

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CESSAÇÃO TABÁGICA NAS FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS

Trabalho submetido por
Laura Gouveia da Costa e Cunha
para a obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

outubro de 2024

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CESSAÇÃO TABÁGICA NAS FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS

Trabalho submetido por
Laura Gouveia da Costa e Cunha
para a obtenção do grau de **Mestre** em Ciências Farmacêuticas

Trabalho orientado por
Prof. Doutor João Pedro Teixeira Aguiar

e coorientado por
Prof. Doutora Patrícia Cavaco-Silva

outubro de 2024

Agradecimentos

Em primeiro lugar, quero agradecer ao meu orientador, Professor Doutor João Pedro Teixeira Aguiar, por ter aceitado o meu pedido e se ter disponibilizado para me orientar e acompanhar na realização deste trabalho. Agradeço, assim, toda a sua paciência, dedicação, o seu apoio e sobretudo a capacidade de me motivar nos momentos em que alguns obstáculos me fizeram duvidar da minha capacidade para concluir este trabalho e atingir os meus objetivos. Muito obrigada por ter acreditado em mim e na minha capacidade para “levar o barco a bom porto”! Para além de um excelente profissional, o professor é um ser humano maravilhoso e ficará para sempre no meu coração.

À coorientadora, Professora Doutora Patrícia Cavaco Silva, agradeço todo o seu apoio e a sua contribuição para a conclusão deste trabalho. Não posso deixar de expressar a minha admiração pelo seu profissionalismo e dedicação! Agradeço a forma como ensinou, motivou e aconselhou, pensando sempre na nossa realização profissional.

Ao Grupo Holon, pela sua disponibilidade para participar neste projeto, sem o qual este trabalho não seria possível.

À Egas Moniz School of Health & Science e a todos os professores do curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, agradeço todas as experiências, interações e conhecimentos que adquiri e que contribuíram, em definitivo, para o meu crescimento pessoal e académico.

Aos meus amigos, Ema, Raquel, Martim e Tiago, que fizeram parte deste meu percurso académico, muito obrigada por terem estado ao meu lado e tornado estes 5 anos muito mais divertidos. A ti Ema, um agradecimento especial pela tua paciência, apoio incondicional e sobretudo por hoje seres uma das minhas melhores amigas!

Finalmente, não posso deixar de agradecer à minha família, especialmente, à minha mãe, que sempre acreditou no meu potencial e me encorajou a nunca desistir, por todo o amor, apoio incondicional e coragem para enfrentar os desafios.

Muito obrigada a todos,

Laura Gouveia da Costa e Cunha

Ações de Divulgação do Trabalho

Cunha L, Rodrigues H, Silva J, Oliveira V, Aguiar JP, Pereira N, Cavaco-Silva P. (2024) Realidade do Serviço de Cessação Tabágica nas Farmácias Comunitárias: um estudo piloto. Congresso Nacional dos Farmacêuticos (**Anexo 1**). A realizar-se em novembro de 2024.

Resumo

Introdução: O tabagismo é a principal causa de morte evitável a nível mundial e uma das principais ameaças à saúde pública. O Serviço de Cessação Tabágica (SCT) é prestado pelas Farmácias Comunitárias, contudo, há pouca informação acerca da forma como é prestado e o perfil dos utentes em acompanhamento.

Objetivos: Os principais objetivos deste trabalho foram caracterizar a forma como é prestado o SCT nas farmácias comunitárias portuguesas e caracterizar os utentes que se encontram em acompanhamento neste serviço.

Métodos: Realizou-se um estudo transversal (fevereiro – agosto 2024), onde se aplicou um questionário *online*, direcionado a todas as farmácias comunitárias portuguesas que prestam o SCT e disseminado através do Departamento de Projetos e Serviços do Grupo Holon e das redes sociais. A análise de dados foi realizada com recurso a medidas de dispersão central e medidas de frequência relativa.

Resultados: Obteve-se uma amostra de 12 farmácias, sendo que 75,0% (n=9) das farmácias cobrava o SCT. A maioria das farmácias participantes (91,7%; n=11) referiu não ter colaboração com outros profissionais de saúde e que as consultas eram exclusivamente presenciais. Verificou-se que 83,3% (n=10) das farmácias não realizava acompanhamento pós-cessação tabágica para avaliar a manutenção da abstinência tabágica. A falta de: interesse por parte do utente (75,0%; n=9), tempo dos profissionais de farmácia aquando da realização do serviço (66,7%; n=8), colaboração de outros profissionais de saúde (66,7%; n=8) e valorização e visibilidade do serviço (58,3%; n=7) foram as principais barreiras identificadas na prestação do serviço.

Conclusão: Apesar da baixa taxa de resposta, verificou-se que poucos utentes beneficiaram do SCT e que existe falta de colaboração entre os profissionais de saúde no serviço. Várias barreiras na prestação do SCT foram identificadas, sendo necessário ultrapassá-las, de forma a melhorar o serviço.

Palavras-chave: Farmácias Comunitárias; Serviço de Cessação Tabágica; Tabagismo; Saúde Pública.

Abstract

Introduction: Smoking is the leading cause of preventable death worldwide and one of the major threats to public health. The Smoking Cessation Service (SCS) is provided by Community Pharmacies, however, there is little information about how the service is provided and the profile of patients under follow-up,

Aims: The main objectives of this work were to characterize how the SCS is provided in portuguese community pharmacies and to characterize the patients who are being followed in this service.

Methods: A cross-sectional study was conducted (february - august 2024), where an online questionnaire was applied, directed to all portuguese community pharmacies that provide the SCS and disseminated through the Holon Group's Projects and Services Department and social media. Data analysis was performed using measures of central dispersion and measures of relative frequency.

Results: A sample of 12 pharmacies was obtained, where 75.0 % (n=9) charged for the SCS. The majority of participating pharmacies (91.7%; n=11) reported no collaboration with other health professionals and consultations were exclusively face-to-face. It was found that 83.3% (n=10) of pharmacies did not perform post-smoking cessation follow-up to evaluate the maintenance of smoking abstinence. The lack of: patient interest (75.0%; n=9), pharmacist time to deliver the service (66.7%; n=8), collaboration with other health professionals (66.7%; n=8) and valorization and visibility of the service (58.3; n=7) were the main barriers identified in the delivery of the service.

Conclusions: Despite the low response rate, it was found that few patients benefited from the SCS and there is a lack of collaboration between health professionals in this service. Several barriers were identified while providing SCS, which need to be overcome in order to improve the service.

Keywords: Community Pharmacy; Smoking Cessation Service; Smoking; Public Health.

Índice

Capítulo 1 – Estado da Arte	13
1.1. Considerações gerais sobre o tabagismo	13
1.1.1. Breve nota histórica sobre o tabaco.....	13
1.1.2. Noções gerais sobre o tabaco e produtos relacionados	13
1.1.3. Epidemiologia do tabagismo	14
1.2. Impacto do tabagismo na saúde pública	16
1.2.1. Riscos associados ao tabaco convencional.....	17
1.3. Novos produtos de tabaco	20
1.4. MPOWER	20
1.5. Cessação tabágica	22
1.5.1. Terapêutica não farmacológica.....	23
1.5.1.1. Instrumentos de avaliação	23
1.5.2. Terapêutica farmacológica	27
1.6. A CT e a Farmácia Comunitária	31
1.7. Racional do Estudo	34
Capítulo 2 – Objetivos e Questões para investigação	35
2.1. Objetivos gerais	35
2.2. Objetivos específicos	35
2.3. Relação entre as questões para investigação e os objetivos do trabalho	36
Capítulo 3 – Metodologia	39
3.1. Desenho de estudo	39
3.2. Local e Período do estudo	39
3.3. População e amostra	39
3.3.1. População: definição e dimensão	39
3.3.2. Critérios de Elegibilidade.....	40
3.3.3. Amostra: definição e dimensão	40
3.4. Recolha de informação	40
3.4.1. Questionário <i>online</i>	41
3.5. Ética e Confidencialidade	42
3.6. Análise de dados	42
Capítulo 4 – Resultados	45
4.1 Caracterização das farmácias participantes	45

4.2. Caracterização da forma como é prestado o SCT	47
4.3. Caracterização dos utentes em acompanhamento	52
Capítulo 5 - Discussão	57
5.1. Principais resultados e comparação com outros estudos	57
5.2. Pontos fortes e limitações	60
5.3. Perspetivas futuras e recomendações para a prática	61
Capítulo 6 - Conclusão	63
Capítulo 7 - Referências Bibliográficas	65
Anexos	73

Índice de Figuras

Figura 1 – Evolução da prevalência de tabagismo na população mundial com idade igual ou superior a 15 anos entre 2000 e 2020 (6).....	15
Figura 2 - Modelo transteórico de mudança comportamental proposto por Prochaska e DiClemente (24,25,27)	24
Figura 3 - Categorias profissionais a que pertencem os elementos da equipa de cada farmácia	46
Figura 4 - Certificação/Especialidade que os elementos da equipa possuem.....	47
Figura 5 - Forma de como os utentes têm conhecimento da prestação das consultas de CT	49
Figura 6 - Locais de onde provém a maioria dos utentes que as farmácias acompanham no SCT	50
Figura 7 - Categoria profissional dos colaboradores alocados à realização do SCT.....	50
Figura 8 - Formas de acompanhamento do utente entre consultas.....	51
Figura 9 - Destino dos dados recolhidos na prestação do SCT	52
Figura 10 - Informação recolhida aquando da inclusão de um novo utente no SCT	54
Figura 11 - Principais indicadores utilizados para avaliar o sucesso do SCT nas farmácias.....	55
Figura 12 - Tipo de barreiras identificadas na prestação do SCT	56

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Benefícios da CT (Adaptado de 5)	22
Tabela 2 - Método dos 5 As (Adaptado de 24).....	25
Tabela 3 - Método dos 5 Rs (Adaptado de 24).....	25
Tabela 4 - Teste de Richmond (Adaptado de 3).....	26
Tabela 5 - Teste de Fagerström (Adaptado de 3)	26
Tabela 6 - Terapêutica farmacológica para a CT disponível em Portugal (34,35,44,45,36–43)	30
Tabela 7 - Relação existente entre as questões para investigação e os objetivos gerais e específicos	36
Tabela 8 - Caracterização das farmácias participantes	45
Tabela 9 - Caracterização da forma como é prestado o SCT	48
Tabela 10 - Caracterização dos utentes em acompanhamento	53

Lista de Abreviaturas

- ANF** – Associação Nacional das Farmácias
- APRN** – Agonistas parciais do recetor da nicotina
- AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- CT** – Cessação Tabágica
- DM2** – Diabetes *Mellitus* tipo 2
- DP** – Desvio-Padrão
- DPOC** – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- IC** – Intervalo de confiança
- LDL** – *Low-density lipoprotein*
- LP** – Libertação Prolongada
- MSRM** – Medicamento Sujeito a Receita Médica
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- RR** – Risco relativo
- SCT** – Serviço de Cessação Tabágica
- TSN** – Terapêutica de substituição da nicotina

Capítulo 1 – Estado da Arte

1.1. Considerações gerais sobre o tabagismo

1.1.1. Breve nota histórica sobre o tabaco

O tabaco foi descoberto na América, onde surgiram as primeiras referências do seu consumo. Nesta altura, o tabaco não era apenas utilizado para fumar, inalar ou mastigar, era também usado para fins recreativos, uma vez que lhe atribuíam propriedades divinas e medicinais. Acreditava-se que poderia melhorar a asma e outras doenças respiratórias, aliviar as dores de dentes e ajudar nas feridas provocadas por mordeduras de cobras (1,2). Em 1492, o tabaco chegou pela primeira vez à Europa, através de Cristóvão Colombo e os seus navegadores, tendo sido introduzido em Portugal no século XVI. Posteriormente, ficou conhecido como “erva santa”, devido às suas propriedades terapêuticas, tendo sido recomendado em abscessos, úlceras e dor crónica (1–3). Mais tarde, em meados do século XX, começou a demonstrar-se, em estudos epidemiológicos, o efeito prejudicial do tabaco na saúde pública, como o desenvolvimento de cancro do pulmão e outras doenças (3,4).

1.1.2. Noções gerais sobre o tabaco e produtos relacionados

O tabaco engloba várias substâncias obtidas através da transformação das folhas das plantas *Nicotiniana tabacum* e *Nicotiniana rustica*, pertencentes à família *Solanaceae*. Pode ser utilizado de várias formas, nomeadamente, cigarros, cachimbos, charutos, cachimbos de água, tabaco de mascar e, mais recentemente, cigarros eletrónicos e tabaco aquecido (através de dispositivos próprios), sendo que todas acarretam riscos significativos para a saúde pública (3,5,6). O cigarro eletrónico não recorre ao método de combustão como o cigarro convencional, no entanto, liberta nicotina através da utilização do calor e apresenta na sua constituição valores indeterminados de nicotina (3).

Enquanto ocorre a combustão do tabaco, é libertado fumo que inclui cerca de 7 000 compostos químicos tóxicos, tais como a nicotina, o alcatrão e o monóxido de carbono, sendo que mais de 70 desses têm um potencial carcinogénico (2,5). A principal substância responsável pela dependência é a nicotina, uma substância psicoativa que, apesar de não

ser diretamente carcinogénica, devido ao seu efeito viciante leva a uma exposição prolongada ao tabaco, aumentando o risco de cancro (2,3,5). Não existe nenhuma quantidade de exposição ao fumo do tabaco que seja considerada segura (6).

A nicotina, quando inalada, atinge rapidamente o cérebro (em menos de 10 segundos) e ativa os recetores colinérgicos nicotínicos da acetilcolina, provocando a libertação de neurotransmissores como a dopamina, que produz a sensação de prazer e aumenta o estado de alerta (2,5). Ao longo do tempo, o cérebro habitua-se à presença da nicotina e, subsequente libertação de neurotransmissores, e quando o seu consumo é interrompido abruptamente, podem ocorrer sintomas de abstinência, podendo durar vários dias a semanas (5).

1.1.3. Epidemiologia do tabagismo

O tabagismo é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença crónica e recidivante, com capacidade de causar, tanto dependência física, como psicológica, e, normalmente, inicia-se durante a adolescência, visto que cerca de 90,0% dos fumadores começam a fumar entre os 15 e 25 anos de idade (3,5,7).

Nos últimos anos, o consumo de tabaco tem vindo a diminuir em todo o mundo. No entanto, continua a ser um problema atual bastante importante e uma prioridade na saúde pública (6,8).

O consumo de tabaco constitui, de acordo com OMS, a principal causa de morte evitável a nível mundial e uma das principais ameaças à saúde pública (8,9). Representa um risco, não só para os fumadores, como também para as pessoas que estão expostas ao fumo passivo. É responsável pela morte de mais de 8 milhões de pessoas em todo o mundo, em que mais de 7 milhões destas mortes se devem ao consumo direto de tabaco e cerca de 1,3 milhões à exposição passiva ao fumo do tabaco. O tabaco mata até metade dos consumidores que não deixam de fumar (9). Além disso, é um dos fatores de risco que mais contribui para o desenvolvimento de doenças crónicas (DPOC – doença pulmonar obstrutiva crónica, doença cardiovasculares, cancro, entre outras), com aumento da mortalidade prematura, anos de vida vividos com incapacidade e diminuição da qualidade de vida (3,6).

Para além do impacto na saúde pública, o tabaco contribui também para as desigualdades sociais e para o agravamento da pobreza, comprometendo o acesso a bens alimentares e

a outros bens de primeira necessidade das famílias mais carenciadas e para a poluição do meio ambiente (6). Os países de baixo e médio rendimento apresentam, geralmente, medidas de prevenção e controlo do tabagismo deficientes e uma elevada exposição à influência da indústria produtora de tabaco. Por esta razão, o consumo de tabaco é particularmente elevado nestes países, onde residem mais de 80,0% dos fumadores no mundo (5).

Segundo a OMS, em 2000, 33,3% da população mundial com idade igual ou superior a 15 anos era fumadora. Porém, este valor tem vindo a diminuir, atingido 24,9%, no ano de 2015, tal como ilustra a **Figura 1**. Já em 2020, a prevalência do consumo de tabaco foi de 22,8% (1 326 milhões de fumadores), sendo mais prevalente ao nível do sexo masculino. Partindo do princípio de que todas as medidas de prevenção e controlo do tabagismo se mantêm em todo o mundo, prevê-se que a prevalência continue a decrescer, atingindo, aproximadamente, 20,9 % da população global até 2025, sendo 35,1% do sexo masculino e 6,7% do sexo feminino (6).

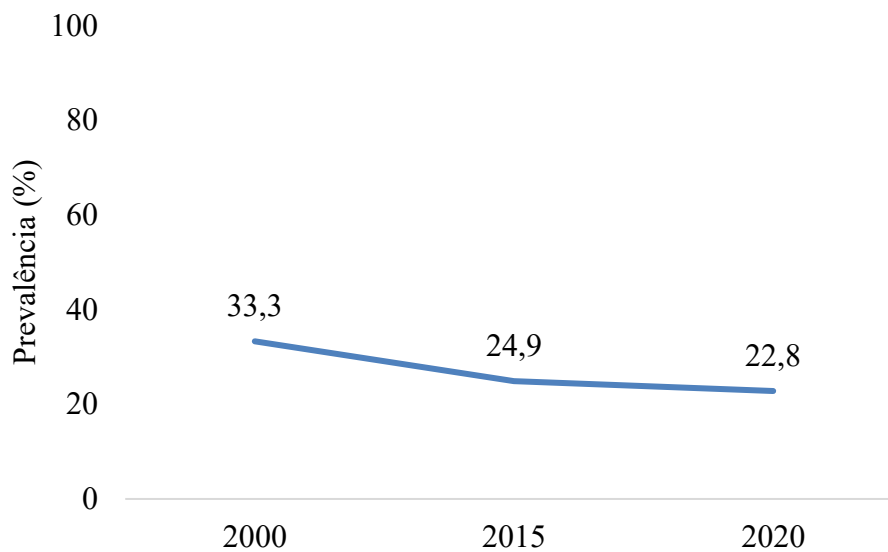


Figura 1 – Evolução da prevalência de tabagismo na população mundial com idade igual ou superior a 15 anos entre 2000 e 2020 (6)

Em 2000, 34,2% da população europeia com 15 ou mais anos de idade era fumadora. No ano de 2020, esta percentagem diminuiu para 25,6% (193 milhões de fumadores), sendo superior nos homens. Prevê-se, até 2025, uma redução de apenas 18,0% desta prevalência (6).

