal. Estes não podem ter teores superiores a 10mg de alcatrão por cigarro, 1mg de nicotina por cigarro e 10mg 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 respetivas quantidades, utilizados no fabrico. Esta mesma lista deve ser acompanhada com uma justificação da inclusão destes ingredientes nos produtos, assim como os dados toxicológicos referentes a cada substância, como os efeitos na saúde e o risco de dependência¹⁵. O fabricante e importadores devem ainda comunicar à DGS, anualmente, os volumes de vendas¹⁶. No que diz respeito à rotulagem dos maços de cigarros, devem obrigatoriamente 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. A quantidade mínima de cigarros por maço de tabaco é de 20 unidades e 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 proibido¹⁵.

Considerando a venda de produtos de tabaco, é proibida a utilização de 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 proibida¹⁵.

Não é permitida a publicidade, promoção e patrocínio de produtos de tabaco, apenas é possível a publicidade ou promoção quando dirigida, exclusivamente a profissionais do comércio do tabaco¹⁵.

O Estado deve promover a informação aos cidadãos e deve contribuir para a prevenção e para o controlo do tabagismo. Os serviços de saúde, incluindo as farmácias, devem colaborar na informação e na educação para a saúde, no que diz respeito aos malefícios do tabaco e à importância da sua cessação. A prevenção e o controlo do tabagismo devem ser abordados no ensino básico e secundário e esta temática deve fazer parte dos conteúdos 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)¹⁵.

A Lei n° 109/2015, de 26 de agosto, procede à primeira alteração da Lei n° 37/2007¹⁶.

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°37/2007, deverá agora estar visível uma indicação com a lotação máxima permitida¹⁶.

Passa também a constar nesta lei a obrigatoriedade de as embalagens de tabaco

de enrolar conterem pelo menos 30g de tabaco¹⁶.

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 cosmético¹⁶.

Relativamente às advertências gerais e mensagens informativas nos produtos de tabaco para fumar, cada embalagem deve conter a informação “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 disponíveis¹⁶.

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”¹⁶.

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.¹⁶.

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, invioláveis, inquebráveis e à prova de derrame. Não podem conter mais de 20mg/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”¹⁶.

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”¹⁶. 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 trabalho¹⁷.

Tabagismo: um problema global

Os maiores problemas e desafios de saúde pública na Europa são o consumo de álcool, de tabaco e a obesidade¹⁸. Na Europa, no ano de 2013, a prevalência de fumadores com 15 ou mais anos de idade era de 29%, sendo maior nos homens em comparação com as mulheres (38,5% e 20,7%, respetivamente)¹⁸. Em 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 fumavam diariamente¹⁹. Pensa-se, ainda, que o número de fumadores passivos seja, pelo menos, o dobro do número de fumadores ativos²⁰.

Segundo os dados do Eurobarómetro, publicado em fevereiro de 2021, a proporção dos inquiridos que fumam diminuiu três pontos percentuais em comparação com 2017. Em toda a UE e no Reino Unido, houve um declínio de nove pontos percentuais entre 2006 e 2020 na proporção de fumadores¹¹.

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 do 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 mundo⁵.

Vários aspetos são responsáveis pela globalização do tabagismo, entre eles, o marketing produzido pelas indústrias que comercializam este 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 tabaco⁵.

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 o cancro, 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^{4,5}.

Relativamente ao desenvolvimento de doenças oncológicas, estas são provocadas 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 e da laringe. 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%^{6,7}. Em Portugal, no ano de 2019, estima-se que o consumo de tabaco tenha provocado a morte de 13559 pessoas e a exposição ao fumo, a morte de 1771 pessoas, das quais 220 por cancro, 321 por doença respiratória, 561 por doenças cérebro-cardiovasculares e 242 por diabetes mellitus tipo 2²¹.

No que diz respeito às doenças respiratórias, o hábito tabágico é umas das causas de enfisema e bronquite crónica, mais conhecida 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 fumadores⁶. O risco de desenvolver DPOC é diretamente proporcional ao número de cigarros consumidos por dia e existe um efeito cumulativo ao longo dos anos^{22,23}. 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 estadio da doença²³.

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%⁶. Em Portugal, em 2019, estima-se que o consumo de tabaco tenha sido responsável pela morte de 3177 pessoas por doenças cérebro-cardiovasculares²¹.

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 e também na muco-sa duodenal, diminuindo ainda o fluxo sanguíneo ao nível da mucosa gástrica⁹. 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 patologia⁷. Os fumadores diabéticos têm um risco mais elevado de morrer precocemente⁶. No ano de 2019, em Portugal, o consumo de tabaco contribuiu para a morte de 412 pessoas por diabetes²¹.

