



**Universidade do Minho**

Instituto de Educação e Psicologia

Hugo Maria Lemos Campos

**Caracterização dos hábitos tabágicos dos pais e dos alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico: implicações para a construção de uma intervenção educativa**



**Universidade do Minho**

Instituto de Educação e Psicologia

Hugo Maria Lemos Campos

**Caracterização dos hábitos tabágicos dos pais e dos alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico: implicações para a construção de uma intervenção educativa**

Tese de Mestrado  
Mestrado em Educação,  
Área do Especialização Educação para a Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação do  
**Professor Doutor José Alberto Gomes Precioso**

Fevereiro de 2008

## DECLARAÇÃO

Nome: Hugo Maria Lemos Campos

Endereço electrónico: [camposxp@gmail.com](mailto:camposxp@gmail.com)

Telefone: 962741953

Número de Bilhete de Identidade: 11352057

Título da dissertação: Caracterização dos hábitos tabágicos dos pais e dos alunos do 1.º  
Ciclo do Ensino Básico: implicações para a construção de uma  
intervenção educativa

Orientador: Professor Doutor José Alberto Gomes Precioso

Designação do Mestrado: Mestrado em Educação, Área de Especialização em Educação  
Para a Saúde

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE/TRABALHO, APENAS PARA  
EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE  
COMPROMETE.

Universidade do Minho, 20/02/2008

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS...**

Este trabalho foi possível porque um conjunto de pessoas contribuíram decisivamente para a sua realização, pelo que devem ser mencionadas num reconhecido agradecimento.

Ao Professor Doutor José Precioso pela sua competência científica, rigor metodológico, sentido crítico e pertinência das suas sugestões, em paralelo com uma disponibilidade e interesse fundamentais na orientação e desenvolvimento deste estudo.

Aos Professores e Auxiliares Educativos das escolas onde foi realizada a recolha de informações, pela abertura, colaboração e simpatia com que me atenderam nos seus locais de trabalho.

Aos pais/mães e alunos que colaboraram neste estudo.

À família mais próxima, esposa, pais, irmãs, pela compreensão e confiança com que aceitaram em muitos momentos prescindir da atenção e dedicação que lhes devo.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram mais directa ou indirectamente ao longo do ano para esta investigação.

Aos meus Pais pelo apoio e disponibilidade, para quem o trabalho de um filho é o prolongar de uma vida.



## **Caracterização dos hábitos tabágicos dos pais e dos alunos do 1.º Ciclo do Ensino Básico: implicações para a construção de uma intervenção educativa.**

### **RESUMO**

A evidência de que a exposição ao Fumo Ambiental do Tabaco (FAT) é prejudicial para a saúde, em todas as fases da vida do ser humano, particularmente na infância, é consistente, robusta e consensual. Apesar desse facto, 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 fumo ambiental do tabaco no domicílio são os pais. Um estudo realizado em Portugal, em 2002/2003, numa amostra constituída por 1.141 alunos de 12-15 anos de idade, mostrou que 38% estavam expostos diária ou ocasionalmente ao fumo ambiental do tabaco, pelo facto de os seus familiares mais próximos (pai, mãe ou irmão) fumarem diária ou ocasionalmente em casa. Não obstante a gravidade que representa a exposição ao FAT, não há estudos em Portugal sobre a prevalência da exposição de crianças na faixa etária dos 7-10 anos. Por esse motivo realizou-se este estudo, com pais e com alunos do 1º Ciclo, em que os principais objectivos foram: 1) Determinar a prevalência de pais/mães dos alunos da amostra, que fumam no domicílio; 2) Identificar alguns factores sócio-demográficos relacionados com o consumo de tabaco pelos pais/mães dos alunos, no domicílio; 3) Descrever as opiniões dos pais/mães da amostra, relativamente ao tabagismo activo e passivo. A amostra do estudo com pais é constituída por um total de 515 pais (272 mães e 243 pais), pais de alunos de idades entre os 7 e os 10 anos. A amostra do estudo com alunos é constituída por 325 alunos. O estudo realizou-se no final do ano lectivo de 2006/2007, consistindo na aplicação de um questionário anónimo de auto preenchimento aos pais; no estudo com alunos, optou-se pelo preenchimento de um questionário na presença do investigador e a partir das declarações dos alunos. A principal conclusão a retirar deste estudo é a de que são elevadas as percentagens de pais fumadores que fumam em casa, pondo em risco a sua saúde e dos conviventes, especialmente a dos seus filhos. Este estudo mostra a necessidade de todos os que lidam com pais fumadores (pediatras, médicos de família, professores) agirem no sentido de proteger as crianças desta agressão. Uma via promissora é envolver os alunos em acções educativas junto dos pais, ou seja, treiná-los a persuadir os pais a não fumarem ou pelo menos a não o fazerem em casa.



## Characterization of the smoking habits of parents and students of the 1<sup>st</sup> Cycle of the Basic School: implications for the construction of an educational intervention

### ABSTRACT

The evidence that exposure to Environmental Tobacco Smoke (ETS) is health damaging, in all stages of human life, particularly during childhood, is consistent, strong and has consensus. In spite of that, WHO estimated, in 1999, that around half of the children of the world (700 million) breathed ETS contaminated air, especially in their homes. The main responsible for child exposure to environmental tobacco smoke at home are the parents. A study conducted in Portugal in 2002/2003, in a sample of 1.141 students aged 12-15 years old, showed that 38% were exposed daily or occasionally to environmental tobacco smoke, due to the fact that their closest relatives (father, mother or brother) smoked daily or occasionally at home. Despite the gravity that ETS exposure represents, there are no studies in Portugal about the exposure prevalence of children aged 7-10 years old. Due to that fact, this study took place, with parents and students of the 1<sup>st</sup> cycle, being the main objectives: 1) To determine the prevalence of the sample students' fathers/mothers who smoke at home; 2) To identify some social-demographical factors related to tobacco consumption by the students' fathers/mothers, at home; 3) To describe the opinions of the sample's fathers/mothers regarding active and passive smoking. The sample of the study with parents has a total of 515 parents (272 mothers and 243 fathers), parents of students aged between 7 and 10 years old. The sample of the study with students has 325 students. The study took place in the end of the 2006/2007 school year, consisting on the application of a self-filling anonymous questionnaire to parents; in the study with students, the option was to fill in a questionnaire in the presence of the researcher and based on students' declarations. The main conclusion that can be drawn from this study is that there is a high percentage of smoking parents who smoke at home, putting their health and the health of the ones who live with them at risk, especially their children. This study shows the need for everyone who deals with smoking parents (paediatricians, family doctors, teachers, etc) to act accordingly to protect children from this aggression. A promising way is to involve students in educational actions toward their parents, in other words, to train them to persuade parents not to smoke or at least no to do so at home.





## ÍNDICE

ÍNDICE.....	IX
SIGLAS E ABREVIATURAS .....	XIII
LISTA DE TABELAS.....	XV
LISTA DE QUADROS .....	XVII
LISTA DE GRÁFICOS E ESQUEMAS.....	XIX
LISTA DE FIGURAS .....	XXI
CAPÍTULO I.....	1
CONTEXTUALIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO ESTUDO .....	1
1.1 Introdução.....	1
1.2 Contextualização do estudo – O problema.....	1
1.3 Objectivos do estudo.....	3
1.4 Importância do estudo .....	4
1.5 Limitações do estudo .....	5
1.6 Descrição geral da dissertação .....	5
CAPÍTULO II.....	7
REVISÃO DE LITERATURA.....	7
2.1 Introdução.....	7
2.2 Morbimortalidade relacionada com o consumo de tabaco .....	7
2.2.1 Morbimortalidade associada ao consumo de tabaco no Mundo, na Europa e em Portugal.....	7
2.2.2 Custos de saúde, sociais, económicos e ambientais .....	13
2.3 Estado actual e evolução da epidemia tabágica em adolescentes escolarizados e em adultos: um estudo baseado nos dados do HBSC, do INSA e do Eurobarómetro.....	15
2.3.1 Hábitos tabágicos na população com mais de 15 anos de alguns países da União Europeia (EU25)....	17
2.3.2 Hábitos tabágicos em adolescentes Europeus (EU25) escolarizados com 15 anos e que integram o HBSC .....	19
2.3.3 Hábitos tabágicos na população portuguesa com mais de 15 anos.....	20
2.3.4 Prevalência do consumo em adolescentes Portugueses com 15 anos em 2002.....	21
2.3.5 Evolução da prevalência de fumadores na população Europeia (EU 15) com mais do que 15 anos .....	21
2.3.6 Evolução da prevalência de fumadores na população Portuguesa com mais do que 15 anos .....	23
2.3.7 Evolução do hábitos tabágicos em adolescentes escolarizados com 15 anos que integram o HBSC ....	26
2.3.8 Evolução da prevalência do consumo de tabaco em adolescentes portugueses escolarizados com 15 anos entre 1998/2002 .....	28

