

*CONSUMO TABÁGICO NA POPULAÇÃO COM
IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 18 ANOS NO
CONCELHO DE MACEDO DE CAVALEIROS*

Ana Sofia Coelho de Carvalho

*Trabalho de projeto apresentado
ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para a
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Pública*

Bragança, Julho de 2012

*CONSUMO TABÁGICO NA POPULAÇÃO COM
IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 18 ANOS NO
CONCELHO DE MACEDO DE CAVALEIROS*

Ana Sofia Coelho de Carvalho

*Trabalho de projeto apresentado
ao Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde, para a
obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Pública*

Orientadores:

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás

Bragança, Julho de 2012

Resumo

O tabagismo é a primeira causa isolada de doença e uma das principais causas de mortalidade prematura em todo o mundo. Morrem anualmente cerca de 6 milhões de pessoas por doenças relacionadas com o tabaco, valor que poderá ascender aos 10 milhões em 2030 se não forem instituídas medidas de prevenção efetivas (WHO, 2011).

O presente trabalho debruça-se sobre a área do consumo tabágico, intervindo assim num dos mais graves problemas da saúde pública moderna. Procuramos conhecer qual o consumo tabágico na população com idade igual ou superior a 18 anos do concelho de Macedo de Cavaleiros. Definimos como objetivos principais: identificar a prevalência tabágica, caracterizar o consumo tabágico e relacioná-lo com as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas e avaliar a exposição ao FAT.

Face aos objetivos delineados optamos por um estudo descritivo, transversal, epidemiológico e com abordagem quantitativa. A nossa amostra é composta por 900 indivíduos, representativos da distribuição etária e geográfica da população. Para a colheita de dados utilizamos o formulário, aplicado pela investigadora.

Como principais resultados, destacamos a acentuada prevalência tabágica no concelho (29,9%), com índices alarmantes de consumo nos jovens e nas mulheres. Verificamos que os fumadores praticam menos exercício físico, tem um consumo acentuado de álcool e uma incidência de patologias em frequências superiores às observadas nos não fumadores das mesmas classes etárias. A maioria dos fumadores apresenta níveis de dependência nicotínica e de motivação para a cessação fraco ou moderado, segundo o teste de Fagerström e o teste de Richmond, respetivamente, apresentando contudo cargas tabágicas elevadas. No que concerne à exposição tabágica apuramos que a maioria dos indivíduos está exposta ao FAT (65,5%), sendo a exposição no domicílio um grave problema, com 65,7% dos fumadores a admitirem fumar no interior da residência e na presença dos seus familiares.

Palavras-Chave: Consumo Tabágico, Exposição Tabágica, Intervenção Comunitária.

Abstract

Smoking is the leading cause of disease, being the main cause of premature death worldwide. 6 million people die annually with related tobacco illnesses, value that can raise to 10 million by 2030 if no effective preventive measures are taken (WHO, 2011).

This dissertation focuses on the area of smoking and, thus, intervening in one of the most serious problems of modern public health. We tried to know the smoking habits in the population aged over 18 years, in the municipality of Macedo de Cavaleiros. The main objectives are: to identify the prevalence of smoking, to characterize the smoking consumption and relate it with social demographic, behavioral and clinical variables and characterize exposure to FAT.

Given the objectives outlined, we chose for a descriptive, cross-sectional and epidemiological study and a quantitative approach. The sample consists in 900 individuals, representative of the geographical and age distribution of population. For the data picking we used the forms used by the researcher.

The main results highlight the marked prevalence of smoking in the county (29.9%), with alarming rates of consumption in youth and women. We verified that smokers have less practice of physical exercise, have a high intake of alcohol and an incidence of diseases at higher frequencies than those observed in non-smokers of the same age groups. Most smokers present levels of nicotine dependence and weak or moderate motivation for the cessation, according to the Fagerström Test and the Test of Richmond, respectively, presenting, however high loads of tobacco.

What concerns tobacco exposure, we found that most individuals are exposed FAT (65.5%), being the exposure at home a serious problem, for 65.7% of smokers admit to smoke inside home and in the presence of their family.

Key words: Tobacco Consumption, Tobacco Exposure, Community Intervention.

Resumen

El hábito tabáquico es la primera causa aislada de enfermedad y una de las principales causas de mortalidad prematura en el mundo. Anualmente mueren, aproximadamente, 6 millones de personas por enfermedades relacionadas con el tabaco, número que podrá aumentar para 10 millones en 2030 si no se implementan medidas de prevención efectivas (WHO, 2011).

Este trabajo está relacionado con el consumo de tabaco, interviniendo así en uno de los problemas más graves de la salud pública actual. Pretendemos conocer cuál es el consumo de tabaco en individuos con una edad igual o superior a 18 años y residentes en la provincia de Macedo de Cavaleiros. Como objetivos principales definimos: identificar la prevalencia del consumo de tabaco, caracterizar el hábito tabáquico y relacionarlo con las variables sociodemográficas, comportamentales y clínicas y caracterizar la exposición al humo ambiental del tabaco.

De acuerdo con los objetivos formulados, optamos por un estudio descriptivo, transversal, epidemiológico y cuantitativo. Nuestra muestra es compuesta por 900 individuos, que representan los diferentes grupos etarios y áreas geográficas de la población. Para la recogida de datos utilizamos un formulario que fue aplicado por la investigadora.

Como principales resultados, destacamos la acentuada prevalencia del consumo de tabaco en la provincia (29,9%), con índices alarmantes para el consumo en jóvenes y mujeres. Verificamos que los fumadores practican menos ejercicio físico, tienen un consumo elevado de alcohol y una incidencia de patologías con frecuencias superiores a las observadas en los no fumadores. La mayoría de los fumadores presenta un nivel de dependencia nicotínica y de motivación para la cesación baja o moderada, según el test de Fagerström y el test de Richmond, respectivamente, aunque presentan un elevado consumo de tabaco. En relación a la exposición del tabaco, observamos que la mayoría de los individuos está expuesta al humo ambiental del tabaco (65,5%), siendo la exposición en el domicilio un grave problema, pues el 65,7% de los fumadores reconoce fumar en el interior del domicilio y en presencia de sus familiares.

Palabras Clave: Consumo de Tabaco, Exposición Tabáquica, Intervención Comunitaria.

À minha Filha ...

... Minha inspiração, minha alegria, minha Vida!

Aos meus Pais...

... Minhas raízes, meu porto seguro.

Pelo amor, apoio incondicional e dedicação.

A vós a minha eterna gratidão!

Ao meu Marido...

Pelo amor e por me fazeres acreditar que posso
sempre ir mais além.

Agradecimentos

O presente trabalho, pelos fins académicos, é considerado um trabalho individual, mas não posso deixar de ressaltar que outras pessoas colaboraram, direta ou indiretamente, para que os seus objetivos fossem alcançados.

A colaboração não se restringe apenas à relação científica e prática, mas também a um sorriso, uma conversa, um incentivo, um conselho, uma palavra de motivação. Assim menciono todos os que contribuíram para mais esta etapa, num reconhecido agradecimento.

À Professora Doutora Adília Fernandes e ao Professor Doutor Manuel Brás pela atenção incansável que me dispensaram ao longo de todo o processo, bem como pela preciosa orientação que tornou exequível o desenvolvimento desta investigação. A minha sincera gratidão também pela motivação transmitida e pela amizade.

Ao Professor Doutor Karl Olav Fagerström e à Professora Doutora Robyn L. Richmond, um sentido agradecimento pela pronta autorização para a utilização dos seus conceituados testes.

À minha Joanhina pelo apoio infinito e pelas palavras de ânimo e de orgulho, impulsionadoras de motivação. À minha Margarida pelo apoio incondicional e pela amizade.

A todos os cidadãos de Macedo de Cavaleiros que participaram no estudo, sem os quais não teria sido possível a concretização do mesmo.

À equipa da UCC de Macedo de Cavaleiros pela excelente união, cooperação e trabalho de equipa. À Unidade de Saúde Pública de Macedo de Cavaleiros, em especial à Dra. Inácia Rosa, pela colaboração.

A todos os profissionais, utentes, professores e colegas académicos, com quem, ao longo do meu percurso, partilhei vivências e saberes e que contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

A todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste estudo e sem os quais não teria sido possível concretizá-lo.

Por último, mas não menos importante, à minha família, às minhas manas, aos meus sogros e às minhas amigas, que tantas vezes reclamaram a minha presença e apelaram à minha serenidade. O reconhecimento pelo estímulo e alento, pelo apoio e pelo amor e amizade incondicional.

A todos o meu mais sincero e profundo agradecimento.

*“Para ser grande, sê inteiro:
Nada teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa,
Põe quanto és no mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda brilha,
Porque alta vive.”*

Fernando Pessoa

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APA - American Psychiatric Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CEPA - Califórnia Environmental Protection Agency

CID-10 – 10º Classificação Internacional das Doenças

CNPN - Conselho Nacional para a Prevenção do Tabagismo

CPP - Classificação Portuguesa das Profissões

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

D.R. – Diário da República

DALI's - Anos de Vida Perdidos Ajustados pela Incapacidade

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ET – Estatística do teste

EUA – Estados Unidos da América

FAT – Fumo Ambiental do Tabaco

FR – Fatores de Risco

IC – Intervalo de confiança

IDT - Instituto da Droga e da Toxicoddependência

INE – Instituto Nacional de Estatística

INS – Inquéritos Nacionais de Saúde

n - Dimensão da amostra ou do estrato da amostra

N - Dimensão da população

n* - Número de fumadores

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias

OR – *Odds ratio* (Razão de Prevalência)

p - Nível de significância

Pág. – Página

PELT - Programa Escolas Livres de Tabaco

PMI - Philip Morris Internacional

PMP - Philip Morris Portuguesa

Pv – **Pvalue** - Valor de prova

SINUS – Sistema Informático de Unidades de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Scienses

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USP – Unidade de Saúde Pública

UE – União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

USDHHS - United States Department of Health and Human Services

WBG - The World Bank Group

WHO - World Health Organization

Índice Geral

	Pág.
Introdução	1
I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. Tabagismo	6
1.1. Natureza e dimensão do problema	7
1.2. Epidemiologia do tabagismo	8
1.2.1. <i>Epidemia tabágica em Portugal</i>	10
1.2.2. <i>Impacto da Lei do Tabaco na epidemia tabágica</i>	12
1.2.3. <i>Tabagismo: iniciação tabágica e fatores de risco</i>	13
1.3. Qualidade de vida e longevidade: doenças associadas ao consumo tabágico	15
1.4. Consumo de tabaco: uma dependência	21
1.5. Tabagismo: custos de saúde, sociais, económicos e ambientais	23
2. Fumo Ambiental do Tabaco	26
2.1. Propriedades físico-químicas do fumo ambiental do tabaco	26
2.2. Morbimortalidade associada ao fumo ambiental do tabaco	30
2.3. Exposição tabágica	33
3. Intervenção Comunitária e Saúde Pública	36
3.1. O papel dos profissionais de saúde no controlo da epidemia tabágica ...	37
3.2. Intervenção, prevenção e controlo do tabagismo: prevenção da iniciação tabágica, proteção da exposição ao fumo ambiental do tabaco e cessação tabágica	39

II PARTE
FASE EMPÍRICA

1. Metodologia	45
1.1. Amostragem	48
1.2. Procedimentos de recolha e análise de dados	49
1.3. Procedimentos éticos	52
2. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados	53
2.1. Caraterísticas sociodemográficas da amostra	53
2.2. Consumo de tabaco: prevalência, caraterísticas sociodemográficas, comportamentais e clínicas.....	57
2.3. Exposição ao fumo ambiental do tabaco	78
2.4. Caraterização do consumo tabágico dos fumadores da amostra	83
Conclusões, Limitações do Estudo e Sugestões	97
Referências Bibliográficas	102

ANEXOS

Anexo I – Instrumento de colheita de dados	116
Anexo II – Autorizações de utilização do teste de Fagerström e do teste de Richmond	126
Anexo III – Grupos profissionais sugeridos pela CPP/2010 e adotados no nosso estudo	130
Anexo IV – Prevalência tabágica nas freguesias do concelho de Macedo de Cavaleiros	133
Anexo V – Prática de exercício físico e consumo de álcool na amostra	137

Anexo VI – Dependência tabágica aferida pelo teste de Fagerström segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas	140
Anexo VII – Motivação para deixar de fumar avaliada pelo teste de Richmond segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas	143
Anexo VIII – Projeto de intervenção comunitária	146

Índice de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1 – Distribuição dos inquiridos segundo o consumo tabágico e o sexo	60
Gráfico 2 – Distribuição dos inquiridos segundo o consumo tabágico e a classe etária	61
Gráfico 3 – Distribuição dos inquiridos segundo o consumo tabágico e o estado civil	61
Gráfico 4 – Distribuição dos inquiridos segundo o consumo tabágico e as habilitações literárias	62
Gráfico 5 – Distribuição dos inquiridos segundo o consumo tabágico e a situação profissional	63
Gráfico 6 – Distribuição dos inquiridos segundo o consumo tabágico e a atividade profissional	64
Gráfico 7 – Distribuição dos inquiridos segundo o consumo tabágico e o meio de residência	65
Gráfico 8 – Distribuição dos fumadores inquiridos segundo a dependência tabágica pelo teste de Fagerström	91
Gráfico 9 – Distribuição dos fumadores inquiridos segundo a motivação para deixar de fumar pelo teste de Richmond	93

Índice de Quadros

	Pág.
Quadro 1. Doenças associadas ao consumo de tabaco	18

Índice de Tabelas

	Pág.
Tabela 1 – Distribuição dos inquiridos segundo o sexo, classe etária, estado civil, habilitações académicas, situação profissional e atividade profissional .	55
Tabela 2 – Distribuição dos inquiridos segundo o local de residência	56
Tabela 3 – Distribuição dos inquiridos segundo o consumo tabágico	59
Tabela 4 – Consumo tabágico dos inquiridos segundo as variáveis sociodemográficas	67
Tabela 5 – Resultados do <i>odds ratio</i> e respetivos intervalos de confiança para as variáveis sociodemográficas associadas ao consumo de tabaco	68
Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis comportamentais	70
Tabela 7 – Consumo tabágico dos inquiridos segundo as variáveis comportamentais	72
Tabela 8 – Resultados do <i>odds ratio</i> e respetivos intervalos de confiança para as variáveis comportamentais associadas ao consumo de tabaco	72
Tabela 9 – Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis clínicas	73
Tabela 10 – Consumo tabágico dos inquiridos segundo a incidência de patologias	74
Tabela 11 – Resultados do <i>odds ratio</i> e respetivos intervalos de confiança para a incidência de patologias nos fumadores	74
Tabela 12 – Incidência de patologias segundo o consumo regular de tabaco ..	75
Tabela 13 – Incidência de patologias segundo o consumo de tabaco e a classe etária	76
Tabela 14 – Distribuição dos inquiridos segundo a exposição ao FAT	79
Tabela 15 – Exposição ao FAT no local de trabalho segundo o grupo profissional	80

Tabela 16 – Exposição ao FAT segundo a existência de fumadores no agregado familiar	81
Tabela 17 – Resultados do <i>odds ratio</i> e respectivos intervalos de confiança para a exposição ao FAT na existência de fumadores no agregado familiar ...	81
Tabela 18 – Consumo tabágico dos inquiridos segundo a exposição ao FAT .	82
Tabela 19 – Resultados do <i>odds ratio</i> e respectivos intervalos de confiança para a exposição ao FAT nos fumadores	82
Tabela 20 – Distribuição dos fumadores inquiridos segundo as características do consumo tabágico	85
Tabela 21 – Distribuição dos fumadores inquiridos segundo o comportamento tabágico face aos seus familiares	86
Tabela 22 – Distribuição dos fumadores inquiridos segundo as características da cessação tabágica e das recaídas	88
Tabela 23 – Atualmente gostava de deixar de fumar segundo atualmente pensa em deixar de fumar	89
Tabela 24 – Atualmente gostava de deixar de fumar segundo gostava de ter ajuda para deixar de fumar	89
Tabela 25 – Atualmente pensa em deixar de fumar segundo gostava de ter ajuda para deixar de fumar	90
Tabela 26 – Dependência tabágica percecionada pelo fumador segundo a dependência tabágica aferida pelo teste de Fagerström	92
Tabela 27 – Motivação para deixar de fumar, avaliada pelo teste de Richmond segundo a dependência tabágica aferida pelo teste de Fagerström.	95
Tabela 28 – Perceção dos malefícios do tabaco nos fumadores inquiridos	95
Tabela 29 – Fonte de informação sobre os riscos do tabaco nos fumadores inquiridos	96

Introdução

O tabagismo é a primeira causa isolada de doença e uma das principais causas de mortalidade prematura em todo o mundo. Atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) morrem todos os anos cerca de 6 milhões de pessoas por doenças relacionadas com o tabaco. Este valor poderá ascender aos 10 milhões em 2030 se não forem instituídas medidas de prevenção efetivas (WHO, 2011).

O consumo de tabaco é um comportamento generalizado mundialmente e cerca de um terço da população adulta, ou seja, aproximadamente um bilião e trezentos milhões de indivíduos fumam (Eurobarómetro, 2010). Em Portugal, a situação atual revela um decréscimo da prevalência dos fumadores, contudo verifica-se um preocupante aumento do consumo de tabaco nas mulheres e nos jovens. O nosso nível de consumo e as suas consequências são um grave problema de Saúde Pública (DGS, 2011).

Nunes (2006, p.225) afirma que “existe hoje suficiente evidência de que o consumo de tabaco é fator causal de cancro de diferentes localizações, de doenças respiratórias crónicas e de doenças cardiovasculares, (...). Os fumadores apresentam piores indicadores de saúde do que os não fumadores e uma esperança média de vida menor.”

O tabagismo deve ser encarado pelos profissionais de saúde, como uma doença crónica, mas também como um determinante de saúde evitável, que deve ser prevenido e controlado. Tornam-se assim fulcrais as intervenções no âmbito da prevenção da iniciação tabágica, da cessação tabágica e do controlo da exposição ao fumo do tabaco, traduzindo-se certamente em ganhos em saúde individual e coletiva (Nunes, 2006).

No âmbito do Dia Mundial sem Tabaco de 2011, a OMS reafirma a necessidade de desenvolver as medidas ratificadas na *Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco (WHO, 2003)*, das quais destacamos: informar e educar a população sobre os perigos decorrentes do consumo de tabaco, promover a cessação tabágica, adotar medidas que previnam a iniciação tabágica e proteger as pessoas da exposição ao fumo ambiental do tabaco (WHO, 2011).

Considerando a problemática do tabaco, o presente projeto de mestrado em enfermagem de saúde pública debruça-se sobre a área do consumo tabágico, na qual procuramos abordar e intervir assim, num dos mais graves problemas da saúde pública moderna.

Nesta investigação pretendemos conhecer o consumo tabágico na população com idade igual ou superior a 18 anos do concelho de Macedo de Cavaleiros. A temática em discussão despertou em nós a curiosidade pela sua relevância a nível de saúde pública, constituindo-se o consumo de tabaco como principal causa evitável de doença e de morte, sendo responsável por cerca de 20% do total de mortes verificadas anualmente nos países desenvolvidos (WHO, 2011).

A literatura e bibliografia relativa à temática, patente no capítulo do enquadramento teórico, remetem-nos para a atualidade e pertinência da abordagem ao consumo tabágico e à exposição tabágica, em particular, numa região em que não existe nenhum estudo que nos revele estes dados.

É de realçar ainda que no concelho de Macedo de Cavaleiros, num estudo realizado sobre a mortalidade no concelho no ano de 2010 (Carvalho, 2010 – estudo não publicado), os problemas respiratórios crónicos e os tumores do aparelho respiratório representam 24% da mortalidade total no referido espaço geográfico.

Com a realização deste estudo ambicionamos um conhecimento aprofundado sobre a problemática do tabagismo no concelho, podendo constituir-se um instrumento concreto e acessível às equipas de trabalho, à gestão das instituições de saúde, e ao próprio sistema político, como forma de potenciar intervenções concertadas no âmbito da prevenção e cessação tabágica e controlo da exposição ao fumo ambiental do tabaco (FAT), visando melhorias efetivas na saúde pública desta população.

Face ao exposto, colocou-se então a questão de investigação: *Qual o consumo tabágico na população com idade igual ou superior a 18 anos do concelho de Macedo de Cavaleiros?*

Neste sentido os objetivos deste estudo são:

- Identificar a prevalência de fumadores na população com idade igual ou superior a 18 anos do concelho de Macedo de Cavaleiros;
- Caracterizar o consumo tabágico na população em estudo;

- Relacionar o consumo tabágico com as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas;
- Avaliar a exposição ao fumo ambiental do tabaco na amostra em estudo;
- Disponibilizar dados sobre a realidade tabágica no concelho de Macedo de Cavaleiros, que promovam e facilitem o planeamento de intervenções comunitárias no âmbito da cessação tabágica e exposição ao FAT;
- Realizar um plano estruturado de intervenção no âmbito da cessação tabágica e da redução da exposição ao FAT no concelho de Macedo de Cavaleiros, intervindo nas potenciais problemáticas identificadas com a presente investigação.

Face aos objetivos delineados, decidimos desenvolver um estudo observacional, descritivo, transversal e de carácter epidemiológico, com uma abordagem quantitativa.

A população do nosso estudo é constituída pelos indivíduos, com 18 ou mais anos, residentes no concelho de Macedo de Cavaleiros, englobando um total de 14 292 indivíduos (INE, 2011; SINUS, 2011). Assim, optamos por um processo de amostragem não probabilística por quotas, que refletisse a distribuição etária e geográfica da população alvo. Seleccionamos uma amostra de 900 indivíduos, de entre os que foram primeiramente contactados presencialmente nas 38 freguesias do concelho, no mês de Fevereiro e Março de 2012, que se encontravam conscientes, orientados e que voluntariamente aceitaram participar no estudo.

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado por via informática, utilizando para o efeito o programa informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 20.0, para Windows. Utilizamos a análise descritiva para caracterização da amostra e a análise bivariada para verificar associações, estatisticamente significativas, entre a variável dependente e as variáveis independentes.

Estruturalmente o presente trabalho encontra-se dividida em duas grandes partes. Numa primeira parte apresentamos o enquadramento teórico do estudo, onde procuramos construir um quadro concetual através da revisão de alguns conceitos, dados e evidências científicas, por nós entendidos como relevantes para uma melhor compreensão e fundamentação da temática.

Numa segunda parte abordamos o estudo empírico realizado, desde os aspetos metodológicos que o orientaram e suportaram, à apresentação, análise e discussão dos resultados. Para finalizar, expomos as conclusões mais proeminentes deste estudo e as sugestões que daí advêm.

São vários os estudos consultados no âmbito da nossa linha de investigação, que norteiam a construção do corpo teórico e permitem estabelecer um paralelismo com os resultados obtidos na nossa pesquisa. Contudo deparamo-nos com alguma lacuna relativa a dados sociodemográficos da exposição ao fumo do tabaco e principais locais de exposição involuntária, em particular, informação posterior à aplicação da Lei 37/2007, de 14 de Agosto.

I PARTE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, apresentamos uma revisão da literatura relacionada com o assunto sujeito a investigação. Assim, e de acordo com os objetivos, dividimos este trabalho em três partes: Tabagismo, Fumo Ambiental Tabágico e Intervenção Comunitária e Saúde Pública.

Para a elaboração deste quadro de referência procedemos à seleção e recolha de informação pertinente e atualizada, com o objectivo de dar a conhecer o estado atual dos conhecimentos sobre esta temática.

1. Tabagismo

O tabagismo é uma doença com dependência física, psicológica, emocional, comportamental e social, marcada por um curso crónico com tendência para a recidiva (APA, 2002).

O consumo tabágico é, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma das maiores problemáticas de saúde pública e a principal causa de morte evitável da atualidade (Pestana, 2006). É também o fator de risco isolado com maior impacto em termos de mortalidade, morbidade e anos de vida perdidos, afirmando-se como a grande epidemia do nosso século (Ferrero, Mesquita & Garcia, 2006).

O tabagismo representa, em todo o mundo, uma séria ameaça à saúde dos indivíduos e das populações, constituindo um dos comportamentos evitáveis que mais contribui para a deterioração da qualidade de vida, bem como para o aumento da morbidade e da mortalidade.

Para a OMS a medida de controlo do tabagismo mais custo-efetiva é a cessação tabágica, dado que é a intervenção mais eficaz na redução da morbidade e mortalidade associadas ao tabaco (Ravara, 2004). A prevenção do tabagismo e a cessação tabágica devem ser, por isso, uma prioridade e estarem incluídas nos cuidados de saúde prestados pelos serviços de saúde, quer primários quer diferenciados (Nunes et al., 2007a).

1.1. Natureza e dimensão do problema

No mundo atual, o tabaco é uma droga lícita largamente utilizada e disseminada, sendo o consumo de tabaco socialmente aprovado. Os cigarros tornaram-se populares no século XX, havendo maior disponibilidade de tabaco e aperfeiçoamento dos instrumentos de produção em massa.

O consumo de tabaco é um comportamento generalizado mundialmente e cerca de um terço da população adulta, ou seja, aproximadamente um bilião e trezentos milhões de indivíduos fumam. O tabaco é responsável pela morte prematura de cerca de um terço a metade daqueles que o consomem (Eurobarómetro, 2010).

O tabagismo é uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte prematura em todo o mundo, representando aproximadamente 12,3% do peso da doença nos países europeus (WHO, 2005). A evidência científica afirma o tabagismo como um importante fator de risco de inúmeras doenças, tais como, cancro (pulmão, laringe, esófago, boca, bexiga, pâncreas, rim, estômago e colo uterino), doenças arterioscleróticas (doença coronária, doença vascular periférica, derrame cerebral), doença pulmonar obstrutiva crónica e úlcera péptica (WHO, 2012).

Sabe-se, adicionalmente, que o consumo de tabaco acompanhado por outros riscos comportamentais, designadamente o sedentarismo, os hábitos alimentares inadequados ou o consumo excessivo de álcool, atuam de forma sinérgica, aumentando drasticamente a probabilidade da incidência de doenças crónico-degenerativas (Barros, 2011). Os altos prejuízos impostos pelo consumo do tabaco são uma pesada carga não só para a saúde individual, como também para a saúde financeira da sociedade.

Em Portugal, o consumo de tabaco é, como em todo o mundo, uma das principais causas de morbilidade e mortalidade evitáveis. Estima-se que em 2004 tenha sido responsável por 85% das mortes por cancro do pulmão, por 26% do total de mortes por cancro e por 9% do total de mortes por doenças cardiovasculares. Este consumo foi ainda responsável por cerca de 22% do total de mortes, por 18% das mortes por doença cardiovascular e por 65% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crónica verificadas nos homens dos 35 aos 69 anos, por 26% das mortes por cancro do pulmão e

por 17% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crónica verificadas nas mulheres, no mesmo grupo etário (Peto, Lopez, Boreham & Thun, 2006).

A exposição ao fumo ambiental é igualmente nociva para os não fumadores, aumentando o risco de doenças cardiovasculares, de doenças respiratórias e de cancro do pulmão. Estima-se que, em 2002 na União Europeia, tenha sido responsável pela morte de cerca de 20 000 pessoas não fumadoras (The Smoke Free Partnership, 2006).

O consumo de tabaco constitui assim, um dos mais graves problemas de saúde pública, com repercussões em toda a população. Por este facto, a prevenção e o controlo do tabagismo constituem uma das áreas de ação prioritária da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2006), inseridas no objetivo mais vasto de promoção da saúde e prevenção da doença e, através da criação de condições que facilitem a adoção de estilos de vida saudáveis.

1.2. Epidemiologia do tabagismo

O tabagismo é a principal causa de morte evitável, sendo a sua prevenção e controlo a estratégia com melhor relação custo-eficácia e com menor impacto económico, humano e social (WBG, 2001; WHO, 1996; WHO, 2003).

Os estudos indicam que metade dos fumadores a nível mundial (650 milhões) irão, muito provavelmente, morrer com problemas de saúde relacionados com o consumo do tabaco, tendo 325 milhões de indivíduos idades compreendidas entre os 35 e os 69 anos (Eurobarómetro, 2010; WHO, 2007a).

Segundo o Eurobarómetro 2010, na União Europeia (UE) a prevalência de fumadores com idade superior a 15 anos é de 29% (fumadores diários e esporádicos). Relativamente aos restantes indivíduos, 25% são ex-fumadores e 46% nunca fumaram. Globalmente estima-se que em todo o mundo 47% dos homens e 12% das mulheres fumem, no entanto estas prevalências variam de acordo com o desenvolvimento dos países, sendo que nos países desenvolvidos se estima que fumem 42% dos homens e 24% das mulheres e nos países em desenvolvimento 48% dos homens e 7% das mulheres (Eurobarómetro, 2010).

Constata-se que a Suécia é o país da UE com a menor prevalência de fumadores, situando-se esta abaixo dos 20%, em contrapartida é na Grécia que se verifica a mais alta prevalência de tabagismo entre os 27 países (42%). Portugal é um dos países da UE com menor prevalência de tabagismo, situando-se a percentagem de fumadores nos 22% (Eurobarómetro, 2010).

Nas últimas duas décadas tem-se constatado um decréscimo da prevalência de fumadores nos países desenvolvidos, em contraponto com um aumento do número de fumadores nos países em desenvolvimento. Neste sentido, a OMS acusa a indústria tabaqueira de visar como alvo a juventude dos países mais pobres para compensar a sua quebra de vendas no mundo industrializado (WHO, 2002).

De acordo com estimativas da OMS, se não forem instituídas medidas efetivas de prevenção e controlo do tabagismo, o número de mortes a nível mundial provocadas pela epidemia tabágica ascenderá a um bilião durante o século XXI (WHO, 2008; WHO, 2011).

O tabaco é fator de risco para seis das oito principais causas de morte no mundo, matando uma pessoa em cada seis segundos (Eurobarómetro, 2010; WHO, 2008).

A OMS afirma que as taxas de mortalidade relativas às pessoas com idade entre 35 e os 69 anos são três vezes mais elevadas nos fumadores do que nos não fumadores (Nunes, 2002). Dois em cada quatro fumadores morrem por doenças associadas ao tabagismo e pelo menos um deles morre antes dos 65 anos. O tabagismo é assim, responsável pela morte prematura, numa média de 15 anos, de um terço a metade dos fumadores (Eurobarómetro, 2010).

Na União Europeia estima-se que meio milhão de mortes por ano estejam relacionadas com o consumo de tabaco (WHO, 2012). Em 2000, o consumo de tabaco foi responsável por cerca de 15% do total da mortalidade verificada na União Europeia (25 Estados-Membros) e por cerca de 85% da mortalidade por cancro do pulmão, 25% das mortes por qualquer tipo de cancro, 30% da mortalidade por doenças do aparelho respiratório e 10% da mortalidade por doenças cardiovasculares (Health and Consumer Protection, 2004).

A exposição ao fumo ambiental é igualmente nociva para os não fumadores, aumentando o risco de doenças cardiovasculares, de doenças respiratórias e de cancro do pulmão. Estima-se que, em 2002, tenha sido responsável pela morte de cerca de 20000 pessoas não fumadoras na UE – 25Estados-Membros (The Smoke Free Partnership, 2006).

O consumo de tabaco constitui assim, um dos mais graves problemas de saúde pública, com repercussões em toda a população - fumadora e não fumadora.

1.2.1. Epidemia tabágica em Portugal

Um em cada quatro portugueses fuma (2,5 milhões de fumadores) e cerca de metade morrerá devido a esse consumo (WHO, 2012). Portugal é um dos países da UE com menor prevalência de tabagismo, estimando-se que 22% da população com mais de 15 anos seja fumadora (consumo diário) e cerca de 4% tenham consumo de tabaco ocasional (Eurobarómetro 2010).

O Eurobarómetro mostra também que há mais homens (30%,) do que mulheres (17%) a fumar em Portugal. Por outro lado, o maior número de fumadores encontra-se na classe etária dos 40 aos 54 anos (35%), seguindo-se a dos 25-39 (32 %) e dos 15-24 (22 %). Na classe etária acima dos 55 anos, 8% dos portugueses assumem ser fumadores. Pode constatar-se ainda, que Portugal tem comparativamente aos restantes países da UE o maior número de indivíduos que nunca fumou (58%). No entanto, no que respeita à cessação tabágica, a população portuguesa fumadora ainda parece pouco sensibilizada para a necessidade de cessar esta adição, uma vez que a percentagem de ex-fumadores é de 16% (Eurobarómetro, 2010).

Os dados referem contudo, que o número de portugueses que pretende deixar de fumar tem vindo a aumentar, sobretudo por motivos económicos, sendo que 32 % dos fumadores tentaram a cessação nos últimos quatro anos e 5 % destes conseguiram combater a dependência com sucesso (Eurobarómetro, 2010).

Tendo por base os resultados de diversos estudos sobre a motivação para cessação tabágica, considera-se que cerca de 70% dos fumadores gostariam de deixar de fumar, se o pudessem fazer com facilidade e que, anualmente, cerca de 30% dos fumadores faz

uma tentativa para parar de fumar. No entanto, nem todos os fumadores, num dado momento, estão realmente motivados e preparados para iniciar esse processo, estimando-se que cerca de 10% dos fumadores estão preparados para parar (Lima, 2011; Nunes et al., 2007a).

A maioria dos fumadores em Portugal (79 %) consome cigarros, sendo a média diária de consumo de 15,5 cigarros, ultrapassando assim a média europeia fixada em 14,4 cigarros/dia (Eurobarómetro 2010). Importa porém salientar que, em termos comparativos, o preço dos cigarros em Portugal é dos mais baixos da Europa, só sendo superado pela Espanha (WBG, 2001).

A nível europeu, Portugal tem sido um dos países com menor prevalência de fumadores tanto no sexo masculino como no feminino, verificando-se contudo, nas últimas décadas, um preocupante aumento do consumo tabágico nas mulheres e nos jovens, com um aumento acentuado no grupo etário dos 15 aos 24 anos (DGS, 2011; Eurobarómetro, 2010; Ministério da Saúde, 2001; WHO, 2001).

Podemos constatar evoluções totalmente diferentes entre os sexos, sendo que o consumo de tabaco no nosso país tem vindo a diminuir apenas devido à diminuição do tabagismo no sexo masculino. Curiosamente, os homens com maior grau de escolaridade estão a deixar de fumar, enquanto são precisamente as mulheres com maior grau de escolaridade que estão a fumar cada vez mais, surgindo o tabaco no sexo feminino associado a um mais elevado estatuto social (Eurobarómetro, 2010; Ministério da Saúde, 2001).

A análise do Eurobarómetro concluiu ainda que, embora Portugal apresente taxas relativamente baixas de prevalência tabágica, com um decréscimo do número de fumadores, comparativamente com outros países europeus, tem-se verificado um preocupante e significativo aumento na prevalência do tabagismo nos jovens adultos e na população feminina (Eurobarómetro, 2010).

Abordando a morbimortalidade associada ao tabagismo, em Portugal no ano 2000 o consumo de tabaco foi responsável por cerca de 8100 mortes. Destas, 3400 foram provocadas por cancro em diferentes localizações, das quais 2100 por cancro do

pulmão, 1800 por doenças do aparelho circulatório, 1400 por outras doenças do aparelho respiratório e 1500 por patologias diversas (Peto et al, 2006).

Assim, o nosso nível de consumo de tabaco e as suas consequências são um grave problema de saúde pública (DGS, 2011).

1.2.2. Impacto da Lei do Tabaco na epidemia tabágica

A 1 de janeiro de 2008 entrou em vigor a nova Lei do Tabaco, Lei 37/2007 de 14 de Agosto, implementando importantes medidas de prevenção do tabagismo, regulamentação do consumo e sobretudo na proteção da exposição involuntária ao fumo do tabaco (Diário da República, 2007). Esta Lei foi sem dúvida um marco importante na luta tabágica e na saúde pública, sendo contudo essencial desenvolver mais e novas medidas, que previnam a iniciação tabágica, restrinjam o consumo e protejam os não fumadores da exposição involuntária ao FAT.

Resumidamente, a Lei 37/2007:

“dá execução ao disposto na Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco, aprovada pelo Decreto n.º 25 -A/2005, de 8 de Novembro, estabelecendo normas tendentes à prevenção do tabagismo, em particular no que se refere à proteção da exposição involuntária ao fumo do tabaco, à regulamentação da composição dos produtos do tabaco, à regulamentação das informações a prestar sobre estes produtos, à embalagem e etiquetagem, à sensibilização e educação para a saúde, à proibição da publicidade a favor do tabaco, (...) e à venda a menores e através de meios automáticos, de modo a contribuir para a diminuição dos riscos ou efeitos negativos que o uso do tabaco acarreta para a saúde dos indivíduos” (DGS, 2011, p.12).

Após três anos da implementação da Lei do Tabaco, a DGS (2011) emite um relatório sobre o impacto da mesma na epidemia tabágica nacional, do qual destacamos os seguintes dados:

- Redução de 5% no número de fumadores (2008-2010);
- Marcada diminuição de prevalência de fumadores passivos no local de trabalho (2005-2010);
- Diminuição do consumo de tabaco nos domicílios;
- Alteração do consumo tabágico entre os fumadores, quer na redução do fumo ativo, quer nos comportamentos que visam a redução da exposição ao fumo passivo;

- Diminuição do número de episódios de internamento por doença isquémica cardíaca, em 2009 (primeira diminuição em 16 anos),
- Ligeiro decréscimo na taxa de episódios de internamento por doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC);
- Redução de 8,7% na venda de cigarros, passando de 12 biliões de cigarros em 2008 para quase 11 biliões em 2011;
- Perceção da Lei como muito positiva pela população, existindo ainda espaço para a sua melhoria na perspetiva da redução do fumo passivo;
- Constatação de uma incompatibilidade técnica entre o cumprimento da legislação referente à qualidade do ar interior e a atual Lei do Tabaco.

De acordo com os dados do Eurobarómetro (2010), existe evidência da diminuição da exposição passiva ao tabaco no domicílio após a implementação da Lei do Tabaco. O creditado organismo refere que, relativamente à afirmação “não é permitido fumar em minha casa” 29% dos inquiridos portugueses responderam afirmativamente em 2006 e 56% em 2009, aumentando nitidamente a percentagem de “domicílios sem fumo”.

O impacto da Lei no controlo da epidemia tabágica e na proteção da saúde pública foi evidente, contudo os diferentes investigadores e estudiosos na área da saúde pública e do tabagismo defendem que é ainda necessário implementar novas medidas de controlo do consumo tabágico e sobretudo de redução do FAT, exigindo-se simultaneamente ações que visem a redução da iniciação tabágica e um aumento da cessação tabágica.

1.2.3. Tabagismo: iniciação tabágica e fatores de risco

Os mais proeminentes estudos científicos demonstram que é na adolescência e na juventude que o consumo de tabaco se inicia, acarretando preocupação acrescida no que concerne aos efeitos do tabaco na saúde (Amaral, 2010; Nunes et al., 2007^a; Vitória, Salgueiro, Silva & De Vries, 2009).

A idade média de iniciação tabágica (primeira experiência) para os portugueses é de 12,03 anos para o sexo feminino e de 11,6 anos para o sexo masculino (Nunes, 2003). Uma idade em que os jovens ainda não têm a sua personalidade completamente

formada, não avaliam o risco de dependência e quando o perigo para a saúde é percebido, já a dependência está instalada e é extremamente difícil de combater, levando à morte de 50% dos jovens que continuarem a fumar, entre os 35 e 69 anos de idade (Amaral, 2010; Vitória, Salgueiro, Silva & De Vries, 2009).