Existem populações mais específicas e vulneráveis que deverão ter uma especial atenção por parte dos profissionais de saúde⁷.

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 expectoração, diminuição de rendimento físico e aumento dos lípidos no sangue, como o colesterol LDL^{4,17}.

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^{4,6}.

Nas grávidas, os riscos estão relaciona-

dos com o bebê 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 bebê 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^{4,6}.

Nos homens, o tabagismo poderá provocar alterações no esperma, havendo também uma relação entre o tabaco e a disfunção erétil⁶.

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, todos os medicamentos metabolizados por esta isoenzima irão ser metabolizados mais rapidamente nos fumadores, diminuindo, desta forma, o efeito farmacológico, podendo levar a uma necessidade de ajustes de doses. Alguns exemplos de fármacos são as benzodiazepinas, a varfarina, a heparina, a furosemida, os bloqueadores beta, as insulinas, entre muitos outros²⁴.

Epidemiologia da dependência em Portugal

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. Em 2019 este valor baixou 3,0 p.p, para 17,0%²⁵. Destes, 23,9% são

homens e 10,9% são mulheres. No que diz respeito aos fumadores diários, estes representam 14,2% da população geral (1,3 milhões) e 248 mil eram fumadores ocasionais²⁵.

De acordo com os dados do Eurobarómetro, publicado em fevereiro de 2021, mais de metade da população fumadora (53%) tentou deixar de fumar em algum momento. Destes, 76% fizeram-no sem assistência profissional¹¹.

Relativamente à exposição ao fumo passivo, de acordo com dados do 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^{26,27}.

Estratégias de prevenção, controlo e tratamento. Em que consistem:

Todos os profissionais de saúde devem participar ativamente na promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção do tabagismo, independentemente do tipo de cuidados que prestam e do local de trabalho^{4,5}.

As estratégias de prevenção, controlo e tratamento são uma área prioritária para a 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 educativas, como de prevenção, tratamento, legislativas, económicas e sociais^{4,17}.

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^{5,10}. 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 alertem a população para as consequências negativas do uso do tabaco e dos benefícios da cessação, promovam a cessação tabágica, garantam que o tratamento esteja disponível e acessível, monitorizem e avaliem os programas de cessação tabágica e os tratamentos da dependência e, ainda, partilhem informação entre si. 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 para o tratamento do tabagismo²⁸.

Nos gráficos apresentados, 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, em 2018, apenas 53% dos países envolviam os farmacêuticos neste tipo de estratégias (Figura 1), e apenas 24% dos países abordavam este tema no currículo dos farmacêuticos (Figura 2)²⁹.

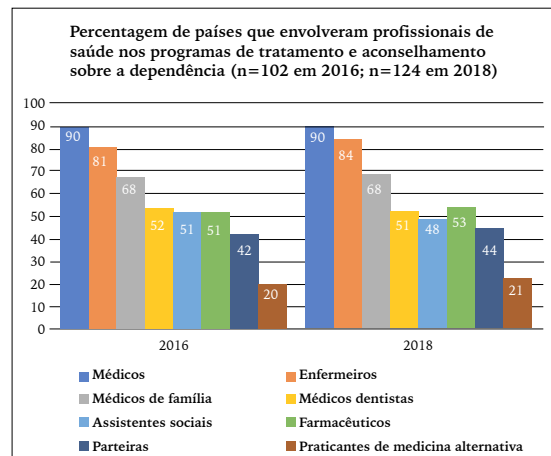


Figura 1. Adaptado de: *World Health Organization - Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control* (2018).

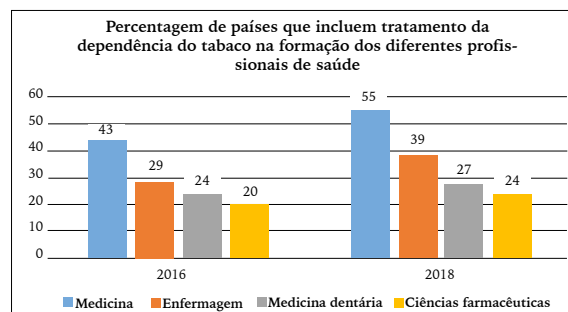


Figura 2. Adaptado de: *World Health Organization - Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control* (2018).

Em 2012, foi criado, em Portugal, o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT), através do Despacho nº 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^{5,26,30}. Este programa apresentava 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 20%, o abrandamento do aumento do consumo de tabaco pelas mulheres e a eliminação da exposição ao fumo ambiental do tabaco^{17,26,30}.