2.3.9	Comparação da prevalência de adultos e adolescentes portugueses com os congéneres europeus .....	29
<b>2.4</b>	<b>Políticas de controlo e prevenção da epidemia do tabagismo activo .....</b>	<b>30</b>
2.4.1	Programas/Projectos Preventivos.....	35
2.4.1.1	Programa “Help – Para Uma Vida Sem Tabaco”.....	36
2.4.1.2	Programa “Querer é poder I e II”.....	37
2.4.1.3	Programa “Clube Caça-Cigarros”.....	37
2.4.1.4	Programa “Não Fumar é o Que Está a Dar”.....	38
2.4.1.5	Programa “EURO-scip”.....	40
2.4.1.6	Programa “INWAT-Europe”.....	41
2.4.2	O Papel dos Profissionais de Saúde.....	41
<b>2.5</b>	<b>Fumo Ambiental do tabaco.....</b>	<b>48</b>
2.5.1	Definição .....	48
2.5.2	Propriedades fisico-químicas do fumo ambiental do tabaco (FAT) .....	48
2.5.2.1	FAT: uma mistura complexa.....	48
2.5.2.2	Corrente Terciária.....	50
2.5.2.3	Corrente Secundária.....	50
2.5.2.4	Diferenças na composição entre o fumo da corrente terciária e secundária.....	51
2.5.2.5	Constituintes do fumo do tabaco prejudiciais à saúde.....	51
2.5.3	Avaliação da exposição ao fumo ambiental do tabaco.....	53
<b>2.6</b>	<b>Morbimortalidade relacionada com a exposição ao fumo ambiental do tabaco .....</b>	<b>54</b>
2.6.1	Consequências da exposição ao fumo ambiental do tabaco na criança .....	55
2.6.1.1	Efeitos no sistema respiratório .....	55
2.6.1.2	Doença do ouvido médio.....	56
2.6.1.3	Síndrome da morte súbita do lactente.....	56
2.6.1.4	Outros efeitos.....	57
2.6.2	Consequências na mulher da exposição ao fumo ambiental do tabaco .....	57
2.6.3	Consequências da exposição ao fumo ambiental do tabaco no adulto.....	59
2.6.4	Prevalência de crianças expostas ao fumo ambiental do tabaco.....	61
2.6.5	Ambiente familiar do fumador – Atitudes do fumador face ao tabagismo no domicílio .....	62
<b>2.7</b>	<b>Políticas de controlo e prevenção da exposição ao FAT .....</b>	<b>64</b>
2.7.1	Programas/projectos preventivos – O papel do Profissional de Saúde.....	69
2.7.1.1	Programa: “The ABCs of Secondhand Smoke”.....	69
2.7.1.2	Programa: “Domicílios Livres de Fumo”.....	70
<b>CAPÍTULO III</b>	<b>.....</b>	<b>73</b>
<b>METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO</b>	<b>.....</b>	<b>73</b>
<b>3.1</b>	<b>Introdução.....</b>	<b>73</b>
<b>3.2</b>	<b>Descrição geral do estudo .....</b>	<b>74</b>
<b>3.3</b>	<b>Descrição do estudo realizado com os alunos.....</b>	<b>74</b>
3.3.1	População e amostra .....	74
3.3.2	Seleção da amostra .....	75
3.3.3	Caracterização da amostra do estudo com alunos.....	77
3.3.4	Seleção das técnicas de investigação.....	78
3.3.5	Instrumento de recolha de dados: elaboração e validação .....	79
3.3.5.1	Validação do instrumento de colheita de dados .....	80

3.3.6 Recolha dos dados.....	80
3.3.7 Tratamento dos dados .....	81
<b>3.4 Descrição do estudo realizado com os pais/mães .....</b>	<b>81</b>
3.4.1 População e amostra .....	81
3.4.2 Selecção da amostra .....	82
3.4.3 Caracterização da amostra do estudo com pais/mães.....	82
3.4.4 Selecção das técnicas de investigação.....	84
3.4.5 Instrumento de recolha de dados: elaboração e validação .....	84
3.4.5.1 <i>Validação do instrumento de colheita de dados</i> .....	85
3.4.6 Recolha dos dados.....	85
3.4.7 Tratamento dos dados .....	86
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>87</b>
<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>87</b>
<b>4.1 Introdução.....</b>	<b>87</b>
<b>4.2 Descrição e interpretação dos resultados do estudo efectuado com os pais .....</b>	<b>87</b>
4.2.1 Prevalência de tabagismo nos pais/mães dos alunos da amostra.....	87
4.2.2 Alguns factores sócio-demográficos relacionados com o consumo de tabaco pelos pais/mães dos alunos .....	90
4.2.3 Prevalência de pais/mães dos alunos da amostra que fumam no domicílio .....	93
4.2.4 Alguns factores sócio-demográficos relacionados com o consumo de tabaco pelos pais/mães dos alunos no domicílio .....	96
<b>4.3 Descrição e interpretação dos resultados do estudo efectuado com os alunos.....</b>	<b>104</b>
4.3.1 Hábitos tabágicos dos alunos da amostra.....	104
4.3.2 Prevalência de alunos da amostra (que declaram estar) expostos ao fumo passivo no domicílio .....	105
4.3.3 Opiniões dos alunos da amostra, relativamente ao tabagismo activo e passivo.....	109
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>111</b>
<b>CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>111</b>
<b>5.1 Introdução.....</b>	<b>111</b>
<b>5.2 Conclusões da investigação.....</b>	<b>111</b>
5.2.1 Conclusões do estudo efectuado com pais .....	111
5.2.2 Conclusões do estudo efectuado com alunos .....	113
<b>5.3 Implicações dos resultados .....</b>	<b>114</b>
<b>5.4 Sugestões para futuras investigações.....</b>	<b>117</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>119</b>

ANEXOS.....	127
1 - LISTA DE ALGUNS DOS CONSTITUINTES CONHECIDOS DO FTA.....	129
2 - RATIOS ENTRE OS CONSTITUINTES DO FUMO DA CORRENTE Terciária E Corrente Secundária .....	135
3 - COMPONENTES GASOSOS PRESENTES NO FAT COM EFEITOS NOCIVOS PARA A SAÚDE.....	139
4 - LEI N.º 37-2007 DE 14 DE AGOSTO.....	143
5 - RESUMO DA LEI N.º 37-2007 DE 14 DE AGOSTO .....	155
6 - BOAS PRÁTICAS EM PREVENÇÃO DO TABAGISMO NO MEIO ESCOLAR .....	161
7 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS APLICADO NO ESTUDO COM ALUNOS .....	185
8 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS APLICADO NO ESTUDO COM PAIS/MÃES.....	189
9 - AUTORIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO VERTICAL DE ESCOLAS DE RIO TINTO N.º 2 .....	193
10 - OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS .....	197

## SIGLAS E ABREVIATURAS

CEPA – California Environmental Protection Agency  
COPPT – Confederação Portuguesa de Prevenção de Tabagismo  
E.U. – Estados Unidos  
EB1 – 1.º Ciclo do Ensino Básico  
ETS - Environmental Tobacco Smoke  
FAT – Fumo Ambiental do Tabaco  
HBSC – Health Behaviour in School-aged Children  
IARC - International Agency For Research On Cancer  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
INS – Inquérito Nacional de Saúde  
INSA – Instituto Nacional de Saúde - Dr. Ricardo Jorge  
N/R – Não Respondeu  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OR – Odds Ratio  
p – nível de significância  
p.p. – Pontos percentuais  
U.E. – União Europeia  
U.S – United States  
U.S. - NRC - United States Nuclear Regulatory Commission  
USDHHS - United States Department of Health and Human Services  
WHO – FCTC – Convenção Quadro sobre Controlo do Tabagismo da OMS



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Número de mortes** atribuídas ao tabaco / Total de mortes Ano de 2000 em Portugal (x1000)* .....	11
Tabela 2. Efeitos da exposição ao FAT em recém-nascidos, crianças e adultos .....	60
Tabela 3. Caracterização da amostra do estudo efectuado – Alunos .....	78
Tabela 4. Matriz do questionário aplicado aos alunos .....	80
Tabela 5. Caracterização da amostra do estudo efectuado – Mãe e Pai .....	83
Tabela 6. Matriz do questionário aplicado ao pai e/ou mãe do aluno .....	85
Tabela 7. Prevalência dos pais/mães dos alunos da amostra que declararam ter fumado pelo menos uma vez.....	88
Tabela 8. Prevalência de pais/mães fumadores e não fumadores .....	89
Tabela 9. Número de cigarros fumados por dia.....	89
Tabela 10. Tempo que considera ser fumador em anos.....	90
Tabela 11. Prevalência de pais (apenas o pai) fumadores e não fumadores em função da classe social/posição social.....	91
Tabela 12. Prevalência de mães fumadoras e não fumadoras em função da classe social/posição social.....	91
Tabela 13. Prevalência de pais (apenas o pai) fumadores e não fumadores em função das habilitações literárias .....	92
Tabela 14. Prevalência de mães fumadoras e não fumadoras em função das habilitações literárias.....	92
Tabela 15. Frequência com que fuma na presença do filho.....	93
Tabela 16. Prevalência de pais/mães que fumam no domicílio .....	94
Tabela 17. Prevalência de pais e mães fumadores que fumam no domicílio.....	95
Tabela 18. Local no domicílio onde costuma fumar .....	95
Tabela 19. Prevalência de pais (apenas o pai) fumadores, que fumam no domicílio, em função da classe social/posição social.....	96