Em Portugal, no ano de 2014, a prevalência de fumadores com 15 ou mais anos de idade era de 20,0% (1,8 milhões de pessoas) (3). Esse valor diminuiu, no ano de 2019, para 17,0%, dos quais 14,2% (1,3 milhões de pessoas) eram consumidores diários e 2,8% (248 mil pessoas) fumavam ocasionalmente (3,6). A prevalência mais baixa de consumo de tabaco foi registada em Portugal Continental: a região Centro foi a região com uma prevalência mais baixa de fumadores, seguida da região Norte, enquanto a Região Autónoma dos Açores foi a região com uma prevalência mais alta, seguida da região do Alentejo. Contudo, a diminuição do tabagismo verificou-se em todas as regiões do nosso país, tanto no sexo masculino, como no sexo feminino (6).

Segundo a OMS, a maioria dos fumadores que tem a consciência do perigo do tabaco, pretende deixar de fumar. Contudo, devido à sua natureza altamente aditiva, torna-se bastante difícil fazê-lo sozinho, sendo que apenas 4,0% dos consumidores tem sucesso de forma autónoma (5,8,9). Assim, é necessário apoio adequado dos profissionais de saúde, como, por exemplo, os farmacêuticos, para o fazerem com sucesso. Muitas das vezes, o tabagismo está relacionado com sentimentos negativos, pelo que é fundamental identificar todos os fatores sociais e emocionais que contribuam para o aumento da vontade de fumar (5).

1.2. Impacto do tabagismo na saúde pública

O tabaco e o seu fumo apresentam vários compostos químicos nocivos para a saúde. Alguns destes são tóxicos e podem danificar diretamente as células que revestem certos órgãos, nomeadamente, os pulmões. Os outros compostos podem, por sua vez, causar mutações e danos no ácido desoxirribonucleico, potenciando o desenvolvimento de alterações genéticas pré-cancerígenas (5).

De acordo com a OMS, anualmente, o tabaco é responsável pela morte de mais de 8 milhões de pessoas em todo o mundo. Contudo, a exposição passiva ao fumo do tabaco é também prejudicial para a saúde pública, sendo responsável por 1,3 milhões destas mortes (9). Na Europa, cerca de 700 mil pessoas morrem anualmente devido ao tabagismo, sendo que metade destas são mortes prematuras (6). Em Portugal, no ano de 2019, o tabaco causou a morte de 13 559 pessoas (11,7%), das quais 10 815 eram do sexo masculino (18,6%) e 2 744 do sexo feminino (4,7%). Tendo em conta o total de mortes, considera-

se que 1 771 pessoas morreram devido à exposição passiva ao fumo do tabaco, sendo que 561 mortes se deveram a doenças-cardiovasculares, 425 devido a infeções respiratórias, 312 por doença respiratória crónica, 242 por diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) e 220 por cancro (6).

Atualmente, os malefícios do tabagismo e da exposição passiva ao fumo do tabaco estão bem estabelecidos (5).

1.2.1. Riscos associados ao tabaco convencional

Os efeitos adversos a curto prazo causados pelo tabagismo podem surgir imediatamente ou pouco depois de se começar a fumar e incluem:

- a) Stress oxidativo;
- b) Aumento da inflamação sistémica;
- c) Comprometimento do sistema imunitário;
- d) Alteração do perfil lipídico;
- e) Pior autoavaliação do estado de saúde;
- f) Sintomas respiratórios, tais como a tosse, o catarro, a pieira e a dispneia;
- g) Dependência da nicotina, prejudicando, assim, o estado de saúde do fumador e tornando-o mais suscetível ao desenvolvimento de doenças agudas e crónicas (10).

Doenças Neoplásicas

O consumo do tabaco a longo prazo aumenta o risco de desenvolvimento de vários tipos de cancro, tais como o cancro da cavidade oral, faringe, laringe e, principalmente, o cancro do pulmão, que representa um dos cinco cancros mais comuns em todo o mundo e com a maior taxa de mortalidade por cancro (3,5,11).

Doenças Cardiovasculares

O tabagismo contribui para o desenvolvimento de doenças cérebro-cardiovasculares como é o caso do acidente vascular cerebral (AVC), enfarte agudo do miocárdio, doença coronária aterosclerótica, doença arterial periférica, insuficiência cardíaca, aneurisma da aorta e fibrilação auricular (2,3,12,13). Tem vindo a ser demonstrado que utentes com antecedentes de consumo de tabaco apresentam um aumento significativo dos níveis séricos de colesterol, triglicéridos, lipoproteínas de baixa densidade e na contagem dos

glóbulos brancos (nomeadamente macrófagos), sendo que este último está diretamente relacionado com a formação de placas ateroscleróticas (5). A exposição ao fumo do tabaco é responsável pelo aumento do risco de mortalidade e morbidade por doenças cardiovasculares, em indivíduos não fumadores (12).

Doenças Respiratórias

O tabagismo é um importante fator de risco para doenças respiratórias crónicas, nomeadamente a DPOC e a asma, podendo exacerbar sintomas respiratórios como a tosse, falta de ar, odinofagia e aumentar o risco de vários tipos de doenças infecciosas, como a pneumonia, tuberculose, doença meningocócica, gripe e constipação comum (5,10,14); pode igualmente agravar e dificultar o controlo da asma, reduzindo a aptidão física, visto que afeta a função e maturação pulmonar, e pode ser responsável pelo aumento da tosse e expetoração. O tabagismo e a exposição ao fumo do tabaco também são nocivos na infância e na adolescência. (3).

Doenças Metabólicas

Estudos demonstraram que os hábitos tabágicos podem aumentar o risco de desenvolver DM2 e que, nas pessoas diabéticas, podem complicar o controlo da glicémia, afetar a sensibilidade dos tecidos à insulina e o metabolismo da glicose, dificultando ainda mais a gestão da doença (5). Além disso, um diabético fumador tem um risco acrescido de desenvolver complicações graves, como retinopatia, nefropatia, neuropatia e doença vascular periférica diabética, sendo que, estas duas últimas aumentam o risco do desenvolvimento de pé diabético o que, em consequência, pode levar à amputação dos dedos, dos pés ou mesmo dos membros inferiores (5,15).

Doenças Gastrointestinais

O tabaco está associado à infeção por *Helicobacter pylori*, uma bactéria associada à úlcera péptica e gastrites, e ao aumento do risco de outros problemas gastrointestinais, tais como, a Doença de Crohn e a Doença do Refluxo Gastroesofágico (3,14).

Impacto na Saúde Mental

Muitos problemas de saúde mental, tais como a ansiedade, depressão e perturbações por abuso de substâncias, são associados ao tabagismo, dado que existe uma maior probabilidade de pessoas com este tipo de problemas, em comparação com a população

em geral, consumirem tabaco (5). As doenças mentais dificultam a cessação tabágica (CT), aumentando o risco de recaídas, e os seus sintomas podem agravar-se com o consumo de tabaco a longo prazo, aumentando o risco de desenvolvimento de doenças neurodegenerativas (como é o caso da doença de Alzheimer e da demência vascular) e de hospitalização (5,13).

Impacto noutros domínios da saúde

Durante a gravidez, o tabagismo é prejudicial não apenas para a mãe, mas também para o feto. Pode ser causa de subdesenvolvimento do feto, aumento do risco de aborto espontâneo, doenças respiratórias posteriores e de morte neonatal. Tem sido igualmente associado a atrasos na função cognitiva, malformações congénitas, nascimento prematuro, baixo peso à nascença, síndrome da morte súbita, descolamento da placenta normalmente inserida, diminuição da função pulmonar, entre outros (3,5,13).

É, ainda, responsável pela diminuição da fertilidade, tanto nas mulheres como nos homens. Nas mulheres, pode ser causa de uma menopausa precoce, enquanto nos homens, é uma das causas de disfunção erétil e de alterações no esperma (3).

O tabagismo aumenta o risco de desenvolvimento de artrite reumatoide e de osteoporose e fraturas da anca, visto que neste último caso, reduz a densidade mineral óssea (14,15). A saúde oral também é afetada pelo tabagismo, visto que os fumadores têm um risco acrescido de desenvolver gengivite e periodontite (14).

Como bem se vê, o organismo é, de forma geral, comprometido pelo tabagismo, uma vez que contribui para o desenvolvimento de várias patologias. O consumo de tabaco a longo prazo contribui para o aumento do risco de complicações adicionais de doenças, de interação com várias terapêuticas diminuindo a sua eficácia e aumentando o risco de efeitos secundários (3,5). Um fumador perde cerca de 10 anos de esperança de vida comparativamente com uma pessoa que nunca tenha fumado (12). O tabagismo é responsável por consequências mais graves na saúde de um indivíduo que tenha começado a fumar na adolescência ou na idade jovem adulta e que persistiu ao longo da vida, comparativamente com um indivíduo que tenha começado mais tarde e/ou que não é persistente (7). A forma mais eficaz de reduzir estes riscos e minimizar estas complicações proporcionadas pelo tabaco é a CT (5).

1.3. Novos produtos de tabaco

O uso de cigarros eletrónicos tem vindo a ser cada vez mais comum, nomeadamente entre os adolescentes e os novos fumadores (16). Estes novos dispositivos são considerados menos prejudiciais, em comparação com o tabaco convencional, visto que não necessitam de combustão, produzindo, desta forma, menos substâncias cancerígenas, não geram cinzas ou outros resíduos que possam afetar o meio ambiente, não emitem odores desagradáveis e alguns contêm menos nicotina (16,17). No entanto, continuam a ter um impacto negativo na saúde da população, principalmente a nível oral, nasal, pulmonar e cardio e cerebrovascular (18). Alguns estudos relataram efeitos a curto prazo, tal como o aumento na incidência de doenças respiratórias, visto que os cigarros eletrónicos podem irritar o trato respiratório, causando tosse e pieira, contudo, parece ter consequências menos graves comparativamente com o tabaco convencional (17,19).

Um estudo revelou que, apesar do AVC ser mais prevalente em fumadores de tabaco convencional, os fumadores que utilizam cigarros eletrónicos tiveram um início mais precoce de AVC, comparativamente com os fumadores de tabaco convencional (20).

Outra desvantagem dos cigarros eletrónicos deve-se ao facto da sua popularidade, sobretudo nas faixas etárias mais jovens, influenciando o início do tabagismo. Os sabores dos cigarros eletrónicos também atraem mais fumadores a consumirem este tipo de cigarros (17).

Tal como os cigarros convencionais, estão também associados a um aumento do risco de morbilidade e mortalidade, contudo, para perceber melhor o seu perfil de segurança, serão necessários mais estudos sobre os seus efeitos a longo prazo, visto que o seu uso ainda é relativamente recente (21).

1.4. MPOWER

O consumo de tabaco foi declarado pela OMS uma epidemia global que necessita de uma ação forte e sustentada dos governos, das organizações de saúde e de outros interessados (5). Para ajudar os países a cumprir os seus compromissos no âmbito da Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco, em 2007, a OMS criou o MPOWER, um plano que descreve as seis medidas mais eficazes para combater o tabagismo:

- a) Monitorização do consumo de tabaco e das políticas de prevenção;
- b) Proteção das pessoas do consumo de tabaco;
- c) Oferta de ajuda para deixar de fumar;
- d) Alerta sobre os perigos do tabaco;
- e) Aplicação de proibições à publicidade, promoção e patrocínio do tabaco;
- f) Aumento dos impostos sobre o tabaco (8,22).

Contudo, apesar de ser a menos implementada, esta última medida representa a forma mais eficaz e eficiente para a redução do tabagismo, visto que a dependência do tabaco é maior nos países de baixos rendimentos (5,22). Demonstrou-se que um aumento de 10,0% nos preços do tabaco conduz a uma diminuição de 4,0% no consumo de tabaco nos países de elevado rendimento e de 5,0 a 8,0% nos países de baixo e médio rendimento (5). Todas as medidas MPOWER registaram progressos notáveis, contudo, em 2022, a medida que registou mais progressos foi a proibição da publicidade, promoção e patrocínio do tabaco, visto que 66 países têm uma cobertura de 2 biliões de pessoas (22).

Em 2007, 44 países (1.1 mil milhões de pessoas) adotaram, pelo menos, uma medida MPOWER, sendo que, com o decorrer do tempo, em 2022, o número de países aumentou para 151 (5.6 mil milhões de pessoas – 71% da população mundial). O número de países que adotaram duas ou mais destas medidas aumentou de 11 (0.5 mil milhões de pessoas) para 101 países (4.2 mil milhões de pessoas). Atualmente, 48 países (1.5 mil milhões de pessoas) adotaram pelo menos três medidas (22). Estas medidas repercutiram-se, de forma positiva, reduzindo consideravelmente o consumo de tabaco, salvando vidas e diminuindo os custos decorrentes de despesas de saúde evitáveis (9,22). Apesar de 71,0% da população mundial ter adotado pelo menos uma das medidas MPOWER, 2.3 mil milhões de pessoas (44 países) continuam a não estar abrangidas por nenhuma medida, o que, conseqüentemente, eleva o risco de problemas económicos e de saúde derivados do tabaco (22). É fundamental que se continue a desenvolver esforços e que as medidas sejam implementadas e mantidas de forma consistente, com vista à diminuição do tabagismo, melhoria da saúde pública e redução do peso da doença (5,8).

1.5. Cessação tabágica

A CT define-se como o processo de deixar de fumar que, apesar de complexo, é benéfico em qualquer idade, tanto para os fumadores como para a população em geral. No entanto, quanto mais cedo for iniciada, mais significativos serão os seus benefícios (3,8). A CT é a forma mais eficaz de reduzir todos os riscos provenientes do tabaco, produzindo benefícios imediatos e a longo prazo, como ilustra a **Tabela 1** (5,8).

Tabela 1 - Benefícios da CT (Adaptado de 5)

Tempo após a CT	Benefícios
20 minutos	Diminuição do ritmo cardíaco e da pressão arterial
12 horas	Os níveis sanguíneos de monóxido de carbono normalizam
2 a 12 semanas	Melhoria da circulação e aumento da função pulmonar
1 a 9 meses	Diminuição da tosse e da falta de ar
1 ano	Diminuição de cerca de 50% do risco de doença coronária
5 anos	O risco de AVC é igual ao de um não fumador
10 anos	O risco de cancro do pulmão diminui para metade e o risco de cancro da boca, da garganta, do esófago, da bexiga, do colo do útero e do pâncreas diminui
15 anos	O risco de doença coronária é igual ao de um não fumador

Legenda: AVC – Acidente vascular cerebral

A CT reduz a mortalidade e morbidade relacionadas com o tabagismo, aumentando a esperança média de vida e melhorando a qualidade do estado de saúde da pessoa (14,23). Pode, igualmente, prevenir, antes de uma cirurgia, complicações pós-operatórias, tais como o atraso na cicatrização de feridas e complicações pulmonares (14). Os indivíduos que deixam de fumar apresentam níveis mais baixos de stress e de perturbações do humor e níveis mais elevados de felicidade e satisfação com a vida, comparativamente com aqueles que continuam a fumar (13). Para além da saúde, a CT tem um impacto positivo na situação económica, diminuindo os encargos com os cuidados de saúde de uma pessoa, promovendo o desenvolvimento sustentável do país e, também, da vida em sociedade (3,5). É importante ter em conta que, durante o processo de CT, as recaídas são possíveis, sendo que é importante preveni-las, alertando o fumador sobre os possíveis sintomas de abstinência e estratégias para os contornar (3). Os sintomas de abstinência variam de pessoa para pessoa, podendo ser físicos e psicológicos, ligeiros a graves e podem durar vários dias a semanas. Estes incluem o aumento do apetite ou do peso, ansiedade,

irritabilidade, depressão, dificuldade de concentração, alterações do humor, insônia ou sono perturbado, inquietação, cefaleias e *craving* (5). Normalmente, estes sintomas atingem o pico nos primeiros três dias e desaparecem nas três a quatro semanas seguintes. Contudo, o desejo de fumar pode persistir durante meses ou até anos (14).

O nível de dependência de nicotina, a motivação, o tratamento farmacológico e o acompanhamento por profissionais de saúde são fatores que determinam a eficácia e duração deste processo (8).

1.5.1. Terapêutica não farmacológica

No processo de CT acompanhado por um profissional de saúde, é importante que este domine o conhecimento científico sobre três elementos – o produto do tabaco, a pessoa fumadora e a potencial ação da terapêutica.

A abordagem comportamental e o apoio psicológico são fundamentais para aumentar a taxa de sucesso deste processo e podem ser realizados tanto presencialmente, como por telefone ou videoconferência. É importante discutir possíveis problemas do tratamento e estratégias para o superar. A acupuntura e a hipnoterapia são duas técnicas que têm vindo a ser utilizadas como tratamento não farmacológico da CT, no entanto, não apresentam evidência que comprove a sua eficácia (3). Outro estudo demonstrou que o aconselhamento individual aumenta, significativamente, a probabilidade de CT, após pelo menos seis meses, em comparação com um apoio menos intensivo (24).

1.5.1.1. Instrumentos de avaliação

O profissional de saúde deve avaliar se é um fumador ativo e tentar perceber em que fase de mudança comportamental se encontra (25,26). O modelo transteórico de mudança, proposto por Prochaska e DiClemente, sugere que os processos de mudança devem ser aplicados de forma diferenciada, de acordo com a fase de mudança de cada utente. O modelo propõe a existência das seguintes fases distintas na mudança de comportamento: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída (**Figura 2**) (27).