De acordo com os dados do IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17, 17,5% da população dos 15 aos 74 anos residente em Portugal referiu ter deixado de fumar³¹.

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; 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; 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 outras¹⁷.

No entanto, a indústria do tabaco, com a emergência de novos produtos, como os cigarros eletrónicos e o tabaco aquecido, 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 saúde²⁹.

Programas de cessação tabágica

Em 2007, foi 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^{4,7}.

Na prática clínica, podem existir 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 realizada 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 quantidade de tempo que 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^{4,6,12,22}.

Posteriormente, é aconselhada a paragem do hábito tabágico, através da disponibilização de informação sobre os riscos de continuar e os benefícios em parar^{4,6,12,22}.

Nesta fase, deve ser avaliada a motivação do fumador, tentando-se 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 um dos instrumentos que pode ser utilizado para avaliar a motivação, e é composto por 4 perguntas e classifica o grau de motivação em fraco, moderado ou elevado (Figura 3)^{4,6,12,22}.

Teste de Richmond		
Gostaria de deixar de fumar se o pudesse fazer facilmente	Não	0
	Sim	1
Tem realmente vontade de deixar de fumar	Nenhuma	0
	Pouca	1
	Alguma	2
	Muita	3
Acredita que conseguirá deixar de fumar nas próximas duas semanas	Não acredito	0
	Talvez	1
	Provavelmente	2
	De certeza	3
Pensa que será ex-fumador(a) dentro de seis meses	Difícilmente	0
	Pode ser	1
	Provavelmente	2
	De certeza	3
0-5 pontos: Motivação fraca		
6-8 pontos: Motivação moderada		
9-10 pontos: Motivação elevada		

Figura 3. Adaptado de: Cuidados farmacêuticos no tabagismo. Revista Farmácia Distribuição nº 203, setembro de 2008.

Caso estejamos perante um utente motivado deve-se continuar a intervenção para os passos seguintes⁴.

O próximo passo consiste em ajudar o utente a deixar de fumar. 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 farmacológico⁴.

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 (Figura 4)⁶.

Teste de Fagerstrom		
Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?	Nos primeiros 5 minutos	3
	Entre 6 a 30 minutos	2
	Entre 31 a 60 minutos	1
	Mais de 61 minutos	0
Sente dificuldade na contenção do uso de tabaco em lugares onde é proibido fumar (por ex. cinemas, aviões, hospitais)?	Sim	1
	Não	0
Qual o cigarro que mais dificuldade teria em não fumar?	O primeiro da manhã	1
	Outro qualquer	0
Quantos cigarros fuma, habitualmente, por dia?	10 ou menos	0
	11 a 20	1
	21 a 30	2
	31 ou mais	3
Fuma mais frequentemente durante as primeiras horas depois de acordar do que durante o resto do dia?	Sim	1
	Não	0
Fuma quando está doente ou acamado?	Sim	1
	Não	0
0-3 pontos: Grau de dependência baixo		
4-6 pontos: Grau de dependência médio		
7-10 pontos: Grau de dependência elevado		

Figura 4. Adaptado de: Cuidados farmacêuticos no tabagismo. Revista Farmácia Distribuição nº 203, setembro de 2008.

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 elevado³².

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, sendo este um indicador da inalação de fumo de tabaco nas 4 a 6 horas anteriores. Este biomarcador 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 10ppm. O doseamento da carboxi-hemoglobina 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 250mg/dl indica uma grande dependência. O tiocianato, metabolito do ácido cianídrico, existente no fumo do tabaco, pode ser doseado no sangue, urina ou saliva e pode também ser usado para avaliar o grau de dependência^{4,22,23}. O próximo passo do processo de cessação tabágica 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, realização de ajustes de doses terapêuticas e de apoio comportamental. Este acompanhamento deverá ser de longa duração uma vez que o utente só se considera não fumador após um ano sem fumar^{4,6,12,23,33}.

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 teria caso deixasse, e tentar perceber quais as resistências por parte do utente em parar o consumo^{4,47}.

Pensa-se que este tipo de intervenção aumenta as taxas de sucesso de cessação tabágica de 1 para 3%⁷.

O outro tipo de intervenção, mais intensiva, destina-se a fumadores com patologias relacionadas com o tabaco como a cardiopatia isquémica, arritmias cardíacas, hipertensão arterial não controlada, fumadores com outros vícios, como o álcool e drogas, e 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. 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^{4,7}.