Tabela 20. Prevalência de mães fumadoras, que fumam no domicílio, em função da classe social/posição social.....	97
Tabela 21. Prevalência de pais (apenas o pai) fumadores, que fumam no domicílio, em função das habilitações literárias .....	98
Tabela 22. Prevalência de mães fumadoras, que fumam no domicílio, em função das habilitações literárias.....	98
Tabela 23. Prevalência de pais (pai) fumadores e não fumadores em função das opiniões sobre tabagismo activo e passivo .....	99
Tabela 24. Prevalência de mães fumadoras e não fumadoras em função das opiniões sobre tabagismo activo e passivo .....	101
Tabela 25. Prevalência de mães fumadoras em função das opiniões (englobadas) sobre tabagismo activo e passivo .....	102
Tabela 26. Prevalência de pais fumadores em função das opiniões (englobadas) sobre tabagismo activo e passivo .....	103
Tabela 27. Prevalência de mães fumadoras no domicílio em função das opiniões (englobadas) sobre tabagismo activo e passivo .....	103
Tabela 28. Prevalência de pais fumadores no domicílio em função das opiniões (englobadas) sobre tabagismo activo e passivo .....	103
Tabela 29. Pais e mães que estão dispostos a parar de fumar em casa, a pedido dos filhos .....	104
Tabela 30. Hábitos tabágicos dos alunos da amostra .....	105
Tabela 31. Prevalência de pais e mães fumadores, declarada pelos alunos da amostra .....	106
Tabela 32. Prevalência de pais/mães que fumam no domicílio, declarada pelos alunos da amostra .....	108
Tabela 33. Prevalência de pais e mães fumadores, que fumam no domicílio, declarada pelos alunos .....	109
Tabela 34. Opinião dos alunos da amostra sobre o tabagismo activo e passivo .....	110

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Doenças associadas ao consumo de tabaco.....	12
Quadro 2. Prevalência de fumadores e não-fumadores na União Europeia (2007) .....	18
Quadro 3. Inquéritos aos hábitos tabágicos em profissionais de saúde.....	42
Quadro 4. Modos de intervenção nos níveis de prevenção.....	43
Quadro 5. Tipos de Intervenção: Mínima/Breve e Intensiva.....	44
Quadro 6. Mnemónica dos “Cinco As” (5AA) .....	46
Quadro 7. Mnemónica dos “Cinco Rs” (5RR) .....	47
Quadro 8. Distribuição dos alunos em função do Agrupamento e Ano Lectivo.....	75
Quadro 9. Distribuição dos alunos em função do ano lectivo e Escola (Agrupamento de Escolas de Rio Tinto N.º2).....	76



## LISTA DE GRÁFICOS E ESQUEMAS

Gráfico 1. Mortes evitáveis vs Mortes Possivelmente Evitáveis (relacionadas com o cancro) no Mundo Ocidental .....	8
Gráfico 2. Evolução e estimativa do número de mortes/ano relacionadas com o consumo de tabaco nos países desenvolvidos e Países em desenvolvimento .....	9
Gráfico 3. Mortes associadas ao tabagismo em Portugal: 1950 – 2000 .....	10
Gráfico 4. Percentagem de fumadores diários aos 15 anos de idade.....	19
Gráfico 5. Prevalência de fumadores da população residente com 15 e mais anos de idade (Homens e Mulheres), por consumo de tabaco e grupo etário, em Portugal Continental 2005/2006....	20
Gráfico 6. Evolução da prevalência média de fumadores nos vários países europeus (fumadores totais: cigarros, cigarrilhas, charutos, etc.) .....	22
Gráfico 7. Evolução da prevalência média de fumadores nos vários países europeus (apenas fumadores de cigarros) .....	23
Gráfico 8. Prevalência de fumadores actuais*, com 15 e mais anos de idade, por género, em Portugal Continental (1987 a 2006) .....	24
Gráfico 9. População masculina com 15 e mais anos de idade que declarou fumar diariamente (1987-2006) .....	25
Gráfico 10. População feminina com 15 e mais anos de idade que declarou fumar diariamente (1987-2006) .....	26
Gráfico 11. Evolução dos hábitos tabágicos em adolescentes escolarizados em vários países da Europa.....	28
Gráfico 12. Percentagem de rapazes e raparigas com 15 anos de idade que afirmam que fumam diariamente (1997/98 a 2001/02).....	29



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Combinação de estratégias com capacidade eficaz para prevenir o consumo de tabaco pelos jovens .....	39
Figura 2. Algoritmo de abordagem – Intervenção Breve .....	45
Figura 3. Corte transversal de um cigarro (aceso) com filtro .....	49
Figura 4. Hábitos tabágicos praticados pelo fumador no domicílio em função do contexto .....	63



# CAPÍTULO I

## CONTEXTUALIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

### 1.1 Introdução

Neste primeiro capítulo da dissertação pretende-se contextualizar o estudo apresentado (1.2), referir os objectivos propostos para este estudo (1.3), assim como a importância deste estudo (1.4) e as suas limitações (1.5). A descrição geral da dissertação (estrutura da Tese) será apresentada no final destes cinco tópicos (1.6).

### 1.2 Contextualização do estudo – O problema

São inúmeras as doenças provocadas pelo fumo do tabaco. Para além do fumador que é certamente um dos mais lesados pelo consumo de tabaco, temos todas as outras pessoas que, involuntariamente, são “agredidas” por este flagelo, através da inalação involuntária do fumo ambiental do tabaco (FAT).

O fumo do cigarro contém mais de 4000 substâncias químicas. Tal como o fumo do cigarro que é inalado pelo fumador, o fumo ambiental do tabaco é tóxico e venenoso. O Programa Nacional de Toxicologia (departamento pertencente ao *Health and Human Services* dos U.S.) estima que existam pelo menos 250 substâncias químicas presentes no FTA, que são tóxicas ou carcinogénicas para o ser humano (USDHHS, 2006).

O FAT foi considerado como um agente causador de cancro para o ser humano pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC) – Grupo 1 ou Classe A (Collaborative Group SIDRIA, 1998, citado pela IARC, 2002). Este tipo de fumo contém mais de 50 substâncias cancerígenas (USDHHS, 2006).



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 (OMS, 1999). Segundo o último relatório do cirurgião geral<sup>1</sup> dos EUA, quase 22 milhões (60%) das crianças americanas, com idades compreendidas entre os 3 e os 11 anos, estão expostas ao FAT (USDHHS, 2006). Este mesmo organismo conclui que “*There is No Risk-Free Level of Exposure to Secondhand Smoke*” (USDHHS, 2006, p. 11), ou seja, mesmo que só se respire uma quantidade mínima de fumo de tabaco, estamos a colocar a nossa saúde em risco. O relatório também conclui que num espaço interior, mesmo separando os fumadores dos não fumadores, e/ou instalemos sistemas de ventilação, não se consegue eliminar por completo a exposição ao fumo ambiental do tabaco. A única solução para evitar a exposição ao FAT é criar um ambiente 100% livre de fumo!

No que se refere às crianças em particular, têm sido demonstrados importantes efeitos respiratórios agudos e crónicos em crianças que vivem em lares com fumadores, ou até em locais com fumadores ocasionais, assim como o desenvolvimento de outros efeitos nefastos sobre a sua saúde e bem estar (WHO, 1999, citada em Precioso *et al.*, 2007).

Precioso *et al.* (2006) realizaram em 2002/2003 um estudo em Portugal, mais propriamente na cidade de Braga, sobre a relação entre o tabagismo dos pais e o consumo de tabaco dos filhos, numa amostra de 1141 adolescentes a frequentar o 7.º, 8.º e 9.º anos. Este estudo mostrou que 38% dos alunos estão “*expostos diária ou ocasionalmente ao fumo ambiental do tabaco, pelo facto dos seus familiares mais próximos (pai, mãe ou irmão) fumarem diária ou ocasionalmente em casa [...] Os dados do estudo permitem concluir que o consumo de tabaco pelos pais e pelas mães, particularmente no domicílio, é um factor microssocial de risco relacionado com o consumo de tabaco pelos filhos.*” (Precioso *et al.*, 2007, p. 259).

Apesar da gravidade da exposição ao fumo ambiental do tabaco por parte das crianças, são praticamente inexistentes os estudos realizados em Portugal envolvendo crianças a frequentar o 1.º Ciclo do Ensino Básico. É muito importante que se conheça a prevalência de crianças expostas ao FAT, se caracterize o comportamento tabágico dos conviventes, em particular dos pais, se tente compreender a etiologia deste comportamento, para assim se poderem desenhar intervenções educativas de prevenção do comportamento de fumar com base na evidência científica. A falta de estudos no nosso país envolvendo crianças do 4º ano levou-nos a realizar o presente estudo, cujos objectivos e importância descrevemos nas secções seguintes.

---

<sup>1</sup> O mais alto responsável pela Saúde Pública nos Estados Unidos.

### 1.3 Objectivos do estudo

Com o objectivo de efectuar um acompanhamento do problema do tabagismo em cada país ou região, a OMS definiu indicadores que deverão ser avaliados e levados em conta aquando da realização de estudos sobre o tabagismo: prevalência; consumo de tabaco; mortalidade devida ao tabaco; política de prevenção do tabagismo; dados de morbilidade e prevalência do tabagismo em certas populações-chave (Pestana *et al.*, 2006).

Delineámos para este estudo os seguintes objectivos:

#### **Estudo com pais:**

- 1 - Determinar a prevalência de tabagismo nos pais/mães dos alunos da amostra.
- 2 - Identificar alguns factores sócio demográficos relacionados com o consumo de tabaco pelos pais/mães dos alunos.
- 3 - Determinar a prevalência de pais/mães dos alunos da amostra, que fumam no domicílio.
- 4 - Identificar alguns factores sócio demográficos relacionados com o consumo de tabaco pelos pais/mães dos alunos no domicílio.
- 5 - Descrever as concepções e/ou opiniões dos pais/mães da amostra, relativamente ao tabagismo activo e passivo.

#### **Estudo com alunos:**

- 1 - Determinar a prevalência de alunos da amostra (que declaram estar) expostos ao fumo passivo no domicílio.
- 2 - Caracterizar os hábitos tabágicos dos alunos da amostra.
- 3 - Descrever as opiniões dos alunos da amostra, relativamente ao tabagismo activo e passivo.