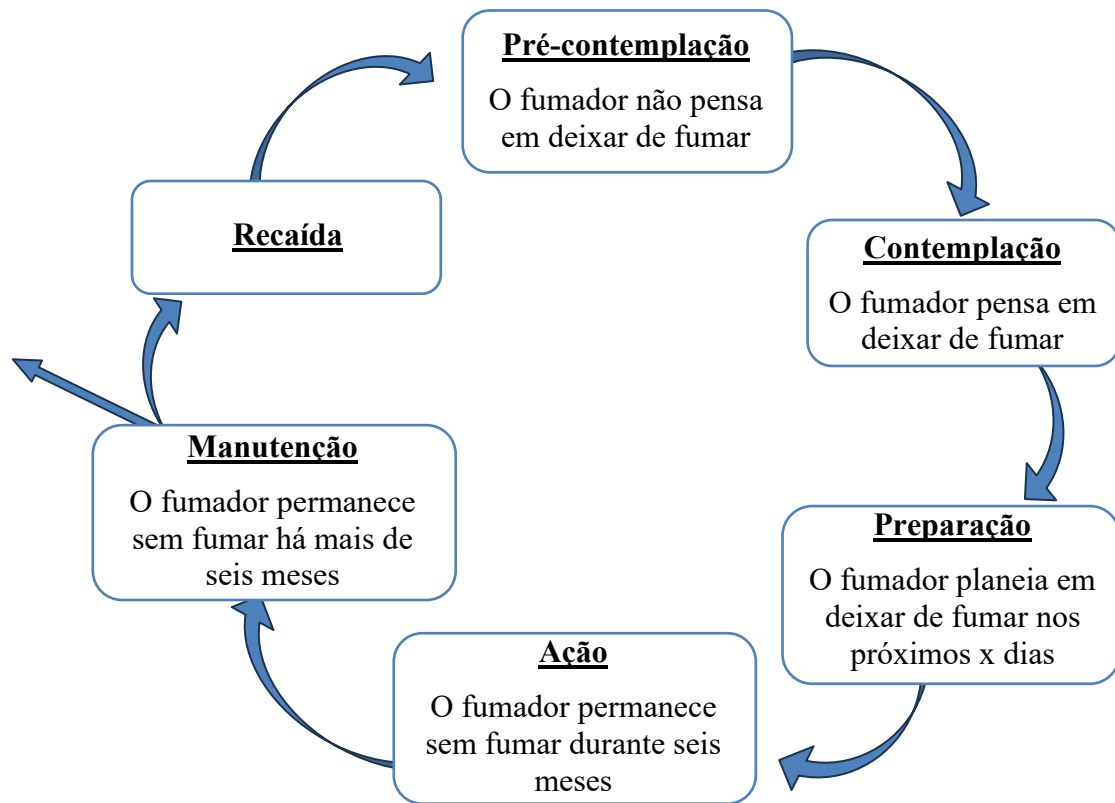


Figura 2 - Modelo transteórico de mudança comportamental proposto por Prochaska e DiClemente (25,26,28)

Ao longo do tempo, têm sido utilizadas técnicas de mudança comportamental eficazes como as intervenções breves e intensivas, para ajudar os fumadores a deixar de fumar (8). Um dos métodos desenvolvidos para ajudar os profissionais de saúde a implementar a CT designa-se por método dos “5 As” (Tabela 2). Este método é considerado uma intervenção breve, que pode ser aplicado apenas em 3 a 5 minutos e é utilizado em casos em que o fumador pretenda deixar de fumar (8,25). Os “5 As” significam: abordar, aconselhar, avaliar, apoiar e acompanhar. Mais concretamente, este método consiste em abordar o fumador sobre o consumo de tabaco; aconselhá-lo a deixar de fumar de forma clara, forte e personalizada; avaliar a sua disposição em deixar de fumar no próximo mês; ajudá-lo a deixar de fumar e acompanhar o utente pessoalmente ou por telefone (25).

Tabela 2 - Método dos 5 As (Adaptado de 24)

Intervenção	Técnica
Abordar	Abordar o fumador sobre o consumo de tabaco
Aconselhar	Aconselhar o fumador a deixar de fumar de forma clara, forte e personalizada
Avaliar	Avaliar a disposição do fumador em deixar de fumar no próximo mês
Apoiar	Ajudar o fumador a parar de fumar
Acompanhar	Acompanhar o utente pessoalmente ou por telefone e felicitar pelo sucesso em cada consulta

Esta técnica deve ser utilizada em conjunto com o método dos “5 Rs”, um método desenvolvido especificamente para fumadores que não tenham interesse ou não estejam preparados para deixar de fumar e, que visa aumentar essa motivação (8,25). Os “5 Rs” correspondem aos seguintes passos: relevância, riscos, recompensas, resistências e repetição, tal como ilustra a **Tabela 3**. O passo da relevância tem como objetivo encorajar o fumador, descrevendo os benefícios da CT. Relativamente aos riscos, recompensas e resistências, deve pedir-se ao fumador que identifique as consequências negativas do tabagismo, os benefícios da CT para a saúde e as barreiras ou obstáculos que possam comprometer a CT, respetivamente. Em relação à repetição, a intervenção deverá ser repetida em todas as consultas com o fumador (25).

Tabela 3 - Método dos 5 Rs (Adaptado de 24)

Intervenção	Técnica
Relevância	Encorajar o fumador a identificar os motivos pelos quais deixar de fumar é benéfico, devendo ser o mais específico possível
Riscos	Pedir ao fumador para descrever potenciais consequências negativas do tabagismo para a saúde, reforçando aquelas que considera as mais importantes para si
Recompensas	Pedir ao fumador para identificar possíveis benefícios em deixar de fumar, reforçando aqueles que considera os mais importantes para si
Resistências	Pedir ao fumador para referir quais são as principais barreiras ou obstáculos que vê em deixar de fumar
Repetição	A intervenção deverá ser repetida em todas as consultas com o fumador que não quer parar de fumar

A avaliação da motivação do fumador em deixar de fumar e a determinação do nível de dependência da nicotina são essenciais neste processo e são realizados através do Teste de Richmond (**Tabela 4**) e do Teste de Fagerström (**Tabela 5**), respetivamente (25).

Tabela 4 - Teste de Richmond (Adaptado de 3)

Perguntas	Respostas	Pontos
1. Gostaria de deixar de fumar se o pudesse fazer facilmente?	Não	0
	Sim	1
2. Tem realmente vontade de deixar de fumar?	Nenhuma	0
	Pouca	1
	Alguma	2
	Muita	3
3. Acredita que conseguirá deixar de fumar nas próximas 2 semanas?	Não acredito	0
	Talvez	1
	Provavelmente	2
	De certeza	3
4. Pensa que será ex-fumador dentro de 6 meses?	Difícilmente	0
	Pode ser	1
	Provavelmente	2
	De certeza	3
Total de Pontos		
Grau de motivação: 0 a 5 pontos - Motivação fraca 6 a 8 pontos - Motivação moderada 9 a 10 pontos - Motivação elevada		

Tabela 5 - Teste de Fagerström (Adaptado de 3)

Perguntas	Respostas	Pontos
1. Quanto tempo depois de acordar fuma o 1º cigarro?	Nos primeiros 5 minutos	3
	Entre 6 e 30 minutos	2
	Entre 31 e 60 minutos	1
	Mais de 61 minutos	0
2. Sente dificuldade na contenção do uso de tabaco em lugares onde é proibido fumar? (ex: cinemas, aviões, hospitais)	Sim	1
	Não	0
3. Qual o cigarro que mais dificuldade teria em deixar de fumar?	O primeiro da manhã	1
	Outro qualquer	0
4. Quantos cigarros fuma, habitualmente, por dia?	10 ou menos	0
	11 a 20	1
	21 a 30	2

	31 ou mais	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 ou acamado?	Sim Não	1 0
Total de Pontos		
Grau de dependência: 0 a 3 pontos – Grau de dependência baixo 4 a 6 pontos – Grau de dependência médio 7 a 10 pontos – Grau de dependência elevado		

Demonstrou-se que fumadores com níveis de dependência mais elevados, apresentam maior dificuldade em deixar de fumar, sendo necessário um acompanhamento mais intensivo (25). Para além do teste de Fagerström, também se pode avaliar o grau de dependência através de parâmetros biológicos, tais como a medição do monóxido de carbono no ar expirado. No entanto, apesar de ser um método de fácil utilização, é um biomarcador pouco específico (3). A carga tabágica consiste numa forma simples de quantificar o consumo de tabaco de um fumador e expressa-se em anos-maço, multiplicando o número de maços fumados por dia pelo número de anos de tabagismo, e que ajuda a avaliar o impacto do tabagismo na saúde do indivíduo (29,30).

No processo de CT é fundamental o acompanhamento para monitorizar, motivar e aconselhar o utente. Desta forma, consegue-se detetar possíveis sintomas de abstinência e efeitos adversos ao tratamento farmacológico e torna-se possível a realização de ajustes de doses terapêuticas e de apoio comportamental. Dado que uma pessoa só se considera não fumadora após um ano sem fumar, o acompanhamento deverá ser de longa duração (3).

1.5.2. Terapêutica farmacológica

A terapêutica farmacológica é um importante complemento da abordagem cognitivo-comportamental na CT, visto que pode diminuir os sintomas de abstinência e o desejo de fumar, aumentando, assim, a probabilidade do seu sucesso (5,25).

Atualmente, existem três classes de medicamentos utilizados como primeira linha e aprovados como auxiliares de CT:

- a) Terapêutica de substituição da nicotina (TSN);
- b) Agonistas parciais do recetor da nicotina (APRN);
- c) Bupropiom (8).

TSN

A TSN é uma terapêutica eficaz e segura, sendo a mais utilizada na CT e não necessitando de prescrição médica (3,8,31). Consiste na utilização de fármacos que fornecem quantidades controladas de nicotina, ajudando o utente a gerir os sintomas de abstinência e os desejos que surgem após parar de fumar (5). Nos cigarros convencionais, a biodisponibilidade obtida da nicotina é de quase 100,0%, comparativamente com a obtida pela TSN, que é significativamente menor (25).

Em Portugal, existem diversas formas farmacêuticas da TSN, tais como as gomas de mascar, pastilhas, comprimidos para chupar, sistemas transdérmicos e solução para pulverização bucal (31). Nas formas orais (gomas de mascar, pastilhas, comprimidos, solução para pulverização oral) e nos sistemas transdérmicos, a nicotina é absorvida através da mucosa oral e da pele, respetivamente (3). Estas formas orais aliviam os sintomas de abstinência mais rapidamente que os adesivos, visto que apresentam uma absorção mais rápida (32). Encontram-se disponíveis adesivos que libertam nicotina de forma constante, durante 16 ou 24 horas e que demoram, após a sua aplicação, entre 4 a 10 horas a atingir a sua concentração máxima (25). Os adesivos de 16 horas apresentam dosagens de 10mg e 25 mg e os de 24 horas dosagens de 7mg, 14mg e 21 mg (25). Os adesivos de 24 horas libertam nicotina durante a noite, podendo provocar insónias, e caso isto aconteça, devem retirar-se ao deitar (3,25). A facilidade de utilização e o aporte constante e duradouro de nicotina são as principais vantagens desta forma farmacêutica, no entanto, esta não causa picos de nicotina, o que pode ser desfavorável para fumadores que sejam muito dependentes. Vários fumadores referem que, ao acordar, apresentam maior desejo em fumar, o que pode aumentar a probabilidade de recaída. Desta forma, os adesivos de 24 horas, comparativamente com os de 16 horas, são mais vantajosos visto que, ao fornecerem níveis constantes de nicotina durante todo o dia, conseguem combater o *craving* matinal (33). Estes sistemas transdérmicos devem ser colocados ao acordar, na pele íntegra e seca e variando diariamente o local de forma a evitar efeitos adversos locais, tais como a irritação cutânea e o prurido (3).

As gomas de mascar libertam uma quantidade controlada de nicotina, sendo que o seu nível máximo no sangue é atingido 20 minutos após o início da mastigação. Estas encontram-se disponíveis nas dosagens de 2mg e 4mg, com consistências e sabores diferentes. Cada goma deve ser mastigada até se sentir um sabor intenso na boca, colocando-se depois a goma entre a bochecha e a gengiva. Quando o sabor da goma diminuir, deve mastigar-se novamente. Este processo deve ser realizado durante 30 minutos, para que toda a nicotina seja libertada e absorvida (3).

As pastilhas de nicotina, que também libertam nicotina de forma constante, não devem ser mastigadas ou engolidas e existem nas dosagens de 1mg, 1,5mg, 2mg e 2,5mg, também com diferentes sabores e consistências. A nicotina fornecida por estas pastilhas é cerca de 25,0% superior à fornecida pelas gomas de mascar e dissolvem-se na boca em cerca de 20 a 30 minutos. Comparativamente com as gomas de mascar, as pastilhas têm a vantagem de não aderirem aos dentes (3).

Os sprays bucais são os menos utilizados e fornecem 1mg de nicotina por cada pulverização (3). No momento da pulverização não se deve inalar e deve evitar-se o consumo de alimentos ou bebidas, com exceção da água, 15 minutos antes e após a pulverização (25).

Recomenda-se a utilização da TSN durante 2 a 3 meses após a CT. Contudo, alguns utentes poderão necessitar de a utilizar indefinidamente ou em períodos de elevado risco de recaída (32). Comprovou-se que as taxas de CT aumentaram em 50,0-70,0% com a utilização da TSN e que as diferentes formas de TSN são igualmente eficazes (8,25). No entanto, a utilização de uma forma oral acompanhada com um sistema transdérmico aumenta a eficácia (25). A TSN provoca normalmente pequenas reações adversas que não são graves, tais como, irritação cutânea, no caso dos sistemas transdérmicos, e irritação da cavidade oral, no caso das gomas e pastilhas (8).

APRN

Os APRN reduzem os sintomas de abstinência da nicotina, ligando-se e atuando como agonistas num recetor específico da nicotina. Isto vai impedir a ligação da nicotina aos seus recetores e interrompe, assim, o ciclo de recompensa e dependência gerado pela nicotina, reduzindo a abstinência e o *craving*. Os APRN aprovados são a vareniclina (incluída na terapêutica de primeira linha para a CT) e a citisina, que pode ser uma opção

de baixo custo relativamente à vareniclina (8). A vareniclina é um medicamento sujeito a receita médica (MSRM), encontrando-se na forma de comprimidos e a duração do seu tratamento é de 12 semanas, sendo este iniciado uma a duas semanas antes do dia escolhido para o início do processo de CT (3,31).

A citisina ou citisiniclina é um alcaloide vegetal e um medicamento não sujeito a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia, encontrando-se na forma de comprimidos. O seu tratamento tem a duração de 25 dias, sendo que o fumador deverá deixar de fumar até ao 5º dia de tratamento (3).

Bupropiom

O bupropiom é um antidepressivo utilizado na CT, que atua no sistema nervoso central e provavelmente interfere na libertação de noradrenalina e dopamina. É, também, um MSRM que se encontra na forma de comprimidos de 150 mg de libertação prolongada (3,31). Embora seja considerada terapêutica de primeira linha, as evidências sugerem que é menos eficaz do que a vareniclina ou a TSN combinada (8). A **Tabela 6** ilustra, de forma resumida, a terapêutica disponível em Portugal para a CT.

Tabela 6 - Terapêutica farmacológica para a CT disponível em Portugal (34,35,44,45,36-43)

Terapêutica Farmacológica	Forma farmacêutica	Dosagens disponíveis	Posologia:	
TSN	Formas orais	Goma de mascar	2mg e 4 mg	8-12 gomas/dia
		Pastilha	1mg e 2mg	8-12 pastilhas/dia
		Comprimido para chupar	2mg e 4mg	8-12 comp./dia
		Solução para pulverização bucal	1mg por pulverização	Até 4 pulverizações por hora
	Sistemas transdérmicos	16 horas:	10mg, 15mg e 25mg	Aplicar sobre a pele intacta de manhã ao levantar e remover à noite ao deitar
		24h:		Aplicar sobre a pele intacta, pela manhã

			7mg, 14mg e 21mg	
APRN	Vareniclina	Comprimido revestido por película	0,5mg + 1mg e 1mg	1 ^o -3 ^o dia: 0,5mg/dia 4 ^o -7 ^o dia: 0,5mg 2x/dia A partir do 8 ^o dia até final do tratamento: 1mg 2x/dia
	Citisiniclina /Citisina	Comprimido	1,5mg	1 ^o -3 ^o dia: 1 comp. a cada 2 horas 4 ^o -12 ^o dia: 1 comp. a cada 2,5 horas 13 ^o -16 ^o dia: 1 comp. a cada 3 horas
		Comprimido revestido por película	1,5mg	17 ^o -20 ^o dia: 1 comp. a cada 5 horas 21 ^o -25 ^o dia: 1-2 comp./dia
Bupropiom (Antidepressivo)		Comprimido	150mg LP	1 comp./dia, durante 6 dias. A partir do 7 ^o dia, 2 comp./dia com intervalo de pelo menos 8 horas

Legenda: LP – Libertação prolongada

A farmacoterapia da CT deve ser adaptada a cada fumador, tendo em consideração vários fatores, tais como: estado de saúde, preferência, comorbilidades, medicação habitual e, também, situação financeira (25). Contudo, para garantir o sucesso do tratamento, tanto a médio como a longo prazo, é também importante recorrer ao tratamento não farmacológico, que pode ser utilizado como tratamento de suporte ou alternativo (3). Estudos demonstraram que a combinação do tratamento farmacológico com o tratamento comportamental é mais eficaz do que quando utilizados isoladamente (46).

1.6. A CT e a Farmácia Comunitária

A farmácia comunitária apresenta várias vantagens, nomeadamente, o fácil acesso pela população e o facto de ser um local credível no qual a população deposita confiança (3).

A CT e a oferta de ajuda para deixar de fumar é extremamente importante, sobretudo aquela oferecida por profissionais de saúde qualificados, nomeadamente farmacêuticos comunitários que, dada a sua posição privilegiada junto da comunidade, são um importante veículo de informação, aconselhamento e intervenção na CT (3,5).

Os farmacêuticos devem participar no processo de CT, realizando consultas para o mesmo, intervindo na promoção e educação da saúde no ato da dispensa de medicamentos utilizados no tratamento da CT e, proporcionando um acompanhamento farmacoterapêutico aos seus utentes. Inicialmente, é importante que o farmacêutico incentive o utente a considerar parar de fumar, caso este ainda não tenha isso em mente, promovendo a CT através de panfletos, vídeos e demonstrando disponibilidade para ajudar. Posteriormente, o farmacêutico deverá disponibilizar o serviço de cessação tabágica (SCT), que poderá ser realizado pelo mesmo ou em colaboração com outros profissionais de saúde. No final, é importante que o farmacêutico mantenha o papel de suporte na fase de manutenção. Assim, os farmacêuticos e outros profissionais de saúde poderão contribuir para a diminuição da prevalência de fumadores, tanto em Portugal, como no resto do mundo (3).

A maioria dos fumadores considera extremamente difícil deixar de fumar por si próprio, ou seja, sem ajuda de um profissional de saúde ou da terapêutica farmacológica. De acordo com a OMS, o aconselhamento breve por profissionais de saúde pode aumentar as taxas de sucesso de CT até 30,0% e o aconselhamento intensivo até 84,0%. Um dos objetivos de um farmacêutico neste tipo de processo deverá ser a prevenção de recaídas e a oferta de apoio caso estas se verifiquem, encorajando o fumador a fazer futuras tentativas de CT (5).