Relativamente ao início do consumo regular de tabaco em Portugal, situa-se maioritariamente entre os 18 e os 24 anos (39%), sendo que 19% dos fumadores inquiridos iniciaram o consumo na adolescência, e apenas 6% referiram ter começado a fumar depois dos 24 anos (Nunes, 2002).

O consumo de tabaco durante a adolescência faz com se percam cerca de 14 anos de vida, facto que normalmente é ignorado pelos adolescentes que iniciam este comportamento e acabam por adquirir esta dependência (WHO, 2008).

A iniciação do comportamento tabágico na adolescência é fortemente incentivada pela publicidade e *marketing* da indústria tabaqueira, bem como pelos preços baixos e venda de tabaco perto das escolas que facilitam o acesso ao produto. A influência social por meio da pressão dos pares e a ideia de que fumar é um fator de integração também incentivam o consumo (Amaral, 2010; WHO, 2010).

Segundo Precioso (2006), as raparigas em Portugal aumentaram muito o consumo e atualmente, fumam mais do que os rapazes, além do início ser cada vez mais precoce. São dados preocupantes, justificando-se medidas efetivas de prevenção.

Depois de iniciar o consumo é mais difícil conseguir reduzir ou mesmo parar, portanto a melhor intervenção consiste na prevenção, sendo fulcral implementar estratégias de prevenção da iniciação tabágica e cessação tabágica precoce, direcionadas a esta população alvo específica que são os jovens (Nunes et al., 2007b).

É também importante relacionar o consumo de tabaco com o consumo excessivo de outras substâncias, como o álcool, os medicamentos e as drogas ilícitas, que têm muitas vezes efeito potenciador da dependência tabágica (Feijão & Lavado 2003; Nunes, 2003).

O alcoolismo é a dependência mais frequentemente associada ao tabagismo. Sabe-se que os alcoólicos têm um consumo de tabaco duas vezes superior ao dos bebedores

ocasionais. Na população fumadora, o consumo excessivo de álcool é 10 vezes mais frequente do que na população não fumadora (Coleman, 2004; Kahn, 2003).

Está também bem estabelecida a associação entre o tabagismo e o consumo de drogas ilícitas: 85% dos toxicodependentes são fumadores e a maior frequência de consumo de tabaco surge entre os dependentes de heroína (Coleman, 2004; Kahn, 2003).

A prevalência do tabagismo entre os doentes com problemas de saúde mental é também particularmente elevada. Cerca de 80 a 90% dos doentes com esquizofrenia são fumadores, consumindo um elevado número de cigarros por dia. Entre os doentes com distúrbios de ansiedade e depressão a prevalência do tabagismo é de cerca de 50% (Nunes et al., 2007).

Os vários estudos já efetuados não parecem esclarecer se as pessoas que sofrem de depressão têm maior probabilidade de se tornarem fumadoras pela procura dos efeitos da nicotina sobre o humor, ou se os sintomas depressivos são induzidos pelo consumo prolongado de tabaco devido a alterações neuroquímicas (Nunes, 2006).

1.3. Qualidade de vida e longevidade: doenças associadas ao consumo tabágico

O consumo de tabaco tem efeitos devastadores na qualidade de vida e na longevidade, atingindo praticamente todos os órgãos e funções. Trata-se de um fator de risco totalmente evitável, em que a sua interrupção (cessação tabágica) tem benefícios em qualquer idade, tanto maiores quanto mais cedo se verificar a cessação. Por estes motivos, o consumo de tabaco deve ser encarado pelos profissionais de saúde, como uma doença crónica que carece de prevenção e de tratamento (Nunes, 2006).

Aproximadamente 50% dos fumadores morrem prematuramente devido aos efeitos deletérios do consumo de tabaco, sendo o tabagismo responsável também, por inúmeros internamentos, morbidade e diminuição da qualidade de vida (Pamplona, 2007).

O tabagismo é responsável por cerca de 40% das mortes antes dos 70 anos que ocorrem em Portugal. Segundo Francisco George, Diretor-Geral da Saúde, um em cada quatro portugueses não atinge os 70 anos, sendo o consumo de tabaco a principal causa direta ou indireta destas mortes, o que não pode ser ignorado (DGS, 2011).

A nível mundial e no contexto dos fatores modificáveis de risco, o tabagismo constitui a principal causa de morbimortalidade evitável nos países industrializados (Fuster & Pearson, 1996). Nestes países, estima-se que aproximadamente 25% das mortes sejam atribuíveis a uma causa diretamente relacionada com o tabagismo (WHO, 1996).

Apesar dos dados de morbimortalidade associada ao tabagismo serem alarmantes, a epidemia tabágica encontra-se ainda subvalorizada. É necessário ter em consideração que muitas das mortes, por causas várias, ainda não são oficialmente atribuídas ao tabaco. Por outro lado, os dados sobre a mortalidade atual atribuída ao tabaco refletem o consumo de há duas ou três décadas atrás, pois “os efeitos lesivos do tabaco não são imediatamente visíveis, existindo um longo intervalo de tempo, 20 a 40 anos, entre o início do hábito de fumar e os seus efeitos para a saúde” (Pestana et al., 2006, p. 42).

As primeiras evidências robustas da gravidade do tabaco para a saúde resultam do trabalho de Richard Doll e de Bradford Hill. Os investigadores efetuaram um estudo prospetivo durante 40 anos (1951 a 1991) com uma amostra de 34439 médicos britânicos (Doll & Hill, 1954). Os resultados deste estudo são completamente elucidativos: entre os 35 e os 69 anos, os não-fumadores apresentavam uma taxa de mortalidade de 20%, os fumadores em geral apresentavam uma taxa de mortalidade de 41% e naqueles que fumavam 25 ou mais cigarros/dia a taxa de mortalidade chegou mesmo aos 50% (Doll, 2000; Doll, Peto & Boreham, 2006).

Os estudos de Doll e Hill mostraram também que, um em cada dois fumadores, que inicie o consumo na adolescência e fume ao longo da vida, morre por uma doença provocada pelo tabaco, um quarto dos quais nas idades compreendidas entre os 35 e os 69 anos, associando-se assim o consumo de tabaco a uma acentuada redução da longevidade (Doll, Peto & Boreham, 2006).

O trabalho destes dois investigadores constitui um marco na história da epidemiologia moderna, por ter conseguido demonstrar que fumar causa cancro do pulmão, além de muitas outras patologias. As suas investigações demonstraram também, que os médicos que abandonaram o consumo de tabaco viram reduzido de forma substancial e significativa o risco de vir a desenvolver doenças relacionadas com o consumo (Pestana et al., 2006).

Os fumadores perdem em média dez anos de esperança de vida, que podem ser recuperados se o fumador parar de fumar. Embora parar de fumar tenha benefícios em qualquer idade, quanto mais cedo se verificar a cessação tabágica, maiores serão os benefícios e a recuperação de anos de vida (Doll, Peto & Boreham, 2006).

São cada vez mais reconhecidos os efeitos do tabaco ao nível do organismo, sendo o tabaco causa estabelecida ou provável de, pelo menos, 25 doenças, acrescentando-se ainda os efeitos adversos na evolução de outras doenças, como asma, tuberculose, bronquiolite, pneumotórax idiopático e complicações pós-operatórias. O risco de morte súbita é também, 4 vezes maior nos fumadores do que nos não fumadores (Pamplona, 2007; Rosas & Baptista, 2002).

Os fumadores têm também um risco acrescido de agravar outros quadros clínicos, prejudicar funções orgânicas, exacerbar sintomas ou sofrer doenças mais graves e persistentes (Pestana et al., 2006).

A taxa de incidência de inúmeras patologias está diretamente relacionada com o padrão do fumador, sendo exponencial à carga tabágica, a qual depende de vários aspetos: número de cigarros fumados diariamente, duração do consumo, forma de consumo (inalação profunda e repetida e manutenção do cigarro na boca são fatores que incrementam o risco) e tipo de cigarros (Macedo & Precioso, 2004).

Existe uma relação dose-duração-resposta, nem sempre linear, entre o consumo de tabaco e o aparecimento de doenças com ele relacionado. O risco para algumas doenças é maior nas idades mais jovens. Por exemplo, o risco de ataque cardíaco nos fumadores com mais de sessenta anos é o dobro do verificado na população não fumadora, mas nos fumadores com menos de cinquenta anos é cerca de cinco vezes maior (Edwards, 2004).

O Center for Disease Control and Prevention e a Califórnia Environmental Protection Agency (CEPA) compilaram, ao longo de vários anos, resultados de estudos que demonstram a relação entre o fumo do tabaco e diversas patologias, como podemos observar no Quadro I (CEPA, 2005; Pestana et al., 2006).

Quadro 1. Doenças associadas ao consumo de tabaco

DOENÇAS ASSOCIADAS AO CONSUMO DE TABACO		
Efeitos no Aparelho Respiratório	Efeitos Agudos no Aparelho Respiratório	Exacerbação de asma Infecções respiratórias nas crianças Irritação sensorial Resfriado comum Pneumonia bacteriana Pneumotórax espontâneo
	Efeitos Crónicos no Aparelho Respiratório	Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica Doença do interstício pulmonar associada a bronquite respiratória Granuloma eosinófilo Asbestose Doença do interstício pulmonar associada a artrite reumatóide Sintomas respiratórios crónicos nas crianças Alterações do desenvolvimento pulmonar nas crianças
Efeitos no Aparelho Cardiovascular	Aterosclerose Doença coronária Hipertensão arterial Morte súbita cardíaca	
Efeitos no Sistema Vascular	Vasculopatia (doença de Burger, aneurisma da Aorta abdominal, flebite periférica)	
Efeitos no Sistema Nervoso Central	Acidente Vascular Cerebral	
Efeitos Carcinogêneos	Cancro em geral Cancro do pulmão Cancro da laringe Lesões pré-malignas da cavidade oral (Leucoplasias, Eritiplasias) Cancro da cavidade oral Cancro do esófago Cancro do estômago Cancro do pâncreas Cancro do Aparelho Urinário Cancro do cérvix Leucemias Cancro do fígado (?) Cancro colo-rectal (?)	
Efeitos no Aparelho Digestivo	Doença de refluxo gastroesofágico Úlcera péptica	
Efeitos no Aparelho Reprodutor	Anomalias da fertilidade e fecundabilidade femininas Outros efeitos no Aparelho Reprodutor feminino [ruptura prematura de membranas, placenta prévia, descolamento da placenta, gravidez ectópica (?), o aborto espontâneo (?)]	
Manifestações peri-natais	Anomalias do desenvolvimento fetal Aborto espontâneo e mortalidade peri-natal Malformações congénitas	
Manifestações pós-natais	Síndrome de morte súbita infantil Anomalias cognitivas e comporta. da criança cujas mães fumam durante a gravidez Desenvolvimento físico pós natal Anomalias da função e do desenvolvimento respiratório da criança	

(?) – Fase de estudo em investigação

Fonte: Pestana et al., 2006, p.79.

O consumo de tabaco é a primeira causa evitável de **cancro**. O risco de morte por cancro é 22 vezes maior nos homens fumadores e cerca de 12 vezes maior nas mulheres fumadoras, em comparação com os não fumadores da mesma idade e sexo. Estima-se que na União Europeia em 2000, aproximadamente 26% das mortes por cancro tenham sido provocadas pelo consumo de tabaco (Nunes, 2006; USDHHS, 2004).

O tabagismo é o principal fator de risco evitável de **doença cardiovascular**. O risco aumenta com o número de cigarros fumados e a duração do consumo. Quando ao consumo tabágico se associam outros fatores de risco, como o colesterol elevado, a hipertensão ou a obesidade, há um aumento sinérgico do risco de doença cardiovascular (Nunes, 2006; WHO, 2002).

O desenvolvimento de aterosclerose é o principal processo fisiopatológico que está na origem destas doenças. O consumo de tabaco provoca lesões do endotélio arterial, hipercolesterolemia, com aumento das lipoproteínas de baixa densidade, aumento do fibrinogénio e formação de placas inflamatórias, trombos e embolias. Estes processos fisiopatológicos são mais severos quando o consumo de tabaco se inicia em idades precoces (Nunes, 2006; USDHHS, 2004).

Fumar está associado a uma diminuição do fluxo sanguíneo coronário e a necessidades aumentadas em oxigénio do miocárdio. Fumar compromete a oxigenação dos tecidos, não apenas devido aos efeitos vasomotores, mas também devido aos níveis aumentados de carboxiemoglobina, em resultado da exposição ao monóxido de carbono existente no fumo. Assim, nos fumadores existe, habitualmente uma menor resposta cardíaca ao exercício físico, característica que tem estado associada à morte súbita ou ao desencadeamento de arritmias (Nunes, 2006; USDHHS, 2004).

O consumo de tabaco é uma causa *major* de doença coronária. O risco aumenta com a dose e o tempo de exposição, embora de forma não linear. O risco de acidente vascular cerebral é tanto maior quanto mais intenso for o consumo de tabaco. A associação causal com o consumo de tabaco está bem estabelecida, estimando-se que os fumadores possam ter um risco acrescido de cerca de 50% de virem a sofrer um acidente vascular cerebral (USDHHS, 2004).

Fumar é lesivo para toda a **árvore respiratória**, afetando a estrutura e a função pulmonar, diminuindo as defesas contra as infecções e provocando a continuidade de lesões que conduzem à DPOC. As várias alterações imunológicas presentes nos fumadores e a diminuição da função mucociliar nasal poderão ajudar a compreender a suscetibilidade a infecções. Por outro lado, a inalação do fumo do tabaco expõe o pulmão a substâncias tóxicas e a agentes oxidativos que diminuem a capacidade antioxidante que normalmente protege as células epiteliais da exposição a esses agentes (Nunes, 2006; USDHHS, 2004).

Dados de investigação revelam que os fumadores têm um declínio pulmonar prematuro e mais rápido da função pulmonar. Fumar durante a infância e a adolescência é causa de alteração da maturação pulmonar, de tosse, de pieira, de aumento de mucosidade e de dispneia, havendo uma associação causal entre fumar e o aparecimento de sintomas asmáticos (Comissão de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 2004; Nunes, 2006).

O consumo de tabaco está também associado ao aumento do risco de diversas doenças do **aparelho gastrointestinal**, designadamente: cancro do esófago, do estômago, do pâncreas, do fígado e do cólon, refluxo gástrico, úlcera péptica gástrica e duodenal, e doença de Chron (Nunes, 2006; USDHHS, 2004).

A mulher tem uma maior suscetibilidade ao fumo do tabaco, devido aos **efeitos antiestrogénicos** do tabaco. Fumar aumenta o risco de infertilidade, aumenta a dificuldade em engravidar e dificulta as tentativas de fertilização assistida. Há também evidência suficiente de que fumar, em conjugação com contraceptivos orais, aumenta o risco de doença coronária, de afeções cardiovasculares e de osteoporose. Há ainda evidência sugestiva, da associação do tabaco na mulher, com um aumento em sete vezes do risco de AVC e de falhas contraceptivas (Nunes, 2006; USDHHS, 2004).

Na **gravidez**, o consumo regular de tabaco aumenta o risco de gravidez ectópica, aborto espontâneo, placenta prévia, descolamento da placenta, prematuridade, baixo peso do recém-nascido e mortalidade perinatal (USDHHS, 2004).

No sexo masculino, o tabaco é também fator de risco para a impotência sexual, relacionada com menor oxigenação e complicações arterioscleróticas (USDHHS, 2004).

O consumo de tabaco está ainda associado a numerosas **perturbações cutâneas**, designadamente envelhecimento e formação precoce de rugas, possivelmente devido à pior oxigenação dos tecidos provocada pelas elevadas concentrações de carboxiemoglobina e pelo *stress* oxidativo inerente ao consumo. Está também associado a um risco acrescido de carcinoma, psoríase e hidradermite. Dificulta a cicatrização e piora as lesões da pele associadas à diabetes, ao lúpus e à SIDA (Nunes, 2006; USDHHS, 2004).

Apesar de muitos estudos terem demonstrado que o tabagismo é um fator de risco independente, deverá ser realçada, epidemiologicamente e clinicamente, a associação sinérgica com outros fatores de risco, como o consumo de álcool e outras substâncias, a má nutrição, o sedentarismo ou a exposição ocupacional a determinadas substâncias químicas (Thun, Apricella & Henley, 2000; WHO, 2012).

É também de realçar que, de acordo com um estudo realizado na Noruega, consumos abaixo de cinco cigarros por dia estão associados a um aumento de mortalidade em ambos os sexos, o que vem confirmar o princípio de que não há níveis seguros de exposição (Edwards, 2004).

A evidência científica afirma o tabagismo como um importante fator de risco das principais causas de morbimortalidade a nível mundial e os dados epidemiológicos revelam que o consumo de tabaco é a principal causa de morte evitável no mundo ocidental. Neste sentido o tabagismo revela-se um problema de saúde pública prioritário.

1.4. Consumo de tabaco: uma dependência

O tabagismo é uma doença aditiva com dependência física, psicológica, emocional, comportamental e social, marcada por um curso crónico com tendência para a recidiva, que exige uma intervenção específica (APA, 2002).

A dependência do tabaco é um fenómeno complexo resultante da interação de vários fatores. Salienta-se a forte ação da nicotina, principal substância química indutora de dependência, existindo contudo outras substâncias implicadas no processo de adição (WHO, 2004a; WHO, 2007a).

A nicotina é uma substância psicoativa com elevada capacidade para induzir dependência física e psicológica, por processos semelhantes aos da heroína ou da cocaína. Uma vez absorvida, a nicotina atinge o cérebro em menos de dez segundos, onde ativa os recetores colinérgicos nicotínicos situados no mesencéfalo, levando à libertação de dopamina. A estimulação nicotínica, para além da ação sobre o sistema dopaminérgico, atua sobre outras áreas cerebrais, como o hipocampo, provocando melhoria da atenção e da memória, sobre o córtex pré-frontal, agindo sobre as funções do controlo comportamental e emocional, bem como sobre o sistema noradrenérgico, relacionado com as respostas ao *stress* e implicado na depressão (WHO, 2004a).

Sendo um estimulante psicomotor, a nicotina reduz o tempo de reação, melhora a atenção e a memória, diminui o *stress*, a ansiedade e também o apetite. No entanto, induz tolerância, ou seja, a exposição repetida à mesma quantidade de nicotina leva à redução dos efeitos inicialmente verificados, o que pode levar ao aumento das doses consumidas (WHO, 2004a).

O poder aditivo do tabaco é similar ao consumo de outras drogas como a cocaína e a heroína, só que mata muita mais gente! (Rosas & Baptista, 2002; USDHHS, 2004).

A dependência da nicotina está incluída na 10.^a Classificação Internacional das Doenças (CID-10) e no DSM-IV, de acordo com os critérios de dependência estabelecidos (APA, 1994, WHO, 1992). De um modo geral, a grande maioria dos fumadores apresenta critérios de dependência, embora se verifique uma diferente suscetibilidade individual à nicotina, traduzida por diferentes graus de dependência (Jarvis, 2004).

Importa ter presente, no entanto, que o comportamento tabágico não pode ser explicado apenas pelos aspetos neuroquímicos de adição à nicotina. Existem outros fatores que contribuem, de forma decisiva, para o início, para a manutenção ou para a cessação deste consumo, destacando-se os fatores de aprendizagem e condicionamento social, fatores associados à personalidade, fatores genéticos, fatores socioeconómicos e fatores familiares (Jarvis, 2004; WHO, 2004a).

Diversos estudos apontam para a existência de fatores predisponentes à iniciação do consumo de tabaco, que geralmente tem lugar durante a adolescência, tais como as normas e os valores da família e do grupo de pares, fatores sociodemográficos (idade,

género, classe social, nível de escolaridade), a adoção de comportamentos problemáticos, a impulsividade e a rebeldia, o baixo rendimento académico, o consumo de álcool e de outras substâncias, bem como a facilidade de acesso aos produtos do tabaco (Nunes et al., 2007a). Importa, também, ter presente as diferenças de género, já que muitos destes fatores se exprimem de modo diverso entre os dois géneros (Becoña, 2000).

Fumar está igualmente associado a fatores de condicionamento do comportamento (efeitos gratificantes provocados pela nicotina), a processos cognitivos (crenças, expectativas, imagem corporal) e aspetos emocionais (Trigo, 2007). A publicidade e a pressão social para o consumo são fatores com elevado impacto na população, nomeadamente nos jovens e adolescentes (Nunes et al., 2007a).

Relativamente ao consumo e dependência tabágica, não é expectável que vários anos de dependência possam subitamente terminar após um período de desintoxicação física. Na realidade, a abstinência apenas marca o ponto de partida para a recuperação, uma vez que reaprender a não depender de um químico para lidar com os estados emocionais ou para reagir às situações quotidianas, é um processo que envolve retrocessos e exige perícias diversificadas (Trigo, 2006).

A dependência de tabaco pode então definir-se como uma doença crónica potencialmente curável, sendo para isso fundamental um diagnóstico sistemático e uma intervenção terapêutica repetida e persistente (Ravara, 2004).

1.5. Tabagismo: custos de saúde, sociais, económicos e ambientais

Os elevados prejuízos impostos pelo consumo do tabaco são uma pesada carga, não só para a saúde individual, mas também para a saúde financeira da sociedade (Carvalho, 2000).

Ao falarmos do impacto económico do tabagismo, temos que ter em consideração os gastos astronómicos relacionados com o tratamento de patologias, diretamente causadas pelo consumo de tabaco, mas também as implicações na produtividade. A morbimortalidade associada ao tabagismo afeta indivíduos plenos da sua capacidade produtiva, colocando em risco a produção laboral e a economia comunitária e familiar.

Os fumadores tornam-se menos produtivos, porque se encontram mais vulneráveis às patologias causadas pelo tabaco e com maior tendência para ficarem num estado de morbilidade contínua (WHO, 2007a).

Relativamente ao impacto do tabagismo na produtividade, há ainda a considerar os resultados de um estudo de observação realizado pelo Conselho Nacional para a Prevenção do Tabagismo (CNPN) em março do presente ano, onde se conclui que os trabalhadores fumadores produzem, em média, menos 10% do que aqueles que não fumam. Este estudo estabeleceu uma relação entre o tabagismo e a produtividade profissional, apurando que uma pessoa que fume um maço de tabaco por dia faz, em média, cerca de oito pausas de dez minutos durante uma jornada diária de trabalho de oito horas, despendendo oitenta minutos, o equivalente a 10% das horas de trabalho (IDT, 2012).

Ao abordarmos a mortalidade tabágica não consideramos a morbilidade. Neste âmbito, a OMS, adotou a medida DALY's (Anos de Vida Perdidos Ajustados pela Incapacidade), que mede as perdas de saúde, quer devido à mortalidade quer devido à doença não fatal (Gouveia et al., 2007).

De acordo com um estudo elaborado em 2005 em Portugal, o tabaco terá sido responsável por 146.000 anos de vida perdidos, 126 milhões de euros em internamentos hospitalares e 364 milhões de euros de custos no ambulatório. Se em 2005 todos os portugueses tivessem cessado o consumo de tabaco, teria havido menos 6200 mortes e sobretudo menos 51.000 anos de vida ajustados perdidos (Gouveia et al., 2007).

Uma redução de 3% na prevalência do tabagismo em Portugal resultaria numa redução de 3,7 milhões de euros até 2020 e de 7,5 milhões de euros até 2030, nas despesas relacionadas com tratamentos de cancro do pulmão, doenças cardiovasculares e DPOC (Eurobarómetro, 2010).

O consumo de tabaco tem também um enorme peso no orçamento familiar, com as consequências a nível da economia doméstica que daí advêm. Vários estudos demonstram que em alguns países subdesenvolvidos cerca de 10% do rendimento do agregado é gasto na compra de tabaco (WHO, 2007a).

Segundo o “The European Tobacco Control Report”, as estimativas sobre os efeitos do tabagismo na saúde pública, para o ano de 2000, na União Europeia, apontavam para custos diretos e indiretos de 97,7 a 130,3 mil milhões de euros (WHO, 2007a). Contudo, em 2010, a Comissão Europeia admitiu que os custos associados à dependência tabágica, incluindo custos diretos com a saúde e absentismo laboral, tenham ascendido aos 500 mil milhões de euros em toda a Europa (Eurobarómetro, 2010).

O tabagismo tem também um enorme impacto ecológico, “pois o cultivo, transformação e consumo de tabaco estão direta ou indiretamente associados a problemas como a desflorestação, o aquecimento global, a erosão dos solos, a contaminação das toalhas freáticas, etc.” (Geist, 1999, citado por Precioso, 2001, p. 3). O consumo de tabaco envolve ainda os custos relacionados com manutenção e limpeza dos espaços públicos, sujeitos à poluição tabágica.

Refletindo sobre o impacto económico, social, humano e ambiental, o tabagismo afirma-se uma vez mais como um problema de saúde pública prioritário, que exige a ação concertada multidisciplinar e transversal à dinâmica social. Certamente que o controlo do tabagismo é uma medida, social e económica, de extrema rentabilidade.

2. Fumo Ambiental do Tabaco

O fumo ambiental do tabaco (FAT), fumo passivo ou fumo involuntário, é uma mistura de gases e partículas libertadas para o ar, quando algum tipo de tabaco está a ser fumado (cigarros, cigarrilhas, charuto, etc.). As pessoas que inalam este tipo de fumo são denominadas fumadores involuntários ou fumadores passivos. O termo “involuntary smoke”, que se traduz por fumar involuntariamente, é a definição mais ajustável à exposição involuntária de não fumadores ao fumo libertado pelo tabaco e presente em ambientes fechados (USDHHS, 2006).

Existem basicamente dois tipos de tabagismo: tabagismo ativo, em que o fumo é inalado pelo fumador durante o ato de fumar e o tabagismo passivo, em que indivíduos não fumadores inalam o fumo do tabaco, em ambientes fechados.

Os fumadores passivos inalam carcinogéneos e outros componentes tóxicos que estão presentes no fumo do tabaco (WHO, 2007b). Contudo, um fumador ativo também se torna, obrigatoriamente, num fumador passivo, agravando assim a inalação das partículas carcinogéneas do tabaco.

O FAT é hoje o principal e mais disseminado poluente presente no meio interior. Calcula-se que o fumo passivo seja a terceira causa evitável de morte em alguns países desenvolvidos, depois do tabagismo ativo e do alcoolismo (Precioso et al., 2007).

2.1. Propriedades físico-químicas do fumo ambiental do tabaco

O cigarro contém cerca de 4700 substâncias tóxicas e irritantes (USDHHS, 2006) e a comunidade científica desconhece ainda todos os malefícios e reações químicas que decorrem da interação entre o tabaco, os aditivos inseridos no processo de fabrico e a sua combustão durante o ato de fumar (Becona & Gonzalez, 1998).

A multiplicidade de produtos contidos nos cigarros é tal, que quando falamos do tabaco usado no fabrico dos cigarros deveríamos antes referir-nos a uma mistura de ingredientes e materiais, entre os quais se incluem diferentes tipos de tabaco (WHO,

2007a). Além da combinação de tabacos, os cigarros contêm ingredientes adicionados e outros componentes não tabágicos que são inalados durante o ato de fumar, entre os quais o papel para enrolar os cigarros, as colas de costura do cigarro, tintas do logotipo, papel e materiais do filtro (PMI, 2005).

É interessante, a este propósito, consultar um documento produzido pela Philip Morris Portuguesa, no qual é bem patente a miscelânea de produtos utilizados no fabrico dos cigarros.

Basicamente, as principais marcas de cigarros do Philip Morris são cigarros de mistura americana, um tipo de cigarro que é fabricado a partir de vários tipos de tabaco. Uma das principais características dos cigarros de mistura americana é a adição de ingredientes aromáticos ao tabaco. (...) O sabor distinto dos nossos produtos é uma parte extremamente importante e valiosa da nossa estratégia comercial. (...) Na nossa opinião, qualquer avaliação de ingredientes deve considerar o facto de que os cigarros, por si só - sem ingredientes - são inerentemente não seguros e viciadores (PMP, 2003, p.5).

A combustão dos produtos contidos no tabaco leva à formação de milhares de minúsculas partículas sólidas e líquidas suspensas numa mistura de gases. De entre os vários tipos de tabaco, os cigarros em maço são os mais consumidos e são por esse motivo, os que mais contribuem para a formação do FAT (Jenkins et al., 2000, citado em CEPA, 2005).

O FAT “é um aerossol, constituído por partículas sólidas e partículas líquidas em suspensão numa mistura gasosa emitidas pela combustão dos produtos derivados do tabaco” (Precioso, 2001, p. 19). A composição do FAT varia de acordo com o calor gerado pela combustão do tabaco, tipo de tabaco, aditivos e tipo de material que o envolve (USDHHS, 2006).

Durante a combustão de um cigarro formam-se três correntes de fumo: a corrente primária (fumo central), que corresponde ao fumo que é inalado pelo fumador, a corrente secundária (fumo periférico), que corresponde ao fumo desprendido pela extremidade acesa do cigarro e a corrente terciária, que consiste no fumo libertado pelo fumador após a aspiração (Calheiros, 2006; CEPA, 2005).

A corrente de fumo secundária é gerada a mais baixas temperaturas, durante a queima lenta do cigarro entre cada trago e por esse motivo contém concentrações mais elevadas das inúmeras substâncias tóxicas e carcinogêneas que o fumo da corrente principal. A

corrente secundária constitui a principal causa da poluição do ar em ambientes fechados (Calheiros, 2006; CEPA, 2005; USDHHS, 2006).

Cerca de 85% do fumo ambiental tabágico resulta deste tipo de fumo que não passa pelo filtro (Ambrose & Barua, 2004). A corrente de fumo secundária possui uma quantidade de substâncias tóxicas muito maior do que o fumo inalado, contendo três vezes mais nicotina, três vezes mais monóxido de carbono e cinquenta vezes mais substâncias cancerígenas (Carvalho, 2000).

A corrente terciária dá um contributo apreciável para a contaminação do ar em ambientes fechados. As alterações da composição da corrente primária ocorrem nos pulmões como resultado da absorção de alguns constituintes pelo tecido pulmonar. Quando é exalado pelo fumador o fumo já tem uma composição mais atenuada.

O “fumo do tabaco é um verdadeiro cocktail de tóxicos” (Macedo & Precioso, 2004, p. 92). É uma mistura de cerca de 4700 substâncias tóxicas, algumas das quais apresentam ação farmacológica ativa, citotóxica, antigénica, mutagénica e carcinogénica (Furtado, 2002; WHO, 2006).

O FAT concentra 43 substâncias comprovadamente cancerígenas, dentre as quais estão hidrocarbonetos, pesticidas, cianeto, arsênio, níquel, benzopireno, chumbo e polónio – 210 (Carvalho, 2000; WHO, 2006). “Está demonstrada a presença de urânio, tório, polónio-210 e plutónio no fumo dos cigarros em quantidade equivalente para um fumador médio ter feito 350 radiografias por ano” (Nogueira, 2003, citado em Macedo & Precioso, 2004, p. 93).

De entre as muitas substâncias tóxicas contidas no tabaco, podemos destacar quatro substâncias por serem altamente prejudiciais à saúde: a nicotina, o alcatrão, o monóxido de carbono e as substâncias irritantes (Macedo & Precioso, 2004).

A nicotina é um alcaloide vegetal existente na planta e no fumo do tabaco. Tem propriedades psicoativas, alterando os estados de humor e atuando sobre o sistema nervoso central, gerando uma enorme dependência fisiológica. A nicotina também está associada à alteração do ritmo cardíaco, da tensão arterial e da coagulação sanguínea, interferindo ainda no sistema musculoesquelético. Todas estas implicações aumentam a

predisposição, do fumador ativo e do fumador passivo, para intercorrências cardiovasculares (Macedo & Precioso, 2004; USDHHS, 1989).

O alcatrão é uma mistura heterogénea que contém mais de 3 500 substâncias químicas, entre as quais poderosos cancerígenos (USDHHS, 1989). Para além das propriedades cancerígenas que o alcatrão apresenta, também ele é responsável pelo “aparecimento e agravamento de doenças respiratórias graves, como o enfisema e a bronquite crónica” (Pestana & Mendes, 1999, citado em Macedo & Precioso, 2004, p. 93).

Através da combustão do tabaco, obtemos um gás inodoro altamente tóxico, o monóxido de carbono. O monóxido de carbono vai bloquear a ligação da hemoglobina ao oxigénio, provocando um acentuado défice no aporte celular de oxigénio. Assim a exposição ao fumo proveniente da combustão tabágica, rico em monóxido de carbono, é um grave um fator de risco para o desenvolvimento e agravamento de diversas patologias, tais como: aterosclerose, problemas cardiovasculares e respiratórios, doença isquémica coronária e malformações fetais (USDHHS, 1989).

“As principais substâncias irritantes presentes no fumo do tabaco são os fenóis, a acroleína, o amoníaco, os aldeídos e o ácido cianídrico” (Macedo & Precioso, 2004, p. 93). Devido à capacidade que estas substâncias irritantes têm de alterar a funcionalidade dos mecanismos de proteção e limpeza das vias aéreas (através da redução da mobilidade dos cílios vibráteis e da conversão do epitélio ciliado em não ciliado), vai originar à pessoa exposta ao fumo do tabaco uma maior suscetibilidade a infeções respiratórias e doenças alérgicas (Macedo & Precioso, 2004).

A concentração de muitos dos constituintes do fumo do tabaco está acima do nível que seria letal numa exposição não intermitente. É o caso do monóxido de carbono que está presente em concentrações muito elevadas, sendo a diluição do fumo no ar ambiente e a natureza intermitente da inalação que o impedem de ser imediatamente fatal (Nunes, et al, 2007a).

A complexa constituição do fumo do cigarro é comprovadamente responsável por múltiplos e deletérios efeitos na saúde humana (WHO, 2006). De acordo com diretivas europeias, na rotulagem do tabaco é obrigatória a menção dos teores de nicotina, monóxido de carbono e de alcatrão. Todavia, independentemente dos valores expressos,

medidos em função de normas internacionais, todos os produtos do tabaco são nocivos à saúde, não havendo um limiar seguro de exposição (WHO, 2006; WHO, 2007a).

2.2. Morbimortalidade associada ao fumo ambiental do tabaco

Fumar tem consequências devastadoras na saúde dos fumadores e também na saúde de todos os que inalam, voluntária ou involuntariamente, o fumo resultante da combustão dos produtos de tabaco.

Não existe nenhum limiar seguro de exposição ao fumo ambiental tabágico, sendo todos os produtos e formas de tabaco nocivos para a saúde. É consensual reconhecer que o tabagismo é um fator de risco não só para o próprio fumador, mas também, para os não fumadores expostos em espaços poluídos pelo fumo do tabaco (Comissão das Comunidades Europeias, 2007; USDHHS, 2006; WHO, 2006).

O relatório do United States Department of Health and Human Services (USDHHS, 2006) conclui que mesmo respirando uma quantidade mínima de fumo de tabaco, estamos a colocar a saúde em risco. Este mesmo relatório refere também que, num mesmo espaço interior, separando os fumadores dos não fumadores, e/ou instalando sistema de ventilação, não se consegue eliminar por completo a exposição ao fumo ambiental do tabaco.

Um estudo efetuado em 2004 por várias entidades europeias certificadas na luta tabágica (The Smoke Free Partnership, 2006) estima, que em 2002 na União Europeia, o FAT tenha sido responsável pela morte de mais de 16600 não fumadores expostos no domicílio e mais de 2800 pessoas não fumadoras expostas no local de trabalho. O referido estudo sugere ainda que em Portugal, em 2002, tenham ocorrido 457 mortes de fumadores expostos ao FAT (432 mortes devido à exposição em casa e 27 mortes devido à exposição no local de trabalho).

Existem diversos estudos científicos que reportam a existência de imensos efeitos adversos na saúde dos não fumadores expostos ao FAT. A exposição ao fumo do tabaco é responsável por inúmeras alterações orgânicas que se manifestam mesmo após uma exposição curta e não severa. As queixas e sintomas mais frequentemente reportados

são a irritação nasal e ocular, rinorreia, tosse com expectoração e pieira (ONDR, 2010; USDHHS, 2006).

No entanto, a exposição ao FAT tem consequências mais graves na saúde das pessoas. Existe evidência suficiente para atribuir uma relação causa/efeito entre a exposição ao fumo passivo e o cancro do pulmão, as doenças cardiovasculares, bem como diversas patologias respiratórias de natureza aguda e crónica (Comissão das Comunidades Europeias, 2007; USDHHS, 2006; WHO, 2004b).

As evidências sugerem que um não fumador exposto ao fumo ambiental do tabaco apresenta um risco acrescido de 20 a 30% de vir a sofrer de cancro do pulmão. É ainda evidente a relação da exposição ao FAT com a exacerbação de sintomas pré-existentes, como a asma e a DPOC (ONDR, 2011; USDHHS, 2006; WHO, 2012).

O tabagismo, ativo e passivo, é um fator de risco *major* de infeções respiratórias e infeções sistémicas, pois a inalação do fumo do tabaco, que contém inúmeras substâncias tóxicas e irritantes, altera significativamente a resposta imunológica celular e humoral. A nicotina é também uma substância fortemente imunossupressora, devido à libertação de catecolaminas e glucocorticoides (Ravara, 2011, citado por ONDR, 2011).

Fumar e/ou estar exposto ao FAT são importantes fatores de risco para pneumonia, infeções do trato respiratório superior e inferior, epidemia da gripe e tuberculose, associando-se quer a uma maior incidência, quer a um maior risco de complicações e gravidade, hospitalizações e mortalidade (Ravara, 2011, citado por ONDR, 2011).

O risco de não fumadores virem a sofrer complicações cardiovasculares é aumentado em cerca de 25% a 30% quando estão expostos ao fumo passivo do tabaco, existindo ainda alterações comprovadas nas propriedades da rede vascular. A investigação tem demonstrado um aumento de 50% na progressão do processo de arteriosclerose nos fumadores ativos e de 20% nos fumadores passivos (CEPA, 2005; Howard et al., 1998).

Em resumo, “entre os efeitos do tabagismo passivo comprovados no adulto através de estudos epidemiológicos incluem-se o cancro do pulmão, a doença cardiovascular, a ocorrência de sintomas respiratórios e o agravamento da asma. Os efeitos prováveis do fumo passivo são a redução da função pulmonar e a ocorrência de outros cancros” (Pestana et al., 2006, p. 240).

A evidência de que a exposição ao fumo ambiental do tabaco é prejudicial para a saúde, em todas as fases da vida do ser humano é consistente, robusta e consensual. No entanto, os efeitos do FAT variam de acordo com a sua condição individual e sensibilidade, destacando a suscetibilidade acrescida de crianças, grávidas, idosos e indivíduos com patologias de base, em que as consequências da exposição ao fumo ambiental do tabaco são mais devastadoras (Bulhões, Silva, Ferreira, Magalhães & Peixoto, 2007; Comissão das Comunidades Europeias, 2007; WHO, 2004b).

As crianças e os recém-nascidos são particularmente vulneráveis aos efeitos perniciosos do FAT, uma vez que apresentam um menor desenvolvimento das vias aéreas superiores/inferiores e um sistema imunitário mais deficitário. Assim, estão mais predispostos a contrair doenças relacionadas com a exposição ao FAT, aconselhando-se a extinção da exposição ao fumo do tabaco (Pestana et al., 2006; USDHHS, 2006).

Existe evidência epidemiológica de que a exposição de crianças ao FAT aumenta o risco de meningite bacteriana e de infeções respiratórias, nomeadamente de pneumonia, otite e outras infeções do trato respiratório inferior (Ravara, 2011, citado por ONDR, 2011).