## 1.4 Importância do estudo

As crianças e os recém-nascidos são particularmente vulneráveis aos efeitos perniciosos do FAT, uma vez que o seu corpo, ainda em desenvolvimento, apresenta um menor desenvolvimento das vias aéreas superiores/inferiores e um sistema imunitário mais deficitário, apresentando-se assim mais predispostos para contraírem doenças relacionadas com a exposição ao FAT (USDHHS, 2006; Pestana *et al.*, 2006). A sua vulnerabilidade passa também pela sua condição de criança, deixando-a sem opções perante um pai/mãe que fuma na sua presença e no domicílio.

A evidência de que o fumo ambiental do tabaco é prejudicial para a saúde em todas as fases da vida do ser humano é consistente, robusta e consensual. As crianças que coabitam com fumadores, e como tal estão expostas ao FAT, apresentam uma maior taxa de sintomas crónicos relacionados com doença respiratória (tosse, pieira, dispneia e infecções respiratórias de repetição) (Cook e Strachan, 1997, 1999, citados em Pestana *et al.*, 2006).

O FAT nas crianças está associado a um maior risco de infecção do tracto respiratório: infecções agudas das vias aéreas inferiores (bronquite e pneumonia), bem como indução e exacerbação de asma (CEPA: Air Resources Board, 2005; USDHHS, 2006). As evidências que existem são suficientes e provam que existe uma relação causa/efeito entre a exposição ao FAT causada pelos pais e doenças das vias aéreas inferiores nas crianças. Este risco é agravado se a mãe for fumadora (USDHHS, 2006).

Para as crianças mais pequenas, a principal fonte de exposição ao FAT advém dos pais ou outros membros da casa que aí fumam. Vários estudos demonstram que os principais responsáveis pela exposição da criança ao fumo ambiental do tabaco no domicílio são os pais. Os hábitos tabágicos da mãe acabam por ter um impacte maior, pois, regra geral, é ela quem cuida e passa mais tempo com os seus filhos (Pestana *et al.*, 2006).

Torna-se, portanto, imperioso verificar qual a realidade tabágica nos domicílios portugueses – analisar os hábitos tabágicos praticados no domicílio pelos pais/mães, perceber porque fumam os pais/mães no domicílio e quantificar a prevalência de crianças expostas ao FAT no domicílio.

É necessário estudar a etiologia da problemática do FAT e as suas implicações no contexto familiar, para que seja possível a curto prazo desenhar uma intervenção educativa eficaz que ajude a controlar este grave problema de saúde pública.

Estamos numa fase de transição na Lei Portuguesa que regulamenta o consumo do tabaco e a exposição involuntária ao FAT. Este estudo torna assim viável, numa fase mais avançada, a realização de estudos comparativos, verificando o reflexo da aplicação da nova Lei nas alterações provocadas nos hábitos tabágicos nos domicílios.

### **1.5 Limitações do estudo**

Tendo em conta que o número de alunos participantes neste estudo representam duas escolas (de três possíveis) do 2.º, 3.º e 4.º anos do 1.º Ciclo do Ensino Básico, pertencentes a um Agrupamento (de quatro possíveis) da cidade de Rio Tinto, não será de todo possível generalizar os resultados obtidos à população constituída pelos alunos portugueses que se encontram a frequentar o 1.º Ciclo do Ensino Básico.

Outra limitação deste estudo que poderá subestimar a prevalência de pais/mães fumadores, foi o facto de 37 Encarregados de Educação não autorizarem a sua participação ou a participação das suas crianças no estudo e 94 não chegarem sequer a dar uma resposta afirmativa ou negativa.

### **1.6 Descrição geral da dissertação**

Com a finalidade de atingir os objectivos por nós enumerados anteriormente, organizámos este estudo em duas grandes partes: a revisão bibliográfica e a contribuição pessoal.

Quanto à primeira parte (Capítulo II), procurámos com a sua realização que ela servisse de base para a realização do estudo empírico e para a discussão dos resultados obtidos. Tentámos aprofundar, de forma sucinta, alguns conhecimentos que entendemos pertinentes para fundamentar o tema, através do enquadramento teórico, com a realização de uma revisão bibliográfica. Desta forma, abordámos alguns conteúdos relacionados com tabagismo (activo e passivo): prevalência, morbimortalidade, evolução e estado actual da epidemia tabágica em adolescentes e adultos, políticas de controlo e prevenção da epidemia do tabagismo.

Reservámos uma segunda parte para a metodologia e estratégias que foram utilizadas nesta pesquisa, procurando uma melhor análise e discussão dos objectivos por nós formulados, apresentando os resultados obtidos, conclusões e sugestões.

## CAPÍTULO II

### REVISÃO DE LITERATURA

#### 2.1 Introdução

Neste capítulo, apresenta-se uma revisão da literatura relacionada com o assunto sujeito a investigação. Assim, e de acordo com os objectivos, dividimos este trabalho em duas partes: o fumo activo e o FAT, e dentro destes dois grandes temas, desenvolvemos os tópicos que entendemos serem os mais adequados tanto a nível de estruturação como de compreensão para o leitor.

Os principais tópicos abordados neste capítulo são: o estado actual e evolução da epidemia tabágica (2.3), as tendências e prevalências de consumo, de morbilidade e de mortalidade (2.2 e 2.6) relacionada com o tabagismo activo e com a exposição ao FAT (2.5), tanto a nível nacional como europeu, assim como as políticas de controlo e prevenção (2.4 e 2.7) que estão a ser postas em prática para tentar travar este problema de saúde pública.

#### 2.2 Morbimortalidade relacionada com o consumo de tabaco

##### *2.2.1 Morbimortalidade associada ao consumo de tabaco no Mundo, na Europa e em Portugal*

Pestana *et al.* (2006, p. 42) referem que “*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.*” Os dados sobre a mortalidade actual atribuída ao tabaco reflectem os hábitos de consumo/prevalência de tabaco há duas ou três décadas atrás.

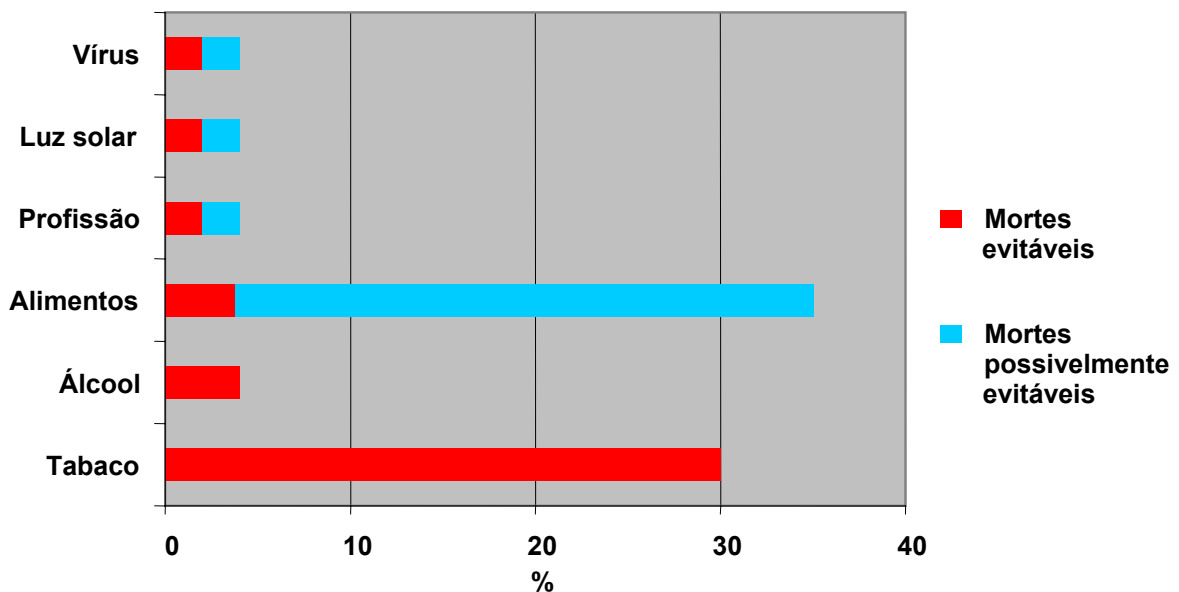
As primeiras evidências robustas da gravidade do tabaco para a saúde resultam do trabalho de Richard Doll e de Bradford Hill. Doll e Hill efectuaram um estudo prospectivo durante 40 anos

(1951 a 1991) com uma amostra de 34439 médicos britânicos. 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%. As suas investigações constituem um marco na história da epidemiologia moderna, por terem conseguido demonstrar que fumar causava cancro do pulmão, além de muitas outras patologias.

Graças aos trabalhos destes dois investigadores, conseguiu-se igualmente identificar muitas outras doenças relacionadas com o tabagismo. Os seus estudos 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 de tabaco (Pestana *et al.*, 2006).

Os dados do Gráfico 1 revelam que o tabagismo é a principal causa de morte evitável no mundo ocidental (OMS, 2007a). O tabagismo revela-se um problema de saúde prioritário.