O processo de cessação tabágica é complexo, fazendo parte dele possíveis recaídas. Cerca de 80% dos fumadores que tentam deixar de fumar sem ajuda de profissionais de saúde têm uma recaída logo no primeiro mês de abstinência^{7,8}.

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 tabaco⁷. Nos indivíduos que apresentam depressão, a probabilidade de recaída é duas vezes superior aos restantes fumadores⁴.

Benefícios para a população

A cessação tabágica é benéfica não só para o fumador em particular, como para a população em geral. As vantagens da cessação são tanto maiores quanto mais cedo houver a paragem, havendo benefícios imediatos, logo após o consumo do último cigarro⁴.

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 fu-

mador e 5 anos depois, o risco de Acidente Vascular Cerebral (AVC) é igual ao 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^{4,6}.

Deixar de fumar antes ou durante os primeiros meses de gravidez, irá reduzir o risco do bebé ter um baixo peso ao nascer, para níveis idênticos aos de uma mulher grávida não fumadora⁴.

Adicionalmente, verificam-se, ainda, vantagens a nível económico, estético e melhoria da autoestima⁶.

Tratamento farmacológico e medidas não farmacológicas

O tratamento farmacológico é importante e, muitas vezes, necessário na cessação tabágica, contribuindo para a diminuição dos sintomas de abstinência e do desejo de fumar. No entanto, as medidas não farmacológicas são também de extrema importância para garantir o sucesso do tratamento, quer a médio quer a longo prazo⁸.

Existem dois grandes grupos de fármacos usados no tratamento da dependência tabágica, os de substituição da nicotina e os não nicotínicos⁴.

Os medicamentos utilizados para a cessação tabágica encontram-se dentro da classificação Farmacoterapêutica 2.13.3 - Medicamentos para tratamento da dependência de drogas, contudo nem todos os medicamentos deste grupo são utilizados para a cessação tabágica. De referir que o tratamento poderá passar não somente por terapêutica de substituição da nicotina ou medicamentos

agonistas parciais do recetor de nicotina, podendo existir o recurso a outros medicamentos e, inclusivamente, ser realizado tratamento farmacológico combinado com medicamentos antipsicóticos, antidepressivos, entre outros.

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 que 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^{4,6,12}.

Este tipo de tratamento está contra-indicado 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 tabaco¹².

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 2mg e 4mg, 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 2mg, num total de 8 a 10 gomas por dia, durante 8 a 10 semanas. A dose deverá ser reduzida gradualmente a partir da 4^o 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 4mg, uma a cada 90 minutos, durante 12 semanas. A dose deverá ser reduzida a partir da 6^a ou 8^a 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 4mg a cada 60 min, durante 12 semanas. A dose deverá ser reduzida progressivamente a partir da 8^a ou 10^a 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, pára-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, bebidas ácidas, como o café, sumos e cerveja, uma vez que interferem com a absorção da 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^{4,6,12}.

As pastilhas de nicotina libertam esta substância de modo constante e uniforme, não devendo ser mastigadas ou engolidas. Estas pastilhas existem na dosagem de 1mg, 1,5mg, 2mg e 2,5mg, tendo, igualmente, diferentes sabores e consistências. A quantidade de nicotina libertada por esta formulação é cerca de 25% superior à das gomas. Estas pastilhas têm a vantagem, relativamente às gomas, de não aderirem aos dentes. O tempo de dissolução varia entre 20 a 30 minutos. Não deve ser administrada 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 que foram referidas anteriormente^{4,6,12}.

Nos sistemas transdérmicos, a nicotina é absorvida através da pele. Existem comercializados adesivos de 16 ou 24 horas. Os adesivos de 16 horas apresen-

tam dosagens de 10mg e 15mg; os de 24 horas apresentam dosagens de 7mg, 14mg e 21mg. A concentração máxima é atingida entre as 4 e as 10 horas após a sua aplicação. 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 21mg por dia, durante seis semanas. Após este período deverá reduzir para 14mg por dia durante duas semanas e depois 7mg por dia durante mais uma ou duas semanas. Relativamente aos sistemas transdérmicos de 16 horas, deverá iniciar-se com uma dose de 15mg durante seis semanas e 10mg 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 íntegra 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^{4,12}.

Mais recentes, mas menos utilizadas, existem as formulações em spray oral.

Estas são absorvidas pela mucosa oral, de uma forma rápida, fornecendo 1mg de nicotina por cada pulverização. A nicotina encontra-se misturada com etanol e hortalã^{8,34}.