As crianças filhas de pais fumadores têm mais problemas respiratórios agudos (pieira, dispneia, infeções respiratórias de repetição, bronquite, pneumonia) e padecem mais frequentemente de patologias do ouvido médio, bem como de indução e exacerbação de asma e rinite (Bulhões et al., 2007; Calheiros, 2006; Nunes, 2006).

A exposição ao FAT é também particularmente grave para a mulher, estando reportadas interações várias entre o fumo do tabaco e a toma de contraceptivos orais, aumentando o risco de doença coronária e de osteoporose (Precioso, 2001). Existe ainda, relação causa/efeito entre o cancro da mama em mulheres jovens e a exposição ao FAT (CEPA, 2005).

Existem muitas variáveis capazes de alterar o grau de exposição humana ao FAT, tais como: a fonte de poluição (tipo de tabaco), a força da fonte (varia de acordo com o número de fumadores e do número de cigarros fumados em determinada unidade de tempo e volume), a concentração de FAT no ar ambiente e o tempo de exposição (Comissão das Comunidades Europeias, 2007; Precioso, 2001).

Relativamente à morbimortalidade associada à exposição tabágica existe uma relação de dose-resposta, ou seja, quanto maior o grau de exposição ao FAT, maior o risco de contrair uma das inúmeras doenças a ele associadas (Precioso, 2001).

2.3. Exposição tabágica

O tabaco é o único produto de consumo legal que pode prejudicar todas as pessoas expostas ao seu consumo. Ao contrário de outras substâncias, o efeito nocivo não é imediato, leva anos ou décadas a aparecer, o que faz com que esta epidemia seja subvalorizada (WHO, 2008).

O domicílio, os locais de trabalho e alguns espaços públicos, como restaurantes e cafés/bares, são os principais locais onde a exposição ao fumo passivo se verifica. O nível de exposição depende, necessariamente, da presença de fumadores nesses espaços, mas também do seu comportamento em relação aos não fumadores (Nunes, 2002).

Dados relativos ao nosso país recolhidos em 1992, pela Comissão Europeia, no âmbito do Programa Europa contra o Cancro, revelaram que os inquiridos conviviam com fumadores, maioritariamente nos seguintes locais: no domicílio (36%), nos locais de trabalho (50%), em restaurantes ou locais de venda de bebidas (77%). Cerca de 33% dos fumadores inquiridos referiram abster-se, frequentemente, de fumar, em presença de não fumadores. Todavia, cerca de 29% afirmaram nunca se abster e 37% faziam-no apenas às vezes (Nunes, 2002).

Apesar da gravidade para a saúde das crianças, os estudos demonstram que existe uma elevada prevalência de crianças expostas ao fumo do tabaco. A OMS estimava, em 1999, que cerca de metade das crianças existentes no mundo (700 milhões) respiravam ar contaminado pelo FAT, especialmente nas suas casas. Os principais responsáveis pela exposição da criança ao FAT no domicílio são os pais (WHO, 1999).

Um estudo realizado em Portugal, em 2002/2003, numa amostra constituída por 1141 alunos de 12-15 anos de idade, mostrou que 38% estavam expostos diária ou ocasionalmente ao FAT, pelo facto de os seus familiares mais próximos (pai, mãe ou irmão) fumarem diária ou ocasionalmente em casa (Campos, 2008; Precioso et al., 2007).

A análise do Eurobarómetro, realizada em Outubro/Novembro de 2006 e publicada em Maio de 2007, avaliou as atitudes dos europeus face ao tabaco. Neste relatório podemos verificar que 80% dos portugueses inquiridos acreditavam que o fumo do tabaco causa problemas de saúde nos não fumadores. Contudo, 59% dos portugueses fumadores inquiridos afirmaram que fumavam regularmente no domicílio e 18% referiram que o faziam apenas ocasionalmente. Quando colocada a questão se, em casa, fumavam na presença de não fumadores, 27% afirmaram que fumavam regularmente e 36% admitiram que o faziam apenas ocasionalmente. Quando os fumadores se encontravam em casa e na companhia de crianças, 6% referiram que fumavam regularmente na presença delas e 26% afirmaram que fumavam ocasionalmente na sua presença. Ao serem questionados sobre o seu consumo tabágico no domicílio, na presença de mulheres grávidas, 4% dos fumadores responderam que fumavam regularmente e 19% fumavam ocasionalmente na presença destas (Eurobarómetro, 2007).

Não restando quaisquer dúvidas que só estamos seguros num ambiente 100% livre de fumo de tabaco, é necessário que existam leis que protejam todos aqueles que involuntariamente estão em contacto com o FAT.

Em Portugal, em 2007, deu-se o primeiro grande passo governamental na luta contra o tabagismo passivo através da Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto, que visa a prevenção do tabagismo e a proteção a exposição involuntária ao fumo.

De acordo com os dados do Eurobarómetro 2010, existe evidência da diminuição da exposição passiva ao tabaco no domicílio após a implementação da Lei do Tabaco. O creditado organismo refere que, relativamente à afirmação “não é permitido fumar em minha casa” 29% dos inquiridos portugueses responderam afirmativamente em 2006 e 56% em 2009, aumentando nitidamente a percentagem de “domicílios sem fumo”.

Refletindo sobre a realidade do concelho de Macedo de Cavaleiros, relativamente à regulamentação de espaços sem fumo, e apesar de não existir nenhum estudo realizado sobre a temática, numa observação atenta, verificamos que o cumprimento da Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto, que entrou em vigor em a 1 de Janeiro de 2008, é muito precário, fumando-se em grande parte dos estabelecimentos do sector da restauração e diversão (discotecas, cafés e bares).

Citando a Comissão das Comunidades Europeias, (2007, p. 13), “uma lei sem exceções seria a medida que mais poderia contribuir para a desnormalização do tabaco na sociedade, pois a dinâmica assim criada motivaria os fumadores a reduzir o tabaco ou deixar de fumar, desincentivando os jovens de começar a fazê-lo ”.

O desenvolvimento de novas políticas, intervenções legais e a alteração de normas sociais tem diminuído a exposição ao FAT, principalmente em espaços públicos e locais de trabalho. No entanto, uma vez que investigações anteriores demonstraram que a exposição das crianças ocorre maioritariamente no domicílio e provém, essencialmente, do consumo tabágico parental, facilmente se verifica que é necessário fazer mais no sentido de diminuir ou eliminar o fumo passivo em casas onde residam crianças. (Campos, 2008; Precioso, Macedo & Rebelo, 2007).

A Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto, e qualquer regulamentação legal, deixa ainda a descoberto a problemática da exposição ao FAT no domicílio. Neste sentido, será importante que os profissionais de saúde desempenhem um papel preponderante na sensibilização e informação dos riscos da exposição ao FAT, com especial enfoque na proteção das crianças, grávidas e idosos, por serem os grupos mais vulneráveis.

Neste momento, o estado português prepara-se para rever a Lei do Tabaco e implementar novas diretivas relativas à regulamentação do tabagismo, controle do consumo e proteção a exposição involuntária ao fumo do tabaco. Certamente, as medidas a implementar serão uma mais-valia para o controle da epidemia tabágica, com ganhos consideráveis em saúde pública.

3. Intervenção Comunitária e Saúde Pública

Os cuidados de saúde primários (CSP), definidos na declaração de Alma-Ata (1978) como cuidados essenciais de saúde, são o meio chave para alcançar o objetivo da “saúde para todos”, devendo pautar-se pela acessibilidade universal, equidade e justiça social e investir na prevenção da doença, na promoção da saúde e na participação ativa dos indivíduos e comunidades no seu projeto de saúde (OMS, 1978; OMS, 1986).

A saúde pública tem por objetivo a melhoria do estado da saúde, o aumento da longevidade e a melhoria da qualidade de vida da comunidade, através de estratégias de promoção da saúde, prevenção da doença e outras formas de intervenção em saúde (Portal da Saúde Pública, 2010).

Considerando a problemática do tabaco, a investigação e intervenção na área do consumo tabágico é de primordial importância a nível da saúde individual, saúde comunitária e saúde pública, abordando e intervindo assim num dos mais graves problemas de saúde pública moderna (WHO, 2008).

A prevenção e o controlo do tabagismo constituem uma das áreas de ação prioritária da Direção-Geral da Saúde, inserida no objetivo mais vasto de prevenção da doença e promoção da saúde, através da criação de condições que facilitem a adoção de estilos de vida saudáveis.

Tendo presente que a evidência científica indica que o investimento no controlo da epidemia tabágica constitui uma das vias mais efetivas para a obtenção, a curto e a médio prazo, de uma redução na morbilidade e mortalidade relacionadas com o consumo de tabaco, é fundamental implementar medidas, com particular referência na redução do consumo de tabaco nos jovens, no reforço das intervenções no domínio da cessação tabágica e na proteção dos não fumadores da exposição ao fumo ambiental do tabaco (Nunes et al., 2007a).

Face ao exposto, a intervenção no tabagismo é uma área de fulcral interesse, estando os cuidados de saúde primários e a saúde pública, numa situação privilegiada para apoiar a

cessação em todos os fumadores e para intervir na prevenção do consumo tabágico (Nunes et al., 2007a).

3.1. O papel dos profissionais de saúde no controlo da epidemia tabágica

A luta contra o tabagismo deve ser uma preocupação central de todos os intervenientes da sociedade e ser encarada como uma atividade de cidadania organizada, em que se verifique a participação ativa dos cidadãos. Não obstante esta necessidade de participação coletiva, o papel dos profissionais de saúde como educadores e modelos sociais é da maior relevância.

O tabagismo deve ser encarado pelos profissionais de saúde como uma doença crónica, mas também como um determinante de saúde totalmente evitável, que deve ser prevenido e controlado. Tornam-se assim fulcrais as intervenções no âmbito da prevenção da iniciação tabágica, da cessação tabágica e do controlo da exposição ao FAT, traduzindo-se certamente em ganhos na saúde individual e coletiva (Pan American Health Organization, 2000; Nunes, 2006).

É essencial que os profissionais ligados à área da saúde estejam motivados e sensibilizados para os problemas associados ao consumo de tabaco (DGS, 2004). Estes profissionais têm uma responsabilidade acrescida, não só pelo seu urgente envolvimento no controlo do tabagismo, como também pelo exemplo que transmitem à comunidade (Precioso, 2006; Rebelo, 2004).

Os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, os médicos de família, os médicos e enfermeiros de saúde ocupacional, os pediatras e os pneumologistas devem atuar na prevenção do tabagismo e na promoção da saúde, pois têm contacto privilegiado com pais e adolescentes. Por outro lado, “são profissionais nos quais as pessoas depositam extrema confiança” (Precioso et al., 2007, p. 265).

A temática da prevenção e do controlo do tabagismo deve também ser abordada no âmbito da educação para a cidadania, a nível dos ensinos básico e secundário e dos curricula da formação profissional, bem como da formação pré e pós-graduada dos professores e dos profissionais de saúde, em particular dos médicos, dos farmacêuticos

e dos enfermeiros, enquanto agentes privilegiados de educação e promoção da saúde (Nunes et al., 2007a).

A problemática do tabagismo deverá fazer parte da formação curricular e profissional de todos os profissionais de saúde, tal como já estabelece a Lei do Tabaco de 2007, para que todos os profissionais trabalhem de forma sincronizada e esquematizada a prevenção e controlo do tabagismo (Pestana et al., 2006).

Os profissionais de saúde devem delinear estratégias/intervenções que atuem aos três níveis de prevenção na área do tabagismo: prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária terá como principal objetivo a promoção da saúde, através da prevenção da iniciação tabágica e da proteção à exposição ao FAT, objetivando medidas de proteção específicas destinadas a crianças e adolescentes, mas abrangendo a população em geral. A prevenção secundária é dirigida aos fumadores e tem como principal objetivo o diagnóstico precoce e o tratamento imediato. A prevenção terciária é igualmente dirigida aos fumadores e tem como principal objetivo o tratamento e a reabilitação, analisando as limitações e incapacidades do fumador (Pestana et al., 2006).

O enfermeiro, como membro da equipa multidisciplinar de saúde, é um elemento integrador e multiplicador de conhecimentos, através do diagnóstico de saúde da comunidade e do indivíduo, do planeamento de intervenções e da execução de projetos de intervenção comunitária, visando sempre, a adoção de estilos de vida promotores de saúde e claro, ganhos em saúde pública (Ordem dos Enfermeiros, 2001; Ordem dos Enfermeiros, 2003).

A profissão de enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, distinguindo-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restauração, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados ao indivíduo, família e grupos que compõem a comunidade (Correia, Dias, Coelho, Page & Vitorino, 2001).

O papel do profissional de saúde, em cuidados de saúde primários, na prevenção do tabagismo é crucial. A abordagem ao tabagismo, verificando o facto de o utente ser fumador ou não fumador, deve ser integrada sistematicamente na abordagem clínica, determinando desde logo o eventual encaminhamento do fumador ou intervindo de

forma sucinta na prevenção do tabagismo (Pestana et al., 2006). Mudar a norma social e a *praxis* clínica depende de todos nós (Ravara, citada por ONDR, 2011).

É também fundamental que se desenvolvam ações concertadas e transversais a toda a comunidade, com o envolvimento ativo de parceiros sociais, poder autárquico, escolas e comunidade, que visem não só a redução do consumo tabágico (prevenção da iniciação e diminuição de prevalência de fumadores), mas também a proteção da exposição ao FAT.

Além dos profissionais de saúde, também os professores são um grupo fundamental na prevenção do tabagismo, pelo facto de a escola ser um espaço primordial de formação e promoção da saúde. Para serem atingidos níveis máximos de sucesso na aplicação de ações de prevenção sobre o tabagismo nos jovens, a articulação entre professores e profissionais de saúde, em particular com os enfermeiros que atuam a nível das equipas de saúde escolar, terá que ser uma realidade, dentro de um modelo de Escolas Promotoras de Saúde (Precioso, 2006).

3.2. Intervenção, prevenção e controlo do tabagismo: prevenção da iniciação tabágica, proteção da exposição ao fumo ambiental do tabaco e cessação tabágica

O controlo do tabagismo é a medida preventiva mais importante perante os efeitos devastadores do consumo de tabaco na saúde pública e na economia mundial (Pamplona & Mendes, 2009; WBG, 2001).

A epidemia tabágica é inteiramente evitável. Os meios para reduzir a epidemia são claros e estão ao alcance do poder político, sendo fundamental criar um ambiente favorável à cessação tabágica e à prevenção da iniciação do consumo, intervindo assim no controlo do tabagismo e na exposição tabágica (Health and Consumer Protection, 2006; WHO, 2008). A prevenção do tabagismo e a cessação tabágica devem ser, por isso, uma prioridade e estarem incluídas nos cuidados de saúde prestados pelos serviços de saúde, quer primários quer diferenciados (Diário da República, 2005).

Para promover o controlo da pandemia tabágica, é fundamental desenvolver mais investigação e mais competência humana, mas também mais intervenção, com programas de educação e promoção da saúde. É necessário implementar medidas de

prevenção da iniciação tabágica e intervenções de motivação para a mudança nos fumadores, bem como consultas de cessação tabágica, numa dupla vertente, a cessação e a prevenção da recaída (Becoña, 2004; Fiore et al., 2000; Soares e Carneiro, 2002).

Este é um empreendimento difícil que exige a participação da sociedade como um todo. Cidadãos em geral, empresários, profissionais da saúde, educação e justiça, bioquímicos, investigadores, comunicação social, técnicos de *marketing*, poder político, líderes de opinião e figuras públicas, todos tem um contributo imprescindível a prestar, pois a dependência de cigarros é um problema complexo e multifacetado (Becoña & Gonzalez, 1998).

O tabaco, embora seja uma droga, é um produto lícito, e o seu consumo socialmente aceite. Por esse motivo, a prevenção do tabagismo é uma tarefa árdua, mas não impossível. É necessário que os esforços de controlo do tabagismo sejam focalizados e direcionados maioritariamente para uma **dimensão preventiva**, atuando-se a uma escala mundial em diferentes frentes: vários escalões etários, grupos particularmente sensíveis e diferentes condições socioeconómicas e culturais (Pestana et al., 2006).

Prevenção significa “inibição do desenvolvimento de uma doença antes que ela ocorra, onde se incluem medidas que interrompam ou atrasem a progressão da doença” (Pestana et al., 2006, p. 248). No caso específico do tabagismo, a intervenção terá que ter como objetivos fundamentais: “prevenir a iniciação do tabagismo nos jovens; encorajar e promover a cessação nos fumadores; reduzir a quantidade de substâncias nocivas nos cigarros, para diminuir o risco dos fumadores que mantenham o hábito e adotar medidas de proteção para os não-fumadores” (Pestana et al., 2006, p. 249).

Dada a multiplicidade de fatores implicados na génese do tabagismo, a sua abordagem requer uma combinação integrada de múltiplas estratégias, centradas na prevenção da iniciação do consumo, na promoção da cessação, na proteção da exposição ao fumo ambiental e na criação de climas sociais e culturais favoráveis à adoção de estilos de vida saudáveis.

Considerando as medidas fiscais e de regulamentação do tabaco, o aumento do preço dos produtos do tabaco é aquela que apresenta a maior efetividade. A proibição total da publicidade e patrocínio aos produtos do tabaco, as disposições legais de restrição de

fumar em locais fechados e a promoção da cessação tabágica constituem abordagens igualmente efetivas e que devem ser alvo de um forte investimento (Nunes et al., 2007a; WBG, 2001).

Relativamente à proteção dos não-fumadores, e face ao exposto neste enquadramento teórico, é fundamental uma intervenção a nível familiar, com o desenvolvimento de estratégias que permitam envolver os pais, procurando assim aumentar os domicílios sem fumo, limitando largamente a exposição ao FAT de crianças e também de idosos.

Com base nas estimativas do Banco Mundial (2001), o investimento na **cessação tabágica** constitui a via mais custo-efetiva para a obtenção, a curto e a médio prazo, de melhorias nos indicadores de morbidade e mortalidade relacionados com o consumo diminuir para metade o número de jovens que anualmente começa a fumar, evitar-se-ão vinte milhões de mortes acumuladas até 2050 (Peto et al., 2006).

Embora o investimento na prevenção do consumo de tabaco nos jovens deva, naturalmente, continuar a merecer um forte investimento, em particular no contexto dos programas e iniciativas de promoção da saúde familiar, da saúde materna, infantil e juvenil, e em meio escolar, há necessidade de pôr em prática e de reforçar as estratégias de apoio aos fumadores que desejem parar de fumar, em simultâneo com a implementação de medidas que visem a criação de ambientes livres de fumo do tabaco e que facilitem a adoção de estilos de vida promotores de saúde (Hopkins et al., 2001; Nunes et al., 2007a).

Parar de fumar é benéfico em qualquer idade, mas os benefícios são tanto maiores quanto mais precocemente se verificar a cessação tabágica. A cessação tabágica tem sempre como consequência uma melhoria do estado de saúde individual, promovendo benefícios imediatos em ambos os sexos, em todas as idades e em indivíduos com ou sem doenças relacionadas com o tabaco (Doll, Peto & Boreham, 2006; Ravara, 2004).

O relatório do USDHHS sobre as consequências para a saúde associadas ao consumo de tabaco, reforça os benefícios para a saúde decorrentes da cessação tabágica, que se iniciam quase de imediato após o consumo do último cigarro (USDHHS, 2004).

Uma vez finalizado o consumo de tabaco: 20 minutos depois, o ritmo cardíaco baixa; 12 horas depois, o nível de monóxido de carbono no sangue regressa aos valores normais;

2 semanas a 3 meses depois, o risco de ocorrência de enfarte de miocárdio desce e a função pulmonar aumenta; 1 a 9 meses depois, a ocorrência de tosse e dispnéia diminuem; 1 ano depois, o risco de doença cardíaca coronária desce para metade; 5 anos depois, o risco de AVC iguala o de um não fumador; 10 anos depois, o risco de cancro do pulmão é cerca de metade do de um fumador, o risco de cancro em diversas localizações também diminui; 15 anos depois, o risco de doença cardíaca coronária é igual ao de um não-fumador. Não são ainda de menosprezar outros benefícios decorrentes da cessação tabágica, como os económicos, os sensoriais, os estéticos e a melhoria da auto-estima (USDHHS, 2004).

Uma vez que a maior parte dos fumadores é dependente da nicotina, mas quer parar de fumar, necessitando de ajuda para tal, torna-se fundamental o papel de todos os profissionais de saúde no apoio ao doente fumador (Nunes et al., 2007a). Os programas de cessação tabágica devem ser desenvolvidos pelos cuidados primários de saúde e pelos serviços de saúde especializados (Fagerström, 2002), com base na comunidade e devendo dar-se especial prioridade aos fumadores de alto risco (Farrow & Samet, 1991).

Existem três fatores que influenciam, seriamente, a cessação tabágica e que, por este motivo devem ser tidos em consideração nas intervenções dos profissionais de saúde. Destacam-se então, como fatores que motivam a cessação tabágica, a preocupação da exposição dos filhos, família e amigos ao fumo do tabaco, o receio que os filhos venham a fumar por seguirem o exemplo dos pais e o conselho do profissional de saúde para deixar de fumar (Costa, 2006). Estudos mostram também, que alguns conselhos emitidos pelos profissionais de saúde sobre os perigos do tabagismo e a importância de deixar de fumar constituem um dos métodos mais eficazes para diminuir o consumo de tabaco (WHO, 2001).

Nos últimos anos muito tem sido feito na área do tabagismo a nível mundial, com impacto efetivo no controlo da epidemia tabágica, sendo contudo essencial, manter a focalização no tabagismo, adequando intervenções e restringindo medidas (DGS, 2011; WHO, 2011).

Salientamos duas medidas que estão atualmente em estudo, a nível nacional, para implementar na revisão da Lei do Tabaco. A DGS prepara pareceres para avançar com a

interdição total de fumo em espaços públicos fechados. O diretor-geral da saúde admite que a lei do tabaco vai mudar no sentido de proibir o fumo nos espaços públicos fechados, “assegurando que o ar interior dos espaços públicos fechados seja livre de fumo, na perspetiva de reduzir a exposição ao fumo de tabaco, em especial para os não fumadores. Não é aceitável que quem não fuma acabe por fumar os cigarros dos outros” (DGS, 2012). Outra medida a salientar é a proposta de acabar com as máquinas de venda de tabaco. O secretário de estado adjunto da saúde realça que as medidas que estão a ser estudadas visam “diminuir o número de novos fumadores e fazer um trabalho muito específico no sentido da diminuição do acesso dos jovens ao tabaco” (Ministério da Saúde, 2012,).

Existem vários projetos que estão a ser desenvolvidos na área da prevenção e cessação do consumo de tabaco, quer de âmbito nacional, quer local. É contudo vital que todos os esforços mobilizados em prol da luta tabágica sejam sistematicamente avaliados e ajustados de acordo com a evidência científica e dados epidemiológicos atualizados.

Torna-se assim de extrema pertinência a realização desta investigação, procurando um conhecimento aprofundado sobre a problemática do tabagismo no concelho de Macedo de Cavaleiros, podendo constituir-se um instrumento concreto e acessível às equipas de trabalho, visando, em objetivo máximo, melhorias efetivas na saúde pública da nossa população.

II PARTE

FASE EMPÍRICA

1. Metodologia

A investigação científica caracteriza-se como um processo que permite solucionar problemas ligados ao conhecimento de fenómenos do mundo real (Fortin, 2000). A prestação de cuidados de saúde implica o uso sistemático da última evidência científica, pressupondo formação contínua e investigação constante, procurando respostas sólidas, científicas e válidas para as questões com que diariamente nos deparamos. Os estudos científicos e a investigação metodológica são uma importante fonte de informação para as equipas de trabalho, bem como para os gestores e governantes, facultando um conhecimento dos determinantes de saúde da população, das suas realidades e perceções, objetivando assim a consecução de programas de intervenção comunitária ajustados às expectativas e necessidades em saúde das populações.

Qualquer investigação preconiza a descoberta ou resposta a uma situação considerada problemática num determinado campo do saber ou contexto, numa perspetiva de contribuição para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo (Weyne, 2004).

Neste estudo, baseando-nos no preceito supracitado e partindo de uma progressão lógica definida a partir da experiência profissional e académica, da revisão teórica e dos momentos de orientação, delineou-se o seguinte problema, motor desta investigação: *Qual o consumo tabágico na população com idade igual ou superior a 18 anos do concelho de Macedo de Cavaleiros?*

Procurando responder à questão de investigação, são objetivos deste estudo:

- Identificar a prevalência de fumadores na população com idade igual ou superior a 18 anos do concelho de Macedo de Cavaleiros;
- Caracterizar o consumo tabágico na população em estudo;
- Relacionar o consumo tabágico com as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas;
- Avaliar a exposição ao fumo ambiental do tabaco na amostra em estudo;

- Disponibilizar dados sobre a realidade tabágica no concelho de Macedo de Cavaleiros, que promovam e facilitem o planeamento de intervenções comunitárias no âmbito da cessação tabágica e exposição ao FAT;
- Realizar um plano estruturado de intervenção no âmbito da cessação tabágica e da redução da exposição ao FAT no concelho de Macedo de Cavaleiros, intervindo nas potenciais problemáticas identificadas com a presente investigação.

O consumo tabágico é a variável dependente, utilizando-se o teste de Fagerström, para avaliar a dependência tabágica e o teste de Richmond, para avaliar a motivação para deixar de fumar. As variáveis independentes podem ser reunidas em três grupos:

- Sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, local e freguesia de residência, habilitações literárias, situação profissional e profissão/ocupação;
- Comportamentais: atividade física, consumo de álcool, exposição ao fumo ambiental do tabaco;
- Clínicas: problemas de saúde diagnosticados.

Procedemos à operacionalização das variáveis idade e atividade profissional, para facilitar a análise dos dados. Assim, relativamente à idade temos 5 classes etárias: 18-24, 25-39, 40-64, 65-79 e idade igual ou superior a 80 anos. A divisão das classes etárias teve por base o Eurobarómetro (2010), de forma a permitir a comparação de dados. Foram contudo realizados alguns ajustes, visando o planeamento de intervenções. As profissões dos sujeitos foram catalogadas por grupos profissionais de 0 a 9, de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (CPP/2010) e com 10 a categoria “estudante” por não se enquadrar em nenhum dos grupos referidos. No anexo III apresentamos um resumo dos grupos profissionais sugeridos pela CPP/2010 e adotados no nosso estudo.

Face aos objetivos delineados, decidimos desenvolver um estudo observacional, descritivo, transversal e de carácter epidemiológico, com uma abordagem quantitativa.

A opção metodológica pode ser fundamentada recorrendo a Ribeiro (2010), que define os estudos observacionais-descritivos-transversais como procedimentos que permitem obter informação acerca da população em estudo, focando um grupo representativo da população num único momento da colheita de dados. Este autor refere ainda, que o

método epidemiológico permite identificar a distribuição de doenças e os fatores que lhe estão associados, sendo os estudos correlacionais, métodos epidemiológicos em que se estuda a ocorrência de determinadas doenças e se relaciona com potenciais fatores de risco.

Recorremos assim, à metodologia quantitativa, que pode ser definida como um procedimento que envolve a análise de dados distribuídos por variáveis quantificáveis (dados numéricos), uma vez que resultam da medição formal (Freixo, 2009).

Como hipóteses de estudo definiram-se nove enunciados, que decorrem da relação das variáveis que nos propomos investigar. Assim, como enunciados das hipóteses de estudo temos:

H1 – O consumo tabágico na população com idade igual ou superior a 18 anos do concelho de Macedo de Cavaleiros é diferente segundo as variáveis sociodemográficas.

H2 – Há relação entre o consumo tabágico e a prática de atividade física dos indivíduos inquiridos.

H3 – Há relação entre o consumo tabágico e consumo de álcool dos indivíduos inquiridos.

H4 – Há relação entre o consumo tabágico e a existência de problemas de saúde dos indivíduos inquiridos.

H5 – A exposição ao fumo tabágico na população com idade igual ou superior a 18 anos do concelho de Macedo de Cavaleiros é diferente segundo existência de fumadores no agregado familiar.

H6 – Há relação entre a dependência tabágica, percecionada pelos fumadores inquiridos e a dependência tabágica, aferida pelo teste de Fagerström.

H7 – A dependência tabágica, aferida pelo teste de Fagerström é diferente segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas.

H8 – A motivação para deixar de fumar, avaliada pelo teste de Richmond é diferente segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas.

H9 – Há relação entre a motivação para deixar de fumar, avaliada pelo teste de Richmond e a dependência tabágica, aferida pelo teste de Fagerström.

1.1. Amostragem

A população do nosso estudo é constituída pelos indivíduos com 18 ou mais anos, residentes no concelho de Macedo de Cavaleiros, englobando um total de 14 292 indivíduos (INE, 2011; SINUS, 2011). A escolha da população maior de 18 anos como população alvo prende-se ao facto de nos adolescentes e jovens já existir uma intervenção concertada através do PELT (Programa Escolas Livres de Tabaco), que inclui avaliação da incidência e prevalência dos fumadores.

O concelho de Macedo de Cavaleiros insere-se num contexto socioeconómico e cultural marcado pela ruralidade, envelhecimento populacional e acentuada desertificação, caracterizando-se como uma zona essencialmente de agricultura de subsistência e de indústria incipiente, tendo o sector dos serviços público e privado uma razoável implantação. Socialmente é uma região envelhecida, com forte pendor de imigração e desertificação do meio rural (Câmara Municipal de Macedo de Cavaleiros, 2011).

A nível geográfico o concelho é constituído por trinta e oito freguesias, agrupando sessenta e sete localidades, que se estendem por uma abrangente área geográfica de 699,3 km². O concelho é bastante disperso a nível geográfico, tendo freguesias muito distantes da sede de concelho. Salientam-se ainda, os percursos sinuosos e os invernos rigorosos que dificultam o acesso às localidades e agravam o isolamento de uma população envelhecida (Câmara Municipal de Macedo de Cavaleiros, 2011).

Para seleccionarmos a amostra a investigar optamos por um processo de amostragem não probabilística por quotas, que refletisse a distribuição etária e geográfica da população alvo. Assim, consideramos uma amostra de 900 indivíduos (6,3% da população), selecionados acidentalmente, visando a disponibilidade, rapidez e o menor custo na recolha de dados. Os elementos da amostra foram selecionados entre os que foram primeiramente contactados presencialmente nas trinta e oito freguesias do concelho, no mês de Fevereiro e Março de 2012.

Definimos como critérios de seleção da amostra: indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, conscientes, orientados e com capacidade de comunicação, que aceitassem participar voluntariamente no estudo.

Considerando as condicionantes do processo de amostragem não probabilística e procurando reduzir as suas limitações realizamos quotas que refletissem a distribuição etária e geográfica da população alvo das diferentes freguesias do concelho, optamos ainda por realizar a colheita de dados em períodos (fim de semana e período semanal) e locais (cafés, domicílios, zonas de repouso e lazer, (...)) distintos em cada freguesia, para abranger todos os estratos societários da população.

Para identificarmos o erro amostral do nosso estudo, recorreremos à fórmula (Oliveira e Grácio, 2005):

N = tamanho da população
E = erro amostral tolerado
n_0 = primeira aproximação do tamanho da amostra
n = tamanho da amostra a utilizar
$n_0 = \frac{1}{E^2}$, portanto $n = \frac{N \times n_0}{N + n_0}$

Sendo a população em estudo composta por 14292 indivíduos e a amostra constituída por 900 indivíduos (6,3% da população) verificamos que na nossa investigação temos um erro amostral de 3,25%.

1.2. Procedimentos de recolha e análise de dados

Para a colheita de dados utilizamos uma entrevista estruturada – formulário (Anexo I), composta por três partes: a primeira alude aos dados sóciodemográficos, a segunda engloba as variáveis comportamentais relacionadas com a saúde, problemas de saúde existentes e exposição tabágica e a última corresponde à caracterização do consumo tabágico, na qual utilizamos o teste de Fagerström, para avaliar a dependência tabágica e o teste de Richmond, para avaliar a motivação para deixar de fumar.

A caracterização do consumo de tabaco engloba informação sobre o início do consumo, o número de cigarros/dia, a carga tabágica, as tentativas anteriores para deixar de fumar, a dependência tabágica e a motivação para a cessação (Fagerström, 2003).

A avaliação do grau de dependência é fundamental para o próprio fumador constatar o seu nível de dependência e é um procedimento essencial nos fumadores que querem

parar de fumar, já que influencia o tipo de intervenção (Fagerström, 2003; Palomares & Garcia, 2000).

A dependência pode ser avaliada através de questionários ou da medição de marcadores biológicos. Dos questionários disponíveis, o teste de Fagerström adaptado é atualmente o principal instrumento utilizado para avaliar o grau de dependência tabágica, estimando o grau de dependência nicotínica (Ferreira, Quintal, Lopes & Taveira, 2009). Consiste num questionário de fácil aplicação, que requer para o seu preenchimento cerca de 3 minutos. Inclui seis questões relacionadas com a dependência nicotínica e pretende ser o reflexo fidedigno do comportamento face ao tabaco, independentemente de interpretações pessoais. De acordo com o *score* obtido definem-se quatro níveis de dependência: 0-3 pontos, dependência fraca; 4-5 pontos, dependência moderada; 6-7 pontos, dependência elevada e 8-10 pontos, dependência muito elevada (Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991). A pontuação final deste instrumento correlaciona-se significativamente com os níveis dos marcadores biológicos de elevada sensibilidade e especificidade para o tabagismo (Heatherton et al., 1991).

A motivação para parar de fumar resulta da conjugação de dois fatores: a importância atribuída à mudança de comportamento e a perceção sobre a capacidade para mudar, autoconfiança ou autoeficácia (Santos, 2006). A prontidão ou forte motivação para parar são cruciais para o sucesso da cessação tabágica. Existem múltiplas formas para avaliar a motivação na cessação tabágica, contudo isoladamente, não existe nenhum instrumento de medição que seja completamente sensível ao grau de motivação do fumador (Pamplona & Mendes, 2009).

Dos instrumentos disponíveis para a avaliação da motivação para deixar de fumar, o teste de Richmond é o que reúne mais consenso. Consiste num questionário de fácil aplicação, que requer para o seu preenchimento cerca de 2 minutos. Inclui quatro questões relacionadas com vontade de parar de fumar e a previsão sobre a cessação tabágica. De acordo com o *score* obtido definem-se três graus de motivação: 0-5 pontos, motivação fraca; 6-8 pontos, motivação moderada e mais de 8 pontos, motivação forte (Richmond, Kehoe & Webster, 1993).

A avaliação do consumo de tabaco, do grau de dependência e do grau de motivação são fulcrais para caracterizar o fumador, situando-o no processo de mudança

comportamental e planeando a intervenção para uma cessação tabágica de sucesso (Nunes et al., 2007a).

O formulário foi aplicado aos inquiridos selecionados, de acordo com os critérios mencionados no ponto anterior, sendo a sua aplicação realizada pela investigadora. Não é de excluir que o preenchimento do questionário na presença da investigadora tenha aumentado o risco da perceção de perda do anonimato por parte dos inquiridos, podendo as respostas destes ser influenciadas. Contudo, optou-se pelo preenchimento do instrumento pela investigadora dadas as características específicas da nossa população, com grande percentagem de indivíduos com fraca escolarização. Assim, a construção do formulário já foi pensada para um preenchimento técnico pela investigadora, o que facilitou também a aplicação e codificação do mesmo.

De forma a limitar o viés à investigação, determinado pela presença da investigadora, procuramos cumprir todos os pressupostos de informação, confidencialidade e empatia com os participantes, assegurando que a informação recolhida seria para tratamento estatístico exclusivo.

Antes de proceder à aplicação do instrumento de colheita de dados na amostra selecionada, submetemo-lo a um pré-teste, aplicado numa amostra constituída por 50 sujeitos pertencentes ao concelho de Bragança, mais precisamente na cidade de Bragança e nas aldeias de Zeive e Vilarinho, nos dias 21 e 22 de Janeiro de 2012. A população escolhida apresenta características sociodemográficas semelhantes às da população em estudo.

Após a execução do pré-teste não verificamos nenhuma questão ambígua ou que apresentasse dificuldades de compreensão do ponto de vista semântico, pelo que não existiu necessidade de reformular o instrumento de colheita de dados. O tempo médio de preenchimento de cada questionário foi de aproximadamente 10 minutos, variável de acordo com o indivíduo ser ou não fumador (entre os 7 e os 15 minutos).

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado através do programa informático SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 20.0, para Windows, utilizando-se também o programa Microsoft Office Excel 2007, para a elaboração das tabelas e gráficos de apresentação dos resultados.

Relativamente à análise dos dados, realizamos numa primeira fase, uma análise descritiva em função da natureza das variáveis. Recorremos às medidas estatísticas: frequências absolutas, frequências relativas, média, desvio padrão, mínimo, máximo e gráficos de barras de forma a descrever as características sociodemográficas, comportamentais e clínicas, exposição ao tabaco e caracterização do consumo de tabaco. Utilizamos ainda a análise inferencial, através de tabelas de cruzamento de variáveis com aplicação do teste do qui-quadrado, com o objetivo de avaliar a associação das variáveis. As condições de aplicação do teste de independência do qui-quadrado nem sempre são verificadas e nessas circunstâncias recorreu-se ao teste exato de Fisher. Posteriormente recorremos ao cálculo dos *odds ratio* de forma a especificar os indivíduos com maior/menor risco associado ao consumo tabágico, tendo-se procedido à prévia dicotomização das variáveis.

1.3. Procedimentos éticos

A presente investigação respeita integralmente os princípios éticos, valores e normas do código deontológico do enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2003), em concordância também com os princípios éticos aceites pela comunidade de investigação e pela Declaração de Helsínquia, tais como: consentimento informado dos participantes, confidencialidade, respeito, honestidade nas relações estabelecidas e garantia dos direitos dos que participaram voluntariamente neste trabalho de investigação.

Com este objetivo, os participantes foram informados sobre os objetivos da investigação, responderam-se a todas as dúvidas relativas à natureza do trabalho e obteve-se o consentimento verbal dos participantes. Em todos os casos a colaboração foi absolutamente voluntária, gratuita, anónima e confidencial. Todos os inquiridos foram também esclarecidos da possibilidade de desistir da sua participação a qualquer momento do estudo, podendo também, posteriormente, ter acesso aos dados da investigação.

A revisão bibliográfica efetuada respeitou os direitos de autor, tendo sido também obtida a autorização dos autores para a utilização dos testes no âmbito da colheita de dados (Anexo II).

2. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados

Neste capítulo apresentamos os resultados da investigação. A nível estrutural optamos por dividir a apresentação e discussão dos resultados em quatro pontos, para facilitar a sua análise e interpretação: características sociodemográficas da amostra; consumo tabágico: prevalência, características sociodemográficas, comportamentais e clínicas; exposição ao fumo ambiental do tabaco e caracterização do consumo tabágico dos fumadores da amostra.

2.1. Características sociodemográficas da amostra

Na tabela 1 e na tabela 2 apresentam-se as características sociodemográficas da amostra em estudo, estando representadas as frequências absolutas e relativas para as diferentes variáveis.

A nossa amostra é composta por 900 indivíduos, sendo 471 (52,3%) mulheres e 429 (47,7%) homens. Verificamos que existe uma ligeira predominância do sexo feminino, estando a distribuição por sexo na amostra em consonância com a população alvo (INE, 2011; SINUS, 2011).

Relativamente à variável idade verificamos uma idade média de 49,72 anos, com desvio padrão de 19,935, a partir de um mínimo de 18 e de um máximo de 99 anos. Constatamos que a maioria dos inquiridos se encontra na idade adulta (25-64 anos: 58,4%), seguindo-se a população idosa (≥ 65 anos: 27,4%) e por fim os jovens (18-24 anos), que representam 4,2% da amostra. Esta distribuição etária confirma o concelho envelhecido que o estudo retrata (Câmara Municipal de Macedo de Cavaleiros, 2011).