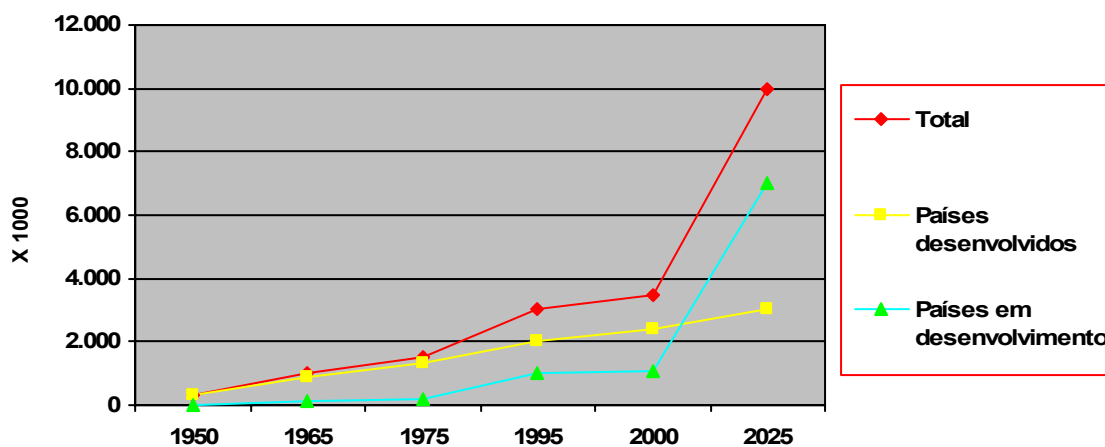
**Gráfico 1. Mortes evitáveis vs Mortes Possivelmente Evitáveis (relacionadas com o cancro) no Mundo Ocidental**



Fonte: Environmental Health Perspectives on Cancer, citado em Comissão de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 2004, p. 22.

Conforme se pode ver pelos dados apresentados no Gráfico 2, estima-se que em 2005 tenham morrido cerca de 5 milhões de pessoas em todo o mundo pelo facto de fumarem (1 pessoa a cada 6,5 segundos). Podemos ainda constatar que, se os padrões de consumo de tabaco se mantiverem, em 2020 assistiremos a 10 milhões de mortes/ano devido ao tabaco.

Gráfico 2. Evolução e estimativa do número de mortes/ano relacionadas com o consumo de tabaco nos países desenvolvidos e Países em desenvolvimento



Fonte: Comissão de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 2004, p. 4.

Do bilião e trezentos milhões de pessoas que fumam actualmente, metade delas (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) (Tobacco Free Initiative, WHO, 2007).

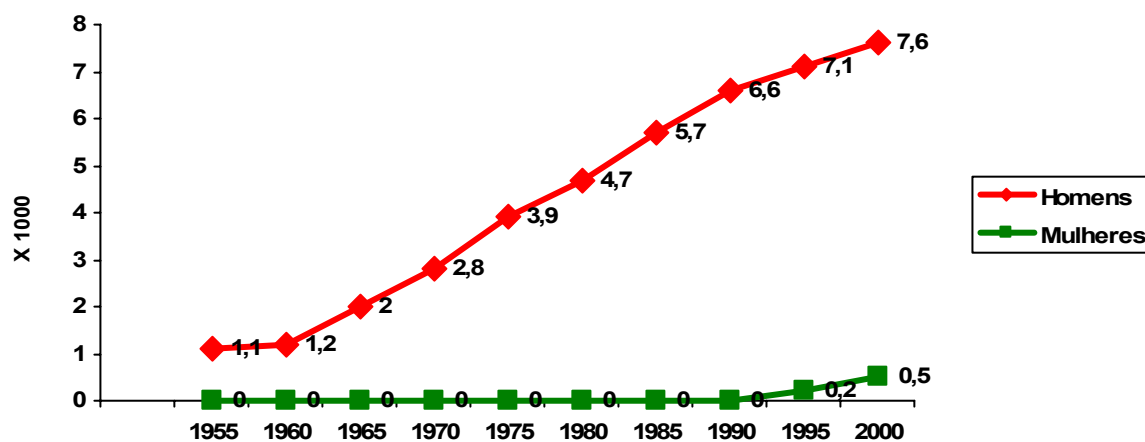
Na União Europeia, o tabaco é a principal causa de morte evitável, responsável por mais de meio milhão de mortes/ano. Estima-se que 25% de todas as mortes por cancro e 15% de todas as mortes que ocorrem na União Europeia sejam atribuídas ao tabaco (Public Health, 2007).

No século XX, 100 milhões de mortes foram atribuídas ao tabaco. A manterem-se os mesmos padrões de consumo de tabaco, estima-se que durante o século XXI o número de mortes atribuídas ao tabaco ascenda a 1 bilião.

Desde 1955 que se observa um aumento significativo do número de mortes atribuídas ao consumo de tabaco em Portugal. Só a partir de 1995 é que o número de mortes nas mulheres atribuídas ao consumo de tabaco começou a ser estatisticamente significativo (ver Gráfico 3).



Gráfico 3. Mortes associadas ao tabagismo em Portugal: 1950 – 2000



Fonte: Peto *et al.*, 2006, p. 392.

No período de 1950-2000, estima-se que tenham morrido em Portugal cerca de 200 mil pessoas devido ao consumo de tabaco, 63% (125 mil) das quais na meia-idade (35 a 69 anos). Isto significa que cerca de 1 em cada 12 mortes que ocorreram na meia-idade durante este período (125 mil de 1,5 milhões de mortes) estão relacionadas com o tabagismo.

No ano de 2000, Peto *et al.* (2006) estimaram em 8100 o número de mortes atribuídas ao consumo de tabaco em Portugal (homens e mulheres) (ver Gráfico 3). Através da análise da Tabela 1, podemos verificar que 42,0% dessas mortes foram devidas aos vários tipos de cancro, 22,2% a doenças vasculares, 17,3% a doenças respiratórias e o resto (18,5%) a outro tipo de complicações. Dentro das mortes devidas aos vários tipos de cancro, destacamos aqui a morte por cancro de pulmão. Só este tipo de cancro representa 62% de todas as mortes relacionadas com cancro.

Pela análise da Tabela 1, podemos ainda verificar que:

- Das 8100 mortes atribuídas ao consumo de tabaco no ano de 2000 em Portugal, 49% (3900 a 4000) ocorreram dentro da meia-idade (35 a 69 anos);
- Em média, estas pessoas que morreram na meia-idade vítimas do consumo de tabaco perderam cerca de 23 anos de vida (Peto *et al.*, 2006);
- Uma em cada seis mortes atribuídas a 'todos os tipos de cancro' ocorre devido ao tabaco «(13000 + 8800) / (3300 + 100)»;

- Por cada cinco mortes (+/- 22%) que ocorrem no homem na meia-idade, uma é devida ao consumo de tabaco «(18000/3900)».

Tabela 1. Número de mortes\*\* atribuídas ao tabaco / Total de mortes Ano de 2000 em Portugal (x1000)\*

Causa	Homens (Grupo Etário)				Mulheres (Grupo Etário)				N. Mortes atribuídas ao tabaco (Homens e Mulheres x1000) %
	0-34	35-69	70+	Total	0-34	35-69	70+	Total	
Cancro de pulmão	- /0,0	1.1/1.3 (85%)	0.9/1.1 (82%)	2.0/2.3 (87%)	-/0.0	0.1/0.3 (33%)	0.0/0.3	0.1/0.5	2.1 -
Todos os tipos de cancro	-/0.2	1.9/5.4 (34%)	1.4/7.1 (20%)	3.3/13 (25%)	-/0.2	0.1/3.5 (2%)	0.1/5.1 (1%)	0.1/8.8	3.4 <b>42,0%</b>
Doenças vasculares	-/0.1	0.8/4.4	0.8/14	1.6/19	-/0.1	0.0/2.2	0.1/20	0.2/22	1.8 22,2%
Doenças respiratórias	-/0.1	0.4/1.0	0.9/4.5	1.3/5.6	-/0.0	0.0/0.4	0.1/4.2	0.1/4.7	1.4 17,3%
Outras	-/2.8	0.9/6.9	0.4/8.7	1.4/18	-/0.9	0.1/2.9	0.0/11	0.1/15	1.5 18,5%
<b>Totais / Todas as Causas</b>	<b>-/3.2</b>	<b>3.9/18 (22%)</b>	<b>3.7/34 (11%)</b>	<b>7.6/55</b>	<b>-/1.2</b>	<b>0.2/9.0 (2%)</b>	<b>0.3/40 (0,7%)</b>	<b>0.5/50</b>	<b>8.1 / 100%</b>

Fonte: Adaptado de Peto *et al.*, 2006, p. 390.

\*Exemplo de interpretação: Nos Homens, no grupo etário dos 35 aos 69 anos, no ano de 2000 existiram 1300 mortes (1.3x1000) devido ao cancro do pulmão, das quais 1100 mortes (1.1x1000) são devidas ao consumo de tabaco, ou seja, 85% das mortes causadas por cancro do pulmão no homem são atribuídas ao consumo de tabaco.

\*\* Mortes estimadas

No ano de 2000, em Portugal, existiram 4769 mortes com causas não-médicas, ou seja, atribuídas a suicídios, acidentes na estrada, acidentes de trabalho, entre outros. Com estes números ficamos com uma ideia mais clara da gravidade que o hábito de fumar comporta, pois o tabaco, por si só, mata quase o dobro de pessoas (8100) (Peto *et al.*, 2006).

O *Center for Diseases Control and Prevention* e a *Environmental Protection Agency* compilaram, ao longo de vários anos, resultados de estudos que demonstraram a relação entre o fumo do tabaco e as patologias descritas no Quadro 1 (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 Carcinogéneos	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.

A taxa de incidência das inúmeras patologias está directamente relacionada com o padrão do fumador, tendo como principal factor a carga tabágica, a qual depende de vários aspectos (Macedo e Precioso, 2004):

- Número de cigarros fumados diariamente (quanto maior é a quantidade de fumo aspirado diariamente, maior é o risco);
- Duração do consumo (quanto mais cedo se começar a fumar, mais longo é o período da vida durante o qual o sujeito consome tabaco regularmente, portanto maior é o risco de adoecer);
- A forma de consumo (uma inalação profunda e repetida, a manutenção do cigarro na boca entre cada «puxa», são factores que incrementam o risco);
- Tipo de cigarros.” (Macedo e Precioso, 2004, p. 94).