Vários estudos demonstraram que os farmacêuticos comunitários têm uma grande importância na promoção da CT (8,47,48). Um desses estudos demonstrou que este serviço, disponível nas farmácias comunitárias, resultou num aumento da taxa de abstinência, comparativamente com intervenções breves isoladas ou inexistentes, com um risco relativo (RR) de 2,21 e um intervalo de confiança (IC) de 95%: 1,49-3,29; reforçou, igualmente que, para combater a epidemia do tabaco, é necessário investir em mais SCT na farmácia comunitária (8).

Um estudo português, realizado entre 2009 e 2019, com um total de 135 fumadores que participaram em consultas de CT prestadas em oito farmácias comunitárias do Sul de

Portugal, demonstrou uma maior taxa de sucesso para fumadores que foram cuidadosamente acompanhados por farmacêuticos, ou seja, que participaram em mais consultas e sessões telefónicas e que realizaram terapêutica farmacológica, obtendo uma taxa de abstinência de 52,2%. Além disso, parece existir falta de conhecimento sobre este tipo de serviço nas farmácias comunitárias e é necessária mais investigação para gerar evidência de maior qualidade (49).

Um estudo comparou os resultados da CT entre utentes que recorreram a uma intervenção de CT orientada por um farmacêutico comunitário e utentes que não recorreram, antes de uma cirurgia de substituição total da articulação. Este estudo demonstrou que os utentes que cumpriram esta intervenção, tiveram taxas de CT mais elevadas, comparativamente com aqueles que não a cumpriram. A intervenção levou a uma taxa de CT de 19,0% às 6 semanas de pós-operatório, em comparação com apenas 4,0% que não consultaram o farmacêutico. 6 meses após o recrutamento, houve um aumento das taxas de abstinência de 33,0% para os utentes que consultaram o farmacêutico e de 2,0% para os que não consultaram (50).

Em 2022, realizou-se um estudo que comparou as taxas de abstinência entre um SCT intensivo e abreviado, liderado por farmacêuticos. Após 6 meses, as taxas de abstinência do SCT intensivo e abreviado foram de 36,0% e 22,0%, respetivamente. Ambos os serviços foram eficazes e custo-efetivos, visto que os seus custos foram menores e produziram benefícios comparáveis ou maiores, comparativamente com outras intervenções para a CT, tais como as linhas de apoio para abandono do tabaco (51).

Em 2012, realizou-se um estudo no Novo México, que avaliou, também, as taxas de abstinência do tabagismo em fumadores que participaram num SCT liderado por farmacêuticos. As taxas de abandono com uma intervenção intensiva a 1, 3 e 6 meses foram de 25,0%, 26,0% e 25,0%, respetivamente, sendo que a maioria dos fumadores participantes (93,0%) estava satisfeita ou muito satisfeita com os serviços prestados (52).

Demonstrou-se num estudo a viabilidade da implementação do programa de CT em farmácias comunitárias, com uma taxa de acompanhamento promissora de seis meses e uma melhoria constante na qualidade de vida dos participantes. Este estudo refere que a qualificação dos farmacêuticos, a disponibilidade de um espaço privado, a participação pelos serviços prestados, o uso de diferentes formas de TSN, a colaboração com outros profissionais de saúde, a publicidade do serviço e o uso de um

programa nacional padronizado são fatores cruciais para promover o papel do farmacêutico na CT (53).

Na Arábia Saudita realizou-se um estudo no qual uma amostra de farmacêuticos comunitários identificou várias barreiras na prestação do SCT, sendo que as quatro barreiras mais significativas foram: a incapacidade de acompanhamento dos utentes, a falta de um espaço privado para a prestação do serviço, a falta de materiais educacionais adequados e a falta de tempo (54). Deste modo, para aumentar as taxas de sucesso deste serviço nas farmácias comunitárias seria fundamental a educação, formação e constante atualização de toda a equipa da farmácia, por forma a melhorar os seus conhecimentos sobre a CT, a competência na prestação do serviço, a confiança e a motivação para aconselhar adequadamente os utentes (54–56). O desenvolvimento de diretrizes e protocolos para apoiar os farmacêuticos comunitários na prestação do serviço também seria essencial, com vista a aumentar a autoconfiança dos mesmos na prestação do serviço e melhorar a eficácia do processo de CT (54).

1.7. Racional do Estudo

Este estudo é relevante porque os SCT não podem ser subestimados, uma vez que representam um passo significativo na luta contra o tabagismo e na promoção da saúde pública.

Com este estudo pretendemos compreender a forma como o SCT é prestado em contexto de farmácia comunitária, com o objetivo de o integrar melhor no sistema de saúde, garantindo que os recursos sejam utilizados de forma otimizada e que as intervenções sejam direcionadas de forma adequada, facilitando o acesso ao suporte para parar de fumar e contribuindo, assim, para a diminuição do tabagismo e, em consequência, da morbimortalidade. Com este estudo também iremos tentar perceber quais são as principais barreiras na prestação deste serviço e, eventualmente, identificar melhorias que possam ser implementadas pelas farmácias comunitárias.

Capítulo 2 – Objetivos e Questões para investigação

2.1. Objetivos gerais

Os principais objetivos gerais deste trabalho de campo foram:

- a) Caracterizar a forma como é prestado o SCT nas farmácias comunitárias portuguesas;
- b) Caracterizar os utentes que se encontram em acompanhamento no SCT prestado nas farmácias.

2.2. Objetivos específicos

Os principais objetivos específicos deste trabalho foram:

- a) Caracterizar as farmácias participantes segundo a sua estrutura (e.g., espaço físico, recursos humanos, constituição da equipa, entre outros);
- b) Identificar as estratégias de promoção do SCT adotadas pelas farmácias comunitárias portuguesas;
- c) Identificar que tipos de colaboração com outros profissionais de saúde existem durante a prestação do SCT;
- d) Analisar a forma como os utentes têm conhecimento da prestação do SCT;
- e) Avaliar a existência de protocolos de referenciação estabelecidos para o aconselhamento e acompanhamento dos utentes que queiram parar de fumar;
- f) Analisar a formação dos colaboradores alocados à prestação do SCT;
- g) Analisar as barreiras existentes na integração do SCT;
- h) Avaliar a taxa de sucesso da abstinência tabágica;

- i) Identificar os principais obstáculos e dificuldades dos utentes durante o processo de CT.

2.3. Relação entre as questões para investigação e os objetivos do trabalho

Na **Tabela 7** é apresentada a relação entre as questões para investigação inicialmente formuladas e os objetivos gerais e específicos do trabalho.

Tabela 7 - Relação existente entre as questões para investigação e os objetivos gerais e específicos

Questões para investigação	Objetivos gerais	Objetivos específicos
Como é prestado o SCT nas farmácias?	Caracterizar a forma como é prestado o SCT nas farmácias comunitárias portuguesas	<ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar as farmácias participantes segundo a sua estrutura (e.g., espaço físico, recursos humanos, constituição da equipa, entre outros); - Identificar as estratégias de promoção do SCT adotadas pelas farmácias comunitárias portuguesas; - Identificar que tipos de colaboração com outros profissionais de saúde existem durante a prestação do SCT; - Analisar a forma como os utentes têm conhecimento da prestação do SCT; - Avaliar a existência de protocolos de referência estabelecidos para o aconselhamento e acompanhamento dos utentes que queiram parar de fumar; - Analisar a formação dos colaboradores alocados à prestação do SCT.

<p>De que forma é que os utentes são acompanhados no SCT prestado nas farmácias?</p>	<p>Caracterizar os utentes que se encontram em acompanhamento no SCT prestado nas farmácias</p>	<ul style="list-style-type: none">- Analisar as barreiras existentes na integração do SCT;- Avaliar a taxa de sucesso da abstinência tabágica;- Identificar os principais obstáculos e dificuldades dos utentes durante o processo de CT.
--	---	---

Capítulo 3 – Metodologia

3.1. Desenho de estudo

Realizou-se um estudo transversal, ou seja, um estudo observacional que analisa dados de uma população num determinado momento no tempo, com o intuito de caracterizar a forma como o SCT é prestado e os utentes que se encontram em acompanhamento nas consultas de CT, num determinado período de tempo. (57)

3.2. Local e Período do estudo

Realizou-se um questionário *online*, direcionado a todas as farmácias comunitárias portuguesas que prestam o SCT. Este estudo contou com uma colaboração entre a Egas Moniz School of Health and Science e o Departamento de Projetos e Serviços do Grupo Holon. Este estudo decorreu entre fevereiro e agosto de 2024.

Esta colaboração permitiu que este questionário fosse disseminado por intermédio deste Departamento a todas as farmácias do Grupo Holon e, paralelamente, a equipa de investigação partilhou o mesmo através das redes sociais, especificamente em grupos de profissionais de farmácia/farmácia comunitária.

3.3. População e amostra

3.3.1. População: definição e dimensão

Em 2022, segundo a PORDATA, existiam cerca de 2 921 farmácias comunitárias em Portugal. (58) O Grupo Holon representa cerca de 170 farmácias portuguesas (cerca de 6,0% das farmácias a nível nacional), sendo que a maioria delas oferecem um elevado número de serviços farmacêuticos, onde se inclui o SCT, encontrando-se mais de 100 utentes em acompanhamento.

3.3.2. Critérios de Elegibilidade

As farmácias foram incluídas no estudo se prestassem o SCT e tivessem, pelo menos, um utente em acompanhamento no estudo (independentemente do ano em que foi incluído). Todas as farmácias cujos questionários não tivessem elevado grau de exaustividade na caracterização da forma como o serviço era prestado ou na caracterização dos utentes em acompanhamento, foram excluídas do estudo.

3.3.3. Amostra: definição e dimensão

Tendo em conta o número de farmácias comunitárias a nível nacional, assumindo uma prevalência do fenómeno de 50,0%, i.e., desconhecendo-se o grau de implementação desta consulta na amostra de farmácias, um erro beta de 5% e um intervalo de confiança de 95%, seria necessário incluir, pelo menos, 340 farmácias.

3.4. Recolha de informação

No início do estudo foi estabelecida uma parceria com o Departamento de Projetos e Serviços do Grupo Holon, dado tratar-se de um serviço que esta empresa tem bem estabelecido nas farmácias pertencentes ao grupo. Deste modo, e depois de aceite o convite de colaboração, estabeleceu-se um plano de atividades, onde o Departamento de Projetos e Serviços ficou encarregue da disseminação do questionário *online* pelas farmácias associadas e pela posterior monitorização das respostas (enviando semanalmente lembretes de participação e re-partilhando mensalmente na sua *newsletter* um *link* de acesso ao questionário). De forma a não se repetirem respostas da mesma farmácia, era solicitado no início do questionário que indicassem qual o número de associado da Associação Nacional das Farmácias (ANF).

Paralelamente, a equipa de investigação, de forma a chegar ao maior número de farmácias possível, realizou uma breve pesquisa *online* para identificação de farmácias que realizassem este serviço e disseminou o questionário através das redes sociais (*Facebook*, *Twitter*, *Instagram* e *LinkedIn*), especificamente em grupos de profissionais de farmácia/farmácia comunitária.

Assim, optou-se pela construção de duas versões do questionário *online*, uma específica para as farmácias pertencentes ao Grupo Holon e outra para disseminação pelas redes

sociais. Os dados recolhidos de ambas as versões foram combinados num único ficheiro de MS Excel 365 (Microsoft, Estados Unidos da América).

3.4.1. Questionário *online*

O questionário inicialmente desenvolvido para este estudo era composto por três secções principais:

- a) **Caracterização das farmácias participantes**, nomeadamente a caracterização sociodemográfica das farmácias comunitárias portuguesas participantes atendendo à: estrutura e composição da equipa, incluindo as suas categorias profissionais, idade média dos elementos da equipa; região geográfica onde se insere; tipologia de farmácia; presença de elementos da equipa com especialização/certificação; presença de alunos estagiários;
- b) **Caracterização da forma como é prestado o SCT** (incluindo eventuais barreiras à prestação deste serviço), nomeadamente: remuneração do serviço; realização de campanhas para promoção do serviço; existência de colaboração com outros profissionais de saúde; existência de protocolos de referência estabelecidos para o aconselhamento e acompanhamento dos utentes que querem parar de fumar; tempo médio de uma primeira consulta e de uma consulta de manutenção da CT; acompanhamento entre consultas;
- c) **Caracterização dos utentes em acompanhamento**, nomeadamente: tipo de informação que é recolhida aquando da inclusão de um novo utente no SCT; frequência mais usual dos utentes no SCT; número médio de utentes que utiliza terapêutica farmacológica e TSN para a CT; medicamentos sujeitos a receita médica mais utilizados pelos utentes na CT; principais indicadores utilizados para avaliar o sucesso do SCT nas farmácias; percentagem de sucesso do SCT em cada farmácia e realização de acompanhamento pós-cessação tabágica para avaliar a manutenção da abstinência tabágica.

Cada uma das secções era composta por questões de resposta fechada, nomeadamente de escolha múltipla, e questões de resposta aberta, nomeadamente de resposta curta. O tempo médio de resposta ao questionário inicial foi de 15 minutos.

Antes de disseminar o questionário, foi realizada uma validação de face e conteúdo do mesmo, tendo-se enviado a seis peritos (três académicos e três farmacêuticos

comunitários) para que pudessem avaliar as questões quanto à adequabilidade, conteúdo, palavras-difíceis e design do próprio questionário. Após esta fase, foram feitas essencialmente alterações em 4 questões, encontrando-se duas delas na secção de caracterização da forma como é prestado o SCT e as restantes na secção de caracterização dos utentes em acompanhamento. O questionário final que foi divulgado encontra-se no **Anexo 2**.

3.5. Ética e Confidencialidade

No início do questionário foram prestadas todas as informações necessárias aos farmacêuticos responsáveis pelo serviço nas respetivas farmácias, incluindo os seus direitos e deveres, tendo os mesmos de consentir a sua participação no estudo e a utilização dos dados de forma agregada para efeitos de divulgação científica. O questionário era anónimo, não existindo qualquer dado que identificasse, quer as farmácias ou os farmacêuticos que responderam, quer os utentes na secção de caracterização dos utentes em acompanhamento.

Tendo em conta que a disseminação do questionário foi realizada pelo Departamento de Projetos e Serviços do Grupo Holon, neste caso não existiu acesso por parte da equipa de investigação a dados que possam identificar quer as farmácias participantes, quer os utentes que se encontram em acompanhamento. Foram assinadas declarações de compromisso de honra em como os dados cedidos não seriam divulgados para além do propósito do estudo. Além disso, mesmo existindo o campo do código ANF disponível, o mesmo não se encontra publicamente disponível para identificação das farmácias, mantendo assim o anonimato das farmácias respondentes.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética Egas Moniz (número de documento – 1350).

3.6. Análise de dados

A unidade de análise deste estudo foi o questionário *online*, representando um questionário uma farmácia. Depois de recolhidas todas as respostas, foi realizada uma

validação dos dados para verificar a exaustividade dos dados e coerência das respostas. Posteriormente, foi realizada estatística descritiva com recurso a medidas de dispersão central e medidas de frequência relativa. Os dados foram apresentados sob a forma de tabelas e gráficos de diferentes formatos.

Estava inicialmente planeada a execução de análise bivariada, de forma a analisar diferenças entre diferentes variáveis, de acordo com a sua distribuição e tipos de variáveis. Contudo, devido ao baixo número de respostas não foi realizada este tipo de análise com prejuízo de obter resultados que não reflitam a realidade.

Capítulo 4 – Resultados

Após terminado o estudo, obteve-se um total de 13 respostas, ou seja, a participação de 13 farmácias comunitárias, o que corresponde a 3,8% (13/340) da amostra teórica calculada inicialmente. Contudo, verificou-se que uma das farmácias comunitárias participantes não prestava o SCT.

4.1 Caracterização das farmácias participantes

Verificou-se que, em média, as farmácias participantes apresentavam $9,23 \pm 5,31$ colaboradores, com uma idade média de $37,81 \pm 5,26$ idade. Quase metade das farmácias participantes, localizavam-se na Área Metropolitana de Lisboa (46,2%; n=6), seguida das regiões Centro (30,8%, n=4), Alentejo (15,4 %, n=2) e Norte (7,7%; n=1). Em termos de densidade populacional, a maioria (53,8%; n=7) situava-se em áreas urbanas, dispo de um espaço para atendimento privado (92,3%; n=12). Os resultados encontram-se detalhados na **Tabela 8**.

Tabela 8 - Caracterização das farmácias participantes

	n=13
Número de colaboradores, média ± DP	9,23 ± 5,31
Idade dos elementos da equipa, média ± DP	37,81 ± 5,26
Região geográfica onde se localiza a farmácia, n (%)	
Norte	1 (7,7)
Centro	4 (30,8)
Área Metropolitana de Lisboa	6 (46,2)
Alentejo	2 (15,4)
Localização em termos de densidade populacional, n (%)	
Rural	2 (15,4)
Suburbana	4 (30,8)
Urbana	7 (53,8)
Espaço para atendimento privado, n (%)	
Sim	12 (92,3)
Não	1 (7,7)
Certificação/especialização em farmácia comunitária, n (%)	
Sim	5 (38,5)
Não	8 (61,5)
Tipologia a que pertence a farmácia, n (%)	
Independente	3 (23,1)
Pertence a um grupo, mas com o mesmo proprietário	4 (30,8)

Pertence a um grupo, mas com diferentes proprietários	6 (46,2)
Presença de alunos estagiários na farmácia, n (%)	
Sim	10 (76,9)
Não	3 (23,1)

Legenda: DP – Desvio-padrão

As categorias profissionais dos diferentes elementos que compunham as equipas de cada farmácia encontram-se ilustradas na **Figura 3**, verificando-se que incluíam Diretor Técnico (100,0%; n=13), Farmacêutico (100,0%, n=13), Farmacêutico Substituto (92,3%, n=12), Técnico de Farmácia (84,6%; n=11), Técnico Auxiliar de Farmácia (84,6%, n=11) e outras categorias (15,4%, n=2), tal como *BackOffice*.