No que concerne ao estado civil observamos que a maioria dos indivíduos se encontra casado ou em união de facto (60,7%), seguindo-se os solteiros, os viúvos e por último os divorciados/separados, com 3,3%.

Analisando as habilitações académicas observamos que 21,6% possuem o ensino secundário, seguindo-se o ensino superior (19,3%). Constatamos assim, que a maioria

da população inquirida possui um nível de formação académica média ou superior, contudo é de realçar que 18% dos inquiridos detêm o 1º ciclo de escolaridade, 9,4% sabem ler e escrever e 6,6% dos inquiridos são analfabetos. Os dados apurados estão de acordo com a estimativa dos censos 2011 para a população em estudo (INE, 2011).

No que respeita à situação profissional verificamos que a maioria dos inquiridos (65,3%) se encontra ativa, existindo contudo 6,9% de desempregados, valores inferiores à realidade social do concelho onde se estima uma taxa de desemprego de 15% (INE, 2011).

Os grupos profissionais mais relevantes são o grupo 9, trabalhadores não qualificados (19,9%), o grupo 5, trabalhadores de serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (19,5%), o grupo 2, especialistas das atividades intelectuais e científicas (18,8%) e o grupo 6, agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca (13,9%). Os restantes grupos têm baixas percentagens de representação, sendo que não foi inquirido nenhum indivíduo do grupo 0, profissões das forças armadas e do grupo 1, representantes do poder legislativo, órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores.

Tabela 1 – Distribuição dos inquiridos segundo o sexo, classe etária, estado civil, habilitações académicas, situação profissional e atividade profissional

Variáveis Sociodemográficas	Frequências	
	n	%
Sexo (n=900)		
Feminino	471	52,3
Masculino	429	47,7
Classe etária (n=900)		
18-24 Anos	128	14,2
25-39 Anos	132	14,7
40-64 Anos	393	43,7
65-79 Anos	190	21,1
> =80 Anos	57	6,3
Estado Civil (n=900)		
Solteiro (a)	221	24,6
Casado (a)/União de Facto	546	60,7
Divorciado (a)/Separado (a)	30	3,3
Viúvo (a)	103	11,4
Habilitações Académicas (n=900)		
Não sabe ler nem escrever	59	6,6
Sabe ler e escrever	85	9,4
1º Ciclo	162	18,0
2º Ciclo	69	7,7
3º Ciclo	130	14,4
Ensino Secundário	194	21,6
Curso Técnico	27	3,0
Ensino Superior	174	19,3
Situação Profissional (n=900)		
Profissionalmente ativo (a)	588	65,3
Desempregado (a)	62	6,9
Reformado (a)	250	27,8
Atividade Profissional (n=900)		
Grupo 2	169	18,8
Grupo 3	33	3,7
Grupo 4	61	6,8
Grupo 5	176	19,5
Grupo 6	125	13,9
Grupo 7	52	5,8
Grupo 8	29	3,2
Grupo 9	179	19,9
Estudante	76	8,4

Relativamente ao meio de residência, a amostra recolhida é maioritariamente composta por indivíduos do meio rural (71,3%), o que retrata o concelho em estudo.

A distribuição da amostra pelas trinta e oito freguesias do concelho obedeceu à quota de 6,3% da população residente em cada freguesia (INE, 2011), tendo sido aplicados os formulários correspondentes nas várias aldeias de cada freguesia.

Tabela 2 – Distribuição dos inquiridos segundo o local de residência

Variáveis Sociodemográficas	Frequências	
	n	%
Local de Residência (n=900)		
Rural	642	71,3
Urbana	258	28,7
Freguesias (n=900)		
Ala	33	3,7
Amendoeira	27	3,0
Arcas	25	2,8
Bagueixe	12	1,3
Bornes	21	2,3
Burga	2	0,2
Carrapatas	14	1,6
Castelãos	20	2,2
Chacim	18	2,0
Cortiços	23	2,6
Corujas	13	1,4
Edroso	7	0,8
Espadanedo	11	1,2
Ferreira	17	1,9
Grijó	19	2,1
Lagoa	28	3,1
Lamalonga	22	2,4
Lamas	15	1,7
Lombo	23	2,6
Macedo de Cavaleiros	258	28,7
Morais	35	3,9
Murçós	14	1,6
Olmos	16	1,8
Peredo	19	2,1
Podence	23	2,6
Salselas	26	2,9
Sezulfe	16	1,8
Santa Combinha	4	0,4
Soutelo Mourisco	1	0,1
Talhas	30	3,3
Talhinhas	13	1,4
Vale Benfeito	14	1,6
Vale da Porca	18	2,0
Vale de Prados	20	2,2
Vilar do Monte	5	0,6
Vilarinho de Agrochão	16	1,8
Vilarinho do Monte	5	0,6
Vinhas	17	1,9

2.2. Consumo de tabaco: prevalência, características sociodemográficas, comportamentais e clínicas

Um dos objetivos desta investigação é identificar a prevalência de fumadores na população com idade igual ou superior a 18 anos do concelho de Macedo de Cavaleiros e associar o consumo tabágico com as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas.

Na tabela 3 encontram-se os dados relativos ao comportamento face ao tabaco, expondo-se a prevalência de fumadores, não fumadores e ex-fumadores. Verificamos que 50,4% (n=454) dos inquiridos não são fumadores, 29,9% (n=269) são fumadores e 19,7% (n=177) dos inquiridos foram fumadores no passado.

Os dados do nosso estudo remetem-nos para um importante problema de saúde pública do concelho de Macedo de Cavaleiros, com uma prevalência de fumadores (29,9%) acima da média nacional, apontada pelo Eurobarómetro (2010) para 22% na população portuguesa com mais de 15 anos. Desconhecemos a existência de estudos anteriores sobre o consumo tabágico específicos na população de Macedo de Cavaleiros, não nos permitindo inferir se estamos perante um agravamento desta problemática.

Analisando a prevalência tabágica apurada em outros estudos nacionais observamos valores inferiores aos constatados na nossa investigação. Um estudo realizado em 2006, com médicos e enfermeiros da cidade do Porto, observou-se uma prevalência tabágica de 20,5% (Costa, 2006). Em 2007, num estudo com os utentes de quatro ficheiros de três centros de saúde do distrito de Coimbra, apurou-se uma prevalência tabágica de 17% (Rosendo et al., 2009). Verificamos, contudo dados similares aos da nossa investigação no estudo realizado por Jesus (2010), nos utentes internados no Centro Hospitalar Cova da Beira, onde se observou que 30% dos inquiridos eram fumadores.

Comparando a prevalência de indivíduos que nunca fumaram na amostra (50,4%) com a média nacional (58%), verificamos que esta é menor, justificando-se pela alta percentagem de fumadores e ex-fumadores que tínhamos constatado na amostra (Eurobarómetro, 2010).

Analisando os ex-fumadores observamos que a maioria (66,1%) abandonou o consumo há mais de 5 anos, seguindo-se 24,3% destes inquiridos que deixaram de fumar entre 1 e

5 anos, 5,2% entre 6 e 11 meses e 1,7% dos ex-fumadores iniciaram a cessação há menos de 6 meses.

Os motivos que levaram ao abandono do consumo de tabaco são essencialmente a existência de problemas de saúde (37,3%) e o aspeto económico (35,0%). A prevenção de doenças e melhorar o nível de saúde e rendimento físico foram invocados por 28,8% e 20,9% dos indivíduos, respetivamente. Observamos também, que a iniciativa própria e a pressão familiar foram motivos referidos por 22,0% e 20,3% dos ex-fumadores inquiridos. De salientar ainda, que 20,3% dos ex-fumadores referiram a gravidez, pessoal ou da companheira, como motivo da cessação tabágica. O aconselhamento de um técnico de saúde foi invocado como motivo da cessação por 7,03% dos ex-fumadores inquiridos.

No que respeita à cessação tabágica, os fumadores ainda parecem pouco sensibilizados para a necessidade de cessar esta adição, tal como se observa no panorama nacional (Eurobarómetro, 2010). Contudo, constatamos no nosso estudo que o aspeto económico foi um dos principais motivos da cessação referido pelos ex-fumadores, dados que estão de acordo com o Eurobarómetro (2010), que referia que o número de portugueses que pretende deixar de fumar por motivos económicos tem vindo a aumentar.

No que concerne ao aconselhamento pelos profissionais de saúde verificamos que no nosso estudo não foi muito invocado pelos ex-fumadores, contrariando os estudos internacionais que afirmam os conselhos emitidos pelos profissionais de saúde, sobre os perigos do tabagismo e a importância de deixar de fumar, como um dos métodos mais eficazes para diminuir o consumo de tabaco (WHO, 2001).

Salienta-se assim, a importância de investir na formação académica e profissional dos técnicos de saúde, motivando-os para a intervenção na prevenção do tabagismo e na cessação tabágica (DGS, 2004; Precioso et al., 2007; Rebelo, 2004; WHO, 2011).

É importante que se invista mais na educação para a saúde e no aconselhamento, associando-se as patologias e sintomatologia que muitas vezes os utentes apresentam com o consumo de tabaco. Reforça-se ainda a importância de promover a cessação tabágica durante a gravidez, sendo um momento de maior receptividade por parte da

grávida e do seu parceiro, trabalhando-se posteriormente a prevenção da recaída (DGS, 2004; Nunes et al., 2007a).

Tabela 3 – Distribuição dos inquiridos segundo o consumo tabágico

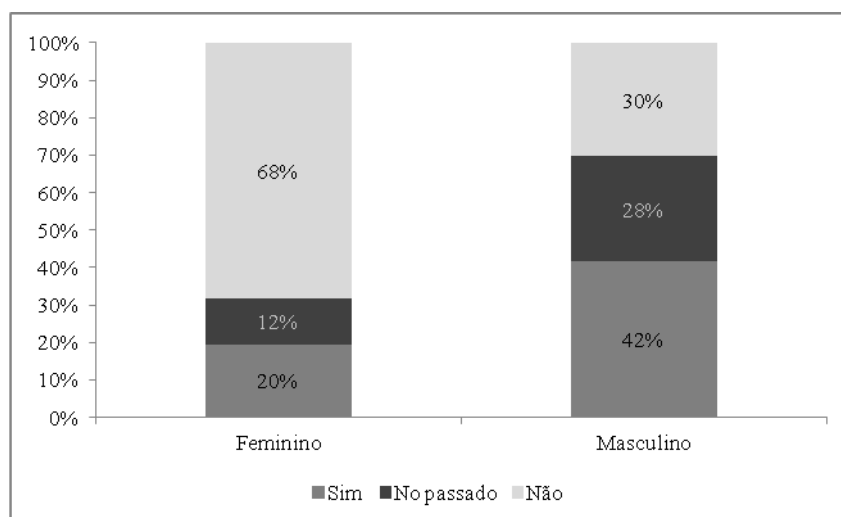
Consumo Tabágico	Frequências	
	n	%
É fumador (n=900)		
Sim	269	29,9
No passado, mas agora não	177	19,7
Não	454	50,4
Se no passado sim, há quanto tempo abandonou o consumo (n=177)		
Há menos de 6 meses	3	1,7
6 – 11 Meses	14	7,9
1 – 5 Anos	43	24,3
Há mais de 5 anos	117	66,1
Se no passado sim, qual o motivo da cessação tabágica (n=177)		
Saúde, existência de problemas de saúde	66	37,3
Saúde, prevenção de doenças	51	28,8
Saúde, melhor nível de saúde e rendimento físico	37	20,9
Pressão familiar	36	20,3
Economia	62	35,0
Iniciativa própria	39	22,0
Gravidez	36	20,3
Aconselhamento de um técnico de saúde	13	7,03

De forma a caracterizar e compreender melhor o consumo tabágico no concelho em estudo, procedemos de seguida à associação do comportamento tabágico com as diferentes variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas.

Pela observação do gráfico 1 constatamos que 68% das mulheres não são fumadoras, 20% são atualmente fumadoras e 12% foram fumadoras no passado. Quanto aos homens temos que 42% são fumadores atualmente, 30% não são fumadores e 28% foram no passado. Embora se verifique na nossa amostra uma maior prevalência do tabagismo em ambos os sexos, estes valores vão de encontro aos dados nacionais que referem existir mais homens (30%) do que mulheres (17%) a fumar em Portugal, (Eurobarómetro, 2010).

Constatamos assim, diferenças no consumo tabágico entre os sexos, existindo uma maior prevalência de fumadores no sexo masculino. Contudo a prevalência do tabagismo no sexo feminino é também alarmante, sobretudo se tivermos em consideração, que a evidência científica alerta para os riscos acrescidos do consumo de tabaco nas mulheres (Nunes, 2006; USDHHS, 2004).

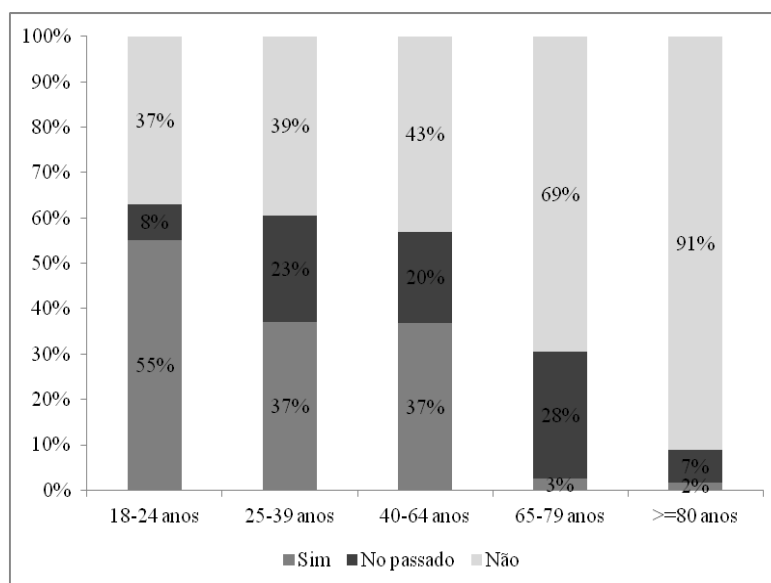
Gráfico 1 – Distribuição dos inquiridos segundo o consumo tabágico e o sexo



Procedendo-se a uma análise do consumo tabágico em função das classes etárias (gráfico 2), verificamos que 55% dos indivíduos com idade compreendida entre os 18-24 anos e 37% dos indivíduos com idade entre os 25-39 e entre os 40-64 anos são atualmente fumadores. Os indivíduos com idade entre os 65-79 anos e com idade igual ou superior a 80 anos apresentam as menores prevalências de consumo tabágico.

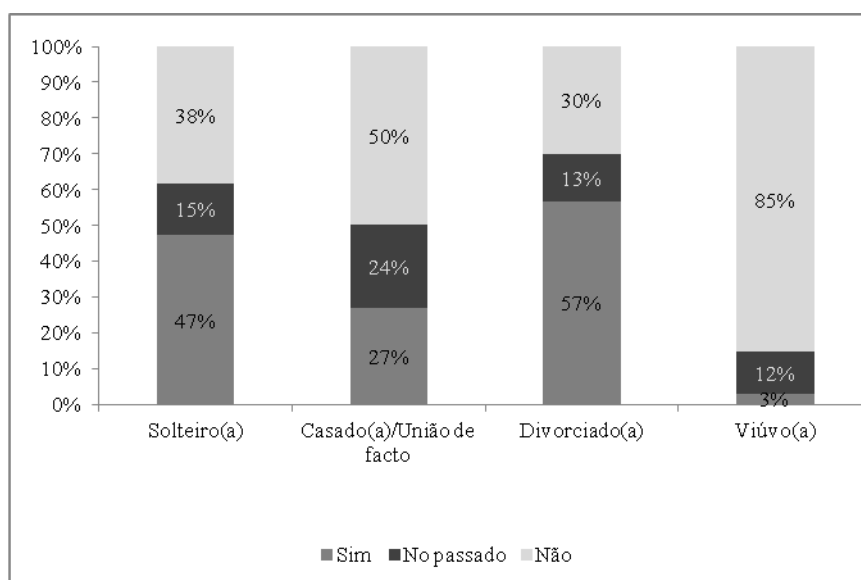
Estas prevalências, apesar de mais elevadas, têm uma distribuição etária concordante com as estatísticas nacionais, exceto no que respeita à enorme prevalência de tabagismo verificada nos jovens (18-24 anos) da amostra, em que mais de metade fuma, marcadamente acima da média nacional e europeia (DGS, 2011; Eurobarómetro, 2010).

Gráfico 2 – Distribuição dos inquiridos segundo o consumo tabágico e a classe etária



Relativamente ao estado civil observamos no gráfico 3, que a maior prevalência de fumadores ocorre nos divorciados/separados (57%), seguindo-se o grupo dos solteiros com uma prevalência 47% fumadores. Os casados/união de facto apresentam prevalência de 27% e os viúvos apresentam a menor prevalência de tabagismo (3%).

Gráfico 3 – Distribuição dos inquiridos segundo o consumo tabágico e o estado civil

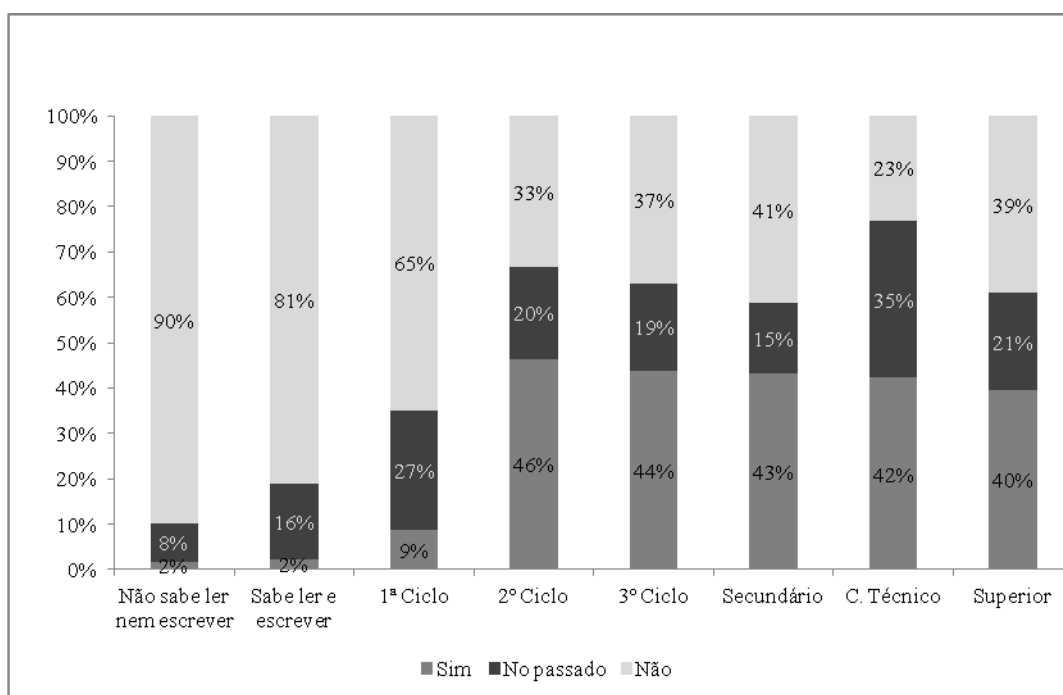


No gráfico 4 analisamos o consumo tabágico em função das habilitações literárias dos inquiridos. Observamos, numa primeira fase, que o aumento do nível de estudos dos

indivíduos leva a um similar aumento da prevalência do tabagismo, verificando-se que é no 2º ciclo de ensino onde a prevalência de fumadores é mais marcada (46%). A partir deste nível de ensino, a proporção de fumadores decresce ligeiramente conforme aumenta o nível de escolaridade, verificando-se uma prevalência de 40% nos inquiridos com nível superior de habilitações literárias (bacharelato, licenciatura, mestrado ou doutoramento).

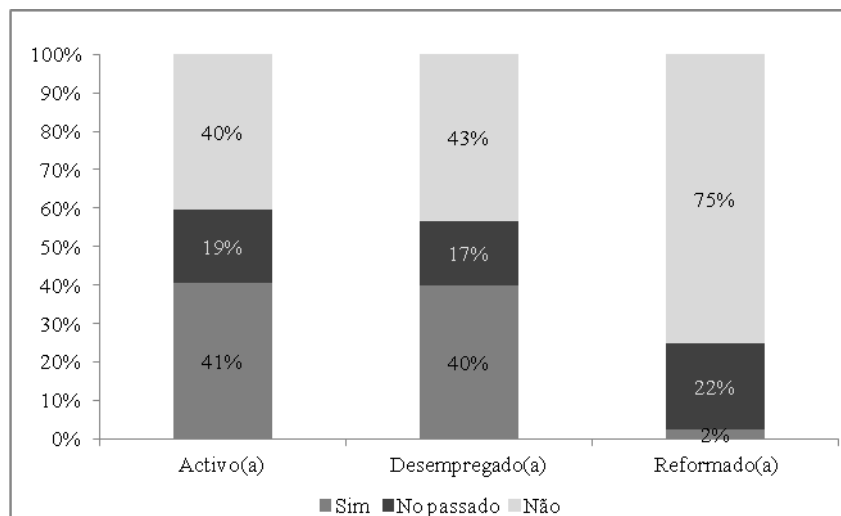
Estes dados estão em concordância com as estatísticas nacionais, verificando-se contudo, a nível do nosso país, um decréscimo do consumo de tabaco nos homens com maior grau de escolaridade e um aumento do consumo nas mulheres com maior grau de escolaridade (Eurobarómetro, 2010; Ministério da Saúde, 2001).

Gráfico 4 – Distribuição dos inquiridos segundo o consumo tabágico e as habilitações literárias



Analisando o consumo tabágico em função da situação profissional (gráfico 5), constatamos idênticas percentagens de fumadores nos grupos de indivíduos ativos e desempregados (41% e 40% respetivamente), verificando-se uma taxa de prevalência do tabagismo bastante reduzida nos reformados, em que 2% dos inquiridos reformados fuma.

Gráfico 5 – Distribuição dos inquiridos segundo o consumo tabágico e a situação profissional



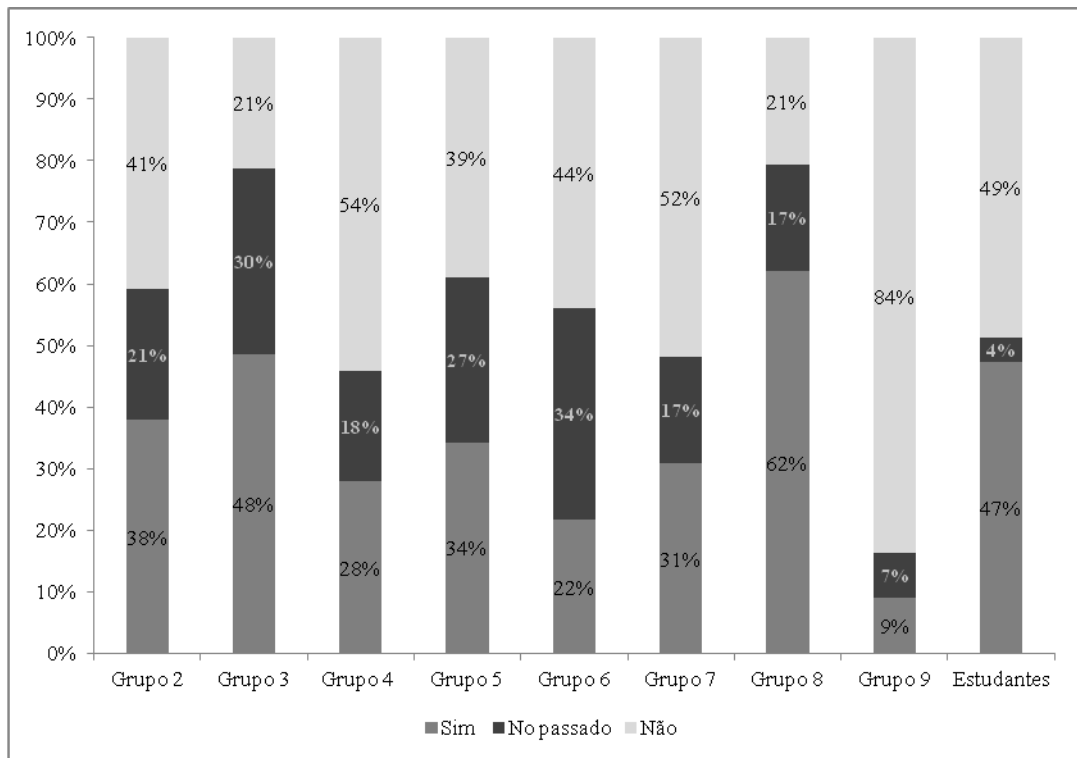
Pelo gráfico 6 verificamos que a maior prevalência de fumadores acontece nos grupos profissionais 8 (operadores de instalações e máquinas trabalhadores de montagem) com 62% de fumadores, no grupo 3 (técnicos e profissões de nível intermédio) com 48% de fumadores, nos estudantes com 47% dos seus elementos a fumarem e no grupo 2 (especialistas das atividades intelectuais e científicas) com 38% de fumadores.

O grupo 8 e o grupo 3 reúnem elevada prevalência tabágica, sendo fulcral uma investigação específica na população em apreço.

Nesta análise é também de realçar a enorme prevalência de fumadores nos estudantes, em concordância com a prevalência nas classes mais jovens, que sugere uma intervenção no âmbito da formação académica, introduzindo a temática do tabagismo nos curriculuns escolares e apostando na sensibilização da população estudantil.

É ainda de destacar, negativamente, a elevada prevalência do tabagismo no grupo 2, onde estão englobados os profissionais de saúde, os professores e os jornalistas, todos com uma imagem profissional exposta e um papel preponderante na luta tabágica.

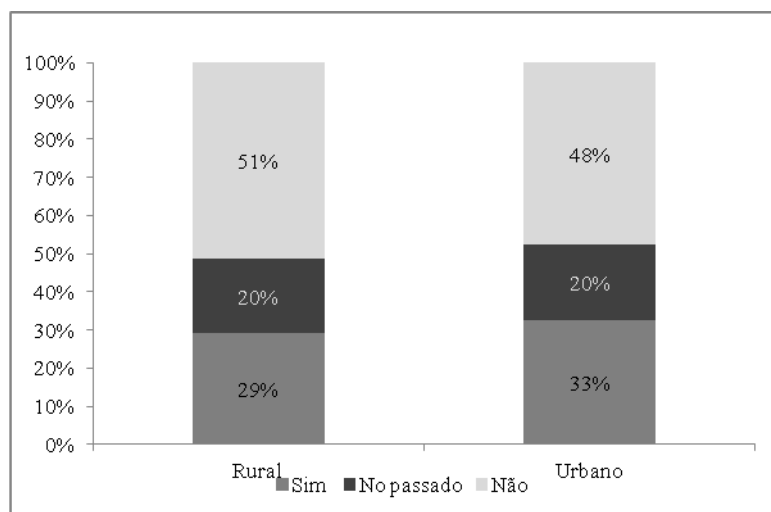
Gráfico 6 – Distribuição dos inquiridos segundo o consumo tabágico e a atividade profissional



Relativamente à prevalência tabágica consoante o meio de residência, apuramos na amostra em estudo que os indivíduos residentes no meio urbano têm uma prevalência de fumadores superior aos indivíduos residentes no meio rural (33% de fumadores no meio urbano e 29% de fumadores no meio rural).

Nesta distribuição, é oportuno ter em consideração que a população residente em meio rural é também tendencialmente mais envelhecida que a população do meio urbano. Estes dados não são passíveis de comparação nacional, pois não dispomos de estudos que tenham dados referentes ao consumo tabágico em função do meio de residência, contudo os mesmos são de extrema relevância para o planeamento de intervenções ajustadas no âmbito da cessação tabágica.

Gráfico 7 – Distribuição dos inquiridos segundo o consumo tabágico e o meio de residência



Pelos gráficos 1 a 7 constatamos que o consumo tabágico tem uma prevalência mais acentuada nos indivíduos do sexo masculino, nos jovens (18-24 anos), nos divorciados e nos solteiros, nos indivíduos com o 2º ciclo de ensino ou níveis superiores de escolaridade, nos que são profissionalmente ativos, nos que integram atividades profissionais dos grupos 8, 3, 2 e estudantes e nos que residem no meio urbano.

É de valorizar o preocupante aumento do consumo de tabaco nas mulheres e nos jovens, que se verifica na nossa amostra e no âmbito nacional, sendo as consequências deste consumo um grave problema de saúde pública (DGS, 2011; Eurobarómetro 2010).

No que concerne à prevalência de fumadores nas diferentes freguesias do concelho verificamos que as freguesias que apresentam maior prevalência de fumadores (prevalência tabágica superior a 35%) são: Amendoeira, Carrapatos, Corujas, Grijó, Lombo, Peredo, Santa Combinha, Talhinhos e Vilarinho do Monte. Em contraponto as freguesias que apresentam prevalências menores de fumadores (prevalência tabágica inferior a 15%) são: Burga, Edroso, Lagoa, Lamas e Soutelo Mourisco. Remete-se a consulta dos gráficos da prevalência do tabagismo em função da freguesia de residência para o anexo IV.

Procedemos de seguida a uma análise inferencial do consumo tabágico e das características sociodemográficas dos fumadores. São considerados apenas os indivíduos que fumam e os que não fumam, de forma a clarificar os determinantes e as consequências do consumo de tabaco.

Pela análise da tabela 4 podemos concluir que, na amostra em estudo, os indivíduos fumadores têm as seguintes características sociodemográficas:

- São majoritariamente os homens que consomem tabaco regularmente (57,3%), das mulheres 22,2% são fumadoras;
- Relativamente à classe etária observamos que os grupos mais jovens são os principais consumidores de tabaco, nomeadamente os indivíduos das classes etárias 18-24 anos (58,5%) e 25-39 anos (48,5%). Nos inquiridos com idade igual ou superior a 64 anos 5,5% são fumadores;
- Quanto ao estado civil a maior prevalência de consumo acontece no grupo dos indivíduos divorciados (65,4%), seguindo-se os solteiros (54,5%), os casados (35,0%) e por último os viúvos (3,3%). Contudo, considerando os fumadores (n=269) verificamos que 54,3% (n=146) são casados, 38,3% (n=103) solteiros, 6,3% (n=17) divorciados e 1,1% (n=3) são viúvos;
- No que respeita às habilitações literárias constatamos que os indivíduos que possuem o 2º e 3º ciclo, o secundário ou curso técnico são na sua maioria fumadores. Nos indivíduos com curso superior observamos uma prevalência de fumadores de 49,3%. Considerando os fumadores constatamos que os indivíduos com ensino secundário e superior são os grupos com maior relevância. Dos indivíduos com o 1º ciclo ou sem qualquer formação literária 7,4% são fumadores;
- Relativamente ao meio de residência a maior prevalência de fumadores acontece no meio urbano, com 40,6% de fumadores;
- Quanto à situação profissional são os indivíduos ativos (49,9%) os que registam maior prevalência de fumadores, seguindo-se os desempregados (48,1%) e por último os reformados (3,1%).

Constatamos, pela aplicação do teste do qui-quadrado com um nível de significância de 1%, que existe evidência estatística para afirmar o consumo tabágico está significativamente associado ao sexo, à classe etária, ao estado civil, às habilitações literárias e à situação profissional.

Tabela 4 – Consumo tabágico dos inquiridos segundo as variáveis sociodemográficas

Variáveis sociodemográficas		Consumo tabágico			Teste do qui quadrado
		Sim	Não	Total	
Sexo	Feminino	92 (22,2%)	322 (77,8%)	414 (100%)	ET=93,089 Pv=0,000
	Masculino	177 (57,3%)	132 (42,7%)	309 (100%)	
	Total	269 (37,2%)	454 (62,8%)	723(100%)	
Classe Etária	18-24 Anos	69 (58,5%)	49 (41,5%)	118 (100%)	ET=133,52 Pv=0,000
	25-39 Anos	49 (48,5%)	52 (51,5%)	101 (100%)	
	40-64 Anos	145 (46,2%)	169 (53,8%)	314 (100%)	
	65-79 Anos	5 (3,6%)	132 (96,4%)	137 (100%)	
	<=80 Anos	1 (1,9%)	52 (98,1%)	57 (100%)	
	Total	269 (37,2%)	454 (62,8%)	723(100%)	
Estado Civil	Solteiro (a)	103 (54,5%)	86 (45,5%)	189 (100%)	ET=78,670 Pv=0,000
	Casado (a)	146 (35,0%)	271 (65,0%)	417 (100%)	
	Divorciado (a)	17 (65,4%)	9 (34,6%)	26 (100%)	
	Viúvo (a)	3 (3,3%)	88 (96,7%)	91 (100%)	
	Total	269 (37,2%)	454 (62,8%)	723(100%)	
Habilitações Literárias	Não sabe ler nem escrever	1 (1,9%)	53 (98,1%)	54 (100%)	ET=148,51 Pv=0,000
	Sabe ler e escrever	2 (2,8%)	69 (97,2%)	71 (100%)	
	1º Ciclo	14 (11,8%)	105 (88,2%)	119 (100%)	
	2º Ciclo	32 (58,2%)	23 (41,8%)	55 (100%)	
	3º Ciclo	57 (54,3%)	48 (45,7%)	105 (100%)	
	Secundário	84 (51,2%)	80 (48,8%)	164 (100%)	
	Curso Técnico	11 (64,7%)	6 (35,3%)	17 (100%)	
	Curso Superior	68 (49,3%)	70 (50,7%)	138 (100%)	
Meio	Rural	185 (35,9%)	331 (64,1%)	516 (100%)	ET=1,413 Pv=0,269
	Urbano	84 (40,6%)	123 (59,4%)	207 (100%)	
	Total	269 (37,2%)	454 (62,8%)	723(100%)	
Situação Profissional	Ativo	238 (49,9%)	239 (50,1%)	477 (100%)	ET=131,75 Pv=0,000
	Desempregado	25 (48,1%)	27 (51,9%)	52 (100%)	
	Reformado	6 (3,1%)	188 (96,9%)	194 (100%)	
	Total	269 (37,1%)	454 (62,9%)	723 (100%)	

Na tabela 5 encontramos os valores do *odds ratio* e respetivos intervalos de confiança para as variáveis significativamente associadas ao consumo de tabaco. Refira-se que o *odds ratio* é estatisticamente significativo sempre que o valor 1 não pertença ao intervalo de confiança.

Assim, relativamente a fatores de risco do consumo tabágico concluímos que:

- os homens apresentam cerca de 4,7 vezes mais risco de ser fumadores que as mulheres;
- os indivíduos jovens (18-24 anos) têm cerca de 1,5 e 1,6 vezes mais risco de serem fumadores que os indivíduos com idade compreendida entre os 25-39 anos e os 40-64 anos, respetivamente;
- os inquiridos divorciados têm cerca de 1,6 e 3,5 vezes mais risco de serem fumadores que os indivíduos solteiros e casados, respetivamente;
- os indivíduos com o 2º ciclo têm cerca de 1,2; 1,3 e 1,4 vezes mais risco de serem fumadores que os indivíduos com o 3º ciclo; ensino secundário e ensino superior, respetivamente;
- os indivíduos profissionalmente ativos apresentam cerca de 1,1 vezes mais risco de serem fumadores que aqueles que se encontram em situação de desemprego.

Contudo é de salientar que apenas se verificou o *odds ratio* estatisticamente significativo nas variáveis sexo, classe etária e estado civil.

Tabela 5 – Resultados do *odds ratio* e respetivos intervalos de confiança para as variáveis sociodemográficas associadas ao consumo de tabaco

		<i>Odds ratio</i>	IC95%
Sexo	Masculino / Feminino	4,693	(3,397-6,484)
Classe Etária	Jovens (18-24)	1†	
	Jovens Adultos (25-39)	1,494	(0,875-2,552)
	Adultos (40-64)	1,641	(1,070 - 2,518)
Estado Civil	Solteiro (a)	1,577	(0,669-3,717)
	Casado (a)	3,506	(1,525-8,062)
	Divorciado (a)	1†	
Habilitações Literárias	2º Ciclo	1†	
	3º Ciclo	1,172	(0,606-2,265)
	Ensino Secundário	1,325	(0,715-2,456)
	Curso Técnico	0,885	(0,298-2,630)
	Curso Superior	1,412	(0,751-2,656)
Situação Profissional	Ativo / Desempregado	1,088	(0,607-1,949)

1† - Classe de referência para comparação.

Assim, relativamente à hipótese 1, *o consumo tabágico na população com idade igual ou superior a 18 anos do concelho de Macedo de Cavaleiros é diferente segundo as variáveis sociodemográficas*, podemos dizer que, a um nível de significância de 1%, existe evidência estatística para afirmar que o consumo tabágico está associado às variáveis sociodemográficas: sexo, classe etária, estado civil, habilitações literárias e situação profissional.

Analisando as variáveis comportamentais (tabela 6), constatamos que a maioria da amostra (n=560; 62,2%) não pratica exercício físico. Verificamos ainda, que quem pratica exercício físico o faz em média 3,46 vezes por semana, com desvio padrão de 1,531 vezes, a partir de um mínimo de 1 e máximo de 7 vezes semanais.

Relativamente às modalidades de exercício físico mais referidas, destacam-se as caminhadas, referidas por 18,9%, as modalidades diversas, indicadas por 8,2% e o futebol, afirmado por 5,4% dos praticantes de exercício físico. Os restantes tipo de modalidade desportiva são referidos com frequência baixa, no máximo de 6 indivíduos. Relacionando a prática de exercício e o consumo de tabaco, verificamos que dos inquiridos que não praticam exercício físico 161 fumam, o que se traduz em 59,9% dos fumadores. A média semanal de prática desportiva diminui para 2,84 vezes nos indivíduos fumadores, com um desvio padrão de 1,161 vezes, a partir de um mínimo de 1 e máximo de 7 vezes semanais.

Os dados nacionais associam também o consumo de tabaco com uma menor prática desportiva, potenciando-se assim dois importantes fatores de risco cardiovascular e pulmonar (Eurobarómetro, 2010; Nunes, 2003).

Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas observamos que a maioria dos inquiridos (59,2%) consome álcool, sendo que a frequência do consumo de bebidas alcoólicas ocorre em 37,5% dos inquiridos esporadicamente, seguindo-se a frequência diária em 31,1% dos indivíduos. Nos inquiridos que referem consumir álcool diariamente, temos um consumo médio de 3,67 doses/dia, com desvio padrão de 1,759, para um mínimo de 1 dose e um máximo de 14 doses, verificando-se assim um consumo excessivo/abusivo, com graves repercussões.

Analisando o consumo de bebidas alcoólicas e o consumo de tabaco verificamos que a maioria dos fumadores (83,3%) consome álcool, sendo que 31,7% dos fumadores consomem bebidas alcoólicas diariamente. Para os fumadores o consumo diário médio de álcool aumenta para 4,30 doses/dia, com desvio padrão de 2,045, mínimo de 1 e máximo de 14 doses.

Os dados apurados na nossa investigação estão em concordância com a revisão teórica consultada, que relaciona o consumo de tabaco com o consumo excessivo de outras substâncias, como o álcool, os medicamentos e as drogas ilícitas, que têm muitas vezes efeito potenciador da dependência tabágica (Feijão & Lavado, 2003; Nunes, 2003). Sabe-se também, que na população fumadora o consumo excessivo de álcool é 10 vezes mais frequente do que na população não fumadora (Coleman, 2004; Kahn, 2003).