Do Quadro 1, destacamos três grupos de doenças pela sua elevada incidência, morbidade e causa de morte (já referido na Tabela 1): Cancro das vias aéreas superiores e inferiores (traqueia, pulmão e brônquios); Doenças cardiovasculares e as DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) (ex.: enfisema e a bronquite crónica).

### ***2.2.2 Custos de saúde, sociais, económicos e ambientais***

Os custos económicos causados pelo consumo de tabaco são devastadores, para além dos custos astronómicos que são gastos em pessoas que padecem de patologias associadas ao uso do tabaco. Este hábito mata pessoas na idade em que apresentam maiores capacidades de produção, privando assim famílias do seu principal “sustento” e nações de mão-de-obra produtiva e saudável (OMS, 2007a).

Os fumadores acabam por se tornar menos produtivos (em comparação com não-fumadores), porque se encontram mais vulneráveis às patologias causadas pelo tabaco e com maior tendência para ficarem num estado de morbidade contínua (OMS, 2007a).

O tabaco e a pobreza estão proporcionalmente relacionados. Vários estudos mostram que em alguns países subdesenvolvidos cerca de 10% do rendimento do agregado é gasto na compra de

tabaco. Isto quer dizer que essas famílias irão ter menos dinheiro para gastar em itens básicos, como comida, educação e cuidados de saúde (OMS, 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 directos e indirectos de 97,7 a 130,3 mil milhões de euros (World Health Organization Regional Office for Europe, 2007).

Um estudo levado a cabo em Portugal pelo Prof. Miguel Gouveia sobre “*Carga e Custos da Doença Atribuível ao Tabagismo em Portugal*”, que teve como objectivo identificar e estimar quantitativamente os efeitos negativos que se fazem sentir nos níveis de saúde e nos custos de sistema de saúde, tendo como base dados de 2005, revela que *se nunca se tivesse fumado* em Portugal, em 2005, teria havido menos 12.600 mortes (11,7% do número total de mortes → 108.000) (Gouveia *et al.*, 2007).

Falamos do número de mortes associadas ao consumo de tabaco é o mesmo que falar do “produto” final do estilo de vida adoptado pelo indivíduo. No caso concreto do tabagismo, temos os dados estatísticos referentes à mortalidade, mas ficam ignoradas as pessoas que adoecem e que ficam com incapacidades devido ao consumo de tabaco. Por este motivo, a OMS criou uma medida: os 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).

Segundo estimativas do estudo elaborado pelo Prof. Miguel Gouveia (Gouveia *et al.*, 2007), em 2005 e em Portugal, o tabaco terá sido responsável por se terem perdido 146.000 anos de vida, gasto 126 milhões de euros em internamentos hospitalares e 364 milhões de euros de custos no ambulatório (medicamentos, consultas em centros de saúde e hospitais, meios complementares de diagnóstico, entre outros). 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).

Quanto ao campo ambiental, fumar é igualmente um grave problema, “*pois o cultivo, transformação e consumo de tabaco estão directa ou indirectamente associados a problemas como a desflorestação, o aquecimento global, a erosão dos solos, a contaminação das toalhas freáticas, etc.*” (Europe Contre le Cancer, 1996; Geist, 1999, citados em Precioso, 2001a, p. 3).

Não obstante a gravidade deste comportamento, a prevalência de fumadores a nível Mundial é de 29%, ou seja, estima-se que um terço da população mundial seja fumadora. Nos homens (47,5%) a prevalência de fumadores é muito superior em comparação com a prevalência de mulheres fumadoras (10,3%) (Tobacco Free Initiative, WHO, 2007).

### **2.3 Estado actual e evolução da epidemia tabágica em adolescentes escolarizados e em adultos: um estudo baseado nos dados do HBSC, do INSA e do Eurobarómetro**

Este subcapítulo tem como principais finalidades: descrever o estado actual e a evolução da epidemia tabágica em vários países da Europa; caracterizar a situação portuguesa e compará-la com a dos outros países da União Europeia. A prevalência de fumadores, adultos e jovens, no nosso país será descrita em termos absolutos e relacionada com a de outros países. Sempre que possível, abordará as diferenças de género e faixas etárias existentes no que respeita à prevalência do consumo.

Para caracterizar os hábitos tabágicos da população portuguesa e europeia com mais de 15 anos, e a sua evolução, recorreremos aos dados fornecidos pelos vários estudos do Eurobarómetro (1995, 2002, 2005, 2007) (European Commission, 2000; European Commission, 2003; European Commission, 2006; European Commission, 2007), e aos dados sobre tabagismo dos vários Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) (1987, 1995/ 96, 1998/ 99 e 2005/ 06) (INSA, 1987; INSA, 1997; INSA, 2001; INE, 2007b).

O Eurobarómetro é um estudo dirigido unicamente a questões relacionadas com o consumo activo e passivo de tabaco e a atitudes face a este tema. Tem por objectivo apresentar valores de prevalência relativos a vários países.

O INS tem como objectivos a caracterização e monitorização de vários aspectos ligados à saúde, entre os quais o tabagismo (Ministério da Saúde, 2007).

Para caracterizar os hábitos tabágicos dos jovens portugueses e europeus escolarizados, e a sua evolução, recorreremos aos dados dos estudos sobre Comportamentos de Saúde em Adolescentes Escolarizados (Health Behaviour in School – Aged Children: 11 - 15 anos - HBSC), efectuados por equipas de investigadores de vários países em colaboração com o Gabinete Regional

da OMS da Europa (WHO Regional Office da Europa), pelo facto de serem estudos fiáveis, os únicos de carácter internacional e que fornecem dados comparáveis entre os países participantes.

O HBSC é um projecto de investigação que tem como finalidade aumentar o conhecimento sobre os comportamentos de saúde e estilos de vida nos jovens escolarizados com o objectivo de ajudar na definição de políticas, na elaboração de programas e práticas de promoção e de educação para a saúde, dirigidas a alunos escolarizados a um nível nacional e internacional.

O HBSC iniciou-se por investigadores da Finlândia, Noruega e Inglaterra em 1982 e foi depois adoptado pela OMS. O primeiro inquérito foi efectuado pelos países fundadores e pela Áustria em 1983/84. Desde 1985 os inquéritos foram conduzidos com intervalos de quatro anos num número crescente de países.

A sondagem é feita nas escolas através do preenchimento de um questionário elaborado pelos membros da equipa internacional do HBSC. Até este momento foram feitos cinco estudos de que resultaram os relatórios relativos aos anos de 1985/86, 1989/90, 1993/94 e 1997/98 e 2002.

Para caracterizar a prevalência de adolescentes fumadores europeus e portugueses, recorreremos aos dados do HBSC efectuado em 2002 por se tratar do estudo mais actual (Currie *et al.*, 2004).

Para analisarmos a evolução dos hábitos tabágicos em adolescentes escolarizados em vários países da Europa, seleccionámos os países que desde 1994 fizeram parte do HBSC pelo menos duas vezes. Esses países correspondem praticamente aos países da Europa dos 15 (EU 15). Apenas sete países possuem dados de prevalência nos três anos estudados. Os restantes possuem dados sobre apenas dois anos. Não existem dados de Portugal, Irlanda, Itália, Inglaterra, Grécia e Holanda para o ano de 1994, e da Itália, Bélgica Francesa, Espanha e Holanda relativos a 1998.

Para descrever a evolução dos hábitos tabágicos no nosso país em adolescentes de 15 anos, comparámos os dados de 1997/98 com os de 2002 (uma vez que Portugal só aderiu em 1997/98 a esta rede, não foi possível comparar com dados anteriores).

### *2.3.1 Hábitos tabágicos na população com mais de 15 anos de alguns países da União Europeia (EU25)*

De acordo com os dados do Eurobarómetro de 2007, a prevalência de fumadores nos países europeus (EU25), no ano de 2006, era de 32%, sendo de 37% nos homens e de 27% nas mulheres. Consta-se que a prevalência média de fumadores, neste conjunto de países, é superior no sexo masculino. Uma vez que, o Eurobarómetro não fornece dados da prevalência em função do sexo para os vários países, não é possível afirmar, com base nos dados, se é uma tendência generalizada. No entanto, outros estudos revelam que esta situação varia de país para país. Em alguns países europeus a prevalência de mulheres fumadoras é superior à de homens fumadores.

Com base nos dados do Eurobarómetro de 2006, constata-se que a Suécia é o país com a menor prevalência de fumadores, situando-se esta abaixo dos 20% (18%). Em dois países a prevalência é inferior a 25% (Eslovénia, 23% e Portugal, 24%). Há três países com prevalência superior a 35% (Látvia, 36%; Hungria, 36% e Bulgária, 36%). A Grécia é o país da Europa com a mais alta prevalência de tabagismo entre os 25 países (42%).

Os resultados do Quadro 2 mostram que aproximadamente um em cada dois cidadãos da EU nunca fumou. O país da EU 25 com maior taxa de indivíduos que declara nunca ter fumado foi Portugal (64%). Ao contrário de Portugal, o país da EU 25 com menor taxa de indivíduos que declara nunca ter fumado foi a Dinamarca (39%).