Relativamente à terapêutica não nicotínica existem, atualmente, cinco fármacos utilizados em Portugal, a vareniclina, o bupropiom, a nortriptilina e a clonidina, que são sujeitos a receita médica⁴ e a citisiniclina, que é um medicamento não sujeito a receita médica de venda exclusiva em farmácia (MNSRM-EF).

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 o bupropiom. 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 0,5mg por dia, até ao terceiro dia, aumentando-se para uma dose de 0,5mg duas vezes ao dia até ao sétimo dia. Após este período a dose será de 1mg 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^{4,6,12}. Este medicamento passou a ser participado em 37% pelo SNS, desde 1 de janeiro de 2017, o que impulsionou a sua utilização¹⁷.

O bupropiom, é um antidepressivo e foi o primeiro fármaco desta categoria a ser aprovado na cessação tabágica. O seu

modo de ação consiste na inibição da recaptção 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 150mg. 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^{4,6,12,34}. Este fármaco tem uma taxa de participação de 37%³⁴.

A nortriptilina é um antidepressivo tricíclico que também 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 25mg. A dose inicial deverá ser de 25mg por dia, durante 3 dias; depois aumenta-se para 50mg por dia, durante 4 dias; e por fim, 75mg por dia durante 12 semanas. O tratamento deverá ser iniciado 2 a 3 semanas antes do início da cessação^{4,12}. Este fármaco tem uma taxa de participação de 37%³⁴.

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 utilizado no processo de cessação tabágica, diminuindo a ansiedade e o desejo de fumar. Apresenta-se sob a forma de comprimidos de 0,15mg. A dose recomendada varia entre 0,15mg/dia e 0,75mg/dia e o tratamento tem uma duração de 3 a 10 semanas⁴. Este fármaco tem uma participação de 69%³⁴.

A citisiniclina (citisina) é um alcaloide vegetal, com estrutura química semelhante à nicotina. Atua nos recetores nicotínicos e compete com a nicotina, deslocando-a gradualmente devido à sua ligação mais forte. No entanto, apesar de ter uma ação semelhante à da nicotina, é em geral mais fraca. A duração do tratamento com citisina deve ser apenas de 25 dias, seguindo o seguinte esquema posológico: do 1.º ao 3.º dia, 1 comprimido a cada 2 horas, com uma dose máxima de 6 comprimidos diários; do 4.º ao 12.º dia, 1 comprimido a cada 2,5 horas, com uma dose máxima de 5 comprimidos diários; do 13.º ao 16.º dia, 1 comprimido a cada 3 horas, até um limite máximo de 4 comprimidos por dia; do 17.º ao 20.º dia, 1 comprimido a cada 5 horas, até um limite máximo de 3 comprimidos diários; do 21.º ao 25.º dia, 1-2 comprimidos ao dia, até ao limite máximo de 2 comprimidos por dia. O consumo de tabaco deve ser interrompido o mais tardar no 5.º dia de tratamento³⁴.

Tendo em conta a eficácia e as reações adversas associadas, são considerados fármacos de primeira linha os de TSN, a vareniclina e o bupropiom. A nortriptilina e a clonidina são considerados de segunda linha^{4,12}. A citisiniclina é uma opção terapêutica recente (aprovado em julho de 2021), que ainda requer

alguns estudos para se perceber o seu enquadramento em termos de escolha terapêutica.

A utilização de tratamento farmacológico combinado, inclui a associação de dois tipos de fármacos de substituição da nicotina⁴. A única associação aprovada pela *Food and Drug Administration* (FDA), são os sistemas transdérmicos de nicotina juntamente com o bupropiom. Quando se associam os dois tratamentos, estes devem ser iniciados em simultâneo no dia estabelecido para a cessação tabágica^{4,12}.

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 nicotina⁴.

O tratamento não farmacológico, é de extrema importância e pode ser usado como tratamento de suporte ou mesmo alternativo¹².

O apoio psicológico e o aconselhamento comportamental, devem acompanhar todo o tratamento farmacológico, uma vez que contribuem para a taxa de sucesso. Devem incluir a discussão de problemas que poderão estar inerentes ao tratamento e estratégias para os superar. Este tipo de apoio pode ser realizado presencialmente, por telefone ou até por videoconferência, sendo que o segundo poupa tempo ao utente^{6,35}.

A psicoterapia e as terapias de grupo são especialmente importantes quando, associadas ao processo de cessação, encontramos utentes deprimidos e ansiosos. Estas sessões procuram perce-

ber em que momentos o utente sente necessidade de fumar e desenvolvem estratégias para superar esses mesmos momentos¹².