Concluimos que a maioria dos fumadores da amostra não pratica exercício físico, tendo também um consumo de álcool diário, em muitos casos excessivo. Os estudos científicos alertam que o consumo de tabaco acompanhado por outros riscos comportamentais, designadamente o sedentarismo, os hábitos alimentares inadequados ou o consumo excessivo de álcool e de outras substâncias, atuam de forma sinérgica, aumentando drasticamente a probabilidade da incidência de doenças crónico-degenerativas (Barros, 2011; Thun, Apricella & Henley, 2000; WHO, 2012).

Tabela 6 – Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis comportamentais

Variáveis Comportamentais	Frequências			
	n Amostra	n* Fumadores	% na Amostra	% no Total de Fumadores
Prática de exercício físico (n=900)				
Sim	340	108	37,8	40,1
Não	560	161	62,2	59,9
Consumo de bebidas alcoólicas (n=900)				
Sim	533	224	59,2	83,3
Não	367	46	40,8	17,1
	n Amostra	n* Fumadores	% na Amostra que consome álcool	% nos Fumadores que consomem álcool
Frequência do consumo de bebidas alcoólicas (n=533)				
Diariamente	166	71	31,1	31,7
2-3 vezes por semana	81	39	15,2	17,4
Semanalmente	86	50	16,1	22,3
Esporadicamente	200	64	37,5	28,6

Relativamente às variáveis comportamentais, prática de exercício físico e consumo de álcool, pareceu-nos oportuno fazer uma análise detalhada, dado serem dois importantes determinantes de saúde. Associamos assim estas duas variáveis com o sexo e o meio de residência, concluindo-se que em relação ao exercício físico, são as mulheres que mais praticam exercício (61,8%) e é no meio rural onde a prática de exercício físico é mais acentuada (67,4%). No que respeita ao consumo de álcool são maioritariamente os inquiridos do sexo masculino (66,8%) que consomem bebidas alcoólicas e é também no meio rural (72,8%) onde o consumo de álcool é mais acentuado. (Anexo V)

Procedemos de seguida a uma análise inferencial do consumo tabágico e das características comportamentais dos fumadores. São considerados apenas os indivíduos que fumam e os que não fumam, de forma a clarificar as consequências do consumo de tabaco.

Pela análise da tabela 7 podemos concluir que, na amostra em estudo, os indivíduos fumadores têm as seguintes características comportamentais:

- a maioria dos indivíduos é sedentária, sendo que 59,9% (n=161) dos fumadores não praticam qualquer atividade física;
- 88,7% (n=63) dos fumadores que consomem álcool diariamente têm um consumo excessivo (superior a 2 unidades).

Constatamos, pela aplicação do teste do qui-quadrado com um nível de significância de 1%, que existe evidência estatística para afirmar que o consumo de tabaco está significativamente associado ao consumo de bebidas alcoólicas, não existindo associação estatisticamente significativa entre o consumo de tabaco e a prática de exercício físico.

Assim, relativamente à hipótese 2, *há relação entre o consumo tabágico e a prática de atividade física dos indivíduos inquiridos*, podemos afirmar que não existe associação estatisticamente significativa entre o consumo de tabaco e a prática de atividade física.

Tabela 7 – Consumo tabágico dos inquiridos segundo as variáveis comportamentais

Variáveis comportamentais		Consumo tabágico			Teste do qui quadrado
		Sim	Não	Total	
Prática de Exercício Físico	Sim	108 (38,2%)	175 (61,8%)	283 (100%)	ET=0,182 Pv=0,670
	Não	161 (36,6%)	279 (63,4%)	440 (100%)	
	Total	269 (37,2%)	454 (62,8%)	723 (100%)	
Consumo de Bebidas Alcoólicas Diariamente	<= 2 doses	8 (30,8%)	18 (69,2%)	26 (100%)	ET=13,075 Pv=0,000
	> 2 doses	63 (70,0%)	27 (30,0%)	90 (100%)	
	Total	71(61,2%)	45 (38,8%)	116 (100%)	

Apurando o *odds ratio* e respetivos intervalos de confiança para o consumo de bebidas alcoólicas (tabela 8), verificamos que os fumadores apresentam 5,2 vezes mais risco de consumir mais de duas doses de álcool por dia, que os não fumadores.

Tabela 8 – Resultados do *odds ratio* e respetivos intervalos de confiança para as variáveis comportamentais associadas ao consumo de tabaco

		<i>Odds ratio</i>	IC95%
Consumo de Bebidas Alcoólicas Diariamente	>2 Doses / <= 2 Doses	5,250	(2,036-3,535)

No que respeita à hipótese 3, *há relação entre o consumo tabágico e consumo de álcool dos indivíduos inquiridos*, podemos constatar que, a um nível de significância de 1%, existe evidência estatística para afirmar que o consumo tabágico está associado a um maior consumo de bebidas alcoólicas diariamente.

Analisando as variáveis clínicas (tabela 9), constatamos que 524 (58,2%) dos inquiridos apresentam problemas de saúde e destes 170 são fumadores, representando 63,2% dos indivíduos fumadores. Estes dados vão de encontro à evidência científica que afirma o tabaco como responsável pela morte prematura de cerca de um terço a metade daqueles que o consomem, sendo a principal causa evitável de doença e de morte (Eurobarómetro, 2010; WHO, 2011).

As patologias mais frequentemente referidas pelos inquiridos fumadores e não fumadores são: dislipidemia; patologias cardiovasculares, hipertensão arterial, problemas respiratórios e osteoarticulares. Relacionando o consumo tabágico e a

existência de problemas de saúde verificamos que nos fumadores as patologias cardiovasculares, digestivas e respiratórias, as alterações hormonais/ginecológicas e a dislipidemia têm uma prevalência mais acentuada do que nos não fumadores, existindo um aumento de pelo menos 4 pontos percentuais. É necessário contudo ter em consideração que a investigação das patologias baseou-se no depoimento dos inquiridos e não no levantamento do diagnóstico clínico, podendo constituir-se como uma limitação ao estudo.

Tabela 9 – Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis clínicas

Variáveis Clínicas	Frequências			
	n Amostra	n* Fumadores	% na Amostra	% no Total de Fumadores
Problemas de sono (n=900)				
Sim	123	40	13,7	14,9
Não	777	229	86,3	95,1
Problema de saúde (n=900)				
Sim	524	170	58,2	63,2
Não	376	99	41,8	36,8
	n Amostra	n* Fumadores	% na Amostra que tem patologias	% nos Fumadores que têm patologias
Existência de patologia (n=524)				
Depressão	63	14	12,0	8,2
Hipertensão arterial	151	37	28,8	21,6
Diabetes	44	2	8,4	1,2
Alcoolismo	5	2	1	1,2
Problemas respiratórios	102	45	19,5	26,3
DPOC	14	6	2,7	3,5
Patologias cardiovasculares	156	60	29,7	35,1
Problemas emocionais, psicose	50	14	9,5	8,2
Dislipidemia	166	69	31,7	40,4
Anorexia/Bulimia	3	2	0,6	1,2
Doença oncológica	25	8	4,8	4,7
Doença renal	32	6	6,1	3,5
Doença hepática	23	8	4,4	4,7
Doença osteoarticular	99	13	18,9	7,6
Alterações hormonais/ginecológicas	13	11	2,5	6,4
Doença dermatológica	10	4	1,9	2,3
Doença digestiva	38	20	7,3	11,7

Comparando os dados apurados com os estudos nacionais e internacionais realizados, verificamos uma congruência relativa a um aumento exponencial de patologias nos fumadores, com enfoque para o cancro de diferentes localizações, doenças

cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, DPOC e úlcera péptica. Globalmente, os fumadores apresentam piores indicadores de saúde do que os não fumadores e uma esperança média de vida menor (Nunes, 2006; USDHHS, 2004; WHO, 2012).

Aplicando o teste do qui quadrado (tabela 10), verificamos que a incidência de patologias está significativamente associada ao consumo de tabaco, para um nível de significância de 5%.

Tabela 10 – Consumo tabágico dos inquiridos segundo a incidência de patologias

Incidência de patologias		Consumo tabágico			Teste do qui quadrado
		Sim	Não	Total	
Tem Patologia	Sim	170 (40,9%)	246 (59,1%)	416 (100%)	ET=6,218 Pv=0,013
	Não	99 (32,2%)	208 (67,8%)	307 (100%)	
	Total	269 (37,3%)	453 (62,7%)	723 (100%)	

Pela avaliação do *odds ratio* (tabela 11), concluímos que os fumadores apresentam cerca de 1,48 vezes mais risco de ter alguma patologia que os não fumadores.

Tabela 11 – Resultados do *odds ratio* e respetivos intervalos de confiança para a incidência de patologias nos fumadores

		<i>Odds ratio</i>	IC95%
Presença de Patologia	Sim / Não	1,481	(1,087-2,019)

Assim, relativamente à hipótese 4, *há relação entre o consumo tabágico e a existência de problemas de saúde dos indivíduos inquiridos*, podemos constatar que, a um nível de significância de 5%, existe evidência estatística para afirmar que o consumo tabágico está associado a uma maior incidência de patologias.

Torna-se contudo pertinente fazer uma análise mais exaustiva sobre o consumo tabágico e a existência de patologias, estudando a relação entre os anos de consumo regular de tabaco e a incidência de patologias.

Pela análise da tabela 12 constatamos que a maioria dos fumadores (63,2%) padece de alguma patologia, sendo que 88,6% dos fumadores, com consumo regular de tabaco há

mais de 20 anos, apresentam pelo menos um problema de saúde e 66,7% dos que mantêm consumo regular entre 11 e 20 anos também apresentam patologias. É de salientar ainda, que mesmo nos recém-fumadores (consumo regular há menos de 1 ano) se verifica uma incidência de patologias em 16,7% dos inquiridos.

Existe, claramente, uma incidência crescente de patologias consoante o aumento do número de anos de consumo regular de tabaco, tal como é defendido pelos diferentes investigadores (Nunes et al., 2007a; USDHHS, 2004).

Neste sentido verificamos a associação entre a incidência de patologias e os anos de consumo regular de tabaco (teste de Fisher com um nível de significância de 1%: $ET=79,684$; $pvalue=0,0000$), concluindo-se que estas variáveis se encontram estatisticamente associadas, ou seja, a existência de patologia está significativamente associada ao tempo de consumo regular de tabaco.

Tabela 12 – Incidência de patologias segundo o consumo regular de tabaco

Consumo regular de tabaco	Incidência de patologias			Teste de Fisher
	Sim	Não	Total	
Há menos de 1 ano	1 (16,7%)	5 (83,3%)	6 (100%)	ET=79,684 Pv=0,000
Entre 1- 5 anos	14 (25,9%)	40 (74,1%)	54 (100%)	
Entre 6 – 10 anos	12 (37,5%)	20 (62,5%)	32 (100%)	
Entre 11 – 20 anos	42 (66,7%)	21 (33,3%)	63 (100%)	
Superior a 20 anos	101 (88,6%)	13(11,4%)	114 (100%)	
Total	170 (63, 2%)	99 (36,8%)	269 (100%)	

Examinando mais pormenorizadamente a incidência de patologias nos fumadores, isolamos a variável idade. Nesta análise foram excluídas as classes etárias dos 64-79 anos e idade igual ou superior a 80 anos, pois a percentagem de fumadores nestes grupos é muito baixa.

Procedemos assim, à análise por classes etárias da incidência das patologias que tínhamos verificado ter maior frequência nos fumadores (patologias respiratórias, cardiovasculares e digestivas e alterações hormonais/ginecológicas) e ainda da doença oncológica, dada a associação ao tabaco que lhe é atribuída pela evidência científica (USDHHS, 2004; WHO, 2012).

Pela análise da tabela 13 constatamos que as patologias supracitadas têm, globalmente, uma incidência superior nos indivíduos fumadores comparativamente aos não fumadores. Relativamente às classes etárias verificamos uma incidência de patologias nos fumadores de todas as classes etárias em frequências superiores às observadas nos não fumadores das mesmas classes etárias. Observamos ainda, que é na classe etária 40-64 anos que os fumadores apresentam uma maior frequência de doenças, podendo-se relacionar com os anos de consumo regular de tabaco.

Globalmente, podemos inferir que o consumo de tabaco é um importante fator de risco para as patologias descritas, independente da classe etária do fumador, tal como é reconhecido pela evidência científica (Ferrero, Mesquita & Garcia, 2006; WHO, 2012).

Tabela 13 – Incidência de patologias segundo o consumo de tabaco e a classe etária

Classe Etária	Consumo de Tabaco	Incidência de patologias			Teste de Fisher
		Patologia Respiratória			
		Sim	Não	Total	
18-24 Anos	Sim	5 (25,0%)	15 (75,0%)	20 (100%)	ET=0,958 Pv=0,999
	Não	0 (0,0%)	3 (100%)	3 (100%)	
	Total	5 (21,7%)	18 (78,3%)	23 (100%)	
25-39 Anos	Sim	2 (8,7%)	21 (91,1%)	23 (100%)	ET=1,016 Pv=0,999
	Não	0 (0,0%)	11 (100%)	11 (100%)	
	Total	2 (5,9%)	32 (94,1%)	34 (100%)	
40-64 Anos	Sim	22 (17,6%)	103 (82,4%)	125 (100%)	ET=0,277 Pv=0,702
	Não	12 (14,8%)	69 (85,2%)	81 (100%)	
	Total	34 (16,5%)	172 (83,5%)	206 (100%)	
Classe Etária	Consumo de Tabaco	Incidência de patologias			Teste de Fisher
		Patologia Cardiovascular			
		Sim	Não	Total	
18-24 Anos	Sim	0 (0,0%)	20 (100%)	20 (100%)	Não se pode aplicar
	Não	0 (0,0%)	3 (100%)	3 (100%)	
	Total	0 (0,0%)	23 (100%)	23 (100%)	
25-39 Anos	Sim	2 (8,7%)	21 (91,3%)	23 (100%)	ET=1,016 Pv=0,999
	Não	0 (0,0%)	11 (100%)	11 (100%)	
	Total	2 (5,9%)	32 (94,1%)	34 (100%)	
40-64 Anos	Sim	55 (44,0%)	70 (56,0%)	125 (100%)	ET=11,448 Pv=0,001
	Não	17 (21,0%)	64 (79,0%)	81 (100%)	
	Total	72 (35,0%)	134 (65,0%)	206 (100%)	
	Não	5 (6,2%)	76 (93,8%)	81 (100%)	
	Total	9 (4,4%)	197 (95,6%)	206 (100%)	

Classe Etária	Consumo de Tabaco	Incidência de patologias			Teste de Fisher
		Patologia Digestiva			
		Sim	Não	Total	
18-24 Anos	Sim	0 (0,0%)	20 (100%)	20 (100%)	ET=5,217 Pv=0,167
	Não	1 (25,0%)	3 (75,0%)	4 (100%)	
	Total	1 (4,2%)	23 (95,8%)	24 (100%)	
25-39 Anos	Sim	5 (21,7%)	18 (78,3%)	23 (100%)	ET=0,472 Pv=0,999
	Não	1 (9,1%)	10 (90,9%)	11 (100%)	
	Total	6 (17,6%)	28 (82,4%)	34 (100%)	
40-64 Anos	Sim	14 (11,7%)	106 (88,3%)	120 (100%)	ET=0,473 Pv=0,640
	Não	7 (8,6%)	74 (91,4%)	81 (100%)	
	Total	21 (10,4%)	180 (89,6%)	201 (100%)	
Classe Etária	Consumo de Tabaco	Incidência de patologias			Teste de Fisher
		Patologia Hormonal/Ginecológica			
		Sim	Não	Total	
18-24 Anos	Sim	3 (15,0%)	17 (85,0%)	20 (100%)	ET=0,686 Pv=0,999
	Não	0 (0,0%)	4 (100%)	4 (100%)	
	Total	3 (12,5%)	21 (87,5%)	24 (100%)	
25-39 Anos	Sim	1 (4,25)	23 (95,8%)	24 (100%)	ET=79,684 Pv=0,000
	Não	0 (0,0%)	11 (100%)	11 (100%)	
	Total	1 (2,9%)	34 (97,1%)	35 (100%)	
40-64 Anos	Sim	7 (5,8%)	114 (94,2%)	121 (100%)	ET=4,854 Pv=0,043
	Não	0 (0,0%)	81 (100%)	81 (100%)	
	Total	7 (3,5%)	195 (96,5%)	202 (100%)	
Classe Etária	Consumo de Tabaco	Incidência de patologias			Teste de Fisher
		Patologia Oncológica			
		Sim	Não	Total	
18-24 Anos	Sim	0 (0,0%)	20 (100%)	20 (100%)	Não se pode aplicar
	Não	0 (0,0%)	3 (100%)	3 (100%)	
	Total	0 (0,0%)	23 (100%)	23 (100%)	
25-39 Anos	Sim	1 (4,3%)	22 (95,7%)	23 (100%)	ET=0,493 Pv=0,999
	Não	0 (0,0%)	11 (100%)	11 (100%)	
	Total	1 (2,9%)	33 (97,1%)	35 (100%)	
40-64 Anos	Sim	4 (3,2%)	121 (96,8%)	125 (100%)	ET=1,040 Pv=0,487
	Não	5 (6,2%)	76 (93,8%)	81 (100%)	
	Total	9 (4,4%)	197 (95,6%)	206 (100%)	

Neste sentido verificamos a associação entre a incidência de patologias, o consumo regular de tabaco e a classe etária, concluindo-se que, a um nível de significância de 1%, existe evidência estatística para afirmar que o consumo tabágico está associado a uma maior incidência de patologias cardiovasculares nos indivíduos da classe etária dos 40-64 anos e de patologias hormonais/ginecológicas na classe etária dos 25-39 anos.

Existe ainda evidência estatística, a um nível de significância de 5%, para afirmar que o consumo tabágico está associado a uma maior incidência de patologias hormonais/ginecológicas na classe etária dos 40-64 anos. Relativamente às restantes patologias não foi apurada associação estatisticamente significativa.

2.3. Exposição ao fumo ambiental do tabaco

Um dos objetivos desta investigação é recolher dados sobre a exposição tabágica. Com base nos dados da tabela 14 podemos constatar que em 40,1% (n=361) dos agregados familiares da amostra existem fumadores. Esta percentagem está em concordância com os dados do Eurobarómetro 2010, em que 44% dos inquiridos portugueses afirmavam existirem fumadores no seu agregado familiar.

Analisando os agregados familiares com fumadores, observamos que são os cônjuges (41%) e os filhos (36%) os principais familiares a fumarem no interior do domicílio. O pai e mãe aparecem como fumadores no domicílio menos frequentes, embora com percentagens ainda preocupantes de 14,4% e 2,5%, respetivamente.

Outro aspeto relevante e preocupante é que nos agregados onde existem fumadores verificamos que a maioria fuma no interior do domicílio (n=206; 57,1%), podendo-se inferir sobre a enorme exposição ao FAT que ocorre nas próprias residências da amostra em estudo. Estes dados estão em consonância com o Eurobarómetro 2007, em que 59% dos portugueses fumadores inquiridos afirmavam fumar regularmente no domicílio.

Relativamente à exposição involuntária ao FAT, os dados revelam-nos que, na amostra em estudo, a maioria dos indivíduos estão expostos FAT (n=588; 65,3%).

Analisando os locais de exposição temos que os bares, cafés e espaços de lazer são os locais prioritários de exposição (87,9%), seguindo-se o domicílio (34%) e o local de trabalho (22,3%). Estes dados estão de acordo com os estudos realizados no nosso país, que afirmam os espaços públicos, como restaurantes e cafés/bares (77%), os locais de trabalho (50%) e o domicílio (36%), como os principais locais onde ocorre exposição ao fumo passivo (Nunes, 2002). De salientar que os estudos de exposição passiva em Portugal foram realizados antes da aplicação da Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto de 2007 e após 5 anos da aplicação da mesma verificamos, na nossa investigação,

percentagens acentuadas de exposição tabágica nos bares, cafés e espaços de lazer do concelho de Macedo de Cavaleiros.

Na exposição no local de trabalho verificamos um decréscimo comparativamente aos dados nacionais, possivelmente resultante da implementação da Lei do Tabaco, contudo ainda muito aquém do que seria espectável, com espaços de trabalho 100% sem fumo (Diário da República, 2007).

Quanto à exposição em bares, cafés e espaços de lazer, locais prioritários de exposição no nosso estudo, constatamos o fraco cumprimento da Lei n.º 37/2007 no concelho, sendo necessário intervir na regulamentação de espaços sem fumo neste setor.

Tabela 14 – Distribuição dos inquiridos segundo a exposição ao FAT

Exposição ao FAT	Frequências	
	n	%
Existem fumadores no seu agregado familiar (n=900)		
Sim	361	40,1
Não	539	59,9
Se sim, quem (n=361)		
Pai	52	14,4
Mãe	9	2,5
Filhos	130	36,0
Cônjuge	148	41,0
Irmãos	69	19,1
Outros	43	12,0
Se sim, fumam no interior do domicílio (n=361)		
Sim	206	57,1
Não	155	42,9
Costuma estar exposto ao fumo tabágico (n=900)		
Sim	588	65,3
Não	312	34,7
Se sim, em que locais está exposto ao fumo tabágico (n=588)		
Domicílio	200	34,0
Local de Trabalho	131	22,3
Cafés/Bares/Locais de lazer	517	87,9
Meios de transporte	13	2,2

A exposição ao FAT no domicílio é, no nosso estudo, um grave problema de saúde pública, pois uma grande percentagem dos inquiridos (34%) referiu estar exposta ao fumo passivo no domicílio, sendo que existem fumadores em 40,1% dos agregados familiares em estudo. A Lei n.º 37/2007 e qualquer regulamentação legal deixam ainda

a descoberto a problemática da exposição ao FAT no domicílio. Neste sentido, é importante que os profissionais de saúde desempenhem um papel preponderante na sensibilização e informação dos riscos da exposição ao FAT.

Perante os dados de exposição ao FAT no local de trabalho torna-se necessário associar esta exposição com o grupo profissional dos inquiridos (tabela 15). Podemos, antes de mais, observar que em todos os grupos profissionais ocorre exposição ao FAT no local de trabalho, contrariando o preconizado na Lei do Tabaco.

Analisando a exposição ao FAT no local de trabalho, verificamos que são os trabalhadores dos grupos profissionais 8 (operadores de instalações e máquinas trabalhadores de montagem), 5 (trabalhadores de serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores) e 7 (trabalhadores qualificados da indústria e construção) os que estão mais expostos ao fumo passivo no seu local de trabalho. É ainda relevante a exposição ao FAT que ocorre no grupo 2, pois este grupo profissional engloba os profissionais de saúde, bem como os professores e educadores de infância.

Constatamos ainda, pela aplicação do teste do qui-quadrado com um nível de significância de 1%, que existe evidência estatística para afirmar que a exposição ao FAT no local de trabalho está significativamente associada ao grupo profissional dos inquiridos.

Tabela 15 – Exposição ao FAT no local de trabalho segundo o grupo de profissional

	Exposição ao FAT no local de trabalho			Teste do qui quadrado
	Sim	Não	Total	
Grupo 2	13 (10,8%)	107 (89,2%)	120 (100%)	ET=75,153 Pv=0,000
Grupo 3	6 (23,1%)	20 (76,9%)	26 (100%)	
Grupo 4	8 (16,7%)	20 (76,9%)	48 (100%)	
Grupo 5	56 (44,4%)	70 (55,6%)	126 (100%)	
Grupo 6	4 (6,3%)	59 (93,7%)	63 (100%)	
Grupo 7	12 (31,6%)	26 (68,4%)	38 (100%)	
Grupo 8	12 (52,2%)	11 (47,8%)	23 (100%)	
Grupo 9	8 (10,7%)	67 (89,3%)	75 (100%)	
Estudantes	12 (17,4%)	57 (82,6%)	69 (100%)	
Total	131 (22,3%)	457 (77,7%)	588 (100%)	

Analisando a relação da exposição ao FAT com a existência de fumadores no agregado familiar (tabela 16), constatamos que a maioria (n=276; 76,5%) dos indivíduos que vive com fumadores afirma estar exposta ao FAT. Pela aplicação do teste do qui quadrado, concluímos que existe evidência estatística para afirmar que a exposição ao FAT está significativamente associada à existência de fumadores no agregado familiar, considerando um nível de significância de 1%.

Tabela 16 – Exposição ao FAT segundo a existência de fumadores no agregado familiar

		Exposição ao FAT			Teste do qui quadrado
		Sim	Não	Total	
Fumadores no agregado familiar	Sim	276 (76,5%)	85 (23,5%)	361 (100%)	ET=31,735 Pv=0,000
	Não	312 (57,9%)	227 (42,1%)	539 (100%)	
	Total	588 (65,3%)	312 (34,7%)	900 (100%)	

Pela avaliação do *odds ratio* para a exposição ao FAT (tabela 17), concluímos que os indivíduos que vivem com fumadores têm um risco acrescido de cerca de 2,33 vezes de estarem expostos ao FAT.

Tabela 17 – Resultados *Odds ratio* e respetivos intervalos de confiança para exposição ao FAT na existência de fumadores no agregado familiar

Exposição ao FAT segundo existência de fumadores no agregado familiar	Sim / Não	<i>Odds ratio</i>	IC95%
		2,330	(1,730-3,138)

Assim, relativamente à hipótese 5, *a exposição ao fumo tabágico na população com idade igual ou superior a 18 anos do concelho de Macedo de Cavaleiros é diferente segundo existência de fumadores no agregado familiar*, podemos constatar que, a um nível de significância de 1%, existe evidência estatística para afirmar que a exposição ao FAT está associada à existência de fumadores no agregado familiar.

Procurando conhecer a relação do consumo de tabaco e da exposição ao FAT, procedemos a uma análise inferencial destas variáveis (tabela 18). São considerados apenas os indivíduos que fumam e os que não fumam, de forma a clarificar a relação da exposição ao FAT e consumo tabágico.

Analisando a existência de fumadores no agregado familiar constatamos que os fumadores inquiridos não têm na sua maioria (n=149; 55,4%) outros fumadores no agregado familiar, enquanto os inquiridos que responderam sim à existência de fumadores no seu agregado são maioritariamente não fumadores (n=187; 60,9%).

Quanto à exposição tabágica verificamos que a maioria dos fumadores (n= 26; 297,4%) costuma estar exposta ao FAT. Facto possivelmente explicado pela presença dos fumadores em espaços onde é permitido fumar, bem como pela provável existência de outros fumadores nas relações sociais próximas.

Pela aplicação do teste do qui quadrado, concluímos que existe evidência estatística para afirmar que o consumo de tabaco está significativamente associado à exposição ao fumo do tabaco, considerando um nível de significância de 1%.

Tabela 18 – Consumo tabágico dos inquiridos segundo a exposição ao FAT

		Consumo tabágico			Teste do qui quadrado
		Sim	Não	Total	
Existem fumadores no seu agregado familiar	Sim	120 (39,1%)	187 (60,9%)	361 (100%)	ET=1,359 Pv=0,619
	Não	149 (35,9%)	266 (64,1%)	539 (100%)	
	Total	269 (37,2%)	454 (62,8%)	723 (100%)	
Costuma estar exposto ao FAT	Sim	262 (51,5%)	247 (48,5%)	509 (100%)	ET=147,81 Pv=0,000
	Não	7 (3,3%)	204 (96,7%)	211 (100%)	
	Total	269 (37,2%)	454 (62,8%)	723(100%)	

Pela avaliação do *odds ratio* para a exposição ao FAT (tabela 19), concluímos que os fumadores têm um risco acrescido de cerca de 30 vezes de estarem expostos ao FAT.

Tabela 19 – Resultados do *odds ratio* e respetivos intervalos de confiança para a exposição ao FAT nos fumadores

		<i>Odds ratio</i>	IC95%
Exposição ao FAT	Sim / Não	30,913	(14,267-66,978)

2.4. Caracterização do consumo tabágico dos fumadores da amostra

Um dos principais objetivos desta investigação é realizar uma caracterização do consumo tabágico na população maior ou igual a 18 anos do concelho em estudo. Na tabela 20 apresentamos as características descritivas do consumo tabágico dos inquiridos fumadores.

Analisando a idade de consumo do 1º cigarro, os dados revelam-nos que na amostra a idade média de consumo do 1º cigarro é de 17,11 anos, com desvio padrão de 3,804, a partir de um mínimo de 9 e máximo de 40 anos. Operacionalizando a idade de consumo do 1º cigarro por classes, verificamos que em 10,1% dos fumadores a experiência do 1º cigarro aconteceu antes dos 12 anos, em 23% aconteceu entre os 13 e 15 anos, em 36,8% ocorreu entre os 16 e os 18 anos e nos restantes 30,1% essa experiência aconteceu depois dos 18 anos.

Verificamos um positivo atraso na idade da primeira experiência tabágica no nosso estudo comparativamente à idade média de iniciação tabágica dos portugueses, referida como 12,03 anos para o sexo feminino e 11,6 anos para o sexo masculino (Nunes, 2003).

Destacamos contudo, a idade precoce com que alguns dos inquiridos contactaram ativamente com o tabaco, exacerbando-se certamente os riscos do consumo. São ainda de salientar dois momentos decisivos para o primeiro contacto com o tabaco, um primeiro momento aos 12-13 anos, que coincide com transição para o 3º ciclo de ensino e também com a idade média da puberdade. Um segundo momento de aumento exponencial do consumo do 1º cigarro, aos 16 anos, idade de transição para o ensino secundário e marcada por alguma rebeldia e pressão do grupo de pares. Estes dados indicam-nos fulcrais momentos de intervenção no âmbito da prevenção da iniciação tabágica.

Relativamente ao consumo regular de tabaco constatamos que a idade média para consumo regular é de 19,46 anos, com desvio padrão de 3,364 anos, a partir de um mínimo de 13 e máximo de 40 anos. Temos ainda, que 7,8% dos fumadores iniciaram consumo regular com idade compreendida entre os 13-15 anos, 36,8% com idade entre os 16 e 18 e 55,4% com idade superior a 18 anos.

A idade média do consumo regular de tabaco que observamos na nossa amostra está de acordo com o intervalo etário verificado a nível nacional, situado maioritariamente entre os 18 e os 24 anos (39%), sendo que 19% dos fumadores portugueses iniciaram o consumo na adolescência (Nunes, 2002).

De salientar a relevância do consumo regular de tabaco na adolescência, responsável por enormes danos na saúde individual e pela perda média de 14 anos de vida, facto normalmente ignorado pelos adolescentes (WHO, 2008). Depois de iniciar o consumo é mais difícil conseguir reduzir ou mesmo parar, sendo fulcral implementar estratégias de prevenção da iniciação tabágica e cessação tabágica precoce, direccionadas a esta população específica que são os jovens (Nunes et al., 2007b).

Quanto aos anos de consumo regular de tabaco temos que 42,8% dos fumadores consomem regularmente tabaco há mais de 20 anos, 23,4% são fumadores há mais de 11 anos e menos de 20, 19,7% há mais de 1 ano e menos de 5 e 2,2% dos fumadores referem o consumo há menos de 1 ano.

Fazendo uma análise da carga tabágica, apuramos que 45% dos fumadores consomem em média 11 a 20 cigarros diários, 34,2% consomem em média 21 a 30 cigarros/dia, 10,4% consomem no máximo 10 cigarros/dia e também 10,4% declaram consumir diariamente mais de 31 cigarros. Estes valores remetem-nos para cargas tabágicas extremamente pesadas, com praticamente metade dos fumadores (44,6%) a consumir mais de um maço de cigarros por dia, constituindo-se o consumo tabágico não só, como um enorme fator de risco mas também, como um importante fardo económico para o agregado familiar.

A elevada carga tabágica verificada nos fumadores da nossa amostra encontra-se acima da média diária de consumo a nível nacional, apontada para 15,5 cigarros/dia (Eurobarómetro, 2010).

Questionando a perceção dos fumadores sobre o seu nível de dependência tabágica verificamos que a maioria (55%) afirma a sua dependência como moderada, 29% percecionam ter uma dependência fraca e 9,3% e 1,9% referem uma dependência elevada e muito elevada, respetivamente.

Tabela 20 – Distribuição dos fumadores inquiridos segundo as características do consumo tabágico

Variáveis	Frequências	
	n	%
Idade de início do consumo regular de tabaco (n=269)		
De 13 a 15 anos	21	7,8
De 16 a 18 anos	99	36,8
Superior a 18 anos	149	55,4
Idade do 1º cigarro (n=269)		
Até 12 anos	27	10,1
De 13 a 15 anos	62	23,0
De 16 a 18 anos	99	36,8
Superior a 18 anos	81	30,1
Há quantos anos tem consumo regular (n=269)		
Há menos de 1 ano	6	2,2
Entre 1 – 5 anos	53	19,7
Entre 6 – 10 anos	32	11,9
Entre 11 – 20 anos	63	23,4
Há mais de 20 anos	115	42,8
Consumo médio de cigarros por dia (n=269)		
10 ou menos	28	10,4
11 a 20	121	45,0
21 a 30	92	34,2
31 a 40	26	9,7
Mais de 40	2	0,7
Como considera a sua dependência tabágica (n=269)		
Muito fraca	13	4,8
Fraca	78	29,0
Moderada	148	55,0
Elevada	25	9,3
Muito elevada	5	1,9

Analisando o comportamento dos fumadores da amostra face aos seus familiares não fumadores (tabela 21), constatamos que a maioria dos fumadores (73,6%) fuma no interior do seu domicílio e 65,7% fumam na presença de familiares não fumadores. Estes dados revelam um aumento significativo, comparativamente aos dados do Eurobarómetro (2007), em que 59% dos portugueses fumadores inquiridos afirmavam fumar regularmente no domicílio.

Dentro da família os elementos mais expostos ao fumo passivo são os cônjuges (76,2%) e os filhos (52,3%). Verificamos assim os pais e os cônjuges como fumadores principais na presença dos seus familiares, complementando-se os dados apresentados no ponto da

exposição ao FAT, onde referíamos que os inquiridos que menos fumavam no interior do domicílio eram os progenitores, contudo salientamos desde logo que a idade dos inquiridos ser superior a 18 anos limitava a resposta a esta questão.

Verificamos que 52,3% dos fumadores afirmam expor os filhos ao fumo passivo, valores muito superiores aos referidos pelos fumadores a nível nacional, em que 6% admitem fumar regularmente em casa na companhia de crianças e 26% afirmam fumar ocasionalmente na sua presença (Eurobarómetro, 2007).

Analisando a percentagem de filhos expostos ao fumo do tabaco e com base na idade média dos fumadores, podemos inferir tratar-se de crianças pequenas expostas aos riscos adjacentes ao fumo tabágico, constituindo-se assim outra problemática de saúde pública. Estes preocupantes dados estão em concordância com a posição da OMS, que estima que cerca de metade das crianças existentes no mundo (700 milhões) respiram ar contaminado pelo FAT, especialmente em suas casas. Os principais responsáveis pela exposição da criança ao FAT no domicílio são os pais (WHO, 1999).

Tabela 21 – Distribuição dos fumadores inquiridos segundo o comportamento tabágico face aos seus familiares

Variáveis	Frequências	
	n	%
Fuma no interior da sua casa (n=269)		
Sim	198	73,6
Não	71	26,4
Fuma na presença dos seus familiares (n=198)		
Sim	130	65,7
Não	68	34,3
Se sim, de quem? (n=130)		
Pai	8	6,1
Mãe	25	19,2
Filhos	68	52,3
Cônjuge	99	76,2
Não	31	23,8
Irmão	18	13,8

Reforça-se mais uma vez a preocupante exposição passiva ao FAT que ocorre nos domicílios dos inquiridos, com 65,7% dos fumadores a admitirem fumar no interior da sua residência e na presença dos seus familiares. É assim importante intervir na

exposição passiva ao fumo do tabaco no interior dos domicílios, trabalhando-se para se atingirem “domicílios 100% sem fumo”, tal como preconiza a Comissão das Comunidades Europeias (2007) e a OMS (WHO, 2011).

Analisando a existência de períodos de cessação tabágica e as principais características das recaídas nos fumadores da nossa amostra, constatamos pela análise da tabela 22, que 41,6% dos fumadores atuais já esteve um período sem fumar. Estes dados vão de encontro aos resultados de diversos estudos nacionais, que estimam que anualmente cerca de 30% dos fumadores faz uma tentativa para parar de fumar. No entanto, nem todos os fumadores, num dado momento, estão realmente motivados e preparados para iniciar esse processo, aumentando o número de recaídas na cessação tabágica (Lima, 2011; Nunes et al., 2007a).

Os principais motivos apontados para a cessação tabágica pelos fumadores da nossa amostra são: gravidez (31,3%), existência de problemas de saúde (29,5%) e iniciativa própria (25,9%). Estes motivos vão de encontro aos dados apurados em outros estudos nacionais, que salientam a iniciativa própria e a existência de problemas de saúde como fatores centrais da cessação tabágica (Corte, Marques, Videira & Bidarra, 2011; Nunes et al., 2007a; Rosendo, Fonseca, Guedes & Martins, 2009).

Quanto à recaída os motivos mais frequentes são: vontade irresistível de fumar (67,9%), ansiedade/*stress* (38,4%) e consumo em contexto social (38,4%).

Estes dados revelam-nos a importância da prevenção das recaídas, intervindo especificamente nas puérperas, nos doentes crónicos e nos jovens, trabalhando não só os malefícios do tabaco, mas também a motivação, a pressão do contexto social, cultural e familiar e os falsos mitos relacionados com o tabaco. A consulta de cessação tabágica disponível no Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros é também um recurso para a cessação tabágica e para a prevenção das recaídas.

Com base nas estimativas do Banco Mundial o investimento na cessação tabágica constitui a via mais custo-efetiva para a obtenção, a curto e a médio prazo, de melhorias nos indicadores de morbidade e mortalidade relacionados com o consumo de tabaco (WBG, 2001).

Tabela 22 – Distribuição dos fumadores inquiridos segundo as características da cessação tabágica e das recaídas

Variáveis	Frequências	
	n	%
Já esteve algum período sem fumar (n=269)		
Sim	112	41,6
Não	157	58,4
Qual o motivo da cessação (n=112)		
Existência de problemas de saúde	33	29,5
Prevenção de doenças	14	12,5
Melhorar nível de saúde e rendimento físico	21	18,8
Pressão familiar	18	16,1
Economia	12	10,7
Iniciativa Própria	29	25,9
Gravidez	35	31,3
Aconselhamento de um técnico de saúde	5	4,5
Qual o motivo da recaída (n=112)		
Ansiedade/ <i>stress</i>	43	38,4
Vontade irresistível de fumar	76	67,9
Problemas pessoais	4	3,6
Aumento de peso	8	7,1
Reiniciou consumo em contexto social	43	38,4
Falta de motivação	14	12,5

Na tabela 23 é possível observar as frequências de respostas obtidas para as variáveis atualmente gostava de deixar de fumar *versus* atualmente pensa deixar de fumar. Verificamos assim, que a totalidade de fumadores que pensa deixar de fumar (n=41) afirma que gostava de o fazer, o que demonstra congruência nas respostas. Por outro lado, nem todos os fumadores que atualmente gostavam de deixar de fumar pensam em fazê-lo, pois 47,7% (n=41) talvez pensam em deixar de fumar e 4,6% (n=4) nem pensam, apesar de afirmarem que gostavam de deixar de fumar. Relativamente aos fumadores que ainda não têm uma posição formada acerca da cessação, observamos que a maioria dos fumadores que afirma que talvez gostasse de deixar de fumar também refere que talvez pense nisso ou que nem pensa em tal facto.