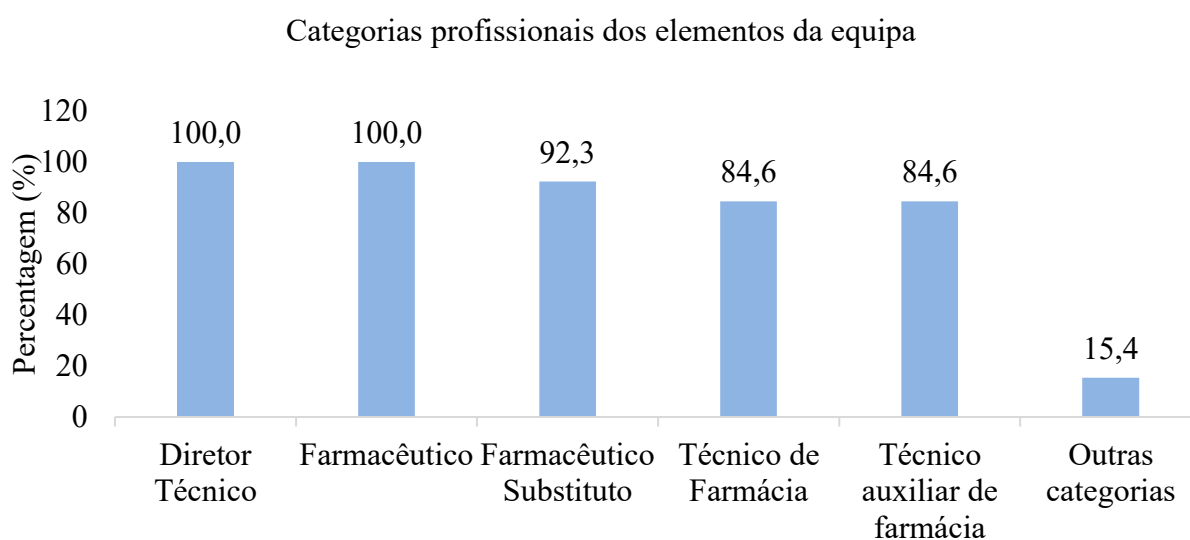


Figura 3 - Categorias profissionais a que pertencem os elementos da equipa de cada farmácia

Apenas uma pequena parte (38,5%, n=5) dos farmacêuticos eram detentores de algum tipo de especialização no âmbito da Farmácia Comunitária, sendo que, 80,0% (n=4) dos quais tinham Especialidade em Farmácia Comunitária (pela Ordem dos Farmacêuticos) e 20,0% (n=1) em outras áreas, como os Cuidados Farmacêuticos. Estes resultados encontram-se ilustrados na **Figura 4**.

Certificação/Especialidade

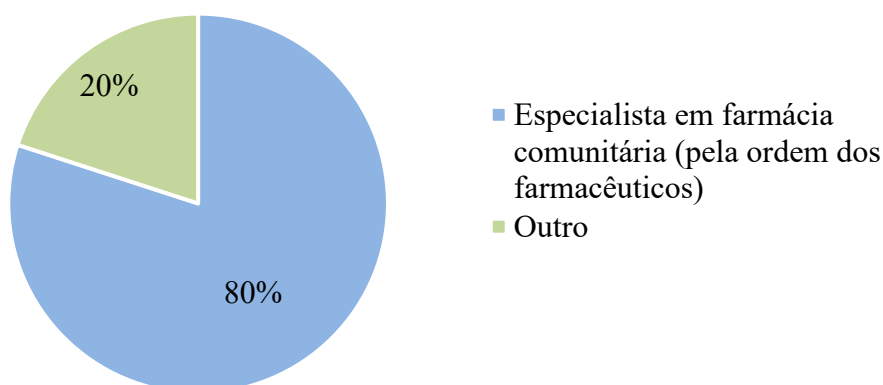


Figura 4 - Certificação/Especialidade que os elementos da equipa possuem

Relativamente à tipologia a que pertencem as farmácias, 46,2% (n=6) pertenciam a um grupo com diferentes proprietários, 30,8% (n=4) pertenciam a um grupo, mas com o mesmo proprietário e 23,1% (n=3) eram independentes.

A maioria das farmácias (76,9%; n=10) integrava alunos estagiários na sua equipa, sendo que, em média, costumava ter $1,20 \pm 0,42$ alunos estagiários e 80,0% (n=8) deles costumavam participar na prestação de serviços farmacêuticos. Estes resultados encontram-se descritos na **Tabela 8 (pág. 45)**.

4.2. Caracterização da forma como é prestado o SCT

Das farmácias participantes, verificou-se que 12 delas prestavam o SCT há cerca de $6,83 \pm 3,41$ anos, sendo que na maioria delas (75,0%; n=9), o SCT é remunerado, com um valor médio por consulta de $14,44 \pm 1,67$ euros. Os resultados encontram-se detalhados na **Tabela 9**.

Tabela 9 - Caracterização da forma como é prestado o SCT

	n=12
Tempo em anos de prestação do serviço, média ± DP	6,83 ± 3,41
Remuneração do Serviço, n (%)	
Sim	9 (75)
Não	3 (25)
Valor cobrado por consulta, média ± DP	14,44 ± 1,67
Realização de campanhas de promoção do serviço, n (%)	
Sim	8 (66,7)
Não	4 (33,3)
Colaboração com outros profissionais de saúde, n (%)	
Sim	1 (8,3)
Não	11 (91,7)
Forma como é realizada essa colaboração, n (%)	
Através do centro de saúde	1 (100,0)
Existência de protocolos de referência para aconselhamento e acompanhamento dos utentes, n (%)	
Sim	8 (66,7)
Não	4 (33,3)
Número de colaboradores alocados ao serviço, média ± DP	1,58 ± 0,67
Existência de formação específica para prestação do serviço, n (%)	
Sim	11 (91,7)
Não	1 (8,3)
Tempo em minutos da primeira consulta de CT, média ± DP	48,13 ± 16,55
Tempo em minutos da consulta de CT de manutenção, média ± DP	28,13 ± 10,45
Consultas de CT exclusivamente presenciais, n (%)	
Sim	11 (91,7)
Não	1 (8,3)
Acompanhamento entre consultas, n (%)	
Sim	10 (83,3)
Não	2 (16,7)

Legenda: DP – Desvio-padrão

Relativamente à divulgação do serviço à comunidade, cerca de 66,7% (n=8) das farmácias realizavam campanhas para promoção do SCT. Relativamente à forma como os utentes tinham conhecimento da prestação deste serviço, tal como ilustra a **Figura 5**, 37,5% (n=6) tiveram acesso através do aconselhamento ao balcão ou pelo seu interesse na CT, 25,0% (n=4) por intermédio de Familiares, Amigos, Conhecidos e 25,0% (n=4) através de Publicidade.

Conhecimento da prestação das consultas de cessação tabágica

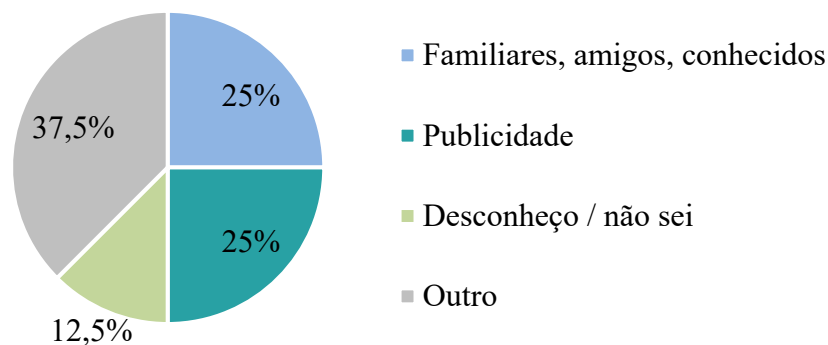


Figura 5 - Forma de como os utentes têm conhecimento da prestação das consultas de CT

Verificou-se que a maioria das farmácias participantes (91,7%; n=11) não colabora com outros profissionais de saúde durante a prestação do SCT. Apenas 8,3%; (n=1) das farmácias costumam colaborar com outros locais de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente com os Centros de Saúde.

Quanto à existência de protocolos de referenciação estabelecidos para o aconselhamento e acompanhamento dos utentes que queiram parar de fumar, verificou-se que 66,7% (n=8) das farmácias confirmaram a sua existência.

Relativamente ao local de onde provém a maioria dos utentes que as farmácias acompanham no SCT, verificou-se que a maioria (62,5%; n=5) provém da farmácia comunitária, por intermédio do aconselhamento ao balcão, seguida de Centros de Saúde (25%; n=2) e consultas de nutrição (12,5%; n=1), tal como ilustra a **Figura 6**.

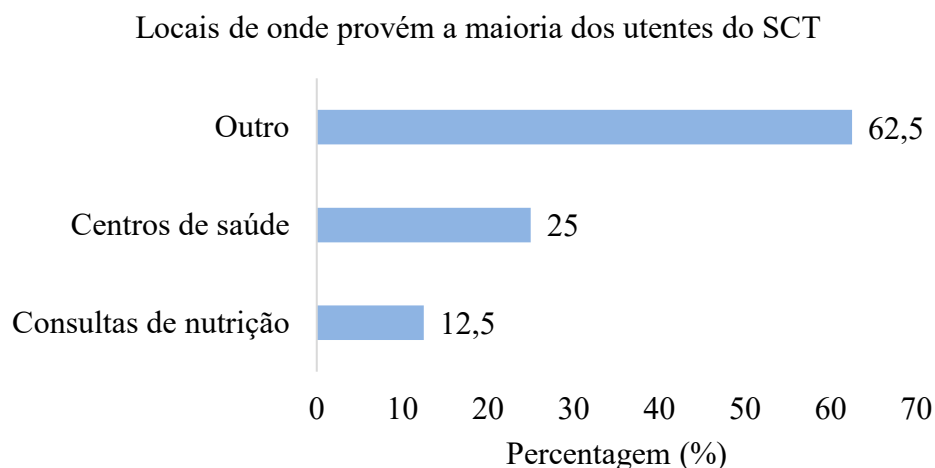


Figura 6 - Locais de onde provém a maioria dos utentes que as farmácias acompanham no SCT

O número médio de colaboradores alocados ao SCT foi de $1,58 \pm 0,67$ e as categorias profissionais a que pertencem estão ilustradas na **Figura 7**, incluindo Farmacêutico Substituto (91,7%; n=11), Farmacêutico (33,3%; n=4), Diretor Técnico (16,7%; n=2) e Técnico de Farmácia (8,3%, n=1).

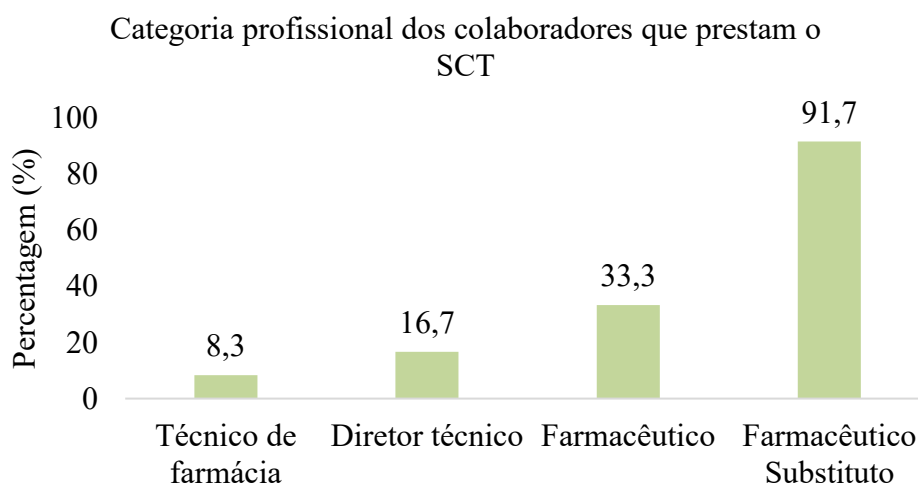


Figura 7 - Categoria profissional dos colaboradores alocados à realização do SCT

Verificou-se que 91,7% (n=11) dos colaboradores que prestam este serviço receberam formação específica. O tempo médio de duração de uma primeira consulta de CT foi de $48,13 \pm 16,55$ minutos e de uma consulta de manutenção foi de $28,13 \pm 10,45$ minutos.

Cerca de 91,7% (n=11) das farmácias referiram que as consultas de CT eram exclusivamente presenciais. Apenas 8,3% (n=1) das farmácias referiu não serem exclusivamente presenciais e que a outra forma de prestação do serviço é realizada por teleconsulta (100,0%; n=1).

Verificou-se que 83,3% (n=10) das farmácias incluíam o acompanhamento do utente entre consultas no SCT e que este é feito maioritariamente via telefónica (90,0%; n=9) e por SMS e/ou correio eletrónico (10,0%; n=1), tal como ilustra a **Figura 8**.

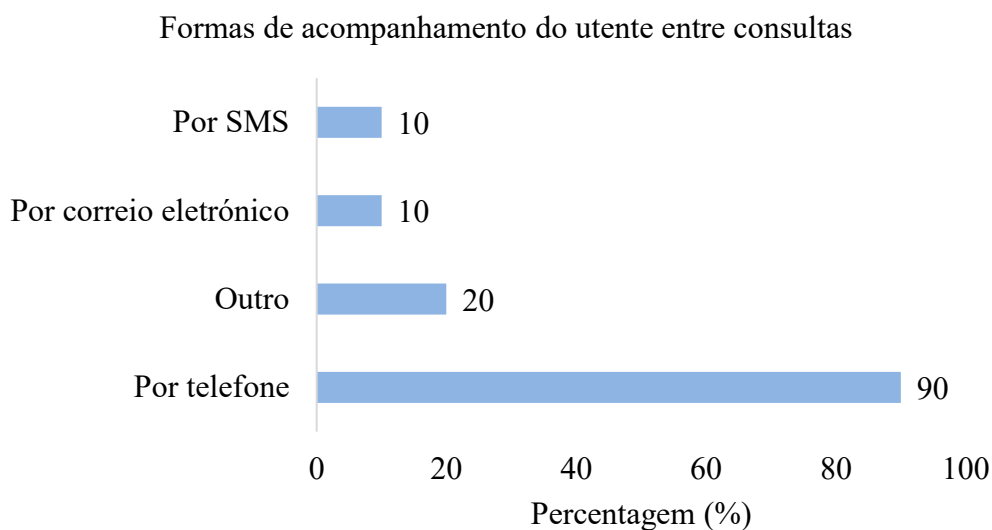


Figura 8 - Formas de acompanhamento do utente entre consultas

A maioria dos dados recolhidos durante o serviço destinava-se a serem usados durante a prestação do mesmo (91,7%; n=11) e, em menor extensão, para facultar ao utente um registo completo (25,0%; n=3), para partilhar com outros profissionais de saúde que assistem o utente (25,0%; n=3), desde que autorizado pelo utente, e para partilhar com o grupo de forma codificada (8,3%; n=1), como ilustra a **Figura 9**.

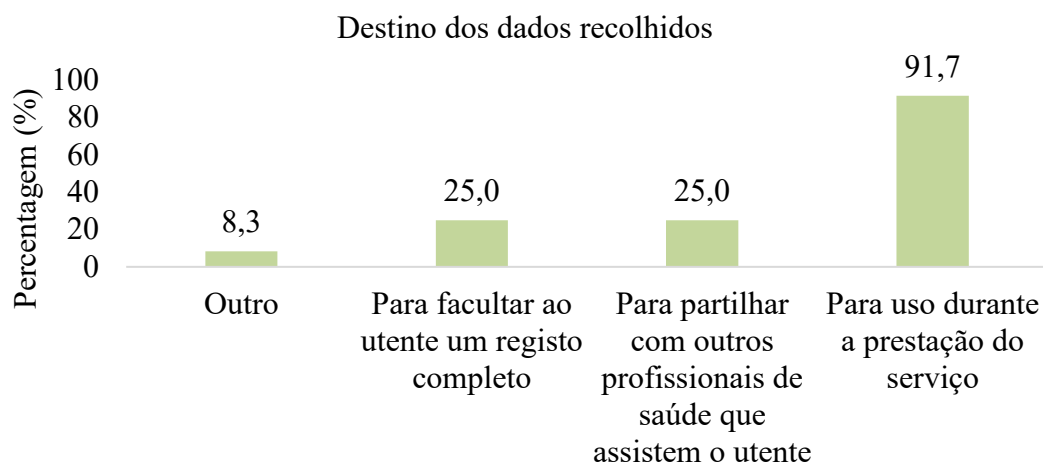


Figura 9 - Destino dos dados recolhidos na prestação do SCT

4.3. Caracterização dos utentes em acompanhamento

O número médio de pessoas que beneficiaram do SCT desde a sua implementação nas farmácias foi de $17,71 \pm 14,39$ e o número médio de pessoas que beneficiaram do mesmo ao longo do último ano (2023) foi de $3,00 \pm 1,55$. O número médio de consultas por utente foi de $2,32 \pm 1,75$. Os resultados encontram-se detalhados na **Tabela 10**.

Tabela 10 - Caracterização dos utentes em acompanhamento

	n=12
Número de pessoas que beneficiaram deste serviço desde a sua implementação na farmácia, média ± DP	17,71 ± 14,39
Número de pessoas que beneficiaram deste serviço ao longo de 2023, média ± DP	3,00 ± 1,55
Número de consultas a que os utentes habitualmente comparecem, média ± DP	2,32 ± 1,75
Frequência com que é prestado o serviço, n (%)	
Pedido Pontual	9 (75,0)
Quinzenalmente	2 (16,7)
Semanalmente	1 (8,3)
Número de utentes que utiliza terapêutica farmacológica, média ± DP	15,25 ± 9,48
Número de utentes que utiliza produtos substitutos de nicotina, média ± DP	12,83 ± 6,43
Forma farmacêutica mais utilizada pelos utentes para substitutos de nicotina, n (%)	
Gomas para mascar	7 (58,3)
Sistemas transdérmicos	2 (16,7)
Patilhas para chupar	3 (25,0)
Produtos sujeitos a receita médica mais utilizados pelos utentes, n (%)	
Vareniclina	1 (14,3)
Bupropiom	6 (85,7)
Percentagem de sucesso deste serviço nas farmácias participantes, média ± DP	33,83 ± 22,46
Realização de acompanhamento pós-cessação tabágica para avaliar a manutenção da abstinência tabágica, n (%)	
Sim	2 (16,7)
Não	10 (83,3)
Existência de barreiras na implementação do SCT, n (%)	12 (100,0)

Legenda: DP – Desvio-padrão

Quanto à informação recolhida aquando da inclusão de um novo utente no SCT, tal como ilustra a **Figura 10**, todas as farmácias participantes (100,0%; n=12) avaliavam: a motivação para a CT e a dependência da nicotina, dados sobre o estilo de vida, terapêutica do utente e dados sociodemográficos. Adicionalmente, ainda que em menor extensão, a maioria das farmácias recolhia dados sobre a carga tabágica e dados clínicos (91,7%; n=11), dados de parâmetros bioquímicos (75,0%; n=9) e antropométricos (66,7; n=8). Metade das farmácias (50,0%; n=6) recolhia ainda dados de função respiratória.