A acupunctura parece diminuir a vontade de fumar e tornar o tabaco com um sabor menos agradável. No entanto, a eficácia não está cientificamente comprovada¹².

A hipnoterapia também tem vindo a ser utilizada, mas, como no caso da acupunctura, não existe evidência científica que comprove a sua eficácia⁶.

Desta forma, o processo de cessação tabágica deverá associar tanto o tratamento farmacológico, como psicológico e comportamental, no sentido de aumentar o sucesso do mesmo²³.

Principais problemas inerentes ao tratamento

Vários problemas podem surgir no decorrer do processo de cessação tabágica. Dois dos mais comuns são o aumento de peso e a síndrome de abstinência ou síndrome de privação⁴.

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^{4,36}.

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 abrupta⁶. 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^{4,12}. A forma mais habitual de o fumador ultrapassar esta síndrome é a repetição do consumo, por ser a forma mais fácil e rápida^{4,12}.

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 sucesso⁴.

Papel do farmacêutico de farmácia de oficina

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 tabagismo⁵.

O farmacêutico enquanto agente de saúde pública e especialista do medicamento, tem o dever de participar no processo de cessação tabágica e na prevenção da iniciação do seu consumo. Várias são as fases onde o farmacêutico, no âmbito da farmácia comunitária, poderá intervir, nomeadamente na promoção e educação da saúde, no ato da dispensa de medicamentos utilizados no tratamento da cessação tabágica e, ainda, proporcionando um acompanhamento farmacoterapêutico aos seus utentes.

Os farmacêuticos, dada a sua formação específica, têm ainda a capacidade de realizar consultas de cessação tabágica, individualmente ou em colaboração com outros profissionais de saúde³⁷.

As farmácias de oficina, são locais ótimos para esta promoção, no sentido em que são meios credíveis, onde a população deposita confiança, estão próximas desta e são de fácil acesso não só a doentes crónicos como também aos utentes mais jovens³⁸. 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^{5,6,39}. Os farmacêuticos poderão iniciar o processo de cessação tabágica ou, então, complementar o processo iniciado pelo médico⁴⁰.

Poderá ser implementado na farmácia um sistema de triagem, onde se 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. Entre os utentes que devem ser referenciados devem estar os que apresentam outras doenças, como DPOC, doenças cardiovasculares, entre outras. No entanto, mesmo depois de referenciados, o farmacêutico continua a ter um papel essencial no acompanhamento do doente³⁵.

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 seguinte, 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 suporte⁴¹.

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 Portugal⁶. Estudos realizados na Suécia e na Dinamarca demonstraram que os serviços de cessação tabágica realizados nas farmácias têm tido enorme sucesso⁴¹.

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^{3,22}. Cerca de metade atinge o seu objetivo, ou seja, a cessação tabágica, com sucesso³.

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 geral⁴².

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 farmacoterapêutico⁴³.

No entanto existem algumas 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 escassez de tempo^{35,44}.

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^{6,43}.

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 contra-indicações, interações e possíveis efeitos secundários, de forma a garantir que o utente recebe um tratamento com qualidade, eficácia e segurança⁴⁵. No caso dos MNSRM-EF deve ser seguido o Protocolo de Dispensa Exclusiva em Farmácia⁴⁶. Este protocolo garante que estão a ser cumpridas as condições para a dispensa apropriada do medicamento em causa, permitindo ainda identificar os utentes que devem ser referenciados para a consulta médica.

No ato da cedência, o farmacêutico deverá certificar-se que o utente compreen-

deu toda a informação transmitida, de forma a evitar possíveis resultados negativos associados à medicação⁴³.

Uma vez que a TSN pode ser dispensada sem prescrição médica, os farmacêuticos poderão aconselhar o uso desta terapêutica durante o processo de cessação tabágica⁴⁰.

Entre 2019 e 2020, registou-se um aumento de 2,6% na dispensa de medicamentos de substituição de nicotina e uma acentuada diminuição no número de embalagens de vareniclina cedidas (menos 29,1%)²¹. Estes dados realçam a importância do farmacêutico no processo de cessação tabágica, bem como da acessibilidade e proximidade das farmácias comunitárias aos utentes, mesmo durante um período de pandemia.

O farmacêutico, poderá ainda, oferecer outro tipo de serviços, como o seguimento farmacoterapêutico e a educação para a saúde⁴³.

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^{6,43}.

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^{6,43}.

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 ingere 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, bem como a presença de outros problemas de saúde. Deverá ser avaliada 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 saúde⁶. Durante este tipo de acompanhamento, deverá ser verificado o peso do utente, a pressão arterial e a frequência cardíaca, 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 utente⁶.