De uma forma geral, constata-se que os países que mostram menor taxa de pessoas que afirmaram que nunca tinham fumado são os que apresentam valores maiores de ex-fumadores. Por exemplo, a Dinamarca apresenta a menor taxa de pessoas que declara nunca ter fumado, mas apresenta a maior taxa de ex-fumadores. Estas taxas estão interligadas. Trata-se de países onde a maioria das pessoas começou por fumar e que agora abandonaram o consumo, provavelmente devido às acções preventivas desenvolvidas nesses países.



Quadro 2. Prevalência de fumadores e não-fumadores na União Europeia (2007)

	Nunca Fumaram	Fumadores	Ex-Fumadores
<b>EU25</b>	<b>47%</b>	<b>32%</b>	<b>21%</b>
PT	64%	24%	12%
SK	59%	25%	15%
MT	57%	25%	18%
LU	56%	26%	17%
SI	54%	23%	23%
IE	52%	29%	18%
FI	52%	26%	21%
IT	51%	31%	16%
LV	51%	36%	13%
BE	50%	26%	24%
CZ	50%	29%	21%
LT	50%	34%	15%
EE	49%	33%	18%
ES	48%	34%	17%
HU	48%	36%	15%
AT	46%	31%	22%
SE	46%	18%	29%
DE	45%	30%	24%
PL	45%	35%	19%
UK	44%	33%	24%
FR	43%	33%	24%
EL	41%	42%	17%
NL	40%	29%	30%
DK	39%	32%	27%
CY(tcc)	53%	39%	9%
BG	49%	36%	15%
RO	57%	31%	11%

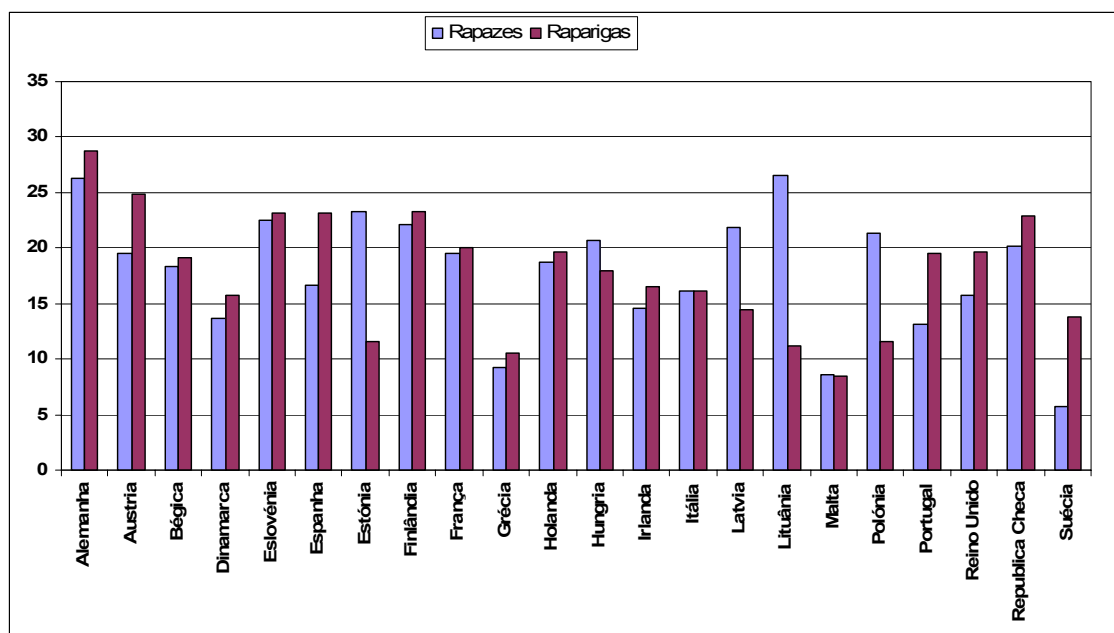
Fonte: European Comission, 2007, p. 5.

*Legenda:* BE - Belgium; CZ - Czech Rep.; DK - Denmark; DE - Germany; EE - Estonia; EL - Greece; ES - Spain; FR - France; IE - Ireland; IT - Italy; CY - Rep. of Cyprus; LV - Latvia; LT - Lithuania; LU - Luxembourg; HU - Hungary; MT - Malta; NL - Netherlands; AT - Austria ; PL - Poland ; PT - Portugal ; SI - Slovenia ; SK - Slovakia; FI - Finland; SE - Sweden; UK - United Kingdom; BG - Bulgaria; RO - Romania;

### 2.3.2 Hábitos tabágicos em adolescentes Europeus (EU25) escolarizados com 15 anos e que integram o HBSC

Os dados apresentados no Gráfico 4 referem-se à maioria dos Países da União Europeia dos 25 (EU 25) que integraram o HBSC, no ano de 2002.

Gráfico 4. Percentagem de fumadores diários aos 15 anos de idade



Fonte: Currie *et al.*, 2004.

De acordo com os dados do HBSC, expressos no Gráfico 4, a prevalência de adolescentes europeus com 15 anos, que fumava pelo menos um cigarro por dia, em 2002, era de 17,9%, sendo de 17,9% nos rapazes e de 17,8 nas raparigas.

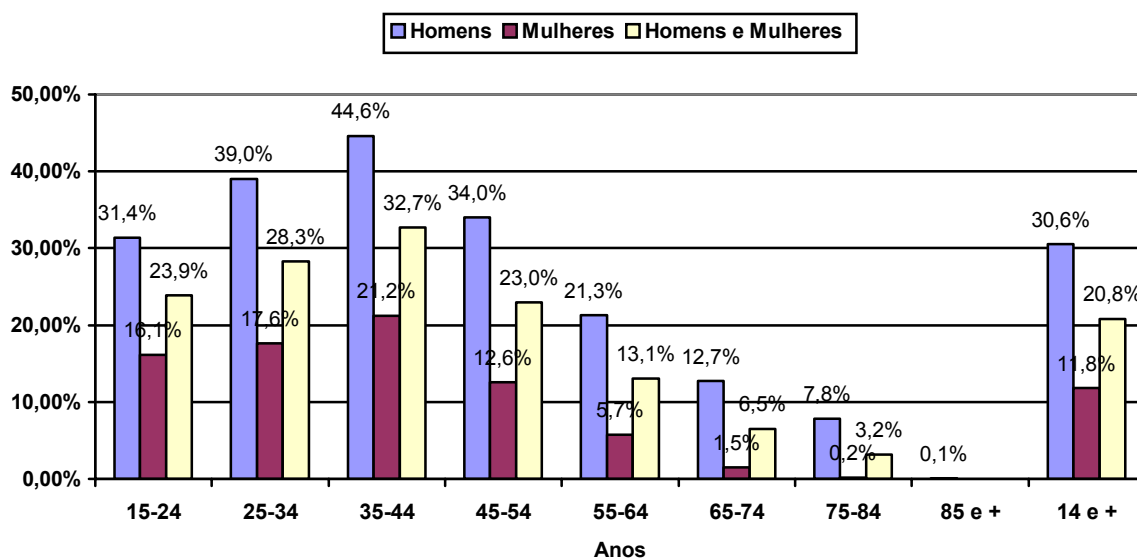
No que respeita aos dados de 2002, a Alemanha é o país com a maior prevalência de rapazes e raparigas fumadores, respectivamente 26,3 e 28,7 %. Verifica-se que há um conjunto de países em que a prevalência de rapazes e raparigas fumadoras é superior a 20% (Eslovénia, Finlândia e República Checa). Podemos constatar pelos dados do gráfico que a prevalência do consumo de tabaco nas raparigas é superior à dos rapazes, na maioria dos países. A Grécia e Malta são os países com menor prevalência de fumadores, em ambos os sexos.

### 2.3.3 Hábitos tabágicos na população portuguesa com mais de 15 anos

Com base nos dados do Inquérito Nacional de Saúde de 2005/6 (INE, 2007b), apresentados no Gráfico 5, podemos constatar que cerca de 20,8% da população com mais de 15 anos fuma diariamente, sendo o hábito de fumar mais prevalente nos homens (30,6%) do que nas mulheres (11,6%).

Com base na análise dos dados do Gráfico 5, constata-se que a prevalência de fumadores actuais (Homens e Mulheres) é especialmente elevada no grupo etário dos 25 aos 34 anos com 28,3%, e na faixa dos 35 aos 44 anos (32,7%).

Gráfico 5. Prevalência de fumadores da população residente com 15 e mais anos de idade (Homens e Mulheres), por consumo de tabaco e grupo etário, em Portugal Continental 2005/2006



Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE, 2007b).

Verificamos que os homens continuam a fumar mais do que as mulheres em todos os grupos etários, com destaque para o grupo etário dos 35 aos 44 anos, em que quase metade da população masculina é fumadora, 44,6%, contra 21,2% nas mulheres.

### *2.3.4 Prevalência do consumo em adolescentes Portugueses com 15 anos em 2002*

Pelos dados obtidos no estudo HBSC de 2002 (Gráfico 4), verifica-se que a percentagem de fumadores diários, aos 15 anos de idade, era de 19,5% nas raparigas e de 13,1% nos rapazes.

A prevalência de rapazes fumadores é menor do que a que se regista na maioria dos países europeus que integram o HBSC, mas no caso das raparigas a prevalência é bastante elevada, e situa-se próxima do grupo de países com prevalência de adolescentes fumadoras mais elevada, como é o caso da Holanda e do Reino Unido, embora ainda abaixo dos valores registados em países como a Alemanha e a Áustria.