Esta discrepância entre os fumadores que referem que gostavam de deixar de fumar e aqueles que realmente pensam em deixar de fumar, remete-nos para a noção de dependência física, psicológica, emocional, comportamental e social do tabagismo e

para o moroso processo de cessação tabágica, não sendo expectável que vários anos de dependência possam subitamente terminar. A motivação para parar de fumar resulta da conjugação de dois fatores: a importância atribuída à mudança de comportamento e a perceção sobre a capacidade para mudar, autoconfiança ou autoeficácia. A cessação tabágica exige uma enorme motivação para a mudança comportamental e todo um processo de adaptação à ausência de consumo (APA, 2002; Fagerström, 2003; Santos, 2006; Trigo, 2006).

Tabela 23 – Atualmente gostava de deixar de fumar segundo atualmente pensa em deixar de fumar

	Atualmente gostava de deixar de fumar				Total	Teste do qui quadrado
	Sim	Talvez	Não			
Atualmente pensa em deixar de fumar	Sim	41 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	41 (100%)	ET=148,226 Pv=0,000
	Talvez	41 (25,5%)	120 (74,5%)	0 (0%)	161(100%)	
	Não	4 (5,9%)	48 (72,0%)	15 (22,1%)	67 (100%)	
	Total	86 (31,9%)	168 (62,6%)	15 (5,6%)	269 (100%)	

Estudando a relação entre as variáveis atualmente gostava de deixar de fumar *versus* gostava de ter ajuda para deixar de fumar (tabela 24), verificamos que dos fumadores que referem que gostavam de ter ajuda para deixar de fumar 50,8% afirmam que realmente gostavam de deixar de fumar, sendo que os restantes talvez gostassem de deixar de fumar. 17,3% dos fumadores afirmam que gostavam de deixar de fumar mas que não precisariam de ajuda para a cessação.

Tabela 24 – Atualmente gostava de deixar de fumar segundo gostava de ter ajuda para deixar de fumar

	Atualmente gostava de deixar de fumar				Total	Teste do qui quadrado
	Sim	Talvez	Não			
Gostava de ter ajuda para deixar de fumar	Sim	60 (50,8%)	58 (49,2%)	0 (0%)	118 (100%)	ET=41,439 Pv=0,000
	Não	26 (17,3%)	110 (72,8%)	15 (9,9%)	151 (100%)	
	Total	86 (31,9%)	168 (62,6%)	15 (5,6%)	269 (100%)	

Na tabela 25 é possível observar as frequências de respostas obtidas para as variáveis atualmente pensa em deixar de fumar *versus* gostava de ter ajuda para deixar de fumar. Constatamos assim, que dos fumadores que referem que gostavam de ter ajuda para deixar de fumar apenas 28% (n=33) pensam em deixar de fumar, sendo que a maioria (63,6%) talvez pense em deixar de fumar e os restantes não pensam em deixar de fumar, apesar de referirem que gostavam de ajuda para o fazer. Dos fumadores que não manifestaram necessidade de ajuda para deixar de fumar 5,3% afirmaram que atualmente pensam em deixar de fumar, mesmo sem ajuda, 56,6% talvez pensem em deixar de fumar sem necessitar de ajuda e os restantes não pensam em deixar de fumar.

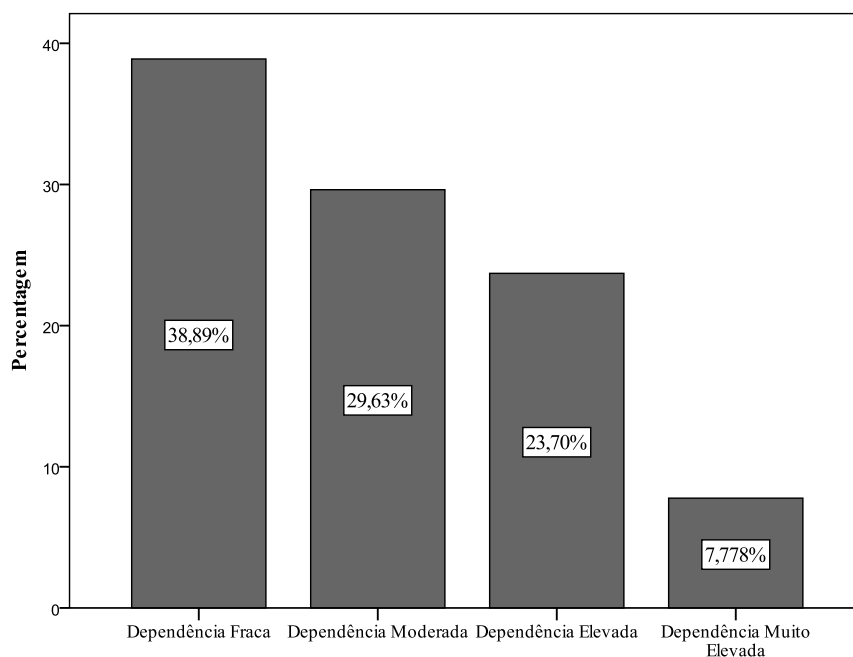
Tabela 25 – Atualmente pensa em deixar de fumar segundo gostava de ter ajuda para deixar de fumar

Gostava de ter ajuda para deixar de fumar	Atualmente pensa em deixar de fumar				Teste do qui quadrado
	Sim	Talvez	Não	Total	
Sim	33 (28,0%)	75 (63,6%)	10 (8,5%)	118 (100%)	ET=46,331 Pv=0,000
Não	8 (5,3%)	86 (56,6%)	57 (38,2%)	151 (100%)	
Total	41 (15,2%)	161 (59,6%)	67 (25,2%)	269 (100%)	

Relativamente à dependência nicotínica dos fumadores inquiridos e de acordo com a aplicação do teste de Fagerström aos fumadores (gráfico 8) verificamos que 38,89% apresentam dependência fraca, 29,63% apresentam dependência moderada, 23,70% dependência elevada e os restantes 7,78% fumadores apresentam dependência muito elevada.

Estes dados estão de acordo com diferentes estudos realizados no nosso país e a nível europeu, que classificam a dependência dos fumadores maioritariamente como baixa e moderada (Costa, 2006; Corte, Marques, Videira & Bidarra, 2011; Heatherton et al., 1991). Contudo é de salientar, que a dependência do tabaco é um fenómeno complexo resultante da interação de vários fatores, que podem justificar a dificuldade na cessação tabágica (WHO, 2004a; WHO, 2007a).

Gráfico 8 – Distribuição dos fumadores inquiridos segundo a dependência tabágica pelo teste de Fagerström



Na tabela 26 apresentamos os resultados da relação entre a dependência tabágica aferida pelo teste de Fagerström e a dependência tabágica percebida pelo fumador. Pela aplicação do teste do qui quadrado concluímos que existe evidência estatística para afirmar que a dependência tabágica aferida pelo teste de Fagerström está associada à dependência tabágica percebida pelo fumador, considerando um nível de significância de 1%.

Constatamos assim, para os níveis de dependência fraca e moderada da escala de Fagerström uma congruência com a percepção de dependência por parte dos fumadores, em que 54,8% dos fumadores com dependência fraca segundo Fagerström identificaram a sua dependência como fraca e 70% dos fumadores com dependência moderada, segundo Fagerström, identificaram a sua dependência como moderada. Contudo, nas classificações de dependência nicotínica pelo teste de Fagerström de elevada e muito elevada a maioria dos fumadores não a identificou como tal, 78,1% dos fumadores com dependência elevada segundo Fagerström identificaram a sua dependência como moderada e 42,9% dos fumadores de dependência muito elevada segundo Fagerström identificaram a sua dependência como moderada ou elevada.

Podemos concluir que para os níveis de dependência elevada e muito elevada do teste de Fagerström a maioria dos fumadores tem dificuldade em classificar a sua dependência como tal, seja por incapacidade em perceber a sua real dependência, seja por rejeição da própria dependência.

Tabela 26 – Dependência tabágica percecionada pelo fumador segundo a dependência tabágica aferida pelo teste de Fagerström

		Dependência tabágica percecionada pelos fumadores					Total	Teste do qui quadrado
		Muito fraca	Fraca	Moderada	Elevada	Muito elevada		
Dependência tabágica, teste de Fagerström	Fraca	12 (11,6%)	57 (54,8%)	33 (31,7%)	2 (1,9%)	0 (0,0%)	104 (100%)	ET=121,215 Pv=0,000
	Moderada	1 (1,3%)	17 (21,3%)	56 (70,0%)	5 (6,3%)	1 (1,3%)	80 (100%)	
	Elevada	0 (0,0%)	3 (4,7%)	50 (78,1%)	9 (14,1%)	2 (3,1%)	64 (100%)	
	Muito elevada	0 (0,0%)	1 (4,8%)	9 (42,9%)	9 (42,9%)	2 (9,5%)	21 (100%)	
	Total	13 (4,8%)	78 (29,0%)	148 (55,0%)	25 (9,3%)	5 (1,9%)	269 (100%)	

Assim, relativamente à hipótese 6, *há relação entre a dependência tabágica, percecionada pelos fumadores e a dependência tabágica, aferida pelo teste de Fagerström*, podemos constatar que, a um nível de significância de 1%, existe evidência estatística para afirmar que a dependência tabágica percecionada pelos fumadores está associada à dependência tabágica aferida pelo teste de Fagerström, existindo contudo diferenças nos níveis de classificação da dependência entre os dois métodos.

Relativamente à dependência tabágica, aferida pelo teste de Fagerström, analisamos ainda a sua relação com as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas. Nesta análise verificamos, pela aplicação dos testes de independência, a um nível de significância de 1%, existe evidência estatística que permite afirmar que a dependência tabágica está significativamente associada com as variáveis: sexo, classe etária, estado civil, meio e existência de patologia. A um nível de significância de 5% tem-se que a dependência tabágica está significativamente associada com a situação profissional dos inquiridos. Constatamos que são os indivíduos do sexo masculino, os adultos, os casados,

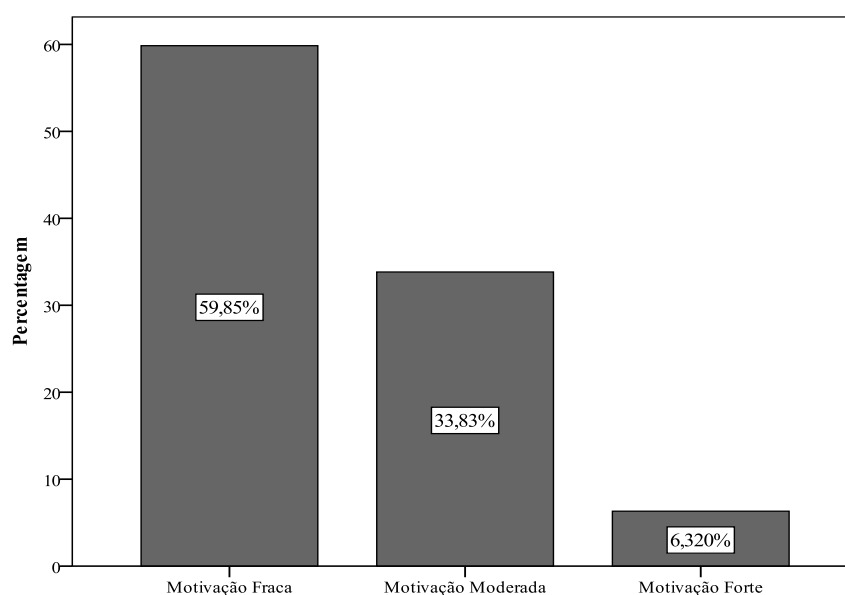
os residentes no meio rural, os profissionalmente ativos e os que padecem de alguma patologia que apresentam níveis mais elevados de dependência do tabaco, segundo o teste de Fagerström. Remetemos a consulta completa desta análise para o anexo VI.

Assim, relativamente à hipótese 7, *a dependência tabágica, aferida pelo teste de Fagerström é diferente segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas*, podemos constatar que, a um nível de significância de 1%, existe evidência estatística para afirmar que a dependência tabágica está associada ao sexo, classe etária, estado civil, meio e existência de patologia. A dependência tabágica está ainda, associada à situação profissional dos inquiridos, considerando um nível de significância de 5%.

Quanto à motivação para deixar de fumar e de acordo com os resultados do teste de Richmond aplicado aos fumadores, observamos que a maioria (59,85%) apresenta motivação fraca, 33,83% dos fumadores possuem motivação moderada e 6,32% dos fumadores apresentam motivação elevada para a cessação tabágica (gráfico 9).

Estes níveis baixos de motivação estão em concordância com alguns estudos realizados no nosso país e a nível internacional, que sugerem que apenas 10% dos fumadores estão realmente motivados e preparados para deixar de fumar (Corte et al., 2011; Nunes et al., 2007a; Rosendo, Fonseca, Guedes & Martins, 2009).

Gráfico 9 – Distribuição dos fumadores inquiridos segundo a motivação para deixar de fumar pelo teste de Richmond



Analizamos ainda a relação da motivação para deixar de fumar, aferida pelo teste de Richmond, com as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas. Nesta análise verificamos que, relativamente às variáveis sociodemográficas, são os indivíduos do sexo masculino, os indivíduos da classe etária dos 40 aos 64 anos, os casados, os residentes no meio urbano e os profissionalmente ativos que apresentam maior motivação para deixar de fumar. No que se refere ao consumo de álcool constatamos que os indivíduos que consomem menos álcool apresentam uma motivação para a cessação mais forte. Quanto às variáveis clínicas observamos que os indivíduos que apresentam alguma patologia são também os que apresentam maior motivação para deixar de fumar. (Anexo VII)

Assim, relativamente à hipótese 8, *a motivação para deixar de fumar, avaliada pelo teste de Richmond é diferente segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas*, podemos constatar que, a um nível de significância de 1%, existe evidência estatística para afirmar que a motivação para a cessação tabágica está associada à classe etária e ao estado civil.

Na tabela 27 encontramos os resultados do cruzamento das variáveis motivação para deixar de fumar, avaliada pelo teste de Richmond e dependência tabágica, aferida pelo teste de Fagerström. Pela aplicação do teste do qui quadrado concluímos que existe evidência estatística para afirmar que a motivação para deixar de fumar apurada pelo teste de Richmond está associada à dependência tabágica aferida pelo teste de Fagerström, considerando um nível de significância de 1%.

Verificamos assim que, para os diferentes níveis de dependência nicotínica, os fumadores apresentam na sua maioria (59,9%) uma fraca motivação para a cessação tabágica, observando-se globalmente uma gradual diminuição da motivação para a cessação conforme aumenta o patamar da dependência tabágica.

Assim, relativamente à hipótese 9, *há relação entre a motivação para deixar de fumar, avaliada pelo teste de Richmond e a dependência tabágica, aferida pelo teste de Fagerström*, podemos constatar que, não existe associação estatisticamente significativa entre a motivação para deixar de fumar apurada pelo teste de Richmond e a dependência tabágica aferida pelo teste de Fagerström.

Tabela 27 – Motivação para deixar de fumar, avaliada pelo teste de Richmond segundo a dependência tabágica, aferida pelo teste de Fagerström

		Avaliação da Motivação, teste de Richmond				Teste do qui quadrado
		Fraca	Moderada	Forte	Total	
Avaliação da dependência, teste de Fagerström	Fraca	65 (62,5%)	32 (30,8%)	7 (6,7%)	104 (100%)	ET=3,869 Pv=0,704
	Moderada	49 (61,3%)	27 (33,8%)	4 (5,0%)	80 (100%)	
	Elevada	33 (51,6%)	27 (42,2%)	4 (6,3%)	64 (100%)	
	Muito elevada	14 (66,7%)	5 (23,8%)	2 (9,5%)	21 (100%)	
	Total	161 (59,9%)	91 (33,8%)	17 (6,3%)	269 (100%)	

Quando questionados os fumadores sobre a perceção acerca dos malefícios do tabaco na saúde (tabela 28), constatamos que 95,5% dos fumadores, apesar de manterem o consumo de tabaco, concordam que este tem malefícios para a sua saúde. Reflete-se assim, sobre a necessidade de encontrar intervenções que promovam a concordância do comportamento tabágico com a informação possuída.

Tabela 28 – Perceção dos malefícios do tabaco nos fumadores inquiridos

	n	Discordo totalmente n (%)	Discordo n (%)	Nem discordo, nem concordo n (%)	Concordo n (%)	Concordo totalmente n (%)
O tabaco tem malefícios para sua saúde	269	1 (0,4)	3 (1,1)	8 (3,0)	107 (39,7)	150 (55,8)

Analizamos também os principais veículos de informação, na nossa amostra, sobre os riscos do tabaco. Os dados da tabela 29 indicam que 96,7% dos fumadores já recebeu informação sobre os riscos do tabaco. Os meios mais referidos pelos inquiridos como fontes de informação são: televisão (92,3%), panfletos/jornais (66,2%), enfermeiros (53,8%), médicos (45,8%) e outros profissionais de saúde (18,1%). Além das hipóteses colocadas no formulário, os fumadores destacaram também a internet (25,4%) e a saúde escolar (18,5%) como importantes veículos de informação. Os familiares e amigos e a rádio foram referidos por uma pequena percentagem dos inquiridos.

Tabela 29 – Fonte de informação sobre os riscos do tabaco nos fumadores inquiridos

Variáveis	Frequências	
	n	%
Já recebeu informação sobre os riscos do consumo tabágico (n=269)		
Sim	260	96,7
Não	9	3,3
Se sim, através de que meio? (n=260)		
Televisão	240	92,3
Panfletos, Jornais	172	66,2
Enfermeiro	140	53,8
Médico	119	45,8
Outro Profissional de Saúde	47	18,1
Internet	66	25,4
Saúde Escolar	48	18,5

Concluimos a importância dos meios de comunicação de massa na luta tabágica, reforçando-se ainda a necessidade de uma ação mais ativa dos profissionais de saúde, apesar de relevantes 53,8% terem recebido informação tabágica pelos enfermeiros, 45,8% pelos médicos e 18,5% através das intervenções da saúde escolar.

Os profissionais de saúde devem atuar na prevenção do tabagismo e na promoção da saúde, pois “são profissionais nos quais as pessoas depositam extrema confiança” (Precioso et al., 2007, p. 265). A prevenção do tabagismo e a cessação tabágica devem ser uma prioridade e estarem incluídas nos cuidados de saúde prestados pelos serviços de saúde, quer primários quer diferenciados (Nunes et al., 2007a).

Conclusões, Limitações do Estudo e Sugestões

Cabe-nos agora, tecer as considerações finais, resumindo os dados aportados nos capítulos anteriores, enunciando as limitações do estudo, propondo sugestões para posteriores investigações e apresentando um plano de intervenção no âmbito da cessação tabágica e da redução da exposição ao FAT para a população do concelho de Macedo de Cavaleiros

A evidência científica de que o consumo de tabaco é um dos mais graves problemas da saúde pública moderna, com implicações dramáticas na saúde individual e coletiva é consistente, robusta e consensual. Tornam-se assim fulcrais as intervenções no âmbito da prevenção da iniciação tabágica, da cessação tabágica e do controlo da exposição ao FAT, traduzindo-se certamente em ganhos em saúde (Nunes, et al., 2007).

A nossa amostra é composta por 900 indivíduos, representativos da distribuição etária e geográfica da população alvo. A distribuição por sexo está também em consonância com a população alvo, sendo que constituem a amostra em estudo 471 (52,3%) mulheres e 429 (47,7%) homens.

Relativamente à prevalência do tabagismo e principais características sociodemográficas associadas ao consumo de tabaco, concluímos que:

- 29,9% dos inquiridos são fumadores, sendo que 20% das mulheres e 42% dos homens fumam. 55% dos indivíduos da classe etária 18-24 anos e 37% da classe etária 25-39 anos são atualmente fumadores;
- o consumo tabágico está associado às variáveis sociodemográficas: sexo, classe etária, estado civil, habilitações literárias e situação profissional, existindo uma prevalência tabágica mais acentuada nos homens, nos jovens (18-24 anos), nos divorciados, nos indivíduos com o 2º ciclo e nos profissionalmente ativos;
- as freguesias que apresentam maior prevalência tabágica são: Amendoeira; Carrapatos; Corujas; Grijó; Lombo; Peredo; Santa Combinha; Talhinas e Vilarinho do Monte;

- os principais motivos invocados para a cessação tabágica pelos ex-fumadores (19,7%) foram a existência de problemas de saúde (37,3%) e o aspeto económico (35,0%). O aconselhamento de um técnico de saúde foi referido por 7,03% dos ex-fumadores inquiridos.

Estes dados remetem-nos para um importante problema de saúde pública no concelho de Macedo de Cavaleiros, com uma prevalência de fumadores francamente acima da média nacional e com índices de consumo alarmantes nos jovens e nas mulheres.

No que concerne às características comportamentais e clínicas dos fumadores, destacamos que:

- a maioria dos fumadores da amostra não pratica exercício físico (59,9%), não existindo contudo associação estatisticamente significativa entre o consumo de tabaco e a prática de exercício físico;
- o consumo tabágico está estatisticamente associado a um maior consumo de bebidas alcoólicas diariamente, em muitos casos excessivo (consumo médio, nos fumadores que consomem álcool diariamente, de 4,30 doses/dia), somando assim importantes fatores de risco cardiovascular;
- os fumadores têm um risco acrescido de apresentar patologias, existindo associação estatisticamente significativa entre o consumo tabágico e a incidência de patologias. 63,2% dos indivíduos fumadores inquiridos apresentam pelo menos um problema de saúde, sendo que globalmente, a prevalência de patologias aumenta 5 pontos percentuais nos fumadores;
- a incidência de patologias está também estatisticamente associada ao tempo de consumo regular de tabaco. 88,6% dos fumadores com consumo regular de tabaco há mais de 20 anos padecem de pelo menos uma patologia.

Esta investigação sugere, relativamente à exposição ao fumo ambiental do tabaco, que:

- a maioria dos indivíduos está exposta ao FAT (65,5%);
- os bares, cafés e espaços de lazer são o local prioritário de exposição (88,1%), seguindo-se o domicílio (34%) e o local de trabalho (22,3%);
- a exposição ao FAT no local de trabalho está significativamente associada ao grupo profissional dos inquiridos. Os grupos profissionais onde é mais marcada a

exposição ao FAT são os grupos 8, 5 e 7. É ainda relevante a exposição ao FAT que ocorre no grupo 2, englobando os profissionais de saúde e os professores;

- a exposição ao FAT no domicílio é um grave problema, com 65,7% dos fumadores a admitirem fumar no interior da sua residência e na presença dos seus familiares. São os cônjuges, os pais idosos e os filhos, ainda crianças, os principais familiares expostos ao fumo do tabaco;
- a exposição ao FAT está associada à existência de fumadores no agregado familiar, constatando-se que os indivíduos que vivem com fumadores têm um risco acrescido de estarem expostos ao FAT;
- a exposição ao FAT está também associada ao consumo de tabaco, verificando-se que os fumadores têm um risco acrescido de estarem expostos ao FAT.

Relativamente ao consumo tabágico dos fumadores, concluímos que:

- a idade média de consumo do 1º cigarro é de 17,11 anos, a partir de um mínimo de 9 e máximo de 40 anos;
- a idade média para consumo regular é de 19,46 anos, salientando-se a relevância do consumo regular de tabaco na adolescência (44,6% iniciaram o consumo regular de tabaco antes dos 18 anos);
- praticamente metade dos fumadores (44,6%) consome mais de um maço de cigarros por dia, constituindo-se a pesada carga tabágica como um enorme fator de risco mas também, como um importante fardo económico para o agregado familiar;
- 41,6% dos fumadores atuais já estiveram um período sem fumar. Os principais motivos apontados para a cessação tabágica foram: gravidez (31,3%), existência de problemas de saúde (29,5%) e iniciativa própria (25,9%). Quanto à recaída os motivos mais frequentes são: vontade irresistível de fumar (67,9%), ansiedade/*stress* (38,4%) e consumo em contexto social (38,4%);
- a quase totalidade dos fumadores (95,5%) concorda que o tabaco tem malefícios para a sua saúde;
- 96,7% dos fumadores já recebeu informação sobre os riscos do tabaco, surgindo como principais veículos de informação a televisão (92,3%), os panfletos/jornais (66,2%), os enfermeiros (53,8%), os médicos (45,8%), a internet (25,4%) e a saúde escolar (18,5%).

Quanto à dependência tabágica e à motivação para a cessação, constatamos que:

- existe uma discrepância entre os fumadores que afirmam que gostavam de deixar de fumar (31,9%) e aqueles que referem que pensam em deixar de fumar (15,2%);
- a maioria dos fumadores (69,8%) que refere que gostava de deixar de fumar e 80,5% dos fumadores que pensam em deixar de fumar afirmam também, que gostavam de ter ajuda especializada para a cessação tabágica;
- a dependência tabágica aferida pelo teste de Fagerström está associada à dependência tabágica percebida pelo fumador, constatando-se que para os níveis de dependência elevada e muito elevada de Fagerström a maioria dos fumadores tem dificuldade em classificar a sua dependência como tal, seja por incapacidade em perceber a sua real dependência, seja por rejeição da própria dependência;
- a dependência tabágica aferida pelo teste de Fagerström está associada às variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas, sendo os indivíduos do sexo masculino, os adultos, os casados, os residentes no meio rural, os profissionalmente ativos e os que padecem de alguma patologia que apresentam níveis mais elevados de dependência tabágica;
- a motivação para a cessação tabágica avaliada pelo teste de Richmond, está associada à classe etária e ao estado civil, sendo os indivíduos da classe etária dos 40 aos 64 anos e os indivíduos casados que apresentam maior motivação;
- a maioria dos fumadores apresenta níveis de dependência nicotínica e de motivação para a cessação tabágica fraco ou moderado, segundo o teste de Fagerström e o teste de Richmond, respetivamente;
- verifica-se uma gradual diminuição da motivação para a cessação conforme aumenta o patamar da dependência tabágica, não existindo contudo, associação estatisticamente significativa entre a motivação para a cessação e a dependência tabágica.

Face ao exposto, a intervenção no tabagismo é uma área de fulcral interesse, estando os cuidados de saúde primários e a saúde pública numa situação privilegiada para apoiar a cessação em todos os fumadores e para intervir na prevenção do consumo tabágico e na redução da exposição tabágica (Diário da República, 2005; Health and Consumer Protection, 2006; WHO, 2008; Nunes et al., 2007a).

A luta contra o tabagismo deve ser uma preocupação central de todos os intervenientes da sociedade e ser encarada como uma atividade de cidadania organizada, com participação ativa dos cidadãos. Não obstante esta necessidade de participação coletiva, o papel dos profissionais de saúde como educadores sociais é da maior relevância.

Neste sentido e para responder a um dos objetivos centrais desta investigação, apresentamos um projeto estruturado de intervenção no âmbito da cessação tabágica e da redução da exposição ao FAT no concelho de Macedo de Cavaleiros (Anexo VIII), que procura intervir nas principais problemáticas identificadas com o presente estudo. Este plano de intervenção integra-se na missão dos cuidados de saúde primários de intervenção na epidemia tabágica, apoiando a cessação tabágica (em complemento das consultas de cessação tabágica), prevenindo a iniciação tabágica e promovendo uma cultura global que contrarie a exposição ao FAT. O desenvolvimento deste plano de intervenção baseia-se numa ação concertada com a UCC e a USP de Macedo de Cavaleiros, tendo-se já iniciado a sua implementação.

Relativamente à presente investigação é fundamental considerar as limitações inerentes ao processo de amostragem não probabilística e ao tipo de estudo observacional transversal, não permitindo a extrapolação dos resultados.

Contudo, é de salientar a pertinência desta investigação, que permitiu um diagnóstico do consumo tabágico na população do concelho, alicerçando a intervenção comunitária ajustada à problemática do tabagismo. Os resultados obtidos nesta investigação poderão ser também, o motor para a realização de novos estudos específicos às problemáticas observadas, podendo-se optar por estudos observacionais longitudinais, com a aplicação de programas de prevenção e respetiva avaliação, que permitam a alteração do consumo tabágico e do comportamento de exposição ao fumo do tabaco. Perante a preocupante prevalência de tabagismo, é também fulcral que sejam realizados mais estudos de monitorização da prevalência do consumo de tabaco no concelho.

Com empenho ultrapassamos as dificuldades inerentes ao processo de investigação e conseguimos alcançar os objetivos delineados para o presente estudo. Esta etapa académica apresenta-se, não como um fim alcançado, mas como mais um passo no percurso académico e profissional.

Referências Bibliográficas

- Amaral, V. G. (2010). *A Adolescência e o Tabaco*. Dissertação de Mestrado em Medicina, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.
- Ambrose, J. & Barua, R. (2004). The Pathophysiology of Cigarette Smoking and Cardiovascular Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 43(10), 1731–1737.
- APA - American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV)*. (4a Ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association. Tradução portuguesa: Fernandes J.C. Lisboa: Climepsi Editores, 1996.
- APA - American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4a Ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, A. R.G. (2011). *Marcadores Biológicos de Tabagismo. Determinação de Cutoff Points*. Dissertação de Mestrado em Saúde e Aparelho Respiratório, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Becoña, E. & Gonzalez, F. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Becoña, E. (2000). *Fatores associados ao consumo de tabaco na mulher e medidas preventivas*. In: Precioso J (eds.), *Prevenção, diagnóstico e tratamento do tabagismo*. Centro de Investigação em Educação, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, 43-65.
- Becoña, E. (2004). *Dejar de Fumar. Guia clínica*. Universidad de Santiago de Compostela. Valencia: Socidrogalcohol.

- Bulhões, C., Silva, N., Ferreira, D., Magalhães, M.J. & Peixoto, V. (2007). Análise da exposição tabágica no domicílio e suas repercussões respiratórias em crianças do ensino básico da cidade de Braga. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23:673-684.
- Calheiros, J. (2006). Fumo ambiental e saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 2, 245-253.
- Câmara Municipal de Macedo de Cavaleiros (2011). *Dados Sociodemográficos do concelho de Macedo de Cavaleiros*. Consultado em 18 de Novembro de 2011 em: <http://www.cm-macedodecavaleiros.pt>.
- Campos, H. M. L. (2008). *Caraterização dos hábitos tabágicos dos pais e dos alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico: implicações para a construção de uma intervenção educativa*. Dissertação de Mestrado em Educação, do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Carvalho, J.T. (2000). *O tabagismo visto sob vários aspetos*. Rio de Janeiro: Editora Medsi.
- Carvalho, A.S.C. (2010) *Mortalidade no concelho de Macedo de Cavaleiros*. Estudo sobre a mortalidade no concelho, realizado com dados da Unidade de Saúde Pública de Macedo de Cavaleiros (estudo não publicado).
- CEPA: Air Resources Board (2005). *Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant*. Consultado a 13 de Janeiro em: <http://repositories.cdlib.org/tc/surveys/CALEPA2005>.
- Coleman, T. (2004). Special groups of smokers. *British Medical Journal*, 328, 575-577.
- Comissão das Comunidades Europeias (2007). Livro Verde. *Por uma Europa sem Fumo. Opções estratégicas a nível comunitário*. Bruxelas: Consultado a 13 de Dezembro de 2011 em: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/pt.pdf.

- Comissão de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2004). Tabagismo e Epidemiologia. Consultado a 12 de Janeiro de 2012 em: <http://www.sppneumologia.pt/docs&filename=epidemiologia.ppt>.
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, M. & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 75-82.
- Corte, A., Marques, E., Videira, L. & Bidarra, N. (2011). *Hábitos tabágicos em estudantes do Ensino Superior*. Estudo realizado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda. Guarda: Instituto Politécnico da Guarda.
- Costa, A. D. (2006). Tabagismo em médicos e enfermeiros da cidade do Porto. Motivação para deixar de fumar e grau de dependência tabágica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22:27-38.
- CPP - Classificação Portuguesa das Profissões (2010). Diário da República - II Série, de 1 de Junho de 2010 – Deliberação nº 967/2010.
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2004a). *Risco de morrer em Portugal* Lisboa: DGS, Direção de Serviços de Informação e Análise, Divisão de Epidemiologia.
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2004b). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Mais Saúde para Todos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2006). *Mais Vida Sem Tabaco. 15 Passos para deixar de fumar*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DGS - Direção-Geral da Saúde (2007). *Programa tipo de atuação em cessação tabágica*. Circular normativa nº 26/DSPPS. Lisboa: Ministério da Saúde.
- DGS - Direção-Geral de Saúde (2011). *Infotabac Relatório. Primeira avaliação do impacto resultante da aplicação da Lei do Tabaco em Portugal*. Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. Consultado a 13 de Dezembro de 2011 em: <http://www.dgs.pt>.

- DGS - Direção-Geral de Saúde: Dr. Francisco George (2012). *Interdição de fumo em espaços fechados*. In Diário de Notícias, consultado a 15 de Abril de 2011 em: http://www.dn.pt/inicio/ciencia/interior.aspx?content_id=&seccao=Sa%.
- Diário da República - I Série, de 8 de Novembro de 2005 - Decreto - *Lei N.º 25-A* de 8 de Novembro de 2005, que aprovou a Convenção- Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controlo do Tabaco.
- Diário da República - I Série, N.º156, de 14 de Agosto de 2007. *Decreto-Lei n.º 37/2007* de 14 de Agosto - *Lei do Tabaco e Exposição Involuntária ao Fumo o Tabaco*.
- Doll, R. & Hill, B. (1954). The mortality of doctors in relation to their smoking habits: A preliminary report. *British Medical Journal*, 228, 1451-1455.
- Doll, R. (2000). How it really happened. Smoking and lung cancer. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 162, 4-6.
- Doll, R., Peto, R. & Boreham, J. (2006). Mortality in relation to smoking: 50'years observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 377, 1519- 1528.
- Edwards R. (2004). The problem of tobacco smoking. *British Medical Journal*, 328, 217-219.
- Eurobarómetro (2007). *Health and Consumers: Tobacco. European Commission*. Consultado a 14 de Dezembro de 2011 em: <http://ec.europa.eu/health/tobacco/en.pdf>.
- Eurobarómetro (2010). *Health and Consumers: Tobacco. European Commission*. Consultado a 14 de Dezembro de 2011 em: <http://ec.europa.eu/health/tobacco/en.pdf>.
- Fagerström, K. (2002). Smoking reduction in the management of COPD. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 57, 281-284.
- Fagerström, K. (2003). Time to first cigarette: The best single indicator of tobacco dependence? *Monaldi Archives of Chest Disease*, 59, 91-94.

- Farrow, D. & Samet, J. (1991). Identification of the high-risk smoker. *Smoking Cessation*, 12, 659-668.
- Feijão, F. & Lavado, E. (2003). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e droga, em alunos do ensino público – Portugal Continental* (ECTAD/2003). Lisboa: Instituto da Droga e Toxicoddependência, Ministério da Saúde.
- Ferreira, L., Quintal, C., Lopes, I. & Taveira, N. (2009). Teste de dependência à nicotina: validação linguística e psicométrica do teste de Fagerström. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27(2), 37-55.
- Ferrero, B., Mezquita, M. & Garcia, M. (2006). *Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*. (3ª ed.) Madrid: GlaxoSmithKline, S.A.
- Fiore, M. (1992). Trends in cigarette smoking in the United States. The epidemiology of tobacco use. *Medical Clinician in North America*, 76, 289-303.
- Fiore, M., Bailey, W., Cohen, S., Dorfman, S., Goldstein, M., Gritz, E., Heyman, R., et al. (2000). *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline*. Rockville: United States Department of Health and Human Services.
- Fortin, M. F. (2000). *O processo de investigação. Da conceção à realização*. Lisboa: Lusodidacta.
- Freixo, M. J. V. (2009). *Metodologia Científica – Fundamentos Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Furtado, R. (2002). Implicações Anestésicas do Tabagismo. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 52 (3), 354 – 367.
- Fuster, V. & Pearson, T. (1996). 27th Bethesda Conference: Matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary heart disease events. *Journal of the American College of Cardiology*, 27, 957-1047.
- Gouveia, M., Borges, M., Pinheiro, L., Costa, J., Paulo, S. & Carneiro A. (2007) *Carga e custo da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. Uma reflexão nacional*.

Portugal sem fumo. Hospital do Futuro. Consultado a 18 de Dezembro de 2011 em: <http://www.portugalsemfumo.org/>.

Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C. & Fagerström, K.O. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, Sep; 86 (9): 1119-1127.

Health and Consumer Protection (2004). *Tobacco or Health in the European Union. Past, present and future.* Directorate-General European Commission. Luxembourg: European Commission.

Health and Consumer Protection (2007). *Towards a Europe free from tobacco smoke: policy options at EU level.* Directorate-General European Commission. Geneva: European Commission.

Howard, G. et al (1998). Cigarette smoking and progression of atherosclerosis. *Journal of the American Medical Association*, 279, 119-124.

Hopkins, D. et al. (2001). The Task force on Community Preventive Services. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *American Journal of Preventive Medicine*, 20, 17- 86.

IDT - Instituto da Droga e da Toxicodependência (2012). Impacto do consumo de tabaco na produtividade – Conselho Nacional para a Prevenção do Tabagismo (CNPN). Consultado a 10 de Abril de 2012, em: <http://www.idt.pt/PT/.aspx?id>.

Instituto Nacional Estatística (2011). *Censos 2011, população residente.* Consultado a 28 de Novembro de 2011, em: <http://censos.ine.pt/2011>.

Jarvis, M.J. (2004). Why people smoke. *British Medical Journal*, 328, 277-279.

Jesus, J. S.T. (2010). *Abordagem do Tabagismo num Hospital Português. Estudo Piloto.* Dissertação de Mestrado em Medicina, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior.

- Kahn, J. (2003). *Dependência tabágica, desabituação e psicopatologia*. In: Martinet, Y., Bohadana, A. *O Tabagismo. Da prevenção à abstinência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lima, M. S. & Viegas, C. A. M. (2011). Avaliação do Grau de Ansiedade, Depressão e Motivação dos Fumantes que Procuraram Tratamento para Deixar de Fumar. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 57 (3), 345-353.
- Macedo, M. & Precioso, J. (2004). O papel dos médicos (e outros profissionais de saúde) no controlo da epidemia tabágica e da morbimortalidade a ela associada. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22 (2), 91-100.
- Ministério da Saúde - Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2001). *Inquérito Nacional de Saúde 1998/99*. Lisboa: INSA.
- Ministério da Saúde (2012). *Tabaco: fim das máquinas de venda automática*. In Jornal Público, consultado a 15 de Abril de 2012 em: <http://www.publico.pt/Sociedade/governo-estuda-fim-das-maquinas-de-venda-automatica-de-tabaco>.
- Nunes, E. (2002). *Consumo de Tabaco. Estratégias de Prevenção e Controlo*. Cadernos nº1 - Direção-Geral da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde
- Nunes, E. (2003). *Álcool, tabaco e jogo: do lazer aos consumos de risco*. 1ª ed. Coimbra: Quarteto Editora.
- Nunes, E. (2006). Tabaco. Efeitos na Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 225-244.
- Nunes, E. et al (2007a). *Programa-tipo de atuação em cessação tabágica*. DGS, Circular Normativa nº 26. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Nunes, E., et al (2007b). *Tabaco e Saúde. Consumo de substâncias psicoativas e prevenção em meio escolar*. Lisboa: Ministério da Educação, Direção-Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, Direção-Geral da Saúde, Instituto da Droga e Toxicodependência.