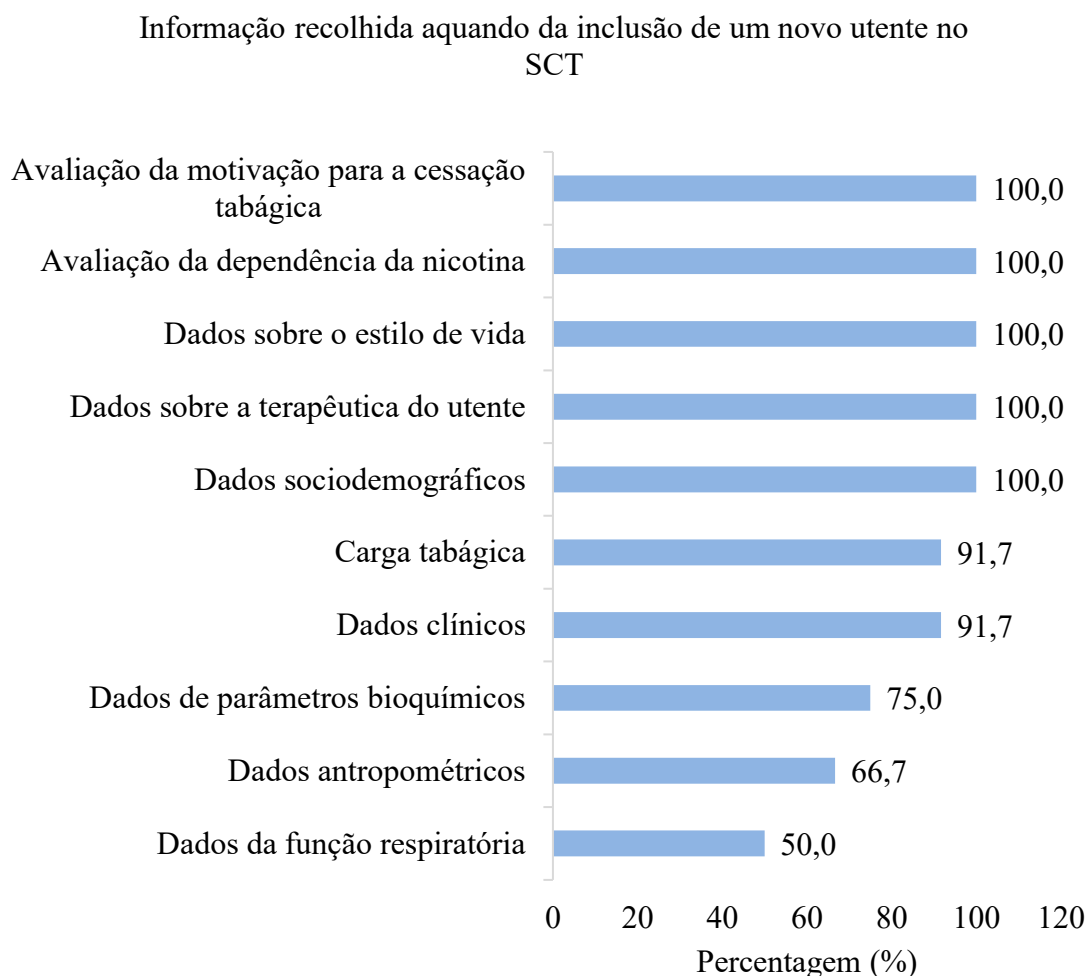


Figura 10 - Informação recolhida aquando da inclusão de um novo utente no SCT

Relativamente à frequência de solicitação do SCT pelos utentes, considerando a totalidade dos utentes a quem as farmácias prestam o serviço, verificou-se que a maioria era feito mediante um pedido pontual (75,0%; n=9), seguido de 16,7% (n=2) que solicitavam apenas quinzenalmente e, por fim, 8,3% (n=1) que solicitavam semanalmente.

Durante o aconselhamento para a CT, verificou-se que todas as farmácias participantes (100,0%; n=12) adotavam tanto a abordagem comportamental (modificação dos comportamentos relacionados com o hábito de fumar), como a abordagem motivacional (centrada em aumentar a motivação dos fumadores para parar de fumar).

O número médio de utentes das farmácias que utilizava terapêutica farmacológica para a CT foi $15,25 \pm 9,48$. O número médio de utentes que utilizava produtos substitutos de

nicotina foi $12,83 \pm 6,43$, sendo que a forma farmacêutica mais utilizada foram as Gomas para mascar (58,3%; n=7), seguida das Pastilhas para chupar (25,0%; n=3) e dos Sistemas transdérmicos (16,7%; n=2).

Verificou-se que o MSRM mais utilizado pelos utentes seguidos na consulta de CT foi o Bupropiom (85,7%; n=6), seguido da Vareniclina (14,3%; n=1).

Os principais indicadores utilizados para avaliar o sucesso do SCT nas farmácias participantes encontram-se ilustrados na **Figura 11**, destacando-se a taxa de abstinência aos 3, 6 e 12 meses (91,7%; n=11).

Principais indicadores para a avaliação do sucesso do SCT

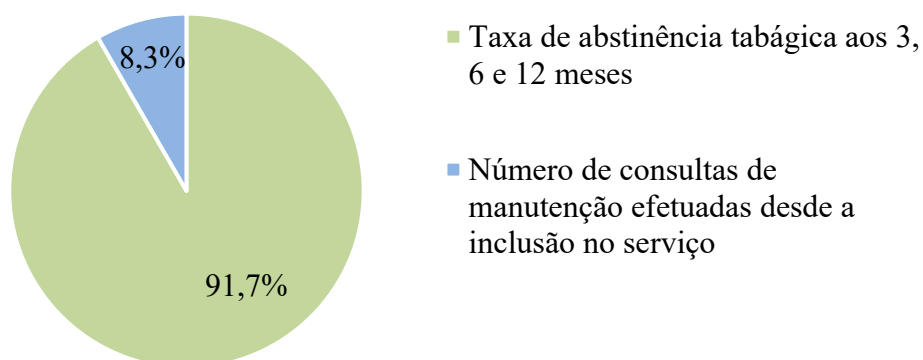


Figura 11 - Principais indicadores utilizados para avaliar o sucesso do SCT nas farmácias

A percentagem de sucesso do SCT nas farmácias participantes (% de indivíduos que deixaram de fumar e completaram pelo menos duas consultas de manutenção) foi de $33,83 \pm 22,46$. Verificou-se que 83,3% (n=10) das farmácias não realizavam acompanhamento pós-cessação tabágica para avaliar a manutenção da abstinência tabágica.

Todas as farmácias participantes (100,0%; n=12) referiram que existiam barreiras na integração do SCT e, tal como ilustra a **Figura 12**, destacaram-se a falta de interesse por parte do utente (75,0%; n=9), seguida da falta de colaboração de outros profissionais de saúde, falta de tempo dos profissionais de farmácia aquando da realização do SCT (66,7%; n=8) e falta de valorização e visibilidade do serviço (58,3%; n=7). Outras

barreiras menos identificadas, mas não menos importantes, foram a falta de apoio e orientação no processo de integração nas equipas e outro tipo de barreiras, como: a impossibilidade de prescrição de medicamentos, que faz com que os utentes recorram a médicos, a existência de consultas de CT nos centros de saúde (16,7%; n=2) e a falta de formação ou de experiência na prestação do SCT (8,3%; n=1)

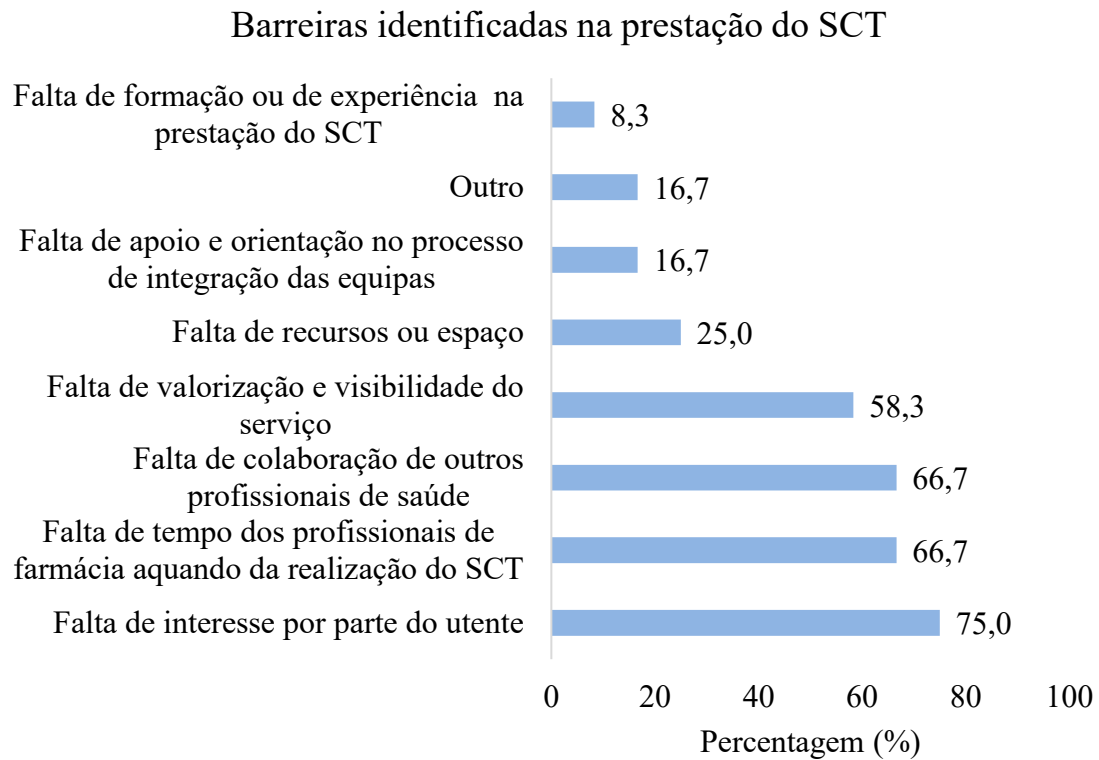


Figura 12 - Tipo de barreiras identificadas na prestação do SCT

Capítulo 5 - Discussão

5.1. Principais resultados e comparação com outros estudos

No capítulo anterior foram apresentados os resultados relativos à: caracterização das farmácias comunitárias participantes, implementação e forma como o SCT é prestado e caracterização dos utentes em acompanhamento. De forma global, verificou-se que as farmácias participantes eram, na sua maioria, pertencentes a um grupo, sendo farmácias com características que favorecem a prestação de serviços farmacêuticos, como é o caso do SCT. Além disso, a maioria das farmácias pareceu ter um SCT estruturado e com capacidade de resposta às necessidades dos utentes. No entanto, o primeiro resultado obtido demonstra uma muito baixa adesão das farmácias comunitárias ao estudo (cerca de 4,0%), podendo estar relacionado com o facto de uma grande parte das farmácias não o prestar, por ser um serviço que requer um trabalho bastante diferenciado e moroso por parte dos profissionais que o prestam, encarecendo o valor a pagar pelo utente, ou porque existe falta de recursos humanos técnicos, principalmente farmacêuticos. É também possível observar que no último ano, o número médio de utentes em acompanhamento é substancialmente menor comparativamente ao número médio total de utentes em acompanhamento desde a sua implementação. Por um lado, poderá demonstrar a baixa adesão dos utentes a este serviço, mas por outro pode também existir mobilização das farmácias para apostarem em outros serviços que possam ser mais solicitados e, assim, alocar os seus recursos humanos aos serviços com maior dinamismo.

Sabe-se que o grau de implementação de consultas de CT nos cuidados de saúde primários, nomeadamente ao nível dos centros de saúde, é uma realidade, podendo ser um eventual ponto de contacto que as farmácias poderão usar no futuro para estabelecer parcerias e fornecer um serviço multidisciplinar. Conseguimos perceber que, na maioria das farmácias participantes, as consultas do SCT são remuneradas, tendo um valor médio de 14,44 euros por consulta. O custo do SCT pode constituir um obstáculo e desincentivar o recurso ao SCT para as pessoas com baixo e médio rendimento. Assim, e tendo 92,0% das farmácias referido não ter colaboração com outros profissionais, seria uma mais-valia para o utente um co-acompanhamento entre as farmácias e os centros de saúde, podendo igualmente reduzir os custos associados ao utente com uma maior qualidade de

aconselhamento. Para a própria farmácia seria, igualmente, uma mais-valia para o fluxograma de trabalho, podendo algumas consultas serem realizadas pelo centro de saúde e, posteriormente, acompanhados por um farmacêutico na farmácia comunitária.

A maioria das farmácias participantes (92,3%) referiu apresentar um espaço para atendimento privado. O recurso a um espaço privado é fundamental para a eficácia do serviço, pois o facto de a consulta ser prestada de forma privada e confidencial, incentiva o utente a partilhar a informação de uma forma aberta e sem constrangimentos.

Assume particular importância o facto de 91,7% das farmácias participantes prestarem as consultas de CT presencialmente, o que pode ser um obstáculo para os utentes que não tenham disponibilidade de tempo, flexibilidade de horários e que vivam longe. A obrigatoriedade de comparecer presencialmente às consultas pode reduzir a frequência com que os utentes se envolvem no programa de CT, levando a uma menor adesão ao tratamento. Por outro lado, as consultas presenciais podem proporcionar um ambiente mais acolhedor, favorável e de confiança para a criação de um vínculo entre o farmacêutico e o utente, facilitando avaliações mais completas e reforçando a componente motivacional do SCT. Uma eventual possibilidade seria a possibilidade de existirem consultas, nomeadamente de manutenção, por via remota, de forma a possibilitar uma maior adesão dos utentes ao serviço. Verificou-se também que a maioria das farmácias comunitárias participantes não realiza acompanhamento pós-cessação tabágica para avaliar a manutenção da abstinência tabágica. Sem o acompanhamento regular, os ex-fumadores podem ter maior dificuldade em lidar com os desafios inerentes à abstinência, podendo aumentar a desmotivação e o risco de recaída do ex-fumador, diminuindo a taxa de sucesso do SCT.

Segundo os dados, a maioria dos utentes em acompanhamento, além do custo do serviço, tinham ainda o custo associado à terapêutica farmacológica, sendo que a TSN não é comparticipada, contribuindo para a baixa adesão dos utentes. Aliado ao custo por consulta, e tendo em conta que os utentes são maioritariamente de classes socioeconómicas médias-baixas (tal como explanado no Estado da Arte), isso poderá contribuir para uma fraca adesão a este serviço. Existirão outros fatores que poderão igualmente contribuir para a baixa adesão dos utentes além do fator económico, tais como a inflexibilidade de horários, a falta de motivação, o descrédito no sucesso do SCT, entre outros.

As barreiras identificadas na prestação do SCT que mais se destacaram no nosso estudo foram a falta de: interesse por parte do utente; tempo dos profissionais de farmácia aquando da realização do SCT; colaboração de outros profissionais de saúde; e valorização e visibilidade do serviço. É importante aumentar a consciência dos utentes para os riscos do tabagismo e o benefício da CT, recorrendo a campanhas de sensibilização e materiais informativos, suscetíveis de despertar ou aumentar o interesse do fumador. Muitos farmacêuticos, devido à carga horária de trabalho diária, podem não ter tempo suficiente para prestar um atendimento prolongado e personalizado aos fumadores. Seria, pois, importante, disponibilizar mais tempo ao aconselhamento essencial para o aumento das taxas de abandono do tabagismo. A intervenção breve é fundamental e eficaz, sendo que um dos seus principais objetivos é avaliar a motivação do fumador em deixar de fumar, através de perguntas diretas, o que permite ao profissional de saúde adaptar a sua intervenção de acordo com a prontidão do fumador e o seu fluxo de trabalho, realizando assim uma breve intervenção de CT. A importância da CT na saúde pública justifica a disponibilização de um farmacêutico que possa despende mais tempo com o SCT.

Verificou-se que, em média, apenas 18 pessoas beneficiaram do SCT desde a sua implementação pelas farmácias comunitárias participantes, o que pode ser explicado pelos fatores referidos anteriormente e também pela falta de conhecimento da existência do serviço pelo público em geral. Também a reduzida divulgação do serviço e a inexistência de planos de saúde que o integrem, contribui para uma menor adesão do fumador. Por outro lado, uma participação do Estado, total ou parcial do valor que o utente tem de suportar, repercutir-se-ia de forma positiva na taxa de fumadores que recorrem ao SCT de uma forma geral.

De acordo com um estudo realizado, em 2019, numa farmácia pertencente ao concelho da Batalha, a maioria dos utentes (81,9%) tinha conhecimento da existência de consultas de CT, no entanto, 72,3% dos utentes revelou desconhecer que essas consultas eram prestadas na farmácia comunitária, o que vai de encontro à reduzida percentagem de pessoas que, desde a implementação do SCT nas farmácias comunitárias participantes, beneficiaram de SCT. No entanto, tendo este estudo demonstrado que 58,1% dos utentes recorreria a este serviço nas farmácias comunitárias, assume muita importância o investimento na divulgação do serviço. Finalmente, o estudo mostrou que os utentes

consideravam que o farmacêutico os poderia ajudar na CT, preferencialmente através do aconselhamento ao balcão ou através de uma consulta de CT. (2)

Uma revisão teve como finalidade avaliar a eficácia das intervenções realizadas por profissionais de farmácias comunitárias para ajudar os utentes na CT e teve como base sete estudos, dos quais três ocorreram no Reino Unido e um na Austrália, nos Estados Unidos da América, no Catar e na Itália. Em todos os estudos foram realizadas intervenções presenciais por farmacêuticos e exigido treino do pessoal de farmácia. Verificou-se que, uma intervenção mais intensiva da farmácia comunitária, foi significativamente mais benéfica, comparativamente a uma menos intensiva. Apenas um estudo relatou efeitos adversos ligeiros durante a intervenção, associados à terapêutica farmacológica da CT e não estando, diretamente, relacionados com a intervenção dos profissionais da farmácia comunitária. Além disso, dois estudos avaliaram a relação custo-eficácia, favorecendo a intervenção na farmácia comunitária. Desta forma, concluiu-se que, em comparação com nenhuma intervenção ou uma intervenção de menor intensidade, os farmacêuticos treinados são eficazes no apoio à CT (59).