Promoção e educação para a saúde

A farmácia é uma ciência e uma profissão sanitária assistencial, de interesse público, que visa atender às necessidades de saúde da população em geral^{2,47,48}.

O Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto, prevê que as farmácias possam “prestar serviços de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes”. Nestes serviços incluem-se “campanhas e programas de literacia em saúde, prevenção da doença e de promoção de estilos de vida saudáveis”^{37,49}. Assim a educação do utente e o aconselhamento comportamental são serviços farmacêuticos indispensáveis, que contribuem para alertar os utentes para os potenciais fatores de risco de certas doenças, como o alcoolismo, o tabagismo e o excesso de peso⁵⁰.

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 doença⁴³.

Todos os profissionais de saúde devem promover a adoção de estilos de vida saudáveis, e, neste âmbito, insere-se a prevenção do tabagismo⁴.

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^{5,6}.

No caso de fumadores não motivados, 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^{6,44}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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 problema¹⁷.

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 país⁵. É fundamental a existência de medidas no sentido de permitir um acesso mais fácil ao tratamento e diminuir os custos dos fármacos, de forma a motivar a adesão à cessação tabágica⁷.

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. No entanto, os farmacêuticos, acreditam que a profissão farmacêutica deveria ser mais ativa a ajudar os seus utentes no processo de cessação tabágica⁴⁰. Assim, por forma a estimular a sua participação e consciencializar a classe farmacêutica da importância do ato farmacêutico neste contexto, torna-se emergente uma formação mais adequada quer ao nível dos cursos académicos, quer na disponibilização de formações para farmacêuticos já em exercício, que possam fornecer ferramentas atualizadas e

credíveis para a prestação de um serviço farmacêutico de qualidade, que possa contribuir para o sucesso dos processos de cessação tabágica⁵.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pharmaceutical Group Of The European Union. Farmácia Comunitária Europeia Relatório [Internet]. Brussels; 2012. Available from: <http://www.pgeu.eu/en/policy/19-the-european-community-pharmacy-blueprint.html>
2. Bonal J. El papel del farmacéutico. *Pharm Care Espana*. 2000;2:219–22.
3. Fórum Europeu dos Farmacêuticos. Contributo da farmácia para a saúde dos cidadãos. Livro branco do EPF e apelo à acção. 2015.
4. Direcção-Geral da Saúde. Cessação Tabágica. Programa-tipo de actuação. Lisboa; 2007.
5. Departamento de Pedagogia e Educação. Escola de Ciências Sociais. Universidade de Évora. Competências profissionais no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos profissionais de saúde. Évora; 2017.
6. Santos H, Cunha I, Ferreira P. Cuidados Farmacêuticos no Tabagismo. *Rev Farmácia Distrib*. 2008;(203):17.
7. Abrantes J. Cessação Tabágica - A dinâmica da medicina geral e familiar. Universidade de Coimbra; 2014.
8. Diogo EVD. Cessação tabágica: farmacoterapia e novas perspectivas. Universidade de Coimbra; 2016.
9. Nunes E. Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. *Rev Port Med Geral e Fam*. 2006;22(2):225–44.
10. World Health Organization. WHO

Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017 - Monitoring tobacco use and prevention policies. World Health Organization. 2017.

11. European Commission. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes - Eurobarometer survey [Internet]. Special Eurobarometer 506. 2021 [cited 2021 Dec 14]. Available from: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2240>

12. Martins JB, Capela JPS. Abordagem farmacológica na cessação tabágica em farmácia comunitária. *Rev da Fac Ciências da Saúde*. 2010;7:246–57.

13. Precioso J, Lopez MJ, Fernández E, Nebot M. Qualidade do ar interior em estabelecimentos da restauração após a entrada em vigor da lei portuguesa de controlo do tabagismo. *Rev Port Saude Publica*. 2011;29(1):22–6.

14. Filho HC, Marques RF, Faria PL 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. *Rev Port Saúde Pública*. 2010;28(2):205–18.

15. Assembleia da República. Lei nº 37/2007, de 14 de agosto. *Diário da República*, 1ª série. 2007;156:5277–85.

16. Assembleia da República. Lei nº 109/2015, de 26 de agosto. *Diário da República*, 1ª série. 2015;166:6336–69.

17. Direção-Geral de Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. 2017.

18. World Health Organization. European Health Report: More than numbers - evidence for all. Copenhagen, Denmark; 2018.

19. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. Paris; 2018.