- Oliveira, E.F. & Grácio, M.C. (2005). Analysis regarding the size of the simple sample random: an application in the area of Information Science. *Revista de Ciência da Informação*, 6 (3): 80-96.
- ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2010). *Relatório Anual*. Fundação Portuguesa do Pulmão. Lisboa: ONDR.
- ONDR – Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2011). *Relatório Anual*. Fundação Portuguesa do Pulmão. Lisboa: ONDR.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde (1978). Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde: Saúde para todos no ano 2000*. Consultado a 09 de Dezembro de 2011 em: <http://www.saudepublica.wb.pt>.
- Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Lisboa: Divisão de Educação para a Saúde – Ministério da Saúde.
- Palomares, A. & Garcia, M. (2000). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Pamplona, P. (2007). Fumador internado? – A intervenção apropriada. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 13 (6), 801-826.
- Pamplona, P. & Mendes, B. (2009). Estratégia de tratamento do tabagismo na DPOC. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15 (6), 1121-1156.
- Pan American Health Organization (2000). *Tobacco-free Youth. A “life skills” primer*. Scientific and Technical Publications n. ° 579. D.C.: Pan American Health Organization.

- Pestana, E., Neves, P., Borges, M., Matias, D., Mendes, B., Moreira, S., et al. (2006). *Tabagismo: Do Diagnóstico ao Tratamento*. Lisboa: LIDEL Edições Técnicas, Lda.
- Pestana, M. & Gagueiro, J. (2000). *Análise de dados para ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS (2.ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Peto, R., Lopez, A., Boreham, J. & Thun, M. (2006). *Mortality from smoking in developed countries*. *British Medical Journal*, 423, 339-346.
- PMI - Philip Morris International (2005). *Ingredientes nos cigarros*. Philip Morris International. World Wide Web. Consultado a 12 de Janeiro de 2012 em: <http://www.philipmorrisinternational.com>.
- PMP - Philip Morris Portuguesa (2003). *Informação sobre os ingredientes utilizados nos produtos do Philip Morris em Portugal*. Philip Morris International Management, S.A.
- Portal de Saúde Pública (2010). Consultado a 28 de Dezembro de 2011 em www.saudepublica.web.
- Precioso, J. (2001). *Educação para a prevenção do comportamento de fumar: avaliação de uma intervenção pedagógica dirigida a alunos do 3º ciclo do ensino básico*. Braga: Universidade do Minho (Tese de Doutoramento).
- Precioso, J. (2006). Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 201-222.
- Precioso, J., Lopez, M., Calheiros, J., Macedo, M., Ariza, C., Sanchez, F., et al. (2007) Poluição do ar interior provocada pelo fumo do cigarro em locais públicos de Portugal. *Revista de Saúde Pública*, 41 (5), 808-813.
- Precioso, J., Macedo, M. & Rebelo, L. (2007). Relação entre o tabagismo dos pais e o consumo de tabaco dos filhos: implicação para a prevenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23 (3): 259-266.

- Ravara, S. (2004). Curso de Tabagismo - Intervenção Breve. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 10, 33-40.
- Rebelo, L. (2004). O médico de família e a dependência tabágica. Uma oportunidade de ouro para intervir na qualidade de vida do paciente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 75-84.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. (3.^a ed.). Porto: Legis/Livpsic.
- Richmond, R.L., Kehoe, L.A. & Webster, I.W. (1993). Richmond's Test. Multivariate models for predicting abstention following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*, Aug; 88 (8): 1127-1135.
- Rosas, M. & Baptista, F. (2002). Desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica para a cessação tabágica. *Análise Psicológica*, 1 (XX), 45-56.
- Rosendo, I., Fonseca, G., Guedes, A. & Martins, V. (2009). Caracterização dos fumadores e fatores que influenciam a motivação para a cessação tabágica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15 (5), 783-802.
- Santos, M. (2006). Intervenção motivacional numa consulta de tabagismo com base no modelo de mudança comportamental – uma proposta. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 255-262.
- Sinus - Sistema Informático de Unidades de Saúde (2011). Listagem da população inscrita no Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros. Consulta realizada dia 10 de Novembro de 2011.
- Soares, I. & Carneiro, A. (2002). *Norma de orientação clínica prática para o tratamento do uso e dependência do tabaco*. Lisboa: Ministério da Saúde, Instituto da Qualidade em Saúde.
- SPSS- Statistical Package for Social Sciences, Version 20.0, for Windows (2011). Manual de utilização.

- The Smoke Free Partnership (2006). *Lifting the smokescreen. 10 reasons for a Smoke free Europe*. Brussels. Consultado a 14 de Março de 2012 em: www.ersnet.org.
- Thun, M., Apricella, L. & Henley, S. (2000). Smoking vs. other risk factors as the cause of smoking-attributable deaths. *Journal of the American Medical Association*, 284, 706-712.
- Trigo, M. (2006). Terapia para a prevenção da recaída na dependência de substâncias: os modelos de Alan Marlatt e de Terence Gorski. Aplicações a nicotino-dependência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 299-328.
- Trigo, M. (2007). *Cigarros, Tabaco e Nicotina: fatores biocomportamentais associados ao tabagismo*. Dissertação de Doutoramento na Especialidade de Psicologia Clínica, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, da Universidade de Lisboa. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Lisboa.
- USDHHS - United States Department of Health and Human Services (1989). *Reducing the health consequences of smoking: 25 Years of progress. A Report of the Surgeon General*. Rockville: USDHHS, Public Health Service, Center for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- USDHHS - United States Department of Health and Human Services (2004). *The health consequences of smoking. A Report of the Surgeon General*. Atlanta: USDHHS, Center for Disease Control and Prevention, National Center for Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- USDHHS - United States Department of Health and Human Services (2006). *The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke. A Report of the Surgeon General*. Atlanta: USDHHS, Center for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, Office on Smoking and Health.

- Vitória P.D., Salgueiro M.F., Silva S.A. & De Vries H. (2009). The impact of social influence on adolescent intention to smoke: Combining types and referents of influence. *British Journal of Health Psychology*, 14, 661-669.
- WBG - The World Bank Group (2001). *Economics of tobacco for the Europe region*. World Wide Web, Consultado a 06 de Março de 2012 em: <http://www.worldbank.org/>.
- Weyne, G.R.S. (2004). Determinação do tamanho da amostra em pesquisas experimentais na área da saúde. *Arq. Med ABC*, 29 (2): 112-117.
- WHO - World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.
- WHO - World Health Organization (1999). *International consultation on environmental tobacco smoke and child health*. Consultado a 13 de Janeiro em: http://www.who.int/tobacco/research/en/ets_report.pdf.
- WHO - World Health Organization (2001). *Air Quality guidelines for Europe. European Series, no.91*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO - World Health Organization (2002). *Warsaw Declaration for a Tobacco-free Europe. European Ministerial Conference for a Tobacco-free Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO - World Health Organization (2003). *Framework Convention on Tobacco Control. 56ª World Health Assembly*. Geneva: WHO.
- WHO - World Health Organization (2004a). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Geneva: WHO.
- WHO - World Health Organization (2004b). *International Agency for Research on Cancer. Tobacco smoke and involuntary smoking*. Lyon, France: WHO.

- WHO - World Health Organization (2005). *The European Health Report, 2005: public health action for healthier children and populations*. Copenhagen, Denmark: WHO.
- WHO - World Health Organization (2006). *Tobacco: deadly in any form or disguise. World no Tobacco Day*. Geneva: WHO.
- WHO - World Health Organization (2007a). *The European Tobacco Control Report. The scientific basis of tobacco product regulation. Report of a study group*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, Technical Report.
- WHO - World Health Organization (2007b). *Second hand tobacco smoke*. Consultado a 13 de Janeiro em: http://www.who.int/tobacco/research/secondhand_smoke/en/.
- WHO - World Health Organization (2008). *Global Tobacco Epidemic. Mpower Report*. Geneva: WHO, Regional Office for Europe.
- WHO - World Health Organization (2010). *Youth and Tobacco*. Consultado a 13 de Janeiro em: <http://www.who.int/tobacco/en/atlas7.pdf>.
- WHO - World Health Organization (2011). *Convenção Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco – um tratado que salva vidas. Comemoração do Dia Mundial Sem Tabaco*. Consultado a 13 de Dezembro de 2011 em: <http://www.who.int/tobacco/en>.
- WHO - World Health Organization (2012). *WHO global Report: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: WHO, Regional Office for Europe.

ANEXOS

ANEXO I

Instrumento de colheita de dados

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA

*Consumo Tabágico na
população com idade igual
ou superior a 18 anos do
Concelho de Macedo de
Cavaleiros*

Bragança, Fevereiro de 2012

O presente instrumento de colheita de dados enquadra-se na investigação a desenvolver no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde pública, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança. Pretende-se conhecer o consumo tabágico na população com idade igual ou superior a 18 anos do concelho de Macedo de Cavaleiros, identificando a prevalência de fumadores e caracterizando o consumo tabágico na população em estudo.

O instrumento de colheita de dados é o formulário, anónimo, onde toda a informação recolhida será tratada de forma rigorosamente confidencial e destinar-se-á exclusivamente ao estudo da temática em apreço.

Consciente, de que para levar a bom porto este trabalho é indispensável a sua colaboração, a qual desde já agradeço.

A sua colaboração e seriedade são preciosas. Obrigada pela sua participação!

A investigadora,

Ana Sofia Coelho de Carvalho

*(Enfermeira Especialista em Enfermagem
Comunitária e aluna do Mestrado em
Enfermagem de Saúde Pública)*

I PARTE

1. **Idade:** _____
2. **Sexo:**
(1) F (2) M
3. **Estado Civil:**
(1) Solteiro (a)
(2) Casado (a) / União de facto
(3) Divorciado (a) / Separado (a)
(4) Viúvo (a)
(5) Outra situação Qual? _____
4. **Residência:** (1) Rural (2) Urbana
5. **Freguesia** _____
6. **Habilitações Literárias:**
(1) Não sabe ler nem escrever
(2) Sabe ler e escrever
(3) 1.º Ciclo
(4) 2.º Ciclo
(5) 3.º Ciclo
(6) Ensino Secundário
(7) Curso Técnico
(8) Ensino Superior (Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento)
7. **Situação Profissional:**
(1) Profissionalmente ativo (a)
(2) Desempregado (a)
(3) Reformado (a)
(4) Outra situação Qual? _____
8. **Profissão/Ocupação:** _____

II PARTE

9. É Fumador (a)?

- (1) Sim (2) No passado sim, mas não agora (3) Não

9.1- Se no passado sim, há quanto tempo abandonou o consumo?

- (1) Há menos de 6 meses
(2) 6 -11 meses
(3) 1-5 anos
(4) Há mais de 5 anos

9.2- Se no passado sim, qual o motivo da cessação tabágica?

- (1) Saúde, existência de problemas saúde
(2) Saúde, prevenção de doenças
(3) Saúde, melhorar nível de saúde e rendimento físico
(4) Pressão familiar
(5) Economia
(6) Iniciativa própria
(7) Gravidez
(8) Aconselhamento de um técnico de saúde
(9) Outro Qual? _____

(pode assinalar uma ou várias opções)

10. Pratica algum exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da atividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?

- (1) Sim (2) Não

10.1- Se sim, qual? _____

10.2- Se sim, durante quanto tempo (em cada sessão)? _____

10.3- Se sim, quantas vezes por semana? _____

11. Consome bebidas alcoólicas?

- (1) Sim (2) Não

11.1- Se sim, com que frequência?

- (1) Diariamente
(2) 2-3 vezes semana
(3) Semanalmente
(4) Esporadicamente

11.2- Se sim diariamente, quantas unidades*/dia? _____

* 1 Unidade = 1 bebida padrão = 1 bebida no copo predefinido (ex.: 1 Copo vinho = 1 bagaço = 1 cerveja)

12. Relativamente aos seus hábitos de sono, tem algum problema?

- (1) Sim (2) Não

12.1- Se sim, qual? _____

13. Tem algum problema de saúde/ patologia?

- (1) Sim (2) Não

13.1- Se sim, qual?

- (1) Depressão
(2) Hipertensão arterial
(3) Diabetes
(4) Alcoolismo
(5) Problemas respiratórios
(6) DPOC
(7) Patologias cardiovasculares
(8) Problemas emocionais, psicose
(9) Dislipidemia
(10) Anorexia/Bulimia
(11) Doença oncológica
(12) Doença renal
(13) Doença hepática
(14) Outra Qual? _____

(pode assinalar uma ou várias opções)

14. Existem fumadores no seu agregado familiar?

- (1) Sim (2) Não

14.1- Se sim, quem?

- (1) Pai
(2) Mãe
(3) Filhos
(4) Cônjuge
(5) Irmãos
(6) Outro

(pode assinalar uma ou várias opções)

14.2- Se sim, fumam no interior do domicílio?

- (1) Sim (2) Não

15. Costuma estar exposto ao fumo tabágico?

- (1) Sim (2) Não

15.1- Se sim, em que locais está exposto ao fumo tabágico?

- (1) Domicílio
(2) Local de Trabalho
(3) Cafés /bares/locais de lazer
(4) Meios de transporte
(5) Outros Quais? _____

(pode assinalar uma ou várias opções)

**Se Não é Fumador, a sua participação termina aqui.
Obrigada pela sua colaboração!**

III PARTE

História Tabágica

16. Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco? _____ Anos

17. Com que idade fumou o primeiro cigarro? _____ Anos

18. Há quantos anos tem um consumo regular de tabaco?

- (1) Há menos de 1ano
- (2) Entre 1-5 anos
- (3) Entre 6-10 anos
- (4) Entre 11-20 anos
- (5) Há mais de 20 anos

19. Qual o consumo médio de cigarros/dia?

- (1) 10 ou menos
- (2) 11 a 20
- (3) 21 a 30
- (4) 31 a 40
- (5) 41 ou mais

20. Como considera a sua dependência tabágica?

- (1) Muito Fraca
- (2) Fraca
- (3) Moderada
- (4) Elevada
- (5) Muito Elevada

21. Relativamente à afirmação “o tabaco tem malefícios para a sua saúde”, indique a opção que mais se adequa à sua opinião.

	Discordo totalmente	Discordo um pouco	Nem discordo, nem concordo	Concordo um pouco	Concordo totalmente
O tabaco tem malefícios para a sua saúde					

22. Fuma no interior de sua casa?

- (1) Sim
- (2) Não

22.1- Se sim, fuma na presença de algum dos seus familiares?

- (1) Sim
- (2) Não

22.2- Se sim, de quem?

- (1) Pai
- (2) Mãe
- (3) Filhos
- (4) Cônjuge
- (5) Irmãos
- (6) Outro Qual? _____

(pode assinalar uma ou várias opções)

23. Já alguma vez recebeu informação sobre os riscos do tabagismo e as vantagens de deixar de fumar?

- (1) Sim (2) Não

23.1- Se sim, através de que meio recebeu essa informação?

- (1) Televisão
(2) Panfletos, Posters, Jornais
(3) Enfermeiro
(4) Médico
(5) Outro profissional de saúde
(6) Outro meio Qual? _____

(pode assinalar uma ou várias opções)

24. Já alguma vez, esteve algum período, sem fumar?

- (1) Sim (2) Não

24.1- Se sim, qual o motivo da cessação tabágica?

- (1) Saúde, existência de problemas saúde
(2) Saúde, prevenção de doenças
(3) Saúde, melhorar nível de saúde e rendimento físico
(4) Pressão familiar
(5) Economia
(6) Iniciativa própria
(7) Gravidez
(8) Aconselhamento de um técnico de saúde
(9) Outro Qual? _____

(pode assinalar uma ou várias opções)

24.2- Se sim, qual o motivo da recaída?

- (1) Ansiedade/*stress*
(2) Vontade irresistível de fumar
(3) Problemas pessoais
(4) Aumento de peso
(5) Reiniciou consumo em contexto social
(6) Falta de motivação
(7) Outro

(pode assinalar uma ou várias opções)

25. Atualmente gostava de deixar de fumar?

- (1) Sim (2) Talvez (3) Não

26. Atualmente pensa em de deixar de fumar?

- (1) Sim (2) Talvez (3) Não

27. Gostava de ter ajuda para deixar de fumar?

- (1) Sim (2) Não

28. Avaliação da Dependência Tabágica, Teste de Fagerström:

- (1) Dependência Fraca
- (2) Dependência Moderada
- (3) Dependência Elevada
- (4) Dependência Muito Elevada

Avaliação da Dependência Tabágica: TESTE DE FAGERSTRÖM

Questões a colocar	Pontos
Quanto tempo após acordar fuma o primeiro cigarro? Nos primeiros 5 minutos Entre 6-30 minutos Entre 31-60 minutos Mais de 60 minutos	3 2 1 0
Tem dificuldade em não fumar quando é proibido (igreja, biblioteca, cinema, etc.)? Sim Não	1 0
Que cigarro lhe custaria mais não fumar? 1º do dia Qualquer outro	1 0
Quantos cigarros fuma por dia? 10 ou menos 11 a 20 21 a 30 31 ou mais	0 1 2 3
Durante as primeiras horas depois de acordar fuma mais do que no resto do dia? Sim Não	1 0
Fuma mesmo quando está acamado durante a maior parte do dia? Sim Não	1 0
Pontuação total (máximo possível = 10)	

(Adaptado de *Fagerström Test for Nicotine Dependence: Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström, KO., 1991*)

GRAU DE DEPENDÊNCIA

- 0 a 3 pontos: dependência fraca
- 4 a 5 pontos: dependência moderada
- 6 a 7 pontos: dependência elevada
- 8 a 10 pontos: dependência muito elevada

29. Avaliação da Motivação para Deixar de Fumar, Teste de Richmond:

- (1) Motivação Fraca
- (2) Motivação Moderada
- (3) Motivação Forte

Avaliação da Motivação para Deixar de Fumar: TESTE DE RICHMOND

Questões a colocar	Pontos
Gostava de deixar de fumar, se o conseguisse com facilidade? Não Sim	 0 1
Qual o seu interesse em deixar de fumar? Nenhum Algum Muito Absoluto	 0 1 2 3
Vai tentar deixar de fumar nas próximas duas semanas a um mês? Definitivamente não Talvez não Talvez sim Definitivamente Sim	 0 1 2 3
Pretende deixar de fumar nos próximos seis meses? Definitivamente não Talvez não Talvez sim Definitivamente Sim	 0 1 2 3
Pontuação total (máximo possível = 10)	

(Adaptado de *Richmond's Test: Richmond, RL, Kehoe LA, Webster, IW, 1993*).

GRAU DE MOTIVAÇÃO

De 0 a 5 pontos: Motivação Fraca

De 6 a 8 pontos: Motivação Moderada

Mais de 8 pontos: Motivação Forte

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO II

Autorizações de utilização do teste de Fagerström e do teste de Richmond

Autorização de utilização do teste de Fagerström

RE: Subject Request for an authorization to use the Fagerstrom test.

De: **Ana Sofia Coelho** (ana.s.coelho@hotmail.com)
Enviada: sábado, 31 de março de 2012 17:48:37
Para: mo59642@tele2.se

Good afternoon, Dr. Karl Fagestrom,
I appreciate your quick and positive response.
I also want to thank for yours authorization and sympathy.
At your disposal,
Yours sincerely;
Ana Sofia Coelho

From: mo59642@tele2.se
Subject: FW: Subject Request for an authorization to use the Fagerstrom test.
To: ana.s.coelho@hotmail.com
Date: Sat, 31 Mar 2012 16:33:44 +0200

Dear Ana Sofia Coelho

Thank you for asking. Certainly you can use the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence as much as you like.

Best regards
Karl Fagerstrom

On Sat, 31 Mar 2012 14:26:51 +0000

Ana Sofia Coelho wrote:

>
>
>
> Good
> afternoon Doctor Fagerstrom
>
> My name is Ana Sofia Coelho, I am a nurse in
> Bragança - Portugal, and I am working in primary health
>care - Public Health.
>
> At this moment, I am doing a master's thesis of Public
>Health, in the context of
> smoking population of Macedo de Cavaleiros, with a
>sample of 900 individuals.
>
> In this sense, I ask the doctor permission to use its
>rating scale of tobacco
> dependence, since it is the instrument most respected in
>this area.
>
> Grateful in advance.
>
> Awaiting response from the doctor.
>
> Graciously;

Autorização de utilização do teste de Richmond

From: ana.s.coelho@hotmail.com
To: f.hyslop@unsw.edu.au
Subject: RE: Subject Request for an authorization to use the Richmond`s test.
Date: Wed, 4 Apr 2012 18:27:00 +0000

Good afternoon once more!
I like to thank you again for your generosity and sympathy in have always responded me and authorize the use of the test.
I am always at your disposal for anything you need.
With best regards;
Ana Sofia Coelho

From: f.hyslop@unsw.edu.au
To: ana.s.coelho@hotmail.com
CC: f.hyslop@unsw.edu.au
Subject: RE: Subject Request for an authorization to use the Richmond`s test.
Date: Wed, 4 Apr 2012 01:42:52 +0000

Dear Ana Sofia

Thank you for your reply. On behalf of Professor Robyn Richmond,
I am authorised to give you permission to use the Richmond Test among your participants,
and for your study, as long as the use of the test is acknowledged in any written works produced.

Fran Hyslop
School of Public Health and Community Medicine | Level 3 Samuels Building | University of New South Wales |
Kensington, NSW, 2052, Australia | CRICOS Provider Code 00098G
Email: F.Hyslop@unsw.edu.au | Website: <http://www.sphcm.med.unsw.edu.au/> |
Tel: +61 (2) 9385 1746 | Fax: +61 (2) 9313 6185

From: Ana Sofia Coelho [mailto:ana.s.coelho@hotmail.com]
Sent: Wednesday, 4 April 2012 10:33 AM
To: Fran Hyslop
Subject: Re: Subject Request for an authorization to use the Richmond`s test.

Good afternoon Dr. Robyn Richmond,

I want to thank for your attention.
What I need is an authorization for the use of the evaluation test of motivation for smoking cessation, called Test of Richmond.
I write the 5 questions that are in your test (adapted from Richmond's Test: Richmond RL, Kehoe LA, Webster, IW, 1993).:
would you like to quit smoking, if you could easier?
What is your interest in quitting smoking?
you will try to quit in the next two weeks to a month?
do you want to quit in the next six months?
One scale of 0 to 10 points distributed as follows:
DEGREE OF MOTIVATION
From 0 to 5 points: Poor Motivation
From 6 to 8 pontos: Motivation Moderate
More than 8 points: Strong Motivation

In previous e-mail Dr. Hyslop signed Fran, but my reference is Dr. Robyn Ricmond, author of the test, correct?

advance grateful
I wait for your response
with best regards
Ana Sofia Coelho

From: f.hyslop@unsw.edu.au
To: ana.s.coelho@hotmail.com
CC: f.hyslop@unsw.edu.au
Subject: FW: Subject Request for an authorization to use the Richmond` s test.
Date: Mon, 2 Apr 2012 22:35:40 +0000

Dear Ana Sofia

Thank you for your request to use Richmond's test motivation scale.
This is not the first request we have received regarding this test, and we are not sure what you mean.
Please could you give us a little more detail.
It must be that something Professor Richmond has devised is referred to as the 'Richmond test' on other places, and we are unaware of it.
I am sure, once we know to what you refer, there will be no issue with you making use of it.

kind regards,
Fran Hyslop

School of Public Health and Community Medicine | Level 3 Samuels Building | University of New South Wales |
Email: F.Hyslop@unsw.edu.au | Website: <http://www.sphcm.med.unsw.edu.au/> | Tel: +61 (2) 9385 1746 | Fax: +61 (2) 9313 6185

I work part-time (Tuesdays and Thursdays), so will respond as soon as possible.

Begin forwarded message:

From: Ana Sofia Coelho <ana.s.coelho@hotmail.com>
Date: 3 April 2012 2:14:04 AM AEST
To: <r.richmond@unsw.edu.au>
Subject: FW: Subject Request for an authorization to use the Richmond` s test.

Good afternoon Doctor Richmond

My name is Ana Sofia Coelho, I am a nurse in Bragança - Portugal, and I am working in primary health care - Public Health.
At this moment, I am doing a master's thesis of Public Health, in the context of smoking population of Macedo de Cavaleiros, with a sample of 900 individuals.
In this sense, I ask the doctor permission to use **Richmond's test**, scale of **motivation** to stop smoking, since it is the instrument most respected in this area.
Grateful in advance.
Awaiting response from the doctor.
Graciously;

Ana Sofia Coelho

ANEXO III

Grupos profissionais sugeridos pela CPP/2010 e adotados no nosso estudo

Quadro A - Grupos profissionais sugeridos pela CPP/2010 e adotados no nosso estudo

	Nº
<p>Grupo 0 <u>Profissões das forças armadas</u> (exército, marinha, soldados, força aérea).</p>	0
<p>Grupo 1 <u>Representantes do poder legislativo, órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos</u> Diretores de empresas, diretores da administração pública, presidentes câmara, deputados, ministros, diretores de escolas, diretores de bancos, diretores e gerentes de hotelaria, serviços e comércio, chefes e comandantes da polícia e afins.</p>	1
<p>Grupo 2 <u>Especialistas das atividades intelectuais e científicas</u> Físicos, químicos, matemáticos, geólogos, biólogos (...) Consultores, analistas, técnicas finanças, economistas Engenheiros, arquitetos e <i>designers</i>, cartógrafos Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos, psicólogos, nutricionistas, audiologistas, dentistas, higienistas, terapeutas) Professores, formadores, filósofo, historiador, tradutor Assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, sociólogos Veterinários Programadores, informáticos Advogados, solicitadores, notários, magistrados Bibliotecários, curadores, Jornalistas, publicitários Ministro de culto Bailarinos, coreógrafos, encenadores, atores, realizadores de cinema Cantor, músico, compositor, artistas visuais, pintores, escultor Escritores e autores Locutor e apresentador de televisão e rádio</p>	2
<p>Grupo 3 <u>Técnicos e profissões de nível intermédio</u> Técnicos de ciências, técnicos eletrónicos, técnicos florestais e agrícolas, encarregados de obras, auxiliares de enfermagem, tesoureiro, assistentes dentários, pessoal de ambulâncias, agentes de negócios, seguros, vendedores, segurança social, agentes imobiliários, secretariado clínico, chefes de repartições (correios, escritórios), fotógrafo, jogador de futebol, treinador, árbitro, desportistas profissionais, chefe de cozinha, técnico e operadores de tecnologias de informação, inspetores e detetives da polícia, agentes da polícia de nível intermédio.</p>	3
<p>Grupo 4 <u>Pessoal administrativo</u> Administrativos, empregados de escritório, comércio e serviços, carteiro, funcionários de bancos.</p>	4

<p>Grupo 5 <u>Trabalhadores de serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores</u> Cozinheiro, assistentes de viagem, empregados de bar e mesa, massagistas, esteticistas, cabeleireiros, barbeiros, manicura, governantes domésticos, porteiros, astrólogos, adivinhos, vendedores lojas, vendedores ambulantes, assistentes de bombas de gasolina, modelos, auxiliares de educação, auxiliares de lar, bombeiro, PSP, GNR, guarda prisional, seguranças.</p>	5
<p>Grupo 6 <u>Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e floresta</u> Agricultores, produtores de gado, apicultores, floricultor, viveirista, motosserista, sapador florestal, pescadores, mestres e contramestres, caçador qualificado.</p>	6
<p>Grupo 7 <u>Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices</u> Pedreiros, carpinteiros, montador de andaimes, estucador, canalizador, envernizador, pintor, soldador, ladrilhador, vidraceiro, pedreiro, serralheiro, forjador, oleiro, artesãos, instalador de sistemas, operadores de impressão, joalheiro, encadernador, mecânicos, instalador de sistemas informáticos, trabalhadores de indústria qualificados, cortador e matador de carne, talhante, pasteleiro, padeiro, confeitiro, alfaiate, costureira, sapateiro, maleiro, salineiro, mergulhador, fogueteiro e dinamiteiro, calibrador, curtidor e estofador, controlador de pragas.</p>	7
<p>Grupo 8 <u>Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem</u> Operadores de máquinas de obras, operários de fábricas qualificados, motoristas, taxistas.</p>	8
<p>Grupo 9 <u>Trabalhadores não qualificados</u> Trabalhadores de limpeza, trabalhadores não qualificados de obras e fábricas, auxiliares de limpeza, contadores, estafetas, ajudantes de cozinha, domésticos.</p>	9
<p>Grupo 10 <u>Estudantes</u></p>	10

Adaptado de Classificação Portuguesa das Profissões (CPP/2010, Diário da Republica).

ANEXO IV

Prevalência tabágica nas freguesias do concelho de Macedo de Cavaleiros

Gráfico A - Prevalência tabágica nas freguesias do concelho de Macedo de Cavaleiros (Ala – Burga)

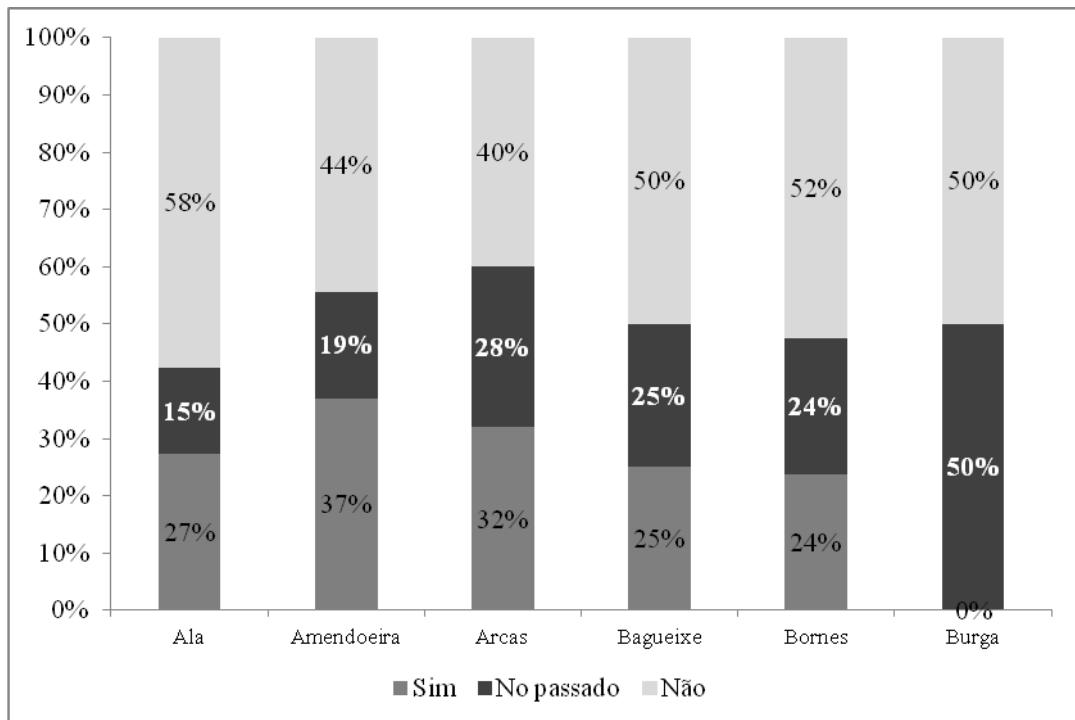


Gráfico B - Prevalência tabágica nas freguesias do concelho de Macedo de Cavaleiros (Carrapatas -Grijó)

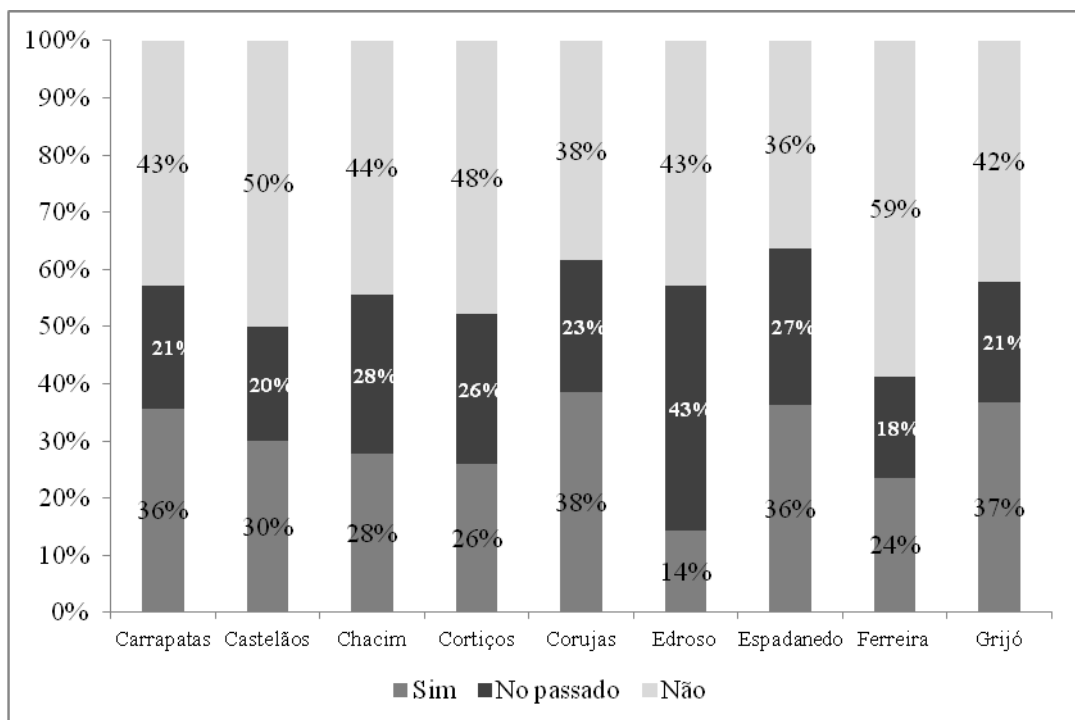


Gráfico C - Prevalência tabágica nas freguesias do concelho de Macedo de Cavaleiros (Lagoa - Olmos)

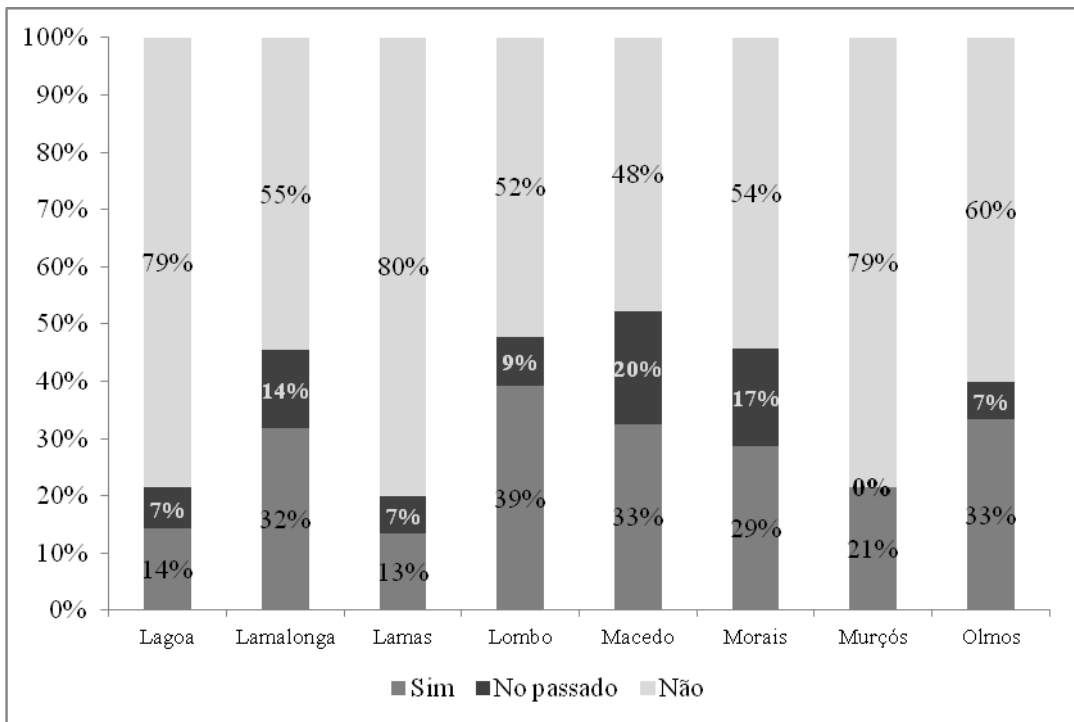


Gráfico D - Prevalência tabágica nas freguesias do concelho de Macedo de Cavaleiros (Peredo-Talhinhas)

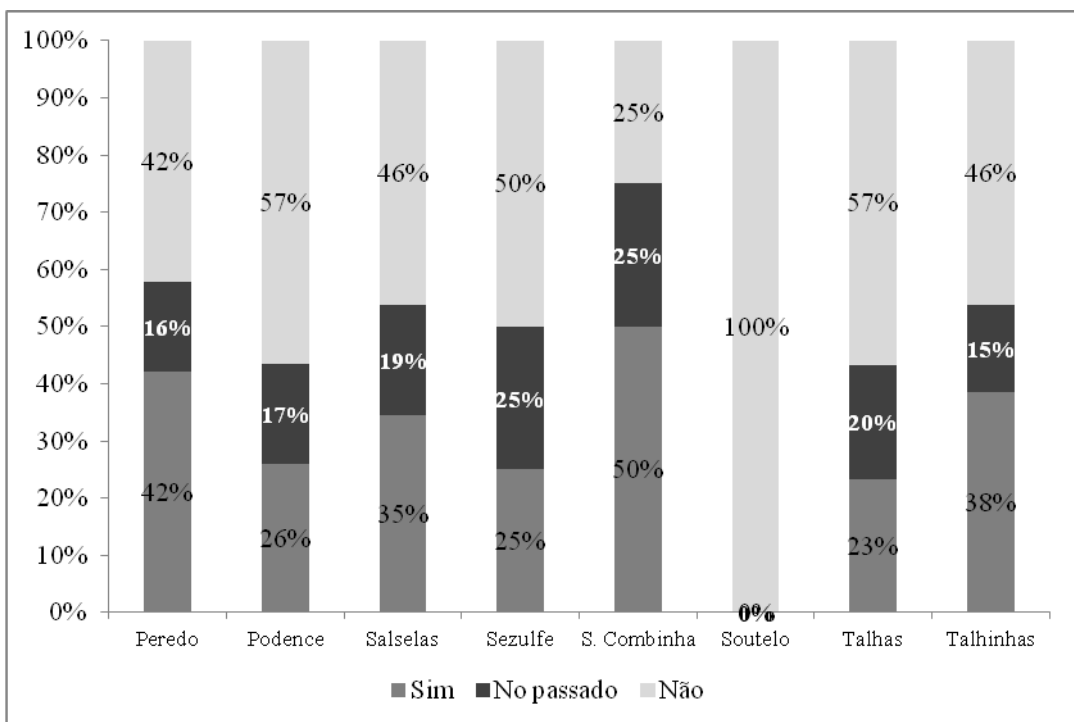
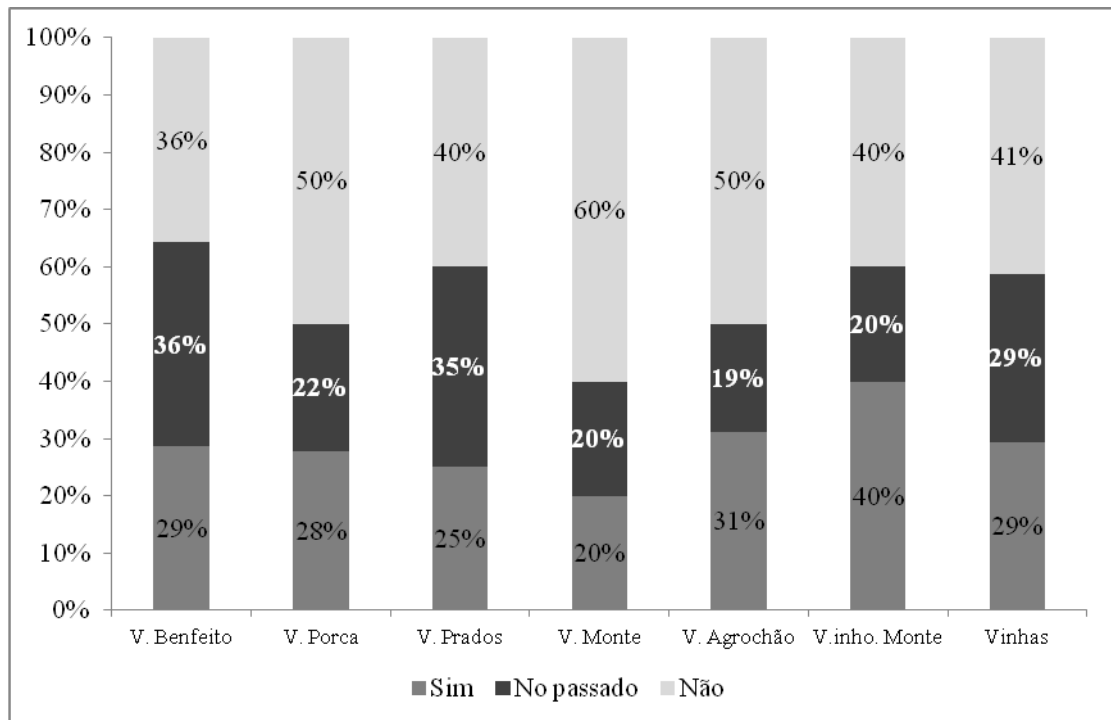


Gráfico C - Prevalência tabágica nas freguesias do concelho de Macedo de Cavaleiros (Vale Benfeito – Vinhas)



ANEXO V

Prática de exercício físico e consumo de álcool na amostra

Prática de exercício físico e consumo de álcool na amostra

Na tabela 1 encontra-se a caracterização da prática desportiva e do consumo de bebidas alcoólicas em função do sexo.