No Japão, realizou-se um estudo que teve como finalidade desenvolver e confirmar a viabilidade de um novo programa de CT na farmácia comunitária com uma breve intervenção estruturada. Todos os farmacêuticos participantes concluíram um curso *e-learning* para o programa de formação em CT, com o objetivo de aprender a fornecer um breve aconselhamento motivacional e informações gerais sobre a CT. Posteriormente, o grupo de investigação realizou aos farmacêuticos uma sessão de formação sobre o programa de apoio à CT, seguida de uma sessão de *role-playing*. Este estudo avaliou o nível de confiança dos farmacêuticos na capacidade de prestar o SCT, verificando que esse nível melhorou, significativamente, após o curso *e-learning* e a formação. Este programa mostrou-se ser viável. (60) Desta forma, conseguimos concluir que é bastante importante os farmacêuticos terem formação específica para a prestação do SCT.

5.2. Pontos fortes e limitações

Este estudo, de acordo com o melhor conhecimento dos autores, parece ser pioneiro na caracterização do SCT nas farmácias comunitárias, nomeadamente na forma como é prestado, mas também porque permitiu a caracterização dos utentes que estão em

acompanhamento. Segundo a literatura nacional, foram escassos os estudos que olharam para esta problemática e, os que se aproximaram, acabaram por caracterizar a realidade de uma farmácia.

Contudo, as limitações foram igualmente uma realidade. Pode destacar-se em primeiro a amostra reduzida, uma vez que houve apenas 12 farmácias participantes (correspondente a cerca de 4,0% da amostra teórica calculada inicialmente). Aquando da realização do estudo, algumas das farmácias poderiam já não recrutar utentes para o serviço, não tendo registos do último ano e, por isso, poder-se-ia colocar a questão de não terem respondido ao questionário por acharem que seria necessário ainda ter o SCT ativo.

Esta baixa dimensão amostral condiciona as conclusões que podem ser retiradas do estudo, uma vez que refletem um valor percentual muito reduzido da realidade portuguesa. Assim, esta amostra pode corresponder a um grupo de farmácias com características muito próprias e que não reflitam a realidade das farmácias comunitárias portuguesas, introduzindo também um viés de seleção. Em segundo, poderá ter existido viés de resposta, visto que as farmácias comunitárias participantes podem ter dado respostas que acreditam ser as mais corretas ou que atendam às expectativas do investigador, em vez de respostas verdadeiras. Também algumas perguntas podem ter sugestionado a resposta ou mesmo a falta de informação complementar que possa ter levado a um incorreto preenchimento do questionário.

5.3. Perspetivas futuras e recomendações para a prática

No que respeita ao futuro desta linha de investigação, seria interessante, se não fundamental, a elaboração de um estudo dirigido ao fumador que pretende deixar de fumar, através de uma abordagem prática que nos permitisse conhecer os diferentes graus de dependência do fumador, as dificuldades com que se deparam quando tentaram ou deixaram de fumar ou que acham que teriam se o fizessem, quais os serviços que consideram adequados ao fim pretendido e a identificação de situações que constituiriam um obstáculo ao recurso ao SCT prestado pela farmácia comunitária.

Por outro lado, poder-se-ia auscultar os profissionais de saúde que lidam diretamente com o utente, nomeadamente médicos, farmacêuticos e enfermeiros, por forma a conhecer as

formas como o utente fumador que pretende deixar de fumar é por estes identificado, aconselhado e encaminhado para os SCT e possíveis formas de otimizar a comunicação entre estes intervenientes.

A colaboração entre os diferentes profissionais de saúde, no sentido da criação e adoção de ferramentas que contribuam para uma comunicação célere e eficaz, é fundamental e poderá vir a ser promovida através da criação de procedimentos instituídos ou mesmo de uma plataforma digital, intuitiva e partilhada por estes profissionais, onde cada um deles registaria informação relevante relativa ao utente e ao SCT.

Acreditamos que, num futuro próximo, uma grande parte das farmácias comunitárias portuguesas terão implementado o SCT, sendo que a intervenção do Estado terá, neste contexto, um papel fundamental. Tratando-se de um serviço de utilidade pública, cremos que o Estado, por forma a incentivar o utente, deveria participar nos custos que este, quando recorre ao SCT, tem necessariamente de suportar. O facto de, à data da conclusão deste trabalho, o Estado ter anunciado a participação do SNS em medicamentos para a CT, como o medicamento Xistab (citisiniclina), aponta nesse sentido (61).

A redução do custo suportado pelo utente no SCT aumentará a procura, o que se repercutirá, de forma positiva, na oferta do serviço pelo profissional de saúde que se encontra mais bem posicionado, a farmácia comunitária.

Por sua vez, quanto mais farmácias comunitárias aderirem ao SCT, maior a necessidade de desenvolvimento de ferramentas que contribuam para melhorar a sua eficácia e a abrangência, nomeadamente através da disponibilização de um serviço não presencial, dirigido aos utentes que não se possam deslocar, como por exemplo, consultas e acompanhamento *online* do fumador que pretende deixar de fumar.

Por outro lado, cremos ser essencial a divulgação do SCT e dos benefícios que a CT terá na vida do utente fumador, bem como a realização de um acompanhamento pós-cessação tabágica que permita avaliar a manutenção da abstinência tabágica

Dentro da natureza do SCT e a sua relação com fatores psicossomáticos, reveste-se de especial importância a formação do profissional de saúde que o presta, uma vez que quem acompanha o utente no processo pode ser determinante para o sucesso da CT. A formação contínua dos profissionais de saúde é fundamental, de forma a manterem-se atualizados sobre as novas diretrizes, produtos e intervenções na prestação do SCT.

Capítulo 6 - Conclusão

As farmácias comunitárias são locais de fácil acesso aos utentes, o que facilita o envolvimento dos fumadores nos programas de CT. O farmacêutico desempenha um papel fundamental na CT, uma vez que está em contacto direto com a população e pode atuar de forma proativa na promoção da saúde e prevenção de doenças. Por outro lado, a consulta de CT na farmácia comunitária ajuda os fumadores a avaliar o seu nível de dependência e a sua motivação para deixar de fumar, auxiliando os utentes a compreender a importância de tomar esta decisão e encorajando-os durante todo este processo. Vários estudos mostraram que o SCT nas farmácias comunitárias tem contribuído para aumentar as taxas de sucesso deste serviço.

Relativamente à caracterização da forma como é prestado o SCT, conseguimos perceber que a maioria das farmácias participantes cobra um valor por consulta; não realiza colaboração com outros profissionais de saúde; realiza campanhas de promoção do SCT; apresenta protocolos de referenciação para o aconselhamento e acompanhamento dos utentes e formação específica para a prestação do SCT; presta consultas maioritariamente presenciais e realiza acompanhamento entre consultas.

Relativamente à caracterização dos utentes em acompanhamento, verificou-se que foram poucos os utentes que beneficiaram do SCT nas farmácias comunitárias participantes, desde a sua implementação e ao longo do último ano de 2023, e foram também poucas as consultas que os utentes realizaram no âmbito do SCT, sendo que a maioria das consultas era feita mediante um pedido pontual. A forma farmacêutica mais utilizada pelos utentes para substitutos de nicotina foram as gomas de mascar e o MSRM mais utilizado pelos utentes foi o bupropiom. A percentagem de sucesso deste serviço nas farmácias participantes foi de 33,83%. A maioria das farmácias participantes não realiza acompanhamento pós-cessação tabágica para avaliar a manutenção da abstinência tabágica.

Identificaram-se algumas barreiras relativamente à integração deste serviço nas farmácias comunitárias, como a falta de interesse por parte do utente, a falta de tempo dos

profissionais de farmácia aquando da realização do SCT, a falta de colaboração de outros profissionais de saúde e a falta de valorização e visibilidade do serviço.

Para otimizar a prestação do SCT é necessário a contribuição de todos os profissionais de saúde, a progressiva participação do Estado nos custos associados ao SCT e a capacidade de as farmácias comunitárias darem resposta ao aumento da procura do SCT.

Destacando o papel fundamental da CT na saúde pública em geral, é muito importante o investimento na divulgação no SCT, aumentando a sua visibilidade e desenvolvendo estratégias para superar as barreiras na sua implementação.

Em suma, este estudo acrescenta ao conhecimento sobre a prática farmacêutica em Portugal e ressalta a importância da integração do SCT nas farmácias comunitárias, enquanto aponta desafios a serem superados para alcançar esse objetivo.

Capítulo 7 - Referências Bibliográficas

1. Routh HB, Bhowmik KR, Parish JL, Parish LC. Historical aspects of tobacco use and smoking. *Clin Dermatol* [Internet]. 1998 [citado 18 de Fevereiro de 2024];16(5):539–44. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0738-081X\(98\)00036-4](https://doi.org/10.1016/S0738-081X(98)00036-4)
2. Guerra MSC. Terapêuticas para Cessação Tabágica. O Papel do Farmacêutico [Internet]. 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.1/15050>
3. Lima A, Bell V, Mascaranhas-Melo F. O processo de cessação tabágica e o contributo do farmacêutico : impacto na saúde pública. *Acta Farm Port* [Internet]. 2022;11(1):43–68. Disponível em: <https://actafarmacaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/299/243>
4. Diogo EVD. Cessação tabágica: farmacoterapia e novas perspectivas [Internet]. 2016. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10316/34089>
5. Cunha IN da, Ming LC, Patel M, Camarillo LR, Appalasamy JR. Supporting tobacco cessation and the treatment of tobacco dependence - A handbook for pharmacists. *Hague Netherlands Int Pharm Fed* [Internet]. 2023;69. Disponível em: <https://farmaciavirtuale.it/wp-content/uploads/2023/06/Supporting-tobacco-cessation-and-the-treatment-Fip.pdf>
6. Nunes E, Gato I. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2020. 2020.
7. Le Foll B, Piper ME, Fowler CD, Tonstad S, Bierut L, Lu L, et al. Tobacco and nicotine use. *Nat Rev Dis Prim* [Internet]. 24 de Março de 2022 [citado 17 de Março de 2024];8(1):19. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00346-w>
8. Cavaco-Silva P, Pintado S. Evidence of the Impact of Smoking Cessation [Internet]. *Encyclopedia of Evidence in Pharmaceutical Public Health and Health Services Research in Pharmacy*. Springer International Publishing; 2023. 1–24 p. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-030-50247-8_17-1
9. World Health Organization. Tobacco [Internet]. World Health Organization. 2023 [citado 26 de Novembro de 2023]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

10. Committee on the Public Health Implications of Raising the Minimum Age for Purchasing Tobacco Products, Board on Population Health and Public Health Practice, Institute of Medicine. The Effects of Tobacco Use on Health. Em: Bonnie RJ, Stratton K, Kwan LY, editores. Public Health Implications of Raising the Minimum Age of Legal Access to Tobacco Products [Internet]. National Academies Press (US); 2015 [citado 24 de Março de 2024]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK310413/>
11. Mannino D. Cigarette smoking and other possible risk factors for lung cancer [Internet]. UpToDate. 2024 [citado 7 de Março de 2024]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cigarette-smoking-and-other-possible-risk-factors-for-lung-cancer>
12. Kondo T, Nakano Y, Adachi S, Murohara T. Effects of Tobacco Smoking on Cardiovascular Disease. *Circ J* [Internet]. 2019 [citado 21 de Março de 2024];83(10):1980–5. Disponível em: <https://doi.org/10.1253/circj.CJ-19-0323>
13. West R. Tobacco smoking: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychol Health* [Internet]. 2017 [citado 9 de Março de 2024];32(8):1018–36. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1325890>
14. Rigotti NA. Benefits and consequences of smoking cessation [Internet]. UpToDate. 2024 [citado 31 de Março de 2024]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/benefits-and-consequences-of-smoking-cessation>
15. Onor ICO, Stirling DL, Williams SR, Bediako D, Borghol A, Harris MB, et al. Clinical Effects of Cigarette Smoking: Epidemiologic Impact and Review of Pharmacotherapy Options. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 28 de Setembro de 2017 [citado 7 de Março de 2024];14(10):1147. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph14101147>
16. Zhang Q, Wen C. The risk profile of electronic nicotine delivery systems, compared to traditional cigarettes, on oral disease: a review. *Front Public Heal* [Internet]. 2023 [citado 11 de Setembro de 2024];11. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1146949>
17. Yayan J, Franke K-J, Biancosino C, Rasche K. Comparative systematic review on the safety of e-cigarettes and conventional cigarettes. *Food Chem Toxicol* [Internet]. Março de 2024 [citado 14 de Setembro de 2024];185. Disponível em:

- <https://doi.org/10.1016/j.fct.2024.114507%0A>
18. Tao X, Zhang J, Meng Q, Chu J, Zhao R, Liu Y, et al. The potential health effects associated with electronic-cigarette. *Environ Res* [Internet]. 15 de Março de 2024 [citado 11 de Setembro de 2024];245. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.envres.2023.118056>
 19. Huizink AC. Trends and associated risks in adolescent substance use: E-cigarette use and nitrous oxide use. *Curr Opin Psychol* [Internet]. Junho de 2022 [citado 11 de Setembro de 2024];45. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101312>
 20. Patel U, Patel N, Khurana M, Parulekar A, Patel A, Ortiz JF, et al. Effect Comparison of E-Cigarette and Traditional Smoking and Association with Stroke- A Cross-Sectional Study of NHANES. *Neurol Int* [Internet]. 27 de Maio de 2022 [citado 14 de Setembro de 2024];14(2):441–52. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/neurolint14020037>
 21. Bianco E, Skipalskyi A, Goma F, Odeh H, Hasegawa K, Zawawi M Al, et al. E-Cigarettes: A New Threat to Cardiovascular Health - A World Heart Federation Policy Brief. *Glob Heart* [Internet]. 2021 [citado 11 de Setembro de 2024];16(1):72. Disponível em: <https://doi.org/10.5334/gh.1076>
 22. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke fresh and alive [Internet]. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240077164>
 23. Lebre C da GB. Estudo sobre a Avaliação da Necessidade de Implementação de Estratégias de Controlo e Combate ao Tabagismo em Farmácias Comunitárias das Zonas Centro e Este do Baixo Alentejo [Internet]. 2022 [citado 1 de Abril de 2024]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.1/18824>
 24. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [citado 16 de Maio de 2024];3(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001292.pub3>
 25. Rebelo L. Cessação Tabágica. Almedina, editor. Coimbra; 2019. 11–100 p.
 26. Cahill K, Lancaster T, Green N. Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2010 [citado 6 de Setembro de 2024];(11). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004492.pub4>
 27. Ni Mhurchu C, Margetts BM, Speller VM. Applying the Stages-of-Change Model to Dietary Change. *Nutr Rev* [Internet]. 1997 [citado 16 de Outubro de 2024];55(1

- Pt 1):10–6. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.1997.tb06115.x>
28. Haslam RA. Targeting ergonomics interventions--learning from health promotion. *Appl Ergon* [Internet]. 2002 [citado 16 de Outubro de 2024];33(3):241–9. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0003-6870\(02\)00016-9](https://doi.org/10.1016/S0003-6870(02)00016-9)
 29. Lee MJ, Park JT, Chang TI, Joo YS, Yoo T-H, Park SK, et al. Smoking Cessation and Coronary Artery Calcification in CKD. *Clin J Am Soc Nephrol* [Internet]. Junho de 2021 [citado 16 de Outubro de 2024];16(6):870–9. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8216611/>
 30. Lauria VT, Sperandio EF, De Sousa TLW, De Oliveira Vieira W, Romiti M, De Toledo Gagliardi AR, et al. Evaluation of dose–response relationship between smoking load and cardiopulmonary fitness in adult smokers: A cross-sectional study. *Rev Port Pneumol (English Ed [Internet]*. 2017 [citado 16 de Outubro de 2024];23(2):79–84. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rppnen.2016.11.007>
 31. Ordem dos Farmacêuticos. Medicamentos para o tratamento da dependência do tabaco [Internet]. Ordem dos Farmacêuticos. 2024 [citado 11 de Abril de 2024]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/noticias/detalhes.php?id=2987>
 32. Choi HK, Lin C, Ataucuri-Vargas J, Singrey A. The current state of tobacco cessation treatment. *Cleve Clin J Med* [Internet]. 1 de Julho de 2021 [citado 14 de Abril de 2024];88(7):393–404. Disponível em: <https://doi.org/10.3949/ccjm.88a.20099>
 33. Fant R V., Henningfield JE, Shiffman S, Strahs KR, Reitberg DP. A pharmacokinetic crossover study to compare the absorption characteristics of three transdermal nicotine patches. *Pharmacol Biochem Behav* [Internet]. Novembro de 2000 [citado 16 de Outubro de 2024];67(3):479–82. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0091-3057\(00\)00399-3](https://doi.org/10.1016/S0091-3057(00)00399-3)
 34. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento - Nicorette. 2024.
 35. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento - Nicotinell Mint 1mg. 2020.
 36. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento - Nicotinell Mint 2mg. 2020.
 37. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento - Niquitin Menta 2mg. 2021.
 38. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento - Niquitin Menta 4mg.