20. Machado AJ da SPV. Planeamento em saúde: Promoção, prevenção e intervenção para uma adolescência sem tabaco [Internet]. Instituto Politécnico de Saúde do Norte; 2014. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.11816/1979>

21. Direção-Geral de Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2020. Lisboa; 2021.

22. Pamplona P, Mendes B. Estratégia de tratamento do tabagismo na DPOC. *Rev Portuguesa Pneumol*. 2009;XV(6):1121–56.

23. Direção-Geral da Saúde. Norma No 51/DSPCD - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica: Normas de Boas Práticas na Cessação Tabágica. 2009;1–10.

24. Simón A. Interações entre Tabaco e Medicamentos. *Rev da Ordem dos Farm - Ficha Técnica do CIM*. 2015;114(jan/mar):1–2.

25. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde Há menos fumadores , mas aumentou o consumo ariscado de bebidas alcoólicas [Internet]. Destaque. Lisboa; 2020. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414434213&DESTAQUESmodo=2

26. Direção-Geral de Saúde. A Saúde dos Portugueses 2016. Lisboa; 2016.

27. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde 2014. Lisboa; 2014.

28. World Health Organization. Guidelines for implementation of Article 14 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. 2010.

29. World Health Organization (WHO). Global Progress Report on implementation of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. World Health Organization. 2018.
30. Direção-Geral da Saúde. Programas de Saúde Prioritários: Metas de Saúde 2020. 2017.
31. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo [Internet]. Lisboa; 2019 [cited 2021 Dec 14]. Available from: www.dgs.pt
32. Balsa C, Vital C, Urbano C. IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. I Relatório Final. Lisboa; 2017.
33. Rebelo L. Consulta de cessação tabágica - uma proposta para a Medicina Geral e Familiar. *Rev Port Clin Geral*. 2004;20(1):87-98.
34. Infarmed- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde IP. Infomed - Base de dados de medicamentos de uso humano [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 30]. Available from: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>
35. International Pharmaceutical Federation. Establishing tobacco-free communities. A practical guide for pharmacists [Internet]. Dusseldorf, Germany; 2015. Available from: <https://www.fip.org/file/1358>
36. Simas P, Marinho AR, Dias T. Cessação tabágica e ganho ponderal - linhas de orientação. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa; 2015.
37. Ministério da Saúde. Portaria no 1429/2007, de 2 de novembro. Diário da República, 1a série. 2007;211:7993.
38. Condinho M, Ramalhinho I, Sinogas C. Smoking Cessation at the Community Pharmacy: Determinants of Success from a Real-Life Practice. *Pharmacy*. 2021;9(3):143.
39. ANF - Serviços Farmacêuticos. Para além da dispensa de medicamentos. *Farmácia Port* [Internet]. 2006;38(162):32-8. Available from: https://issuu.com/revistas_anf/docs/farmaciaportuguesa_162
40. McBane SE, Corelli RL, Albano CB, Conry JM, Paolera MA Della, Kennedy AK, et al. The Role of Academic Pharmacy in Tobacco Cessation and Control. *Am J Pharm Educ*. 2013;77(5):1-6.
41. World Health Organization. Pharmacists and Action on Tobacco. Copenhagen, Denmark; 1998.
42. Exigo Consultores. Valor social e económico das intervenções em Saúde Pública dos farmacêuticos nas farmácias em Portugal: Sumário Executivo. Lisboa; 2015.
43. Conselho Nacional da Qualidade da Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF). 2009.
44. World Health Organization. The Role of Health Professionals in Tobacco Control. France: WHO; 2005.
45. Conselho Nacional da Qualidade da Ordem dos Farmacêuticos. Boas Práticas para a Farmácia Comunitária. Lisboa; 2009.
46. Infarmed- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde IP. Protocolo de Dispensa Exclusiva em Farmácia (EF) - Citisina [Internet]. 2021. Available from: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/2106346/Protocolo+Dispensa+EF+Citisiniclina+1%2C->

5mg+Comprimidos/e1a6a521-c621-c53a-0e73-fa59b1715391

47. Pita JR, Brojo AP. O conceito de farmácia em Portugal. *Rev Port Farmácia*. 1995;XLV(1):31–40.

48. Rodrigues A, Marques FB, Ferreira PL, Raposo V. Estudo do Sector das

Farmácias em Portugal. Coimbra; 2007.

49. Saúde. Portaria n.o 97/2018, de 9 de abril. *Diário da República*, 1a série. 2018;69:1556–7.

50. Avalere Health LLC. *Exploring Pharmacists' Role in Changing Healthcare Environment*. Washington DC, USA; 2014.