Verifica-se que são as mulheres que praticam mais exercício físico (61,8% dos que praticam). Dentro do mesmo sexo tem-se que no feminino a prática de exercício físico representa cerca de 45% (210 mulheres em 471) da amostra, por sua vez no sexo masculino a prática de exercício físico é de apenas aproximadamente 30% (130 no total de 429 homens).

Relativamente ao consumo do álcool constata-se que são maioritariamente os inquiridos do sexo masculino (66,8% dos que referem consumir álcool) que consomem bebidas alcoólicas. Dentro do mesmo sexo tem-se que no caso feminino cerca de 38% (177 em 471 mulheres) consome álcool e no caso masculino a frequência de consumo é aproximadamente de 83% (356 em 429 homens).

Tabela 1 – Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis comportamentais e o sexo

Variáveis comportamentais		Sexo		
		Feminino	Masculino	Total
Prática de exercício físico	Sim	210 (61,8%)	130 (38,2%)	340 (100%)
	Não	261 (46,6%)	299 (53,4%)	560 (100%)
	Total	471 (52,3%)	429 (47,7%)	900 (100%)
Consumo de bebidas alcoólicas	Sim	177 (33,2%)	356 (66,8%)	533 (100%)
	Não	294 (80,1%)	73 (19,9%)	367 (100%)
	Total	471 (52,3%)	429 (47,7%)	900 (100%)

Procedemos ainda à caracterização da prática desportiva e do consumo de bebidas alcoólicas em função da residência dos indivíduos (tabela 2).

Constata-se que são os indivíduos do meio rural que praticam mais exercício físico (67,4% dos que praticam). No meio rural a prática de exercício físico representa cerca de 46% (229 no total de 642 indivíduos) da amostra, por sua vez no meio urbano a prática de atividade física representa 43% (111 no total de 258 indivíduos).

Relativamente ao consumo do álcool tem-se que é no meio rural onde o consumo de bebidas alcoólicas é mais marcado (72,8% dos inquiridos que referem consumir bebidas alcoólicas residem no meio rural). No meio rural cerca de 60% (388 em 642 indivíduos) dos inquiridos consome álcool e no meio urbano a frequência de consumo é de aproximadamente 56% (145 em 258 indivíduos).

Tabela 2 – Distribuição dos inquiridos segundo as variáveis comportamentais e o meio de residência

Variáveis comportamentais		Meio de residência		
		Rural	Urbana	Total
Prática de exercício físico	Sim	229 (67,4%)	111 (32,6%)	340 (100%)
	Não	413 (73,8%)	147 (26,3%)	560 (100%)
	Total	642 (71,3%)	258 (28,7%)	900 (100%)
Consumo de bebidas alcoólicas	Sim	388 (72,8%)	145 (27,2%)	533 (100%)
	Não	254 (69,2%)	113 (30,8%)	367 (100%)
	Total	642 (71,3%)	258 (28,7%)	900 (100%)

No que concerne à prática de exercício físico e ao meio de residência, pela aplicação do teste do qui-quadrado com um nível de significância de 5%, verifica-se que existe evidência estatística (ET=4,234; pvalue=0,041) para afirmar que a prática de exercício físico está associada ao meio onde o indivíduo reside. Como tal determinou-se o *odds ratio* (OR=1,362 e IC 95% 1,014-1,828) que permite concluir que um indivíduo do meio rural tem cerca de 1,4 mais probabilidade de praticar exercício físico do que um indivíduo do meio urbano.

Relativamente ao consumo de álcool e meio de residência, pela aplicação do teste do qui-quadrado com um nível de significância de 5% (ET=1,367; pvalue=0,261), verifica-se que as variáveis em estudo não estão estatisticamente associadas, isto é, o consumo de álcool é independente do meio onde o indivíduo reside.

ANEXO VI

**Dependência tabágica aferida pelo teste de Fagerström segundo as variáveis
sociodemográficas, comportamentais e clínicas**

Dependência tabágica aferida pelo teste de Fagerström segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas

Analisando a dependência tabágica em função das variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas (tabela 1), verificamos que relativamente às variáveis sociodemográficas são os indivíduos do sexo masculino, os indivíduos da classe etária dos 40 aos 64 anos, os casados, os residentes no meio rural e os profissionalmente ativos que apresentam níveis mais elevados de dependência do tabaco, segundo o teste de Fagerström.

Relativamente ao consumo de álcool constatamos que os indivíduos que consomem mais álcool apresentam também níveis superiores de dependência tabágica. Quanto às variáveis clínicas verificamos que os indivíduos que apresentam alguma patologia são também os que apresentam maiores níveis de dependência tabágica.

Pela aplicação dos testes de independência (qui quadrado para as variáveis sexo, meio e patologia e Fisher para classe etária, estado civil, situação profissional e consumo de álcool), concluímos que existe evidência estatística para afirmar, a um nível de significância de 1%, que a dependência tabágica está significativamente associada com as variáveis: sexo, classe etária, estado civil, meio e existência de patologia. A um nível de significância de 5% tem-se que a dependência tabágica está significativamente associada com a situação profissional dos inquiridos.

Tabela 1 – Dependência tabágica aferida pelo teste de Fagerström segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas

Variáveis sociodemográficas comportamentais e clínicas		Dependência Tabágica pelo teste de Fagerström					Estatística de teste
		Fraca	Moderada	Elevada	Muito Elevada	Total	
Sexo	Feminino	53 (57,6%)	29 (31,5%)	9 (9,8%)	1 (1,1%)	92 (100%)	ET=37,713 Pv=0,000
	Masculino	51 (28,8%)	51 (28,8%)	55 (31,1%)	20 (11,3%)	177 (100%)	
	Total	104 (38,7%)	80 (29,7%)	64 (23,8%)	21 (7,8%)	269 (100%)	
Classe Etária	18-24 Anos	57 (82,6%)	10 (14,4%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)	69 (100%)	ET=101,788 Pv=0,000
	25-39 Anos	21 (42,9%)	18 (36,7%)	9 (18,4%)	1 (2,0)	49 (100%)	
	40-64 Anos	25 (17,2%)	51 (35,2%)	50 (34,5%)	19 (13,1%)	145 (100%)	
	65-79 Anos	1 (20%)	0 (0,0%)	4 (80,0%)	0 (0,0%)	5 (100%)	
	> =80 Anos	0 (0,0%)	1 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	
	Total	104 (38,7%)	80 (29,7%)	64 (23,8%)	21 (7,8%)	269 (100%)	
Estado Civil	Solteiro (a)	70 (68,0%)	23 (22,3%)	6 (5,8%)	4 (3,9%)	103 (100%)	ET=69,914 Pv=0,000
	Casado (a)	31 (21,2%)	48 (32,9%)	53 (36,3%)	14 (9,6%)	146 (100%)	
	Divorciado (a)	2 (11,8%)	8 (47,1%)	5 (29,4%)	2 (11,8%)	17 (100%)	
	Viúvo (a)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)	3 (100%)	
	Total	104 (38,7%)	80 (29,7%)	64 (23,8%)	21 (7,8%)	269 (100%)	
Meio	Rural	59 (31,9%)	64 (34,6%)	46 (24,9%)	16 (8,6%)	185 (100%)	ET=12,156 Pv=0,000
	Urbano	45 (53,6%)	16 (19,0%)	18 (21,4%)	5 (6,0%)	84 (100%)	
	Total	104 (38,7%)	80 (29,7%)	64 (23,8%)	21 (7,8%)	269 (100%)	
Situação Profissional	Ativo	87 (36,6%)	72 (30,3%)	60 (25,1%)	19 (8,0%)	238 (100%)	ET=11,670 Pv=0,038
	Desempregado	16 (64,0%)	6 (24,0%)	1 (4,0%)	2 (8,0%)	25 (100%)	
	Reformado	1 (16,7%)	2 (33,3%)	3 (50,0%)	0 (0,0)	6 (100%)	
	Total	104 (38,7%)	80 (29,7%)	64 (23,8%)	21 (7,8%)	269 (100%)	
Consumo de álcool	<= 2 doses	2 (25,2%)	3 (37,5%)	2 (25,0%)	1 (12,5%)	8 (100%)	ET=6,677 Pv=0,052
	>2 doses	2 (3,2%)	14 (22,2%)	35 (55,6%)	12 (19,0%)	63 (100%)	
	Total	4 (5,6%)	17 (23,9%)	37 (52,1%)	13 (18,3%)	71 (100%)	
Patologia	Sim	44 (25,9%)	57 (33,5%)	54 (31,8%)	15 (8,8%)	170 (100%)	ET=32,016 Pv=0,000
	Não	60 (60,6%)	23 (23,2%)	10 (10,1%)	6 (6,1%)	99 (100%)	
	Total	104 (38,7%)	80 (29,7%)	64 (23,8%)	21 (7,8%)	269(100%)	

ANEXO VII

Motivação para deixar de fumar avaliada pelo teste de Richmond segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas

Motivação para deixar de fumar avaliada pelo teste de Richmond segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas

Analisando a motivação para deixar de fumar em função das variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas (tabela 1), verificamos que relativamente às variáveis sociodemográficas são os indivíduos do sexo masculino, os indivíduos da classe etária dos 40 aos 64 anos, os casados, os residentes no meio urbano e os profissionalmente ativos que apresentam maior motivação para deixar de fumar.

Relativamente ao consumo de álcool constatamos que os indivíduos que consomem menos álcool apresentam uma motivação para a cessação mais forte. Quanto às variáveis clínicas verificamos que os indivíduos que apresentam alguma patologia são também os que apresentam maior motivação para deixar de fumar.

Pela aplicação dos testes de independência (qui quadrado para as variáveis sexo, meio e patologia e Fisher para classe etária, estado civil, situação profissional e consumo de álcool), concluímos que existe evidência estatística para afirmar, a um nível de significância de 1%, que a motivação para deixar de fumar está significativamente associada com as variáveis: classe etária e estado civil.

Tabela 1 – Motivação para deixar de fumar avaliada pelo teste de Richmond segundo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas

Variáveis sociodemográficas comportamentais e clínicas		Motivação para deixar de fumar pelo teste de Richmond				Estatística de teste
		Fraca	Moderada	Forte	Total	
Sexo	Feminino	54 (58,7%)	34 (37,0%)	4 (4,3%)	92 (100%)	ET=1,373 Pv=0,524
	Masculino	107 (60,5%)	57 (32,2%)	13 (7,3%)	177 (100%)	
	Total	161 (59,9%)	91 (33,8%)	17 (6,3%)	269 (100%)	
Classe Etária	18-24 Anos	56 (81,2%)	11 (15,9%)	2 (2,9%)	69 (100%)	ET= 20,603 Pv=0,004
	25-39 Anos	27 (55,1%)	18 (36,7%)	4 (8,2%)	49 (100%)	
	40-64 Anos	74 (51,0%)	60 (41,4%)	11 (7,6%)	145 (100%)	
	65-79 Anos	3 (60,0%)	2 (40,0%)	0 (0,0%)	5 (100%)	
	> =80 Anos	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	
	Total	161 (59,9%)	91 (33,8%)	17 (6,3%)	269 (100%)	
Estado Civil	Solteiro (a)	77 (74,8%)	20 (19,4%)	6 (5,8%)	103 (100%)	ET=19,173 Pv=0,002
	Casado (a)	73 (50,0%)	63 (43,2%)	10 (6,8%)	146 (100%)	
	Divorciado (a)	8 (47,1%)	8 (47,1%)	1 (5,9%)	17 (100%)	
	Viúvo (a)	3 (100%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (100%)	
	Total	161 (59,9%)	91 (33,8%)	17 (6,3%)	269 (100%)	
Meio	Rural	111 (60,0%)	63 (34,1%)	11 (5,9%)	185 (100%)	ET=0,171 Pv=0,930
	Urbano	50 (59,5%)	28 (33,3%)	6 (7,2%)	84 (100%)	
	Total	161 (59,9%)	91 (33,8%)	17 (6,3%)	269 (100%)	
Situação Profissional	Ativo	140 (58,8%)	83 (34,9%)	15 (6,3%)	238 (100%)	ET=2,481 Pv=0,634
	Desempregado	17 (68,0%)	7 (28,0%)	1 (4,0%)	25 (100%)	
	Reformado	4 (66,6%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	6 (100%)	
	Total	161 (59,9%)	91 (33,8%)	17 (6,3%)	269 (100%)	
Consumo de álcool	<= 2 doses	4 (50,0%)	2 (25,0%)	2 (25,0%)	8 (100%)	ET=4,808 Pv=0,102
	>2 doses	37 (58,7%)	24 (38,1%)	2 (3,2%)	63 (100%)	
	Total	41 (57,7%)	26 (36,6%)	4 (5,6%)	71 (100%)	
Patologia	Sim	95 (55,9%)	63 (37,1%)	12 (7,0%)	170 (100%)	ET=3,396 Pv=0,189
	Não	66 (66,7%)	28 (28,3%)	5 (5,0%)	99 (100%)	
	Total	161 (59,9%)	91 (33,8%)	17 (6,3%)	269(100%)	

ANEXO VIII

Projeto de Intervenção Comunitária

Projeto de Intervenção Comunitária

“Macedo Saudável, Macedo Sem Tabaco”

Cessação tabágica e controlo da exposição ao FAT no concelho de Macedo de Cavaleiros

1. Âmbito

O projeto “*Macedo Saudável, Macedo Sem Tabaco*” visa minimizar a epidemia tabágica no concelho de Macedo de Cavaleiros, diminuindo a prevalência do consumo tabágico e reduzindo a exposição ao fumo ambiental do tabaco (FAT) da população não fumadora, procurando assim a obtenção de ganhos em saúde, acrescentado mais anos à vida e mais vida aos anos!

Refletindo sobre o impacto económico, social, humano e ambiental, o tabagismo afirma-se uma vez mais como um problema de saúde pública prioritário, que exige a ação concertada multidisciplinar e transversal à dinâmica social. Neste sentido, o presente projeto contempla intervenções específicas no âmbito da prevenção da iniciação tabágica, cessação tabágica e controlo da exposição ao FAT.

Privilegia-se o processo de formação e capacitação dos técnicos de saúde, professores/educadores, dirigentes autárquicos, representantes sociais, pais, crianças e jovens e comunidade em geral, procurando promover um ambiente sociocultural promotor de estilos de vida saudáveis sem tabaco.

2. Enquadramento

O tabagismo é a primeira causa isolada de doença e uma das principais causas de mortalidade prematura em todo o mundo. Atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), morrem todos os anos cerca de 6 milhões de pessoas por doenças relacionadas com o tabaco. Este valor poderá ascender aos 10 milhões em 2030 se não forem instituídas medidas de prevenção efetivas (WHO, 2011).

O consumo de tabaco é um comportamento generalizado mundialmente e cerca de um terço da população adulta, ou seja aproximadamente um bilião e trezentos milhões de indivíduos fumam. O tabaco é responsável pela morte prematura de cerca de um terço a metade daqueles que o consomem (Eurobarómetro, 2010). Em Portugal, a situação atual revela um decréscimo da prevalência dos fumadores, contudo verifica-se um preocupante aumento do consumo de tabaco nas mulheres e nos jovens. O nosso nível de consumo e as suas consequências são um grave problema de saúde pública (DGS, 2011).

Nunes (2006, p.225) afirma que “existe hoje suficiente evidência de que o consumo de tabaco é fator causal de cancro de diferentes localizações, de doenças respiratórias crónicas e de doenças cardiovasculares, (...). Os fumadores apresentam piores indicadores de saúde do que os não fumadores e uma esperança média de vida menor.”

Sabe-se, adicionalmente, que o consumo de tabaco acompanhado por outros riscos comportamentais, designadamente o sedentarismo, os hábitos alimentares inadequados ou o consumo excessivo de álcool, atuam de forma sinérgica, aumentando drasticamente a probabilidade da incidência de doenças crónico-degenerativas (Barros, 2011). Os altos prejuízos impostos pelo consumo do tabaco são uma pesada carga não só para a saúde individual, como também para a saúde financeira da sociedade.

O FAT é hoje o principal e mais disseminado poluente presente no meio interior. Calcula-se que o fumo passivo seja a terceira causa evitável de morte em alguns países desenvolvidos, depois do tabagismo ativo e do alcoolismo (Precioso et al, 2007).

O consumo de tabaco constitui um dos mais graves problemas de saúde pública, com repercussões em toda a população. Tendo presente que a evidência científica indica que o investimento no controlo da epidemia tabágica constitui uma das vias mais efetivas para a obtenção, a curto e a médio prazo, de uma redução na morbilidade e mortalidade relacionadas com o consumo de tabaco, é fundamental implementar medidas, com particular referência na redução do consumo de tabaco nos jovens, no reforço das intervenções no domínio da cessação tabágica e na proteção dos não fumadores da exposição ao fumo ambiental do tabaco (DGS, 2006, Nunes et al., 2007^a).

A luta contra o tabagismo deve ser uma preocupação central de todos os intervenientes da sociedade e ser encarada como uma atividade de cidadania organizada, em que se verifique a participação ativa dos cidadãos e do poder local. Não obstante esta necessidade de participação coletiva, o papel dos profissionais de saúde como educadores e modelos sociais é da maior relevância.

2.1. Epidemia tabágica no concelho de Macedo de Cavaleiros

No que concerne ao consumo tabágico e à exposição ao FAT no concelho de Macedo de Cavaleiros, os resultados do presente estudo, remetem-nos para algumas problemáticas específicas que exigem uma intervenção ajustada.

Debrucemo-nos então na sua análise:

➤ Prevalência tabágica no concelho:

- verificamos uma preocupante prevalência tabágica no concelho, com 29,9% de fumadores na amostra, sendo que 20% das mulheres e 42% dos homens fumam. Prevalência francamente acima da média nacional, apontada pelo Eurobarómetro (2010) para 22%, na população portuguesa com mais de 15 anos;
- quanto à prevalência tabágica por classes etárias constatamos que 55% dos indivíduos da classe etária 18-25 anos e 37% dos indivíduos da classe etária 26-35 anos são atualmente fumadores;
- o consumo tabágico está associado às variáveis sociodemográficas: sexo, classe etária, estado civil, habilitações literárias e situação profissional, existindo uma prevalência tabágica mais acentuada nos homens, nos jovens, nos divorciados, nos indivíduos com o 2º ciclo e nos profissionalmente ativos;
- no que concerne à prevalência de fumadores nas diferentes freguesias do concelho verificamos que as freguesias que apresentam maior prevalência tabágica são: Amendoeira, Carrapatas, Corujas, Grijó, Lombo, Peredo, Santa Combinha, Talhinhas e Vilarinho do Monte.

➤ Exposição ao fumo ambiental do tabaco no concelho:

- a maioria dos indivíduos está exposta ao FAT (65,5%);

- os bares, cafés e espaços de lazer são o local prioritário de exposição (88,1%), seguindo-se o domicílio (34%) e o local de trabalho (22,3%);
- a exposição ao FAT no domicílio é um grave problema, com 65,7% dos fumadores a admitem fumar no interior da sua residência e na presença dos seus familiares. São os cônjuges, os pais idosos e os filhos, ainda crianças, os principais familiares expostos ao fumo do tabaco;
- a exposição ao FAT está também associada à existência de fumadores no agregado familiar, constatando-se que os indivíduos que vivem com fumadores têm um risco acrescido de estarem expostos ao FAT.

➤ Alguns aspetos relevantes para a intervenção:

- os principais motivos invocados para a cessação tabágica, pelos ex-fumadores e pelos fumadores com períodos anteriores de cessação foram: a existência de problemas de saúde, o aspeto económico, a gravidez, a prevenção de doenças e a iniciativa própria. O aconselhamento de um técnico de saúde foi referido por uma pequena percentagem dos inquiridos;
- quanto à recaída os motivos mais frequentes são: vontade irresistível de fumar (67,9%), ansiedade/*stress* (38,4%) e consumo em contexto social (38,4%);
- a maioria dos fumadores da amostra não pratica exercício físico (59,9%), tendo também um consumo de álcool diário, em muitos casos excessivo (consumo médio, nos fumadores que consomem álcool diariamente, de 4,30 doses/dia), somando assim importantes fatores de risco cardiovascular;
- os fumadores têm um risco acrescido de apresentar patologias, existindo associação estatisticamente significativa entre o consumo tabágico e a incidência de patologias. 63,2% dos indivíduos fumadores inquiridos apresentam pelo menos um problema de saúde, sendo que globalmente, a prevalência de patologias aumenta 5 pontos percentuais nos fumadores;
- a incidência de patologias está também estatisticamente associada ao tempo de consumo regular de tabaco. 88,6% dos fumadores com consumo regular de tabaco há mais de 20 anos padecem de pelo menos uma patologia;

- a idade média de consumo do 1º cigarro é de 17,11 anos, a partir de um mínimo de 9 e máximo de 40 anos. A idade média para o consumo regular é de 19,46 anos, salientando-se contudo, a relevância do consumo regular de tabaco na adolescência;
- verifica-se uma gradual diminuição da motivação para a cessação conforme aumenta o patamar da dependência tabágica, não existindo contudo, associação estatisticamente significativa entre a motivação para a cessação e a dependência tabágica;
- a maioria dos fumadores apresenta níveis de dependência nicotínica e de motivação para a cessação fraco ou moderado, segundo o teste de Fagerström e o teste de Richmond, respetivamente, apresentando contudo cargas tabágicas elevadas (praticamente metade dos fumadores (44,6%) consomem mais de um maço de cigarros por dia);
- 96,7% dos fumadores já recebeu informação sobre os riscos do tabaco, surgindo como principais veículos de informação a televisão (92,3%), os panfletos/jornais (66,2%), os enfermeiros (53,8%), os médicos (45,8%), a internet (25,4%) e a saúde escolar (18,5%).

Estes dados remetem-nos para dois importantes problemas de saúde pública no concelho de Macedo de Cavaleiros: a prevalência de fumadores francamente acima da média nacional e com índices de consumo alarmantes nos jovens e nas mulheres e a preocupante e disseminada exposição ao fumo ambiental do tabaco, em particular nos domicílios.

A prevenção do tabagismo e a cessação tabágica devem ser uma prioridade e estarem incluídas nos cuidados de saúde prestados pelos serviços de saúde, quer primários quer diferenciados (Nunes et al., 2007a). Os profissionais de saúde devem atuar na prevenção do tabagismo e na promoção da saúde, pois “são profissionais nos quais as pessoas depositam extrema confiança” (Precioso et al., 2007, p. 265).

A problemática do tabagismo deverá fazer parte da formação curricular e profissional de todos os profissionais de saúde, tal como já estabelece a Lei do Tabaco de 2007, para que todos os profissionais trabalhem de forma sincronizada e esquematizada a prevenção e controlo do tabagismo (Pestana et al., 2006).

No que concerne à cessação tabágica, a consulta intensiva de cessação tabágica disponível no Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros é um excelente recurso. Contudo, é fundamental todo um trabalho anterior de sensibilização e motivação para a cessação, que deve ser desenvolvido pelos profissionais de saúde em contexto de consulta, bem como através da intervenção comunitária. É importante que se invista mais na educação para a saúde e no aconselhamento, associando-se as patologias e sintomatologia que muitas vezes os utentes apresentam com o consumo de tabaco.

As conclusões do estudo revelam-nos também a necessidade de intervir na elevada carga tabágica verificada nos fumadores, procurando diminuir os riscos associados ao consumo. Outro aspeto que carece intervenção é a prevenção das recaídas, especificamente nas puérperas, nos doentes crónicos e nos jovens, trabalhando não só os malefícios do tabaco, mas também a motivação, a pressão do contexto social, cultural e familiar e os falsos mitos relacionados com o tabaco.

A temática da prevenção e do controlo do tabagismo deve também ser abordada no âmbito da educação para a cidadania, a nível do ensino básico e secundário e do curriculum da formação profissional. Os dados do estudo no concelho remetem-nos para dois momentos decisivos para o primeiro contacto com o tabaco, um primeiro momento aos 12-13 anos, que coincide com transição para o 3º ciclo de ensino e também com a idade média da puberdade. Um segundo momento de aumento exponencial do consumo do 1º cigarro, aos 16 anos, idade de transição para o ensino secundário e marcada por alguma rebeldia e pressão do grupo de pares. Estes dados indicam-nos fulcrais momentos de intervenção no âmbito da prevenção da iniciação tabágica.

É consensual reconhecer que o tabagismo é um fator de risco não só para o próprio fumador, mas também, para os não fumadores expostos em espaços poluídos pelo fumo do tabaco, não existindo nenhum limiar seguro de exposição ao fumo ambiental tabágico (WHO, 2006; USDHHS, 2006; Comissão das Comunidades Europeias, 2007). Neste sentido e perante os dados de exposição ao FAT do nosso estudo, é fulcral planear estratégias de intervenção que contrariem e controlem a exposição passiva ao fumo do tabaco.

É importante intervir na exposição passiva ao fumo do tabaco no interior dos domicílios, trabalhando-se para se atingirem “domicílios 100% sem fumo”. A Lei n.º

37/2007 de 14 de Agosto e qualquer regulamentação legal deixa ainda descoberto a problemática da exposição ao FAT no domicílio. Neste sentido, será importante, que os profissionais de saúde desempenhem um papel preponderante na sensibilização e informação dos riscos da exposição ao FAT, com especial enfoque na proteção das crianças, grávidas e idosos, por serem os grupos mais vulneráveis.

O controlo da exposição passiva ao fumo do tabaco exige uma ação concertada da saúde, educação e poder autárquico, intervindo na sensibilização sobre os riscos do fumo passivo, quer a nível comunitário, quer a nível da comunidade escolar, com enfoque para a formação dos professores, como agentes educacionais e dos pais/encarregados de educação, para proteção das crianças.

Relativamente à exposição nos, bares, cafés e espaços de lazer, local prioritário de exposição no nosso estudo, constatamos o fraco cumprimento da Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto no concelho de Macedo de Cavaleiros, sendo necessário intervir na regulamentação de espaços sem fumo neste sector.

É fundamental que se desenvolvam ações concertadas e transversais a toda a comunidade, com o envolvimento ativo de parceiros sociais, poder autárquico, escolas e comunidade, que visem não só a redução do consumo tabágico (prevenção da iniciação e diminuição de prevalência de fumadores), mas também a proteção da exposição ao FAT.

É importante considerar também os meios de comunicação de massa na luta tabágica, procurando a colaboração das rádios locais, jornais e boletins informativos e espaços de internet para a divulgação deste projeto e para a sensibilização tabágica e controlo da exposição ao FAT.

O investimento na cessação tabágica constitui a via mais custo-efetiva para a obtenção, a curto e a médio prazo, de melhorias nos indicadores de morbilidade e mortalidade relacionados com o consumo de tabaco (WBG, 2001).

3. Integração

Este projeto é transversal aos cuidados de saúde, com especial enfoque na Intervenção Comunitária e Saúde Pública, Saúde Escolar, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna e Obstétrica, consultas de cessação tabágica e consultas de acompanhamento de doentes crónicos.

Integra-se nas diretrizes da OMS (WHO 2003, WHO 2011), da DGS (DGS 2007, DGS 2011) e da Lei do Tabaco (Diário da República, 2007) preconizando a intervenção na cessação tabágica (em complemento das consultas de cessação tabágica), prevenindo a iniciação tabágica e promovendo uma cultura global que contrarie a exposição ao FAT.

É ainda de considerar a interligação da presente intervenção com o projeto “Ambientes Sem Fumo”, do departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde do Norte, que será brevemente implementado.

4. Organização e Parcerias

- **Gestor do projeto:** Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros (UCCMC e Unidade de Saúde Pública), Unidade Local de Saúde do Nordeste.
- **Cliente/Utilizador:** População residente no concelho de Macedo de Cavaleiros (16 455 indivíduos, dados INE, 2011).
- **Intervenientes:**
 - Coordenador do projeto: Ana Sofia Coelho de Carvalho.
 - Equipa multidisciplinar do Centro de Saúde: Enfermeiros, Médicos, Técnicos de Saúde Ambiental, Psicóloga, Técnico de Cardiopneumologia, Assistente Social, Nutricionista, Administrativos.
 - Parcerias: Câmara Municipal, Juntas de Freguesia, Agrupamento de Escolas, Serviços públicos e privados, Comércio e Bares/Cafés do concelho e Associação Comercial e Industrial de Macedo de Cavaleiros.

5. Período de Intervenção

Início: Abril de 2012.

Fim: Abril de 2015.

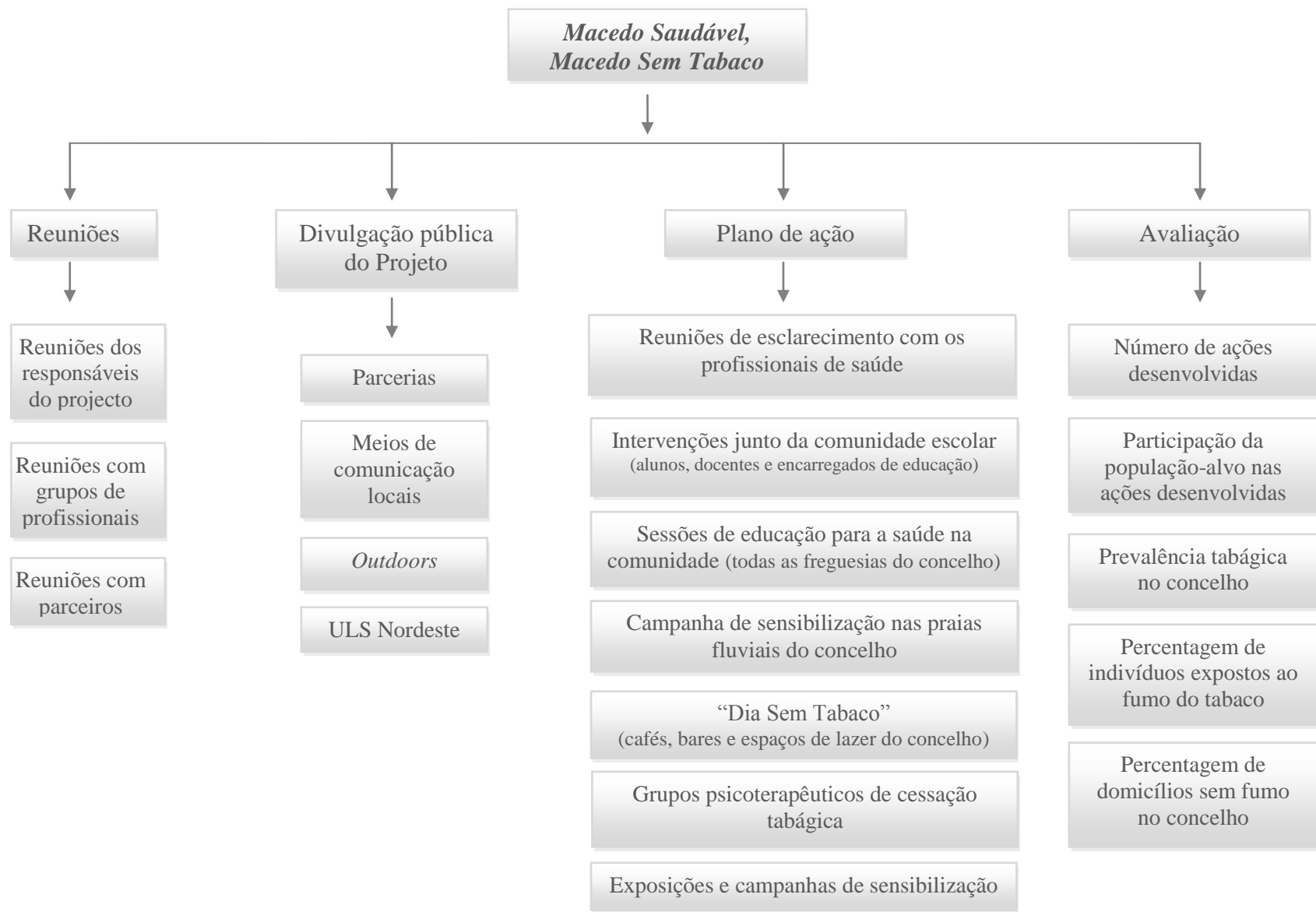
6 - Plano de Ação

<i>“Macedo Saudável, Macedo Sem Tabaco”</i>				
Finalidade: Minimizar a epidemia tabágica no concelho de Macedo de Cavaleiros.				
População Alvo: População residente no concelho de Macedo de Cavaleiros (16 455 indivíduos).				
Objetivos Gerais:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diminuir a prevalência do consumo tabágico no concelho; ➤ Reduzir a exposição ao fumo ambiental do tabaco da população não fumadora, com especial enfoque para a exposição nos bares, cafés e espaços de lazer e no domicílio. 			
Objetivos Específicos	Atividades	Onde	Nº de ações previstas	Quando
Efetuar reuniões de esclarecimento e sensibilização com os profissionais do Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros;	Realização de reuniões de esclarecimento com os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos superiores de saúde) do Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros, motivando a intervenção na cessação tabágica e no controlo da exposição ao FAT no contexto da sua prática clínica quotidiana;	Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros	3	Maio 2012 Ao longo do projeto

Realizar sessões educativas no âmbito da cessação tabágica e prevenção da iniciação do consumo de tabaco para a comunidade escolar e para a população residente no concelho de Macedo de Cavaleiros;	Implementação de intervenções no âmbito do tabagismo (sessões de educação para a saúde e atividades), com os alunos do 2º e 3º ciclo e do ensino secundário e profissional do Agrupamento de Escolas de Macedo de Cavaleiros, prevenindo a iniciação tabágica, promovendo a cessação tabágica precoce e motivando uma consciencialização crescente para a redução da exposição tabágica;	Agrupamento de Escolas de Macedo de Cavaleiros	9	Abril e Maio 2012 Ao longo do projeto
	Implementação de intervenções no âmbito do tabagismo (sessões de educação para a saúde e atividades) com os alunos do pré-escolar e 1º ciclo do Agrupamento de Escolas de Macedo de Cavaleiros, abordando os riscos do consumo tabágico e motivando uma consciencialização crescente para a redução da exposição ao fumo do tabaco;	Agrupamento de Escolas de Macedo de Cavaleiros	9	Abril e Maio 2012 Ao longo do projeto
	Execução de ações de sensibilização para docentes e pais/encarregados de educação das crianças e jovens do Agrupamento de Escolas de Macedo de Cavaleiros, abordando os riscos do tabagismo, vantagens da cessação tabágica e consequências da exposição ao fumo passivo.	Agrupamento de Escolas de Macedo de Cavaleiros	3	Abril e Maio 2012 Ao longo do projeto

	Realização de sessões de educação para a saúde sobre a temática do tabagismo e seus malefícios na comunidade (todas as freguesias do concelho), visando a cessação tabágica, a não iniciação do consumo e a redução da exposição ao fumo passivo;	Freguesias do concelho de Macedo de Cavaleiros	38	Iniciar em Setembro 2012 Ao longo do projeto
Promover a realização de “dias sem tabaco” nos cafés, bares e espaços de lazer do concelho;	Promoção da realização de “dias sem tabaco” nos cafés, bares e espaços de lazer do concelho, com presença dos técnicos de saúde, para motivar reflexão pública e um ambiente favorável ao não consumo de tabaco;	Cafés, bares e espaços de lazer do concelho	6	Iniciar em Setembro 2012 Ao longo do projeto
Efetuar ações sensibilização na comunidade, em espaços específicos de lazer;	Desenvolvimento de uma campanha de sensibilização para a importância de uma vida sem tabaco nas praias fluviais do concelho, através de jogos e atividades dinâmicas;	Praias fluviais do Azibo	6	Iniciar em Julho 2012 Períodos balneares
Formar grupos psicoterapêuticos no âmbito da cessação tabágica;	Formação de um grupo psicoterapêutico no âmbito da cessação tabágica, no Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros, com intervenção motivacional em grupos de risco;	Centro de Saúde de Macedo de Cavaleiros	1	Iniciar em Fevereiro de 2013

<p>Desenvolver a divulgação do projeto nos meios de comunicação locais (rádio, jornais, boletins informativos e <i>outdoors</i>).</p>	<p>Dinamização de exposições e campanhas de sensibilização; Divulgação do projeto e sensibilização sobre a temática nos meios comunicação locais (rádio, jornais e boletins) e através de <i>outdoors</i>, podendo envolver as crianças das nossas escolas na realização do material de divulgação.</p>	<p>Concelho de Macedo de Cavaleiros</p>	<p>1 6</p>	<p>Maio 2012 Ao longo do projeto</p>
---	---	---	----------------	--



7 - Avaliação

A avaliação será realizada pelas entidades gestoras do projeto e pelo coordenador do mesmo, tendo como base indicadores de resultado e de desempenho.

Indicadores de resultado: A avaliar em 2015, através da realização de um, estudo de investigação com características semelhantes ao realizado no presente ano.

<u>Indicadores de resultado</u>	METAS		
	Situação atual 2012	Abril 2013	Abril 2015
Prevalência tabágica no concelho	29,9%	-----	25,9%
Percentagem de indivíduos expostos ao fumo do tabaco	65,5%	-----	61,5%
Percentagem de fumadores a fumar no interior da sua residência e na presença dos seus familiares.	65,7%	-----	61,7%

Indicadores de desempenho: A avaliar ao longo do projeto, para controlo da evolução do mesmo. Será avaliado o cumprimento das atividades previstas e a participação da população alvo convidada para cada atividade.

<u>Indicadores de desempenho</u>	METAS		
	Situação atual 2012	Abril 2013	Abril 2015
Percentagem de ações desenvolvidas	-----	40%	90%
Índice de participação da população-alvo nas ações *	-----	10%	15%

* Índice de participação da população-alvo nas ações: as metas previstas têm em consideração e extensa população alvo das 38 freguesias do concelho.



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA

*CONSUMO TABÁGICO NA POPULAÇÃO COM IDADE
IGUAL OU SUPERIOR A 18 ANOS NO CONCELHO
DE MACEDO DE CAVALEIROS*

Ana Sofia Coelho de Carvalho

Bragança, Julho de 2012