- 2011.
39. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento - Nicorette BucoMist. 2023.
 40. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento - Nicorette Invisipatch. 2023.
 41. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento - Niquitin Clear. 2021.
 42. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento - Cuitvar. 2024.
 43. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento - Dextazin. 2021.
 44. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento - Zyban. 2023.
 45. Infarmed. Resumo das Características do Medicamento - Xistab. 2024.
 46. Rigotti NA. Overview of smoking cessation management in adults. UpToDate [Internet]. 2024 [citado 21 de Abril de 2024]; Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-smoking-cessation-management-in-adults>
 47. Brett K, Yeung SST, Ford C. Pharmacist-Led Interventions for Tobacco Smoking Cessation: A Review of Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness. Can Agency Drugs Technol Heal [Internet]. 9 de Setembro de 2019 [citado 11 de Setembro de 2024];1–22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549529/>
 48. Condinho M, Ramalhinho I, Sinogas C. Smoking Cessation at the Community Pharmacy: Determinants of Success from a Real-Life Practice. Pharm [Internet]. 2021;9(3):10. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/pharmacy9030143>
 49. Condinho M, Ramalhinho I, Sinogas C. Smoking Cessation at the Community Pharmacy: Determinants of Success from a Real-Life Practice. Pharm [Internet]. 2021;9(3). Disponível em: <https://doi.org/10.3390/pharmacy9030143>
 50. Beaupre LA, Hammal F, Stiegelmar R, Masson E, Finegan B. A community-based pharmacist-led smoking cessation program, before elective total joint replacement surgery, markedly enhances smoking cessation rates. Tob Induc Dis [Internet]. 2020 [citado 26 de Setembro de 2024];18. Disponível em: <https://doi.org/10.18332/tid/126405>
 51. Phillips LCE, Nguyen H, Genge TL, Maddigan WJ. Effectiveness and cost-effectiveness of an intensive and abbreviated individualized smoking cessation program delivered by pharmacists: A pragmatic, mixed-method, randomized trial. Can Pharm J [Internet]. 2022;155(6):334–44. Disponível em:

- <https://doi.org/10.1177/17151635221128263>
52. Khan N, Anderson JR, Du J, Tinker D, Bachyrycz AM, Namdar Dr. R. Smoking Cessation and Its Predictors: Results from a Community-Based Pharmacy Tobacco Cessation Program in New Mexico. *Ann Pharmacother* [Internet]. 1 de Setembro de 2012 [citado 29 de Setembro de 2024];46(9):1198–204. Disponível em: <https://doi.org/10.1345/aph.1P146%0A%0A>
 53. Bouchet-Benezech B, Champanet B, Rouzaud P. Smoking cessation at the pharmacy: feasibility and benefits based on a French observational study with six-month follow-up. *Subst Abuse Rehabil* [Internet]. Julho de 2018 [citado 15 de Julho de 2024];9:31–42. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/SAR.S152186>
 54. Alzahrani F, Sandaqji Y, Alharrah A, Alblowi R, Alrehaili S, Mohammed-Saeid W. Community Pharmacies' Promotion of Smoking Cessation Support Services in Saudi Arabia: Examining Current Practice and Barriers. *Healthc* (Basel, Switzerland) [Internet]. 2023 [citado 29 de Maio de 2024];11(13). Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare11131841>
 55. Peletidi A, Nabhani-Gebara S, Kayyali R. Smoking Cessation Support Services at Community Pharmacies in the UK: A Systematic Review. *Hellenic J Cardiol* [Internet]. 2016 [citado 16 de Junho de 2024];57(1):7–15. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1109-9666\(16\)30012-4](https://doi.org/10.1016/S1109-9666(16)30012-4)
 56. Appalasaamy JR, Selvaraj A, Wong YH, Dujaili JA, Kow CS. Effects of educational interventions on the smoking cessation service provided by community pharmacists: A systematic review. *Res Social Adm Pharm* [Internet]. Setembro de 2022 [citado 22 de Junho de 2024];18(9):3524–33. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2022.01.008>
 57. Wang X, Cheng Z. Cross-Sectional Studies: Strengths, Weaknesses, and Recommendations. *Chest* [Internet]. Julho de 2020 [citado 3 de Setembro de 2024];158(1S):S65–71. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.012>
 58. Ramalho CR. Potencial Integração da Revisão da Medicação no Serviço de Preparação Individualizada da Medicação Prestado a Lares [Internet]. 2023. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/49235>
 59. Carson-Chahhoud K V, Livingstone-Banks J, Sharrad KJ, Kopsaftis Z, Brinn MP, To-A-Nan R, et al. Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. *Cochrane database Syst Rev* [Internet]. 31 de Outubro de 2019 [citado

- 21 de Outubro de 2024];2019(10). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003698.pub3>
60. Onda M, Kuwanoe T, Hashimoto A, Horiguchi M, Domichi M, Sakane N. Pharmacist-Delivered Smoking Cessation Program in Community Pharmacy (The FINE Program) in Japan-The Development of a Training Course and a Feasibility Study. *J Pharm Pract* [Internet]. Agosto de 2021 [citado 29 de Setembro de 2024];34(4):625–30. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0897190019889745>
61. Infamed. Xistab (Citisiniclina) | Relatório de avaliação de financiamento público disponível na Infomed - Deferimento [Internet]. infamed. 2024 [citado 18 de Outubro de 2024]. Disponível em: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/infarmed?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=10271038&_101_type=content&_101_urlTitle=xistab-citisiniclina-relatorio-de-av

Anexos

Anexo 1 – Resumo submetido para o Congresso Nacional dos Farmacêuticos

Realidade do Serviço de Cessação Tabágica nas Farmácias Comunitárias: um estudo piloto

Laura Cunha¹, Helga Rodrigues², Jéssica Silva², Vanessa Oliveira², João Pedro Aguiar^{3,4}, Nélia Pereira² e Patrícia Cavaco-Silva³

1. Egas Moniz School of Health and Science, Instituto Universitário Egas Moniz, Almada, Portugal;
2. Holon S.A., Lisboa, Portugal;
3. Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz (CiiEM), Egas Moniz School of Health and Science, Almada, Portugal;
4. Instituto de Saúde Baseado na Evidência (ISBE), Lisboa, Portugal.

Introdução: O Serviço de Cessação Tabágica (SCT) é prestado pelas Farmácias Comunitárias, contudo há pouca informação acerca da forma como é prestado e o perfil dos utentes em acompanhamento.

Objetivos: Caracterizar a forma como o SCT é prestado nas farmácias comunitárias e caracterizar os utentes em acompanhamento neste serviço.

Metodologia: Realizou-se um estudo transversal (maio-agosto 2024), ao qual foi desenvolvido um e-questionário, tendo sido disseminado através do Departamento de Projetos e Serviços do Grupo Holon e das redes sociais. Apenas as farmácias que prestam o SCT foram incluídas no estudo, estimando-se um total de 167 farmácias (universo = 2924 a nível nacional) e um nível de implementação do SCT de 13,2%. Este questionário pretende caracterizar as farmácias participantes, a forma como o SCT é prestado e os utentes que se encontram em acompanhamento. A análise dos dados foi realizada com recurso a estatística descritiva (IBM SPSS v. 28.0).

Resultados: Até ao momento, participaram 12 farmácias (7,2% da amostra teórica). Perto de metade (46,2%; n=6) das farmácias localizam-se na região da Área Metropolitana de Lisboa e 53,8% (n=7) pertencem a uma zona urbana. Em cerca de 3/4 das farmácias participantes, o SCT é remunerado (14,44±1,57€), existindo campanhas de promoção do

serviço em 66,7% (n=8) das mesmas. Apesar da maioria (91,7%; n=11) das farmácias não colaborar com outros profissionais de saúde, 66,7% (n=8) possuem protocolos de referência. Cerca de 92,0% das consultas são presenciais, existindo em 83,3% (=10) acompanhamento intercalar (90,0% via telefone). As primeiras consultas costumam demorar, em média, cerca de 48,13±15,85 minutos e as restantes 28,13±10,01 minutos. Em média, 17,71±13,78 utentes já beneficiaram do SCT desde a sua implementação, comparecendo a 2,32±1,67 consultas. Cerca de 75,0% (n=9) dos utentes usam terapêutica farmacológica, sendo a maioria substitutos de nicotina (gomas para mascar como forma farmacêutica preferencial). Apenas um utente se encontrava a fazer vareniciclina. A percentagem de sucesso deste serviço nas farmácias participantes foi, em média, 33,83±21,51%. A falta de: interesse do utente (75,0%; n=9), tempo dos profissionais para a realização do serviço (66,7%; n=8) e colaboração de outros profissionais de saúde (66,7%; n=8) são as principais barreiras identificadas para a implementação do SCT.

Conclusões: Apesar da baixa taxa de resposta, a maioria das farmácias participantes não colabora com outros profissionais de saúde, apesar do acompanhamento diferenciado que prestam aos utentes. Além disso, a maioria dos utentes acompanhados usa terapêutica de substituição de nicotina e usufrui de um acompanhamento periódico e, ainda assim, existe uma baixa taxa de sucesso reportada.

Palavras-chave: Farmacêuticos Comunitários; Cessação Tabágica; Serviços Farmacêuticos; Consulta Farmacêutica.

Anexo 2 – Questionário online

1. Tendo em conta a informação que lhe foi prestada anteriormente, estou ciente dos meus direitos e deveres, aceitando, por isso, participar no presente estudo.
 - Sim
 - Não

2. Autorizo a utilização dos dados recolhidos e tratados de forma agregada e anónima em futuras publicações (e.g., resumos científicos, posters, comunicações orais, artigos científicos).
 - Sim
 - Não

Secção I – Caracterização das Farmácias

1. Indique, por favor, por quantos colaboradores é composta a sua equipa.
2. Indique, por favor, a média de idades (em anos) dos elementos da sua equipa.
3. Indique, por favor, a região geográfica onde se localiza a sua farmácia.
 - Norte
 - Centro
 - Área Metropolitana de Lisboa
 - Alentejo
 - Algarve
 - Região Autónoma dos Açores
 - Região Autónoma da Madeira
4. Indique, por favor, a localização da sua farmácia, quanto à densidade populacional.
 - Rural
 - Suburbana
 - Urbana
5. Indique, por favor, se a sua farmácia dispõe de um espaço para atendimento privado.
 - Sim

Não

6. Quais as categorias profissionais a que os elementos da sua equipa pertencem?
(Poderá seleccionar mais do que uma opção de resposta)

Diretor Técnico

Farmacêutico

Farmacêutico Substituto

Técnico de farmácia

Técnico auxiliar de farmácia

Outro

- Se seleccionou a opção “Outro”, indique, por favor, qual.

Caso selecione Diretor Técnico, Farmacêutico ou Farmacêutico Substituto, por favor responda à seguinte questão:

6.1. Existe algum elemento com certificação/especialização em áreas da farmácia comunitária:

Sim

Não

6.2. Se seleccionou a opção “Sim”, indique, por favor, que tipo de certificação/especialidade possui:

Especialista em Farmácia Comunitária (pela Ordem dos Farmacêuticos)

Especialização em Cessação Tabágica (atribuída por empresas acreditadas ou instituições universitárias)

Outro

- Se seleccionou a opção “Outro”, indique, por favor, qual.

7. Indique, por favor, a tipologia a que pertence a farmácia onde trabalha atualmente:

Independente

Pertencente a um grupo, mas com o mesmo proprietário

Pertencente a um grupo, mas com diferentes proprietários

8. Costuma dispor de alunos estagiários na sua farmácia?

- Sim
- Não

Caso selecione “Sim”:

8.1. Em média, quantos alunos em estágio costuma ter em simultâneo?

8.2. Os alunos em estágio costumam participar na prestação de serviços farmacêuticos?

- Sim
- Não

Secção II – Caracterização da implementação e forma como é prestado o serviço de Cessação Tabágica

1. A sua farmácia presta o Serviço de Cessação Tabágica?

- Sim
- Não

2. Há quanto tempo, em média, a sua farmácia presta este serviço? Responda, por favor, em anos.

3. O Serviço de Cessação Tabágica da sua farmácia é remunerado?

- Sim
- Não

3.1. Indique, por favor, o valor cobrado por consulta.

4. A sua farmácia realiza campanhas para promoção do Serviço de Cessação Tabágica?

- Sim
- Não

5. De que forma os utentes têm conhecimento da prestação das consultas de cessação tabágica? (Poderá selecionar mais do que uma opção de resposta)

- Profissionais de saúde de outras áreas (e.g., médicos, médicos dentistas, enfermeiros)
- Familiares, amigos, conhecidos

- Publicidade
 - Desconheço/não sei
 - Outro
 - Se selecionou a opção “Outro”, indique, por favor, qual.
6. Existe alguma colaboração com outros profissionais de saúde (*e.g.*, médicos, enfermeiros) durante a prestação do Serviço de Cessação Tabágica?
- Sim
 - Não
- 6.1. Em caso afirmativo, indique, por favor, de que forma é realizada a colaboração.
- Através do centro de saúde
 - Através de consultórios e/ou clínicas particulares
 - Através de hospitais
 - Outro
 - Se selecionou a opção “Outro”, indique, por favor, qual.
7. Existem protocolos de referenciação estabelecidos para o aconselhamento e acompanhamento dos utentes que queiram parar de fumar?
- Sim
 - Não
- 7.1. Se selecionou a opção “Sim”, indique, por favor, de onde provêm, em maioria, os utentes que acompanha no serviço prestado:
- Hospitais
 - Centros de Saúde
 - Clínicas particulares
 - Clínicas dentárias
 - Consultas de Psicologia
 - Consultas de Nutrição
 - Outro
 - Se selecionou a opção “Outro”, indique, por favor, qual.
8. Em média, quantos colaboradores estão alocados à realização deste serviço na sua farmácia?
9. Qual a categoria profissional a que pertencem? (Poderá selecionar mais do que

uma opção de resposta)

- Diretor Técnico
- Farmacêutico Substituto
- Farmacêutico
- Técnico de farmácia
- Técnico auxiliar de farmácia

10. Os colaboradores que prestam este serviço receberam formação específica?

- Sim
- Não

11. Em média, quanto tempo costuma demorar a primeira consulta de Cessação Tabágica?

12. Em média, quanto tempo costuma demorar uma consulta de Cessação Tabágica de manutenção?

13. Na sua farmácia, as consultas de Cessação tabágica são exclusivamente presenciais?

- Sim
- Não

13.1. Em caso negativo, que outras formas de prestação do serviço são realizadas?

- Teleconsulta
- Outro

- Se selecionou a opção “Outro”, indique, por favor, qual.

14. Na sua farmácia, o Serviço de Cessação Tabágica inclui o acompanhamento do utente entre consultas?

- Sim
- Não

14.1. Se selecionou a opção “Sim”, indique, por favor, como é que esse serviço de acompanhamento é prestado: (Poderá selecionar mais do que uma opção de resposta)

- Por telefone
- Através de redes sociais

- Por SMS
 - Por correio eletrónico
 - Por videochamada
 - Outro
- Se selecionou a opção “Outro”, indique, por favor, qual.

15. Qual o destino dos dados recolhidos? (Poderá selecionar mais do que uma opção de resposta)

- Para uso durante a prestação do serviço
 - Para facultar ao utente um registo completo
 - Para partilhar com outros profissionais de saúde que assistem o utente (e.g., médico/enfermeiro), desde que autorizado pelo utente
 - Outro
- Se selecionou a opção “Outro”, indique, por favor, qual.

Secção III – Caracterização dos utentes em acompanhamento

1. Quantas pessoas, em média, beneficiaram do Serviço de Cessação Tabágica desde a sua implementação na farmácia?
2. Quantas pessoas, em média, beneficiaram do Serviço de Cessação Tabágica ao longo do último ano (2023)?
3. Em média, quantas consultas de Cessação Tabágica os utentes habitualmente comparecem?
4. Que tipo de informação é recolhida aquando da inclusão de um novo utente no Serviço de Cessação Tabágica? (Poderá selecionar mais do que uma opção de resposta)
 - Dados sociodemográficos (e.g., idade, sexo, nível de escolaridade, profissão)
 - Dados antropométricos (e.g., peso, altura)
 - Dados de parâmetros bioquímicos (e.g., pressão arterial)
 - Dados da função respiratória (e.g., espirometria, monóxido de carbono)
 - Dados sobre a terapêutica do utente (incluindo produtos não sujeitos a receita médica, suplementos alimentares ou produtos homeopáticos)
 - Dados clínicos (e.g., comorbilidades, história pessoal e familiar, alergias)

- Dados sobre os estilos de vida (e.g., consumo de café e de bebidas alcoólicas, exercício físico, alimentação)
 - Avaliação da dependência da nicotina
 - Avaliação da motivação para a cessação tabágica
 - Carga tabágica
 - Outro
 - Se selecionou a opção “Outro”, indique, por favor, qual.
5. Considerando a totalidade dos utentes a quem presta o Serviço de Cessação Tabágica, qual a frequência mais usual?
- Semanalmente
 - Quinzenalmente
 - Mensalmente
 - Trimestralmente
 - Pedido Pontual
6. Qual é a principal abordagem adotada durante o aconselhamento para a cessação tabágica?
- Abordagem comportamental (modificação dos comportamentos relacionados com o hábito de fumar)
 - Abordagem motivacional (centra-se em aumentar a motivação dos fumadores para parar de fumar)
 - Ambas
 - Nenhuma das anteriores
7. Qual o número médio de utentes que utiliza terapêutica farmacológica para a Cessação Tabágica?
8. Qual o número médio de utentes que utiliza produtos substitutos de nicotina?
9. Qual a forma farmacêutica mais utilizada pelos utentes para substitutos de nicotina?
- Gomas para mascar
 - Sistemas transdérmicos
 - Pastilhas para chupar
 - Solução para pulverização bucal
 - Outro

- Se selecionou a opção “Outro”, indique, por favor, qual.
10. Quais os produtos sujeitos a receita médica mais utilizados pelos utentes que segue na consulta?
- Vareniclina
 - Bupropiom
 - Outro
- Se selecionou a opção “Outro”, indique, por favor, qual.
11. Quais são os principais indicadores utilizados para avaliar o sucesso do Serviço de Cessação Tabágica na sua farmácia?
- Taxa de abstinência tabágica aos 3, 6 e 12 meses
 - Número de consultas de manutenção efetuadas desde a inclusão no serviço
 - Outro
- Se selecionou a opção “Outro”, indique, por favor, qual.
12. Qual a percentagem de sucesso deste serviço na sua farmácia (% de indivíduos que deixaram de fumar e completaram pelo menos 2 consultas de manutenção)?
13. A sua farmácia realiza algum acompanhamento pós-cessação tabágica para avaliar a manutenção da abstinência tabágica?
- Sim
 - Não
14. Considera que existem barreiras à integração do Serviço de Cessação Tabágica?
- Sim
 - Não
- 14.1. Se selecionou a opção “Sim”, indique, por favor, que tipo de barreiras identifica à prestação do Serviço de Cessação Tabágica:
- Falta de tempo dos profissionais de farmácia aquando da realização do serviço de Cessação Tabágica
 - Falta de apoio e orientação no processo de integração nas equipas
 - Falta de formação ou de experiência na prestação do serviço de Cessação Tabágica
 - Falta de recursos ou espaço
 - Falta de valorização e visibilidade do serviço

- Falta de colaboração de outros profissionais de saúde
- Falta de interesse por parte do utente
- Outro
 - Se selecionou a opção “Outro”, indique, por favor, qual.