### *2.3.5 Evolução da prevalência de fumadores na população Europeia (EU 15) com mais do que 15 anos*

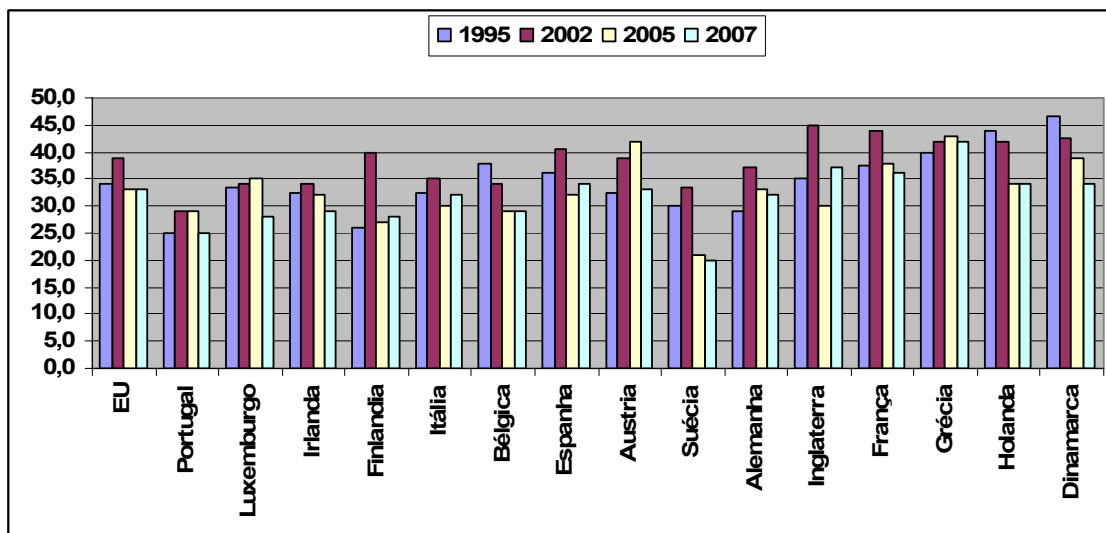
A descrição da evolução da prevalência de fumadores apresentados no Gráfico 6 e Gráfico 7 foi realizada com base nos relatórios do Eurobarómetro, efectuados no período de 1995 a 2007. Refere-se apenas à maioria dos países que integram a Europa dos 15 (EU 15), por serem aqueles em que o estudo foi realizado em todos os anos. Uma vez que os dados apresentados nos estudos de diferentes anos se referem, por vezes, a fumadores totais (fumadores de cigarros em maço e enrolados, de cachimbo e charuto) e outras vezes só a fumadores de cigarros (forma de consumo mais disseminada em todos os países), nesta primeira análise iremos comparar a prevalência de fumadores totais, ao longo do tempo. Numa segunda fase iremos analisar a evolução da prevalência de fumadores de cigarros em pacote, por ser a forma mais frequente de consumir tabaco.

Com base nos dados do Gráfico 6, podemos constatar que a evolução da prevalência média de fumadores nos vários países europeus, que integraram os estudos do Eurobarómetro, durante o período de 1995 a 2007, é a seguinte: Em 1995 a prevalência era de 34,5%, subiu para os 38% em 2002, em 2005 desceu para os 33%, voltando em 2007 a descer ligeiramente para os 32%. No período de 12 anos (entre 1995-2007) podemos constatar que a prevalência baixou ligeiramente (2,5.p.p), tendo passado dos 34,5% em 1995 para os 32% em 2007.

Da análise do Gráfico 6 podemos constatar que a Dinamarca, a Holanda, a Suécia e a Bélgica apresentam uma descida na prevalência relativamente acentuada de 1995 a 2007. Países

como a Alemanha, a Grécia e a Inglaterra registam um ligeiro aumento da prevalência de fumadores no período de 1995 a 2007. Em Portugal, embora a prevalência tenha variado ao longo do tempo, manteve-se constante neste período de tempo (25%).

Gráfico 6. Evolução da prevalência média de fumadores nos vários países europeus (fumadores totais: cigarros, cigarrilhas, charutos, etc.)

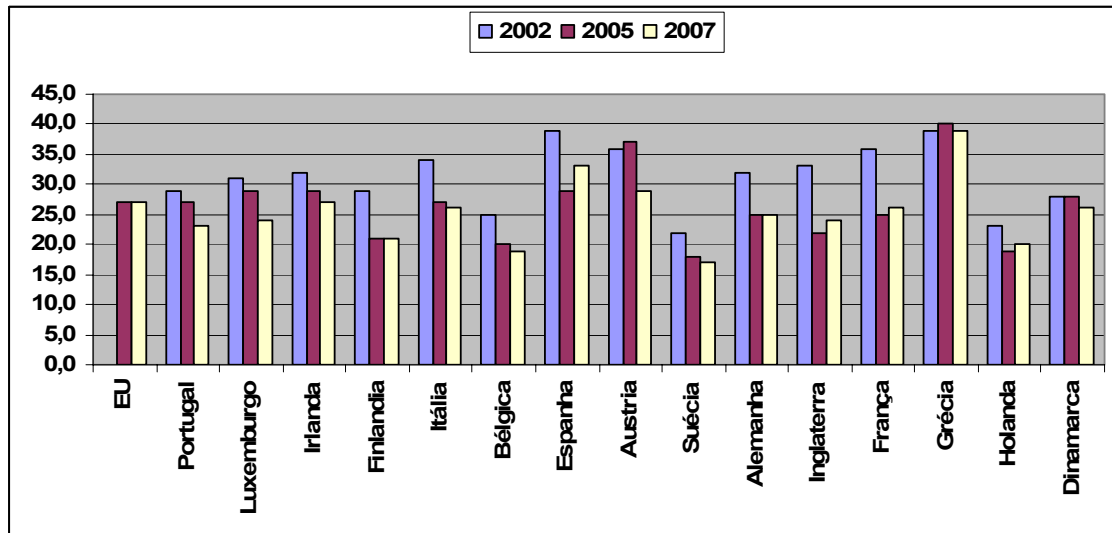


Fonte: European Commission, 2000; European Commission, 2003; European Commission, 2006; European Commission, 2007.

Comparando as prevalências de fumadores de cigarros no período de 2002 e de 2007 nos 15 Países Europeus (Gráfico 7), verifica-se um decréscimo da prevalência em todos eles, com excepção da Grécia onde a prevalência se manteve. Alguns países, porém, destacam-se pela existência de um decréscimo bastante acentuado nos valores de prevalência de fumadores de cigarros no período de 2002 para 2007, como é o caso da França (36% para 26%), da Inglaterra (33% para 24%), da Finlândia (29% para 21%) e da Itália (34% para 26%). A Suécia e a Bélgica são países com menor prevalência de fumadores de cigarros, respectivamente 17 e 19%.

A prevalência de fumadores de cigarros em Portugal registou um decréscimo apreciável, tendo passado dos 29% em 2002 para os 23% em 2006, ou seja, reduziu 6 p.p.

Gráfico 7. Evolução da prevalência média de fumadores nos vários países europeus (apenas fumadores de cigarros)

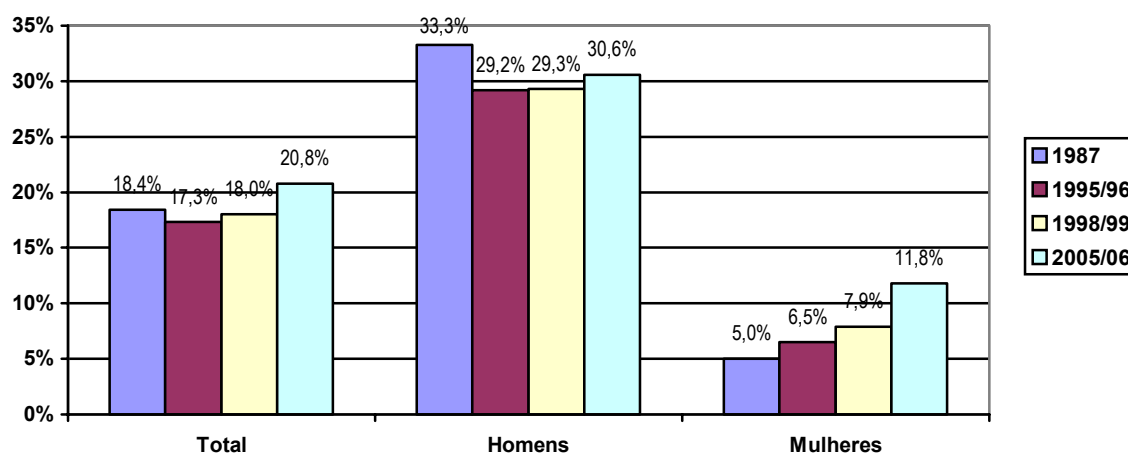


Fonte: European Commission, 2000; European Commission, 2003; European Commission, 2006; European Commission, 2007.

### 2.3.6 Evolução da prevalência de fumadores na população Portuguesa com mais do que 15 anos

Através do Gráfico 8 podemos constatar que desde 1987 (altura em que foi aplicado o 1.º Inquérito Nacional de Saúde) até 2006, a prevalência de fumadores em Portugal Continental com 15 e mais anos de idade aumentou cerca de 2,4 p.p. Uma análise em função do género permite constatar que na população masculina se registou um ligeiro decréscimo (2,7 p.p.) da prevalência do consumo diário de tabaco, ao contrário do que se passa com as mulheres, onde se registou um aumento da prevalência de fumadoras de 6,8 p.p. Estes dados permitem constatar que a prevalência estabilizou nos homens mas regista um aumento apreciável na população feminina.

Gráfico 8. Prevalência de fumadores actuais\*, com 15 e mais anos de idade, por género, em Portugal Continental (1987 a 2006)



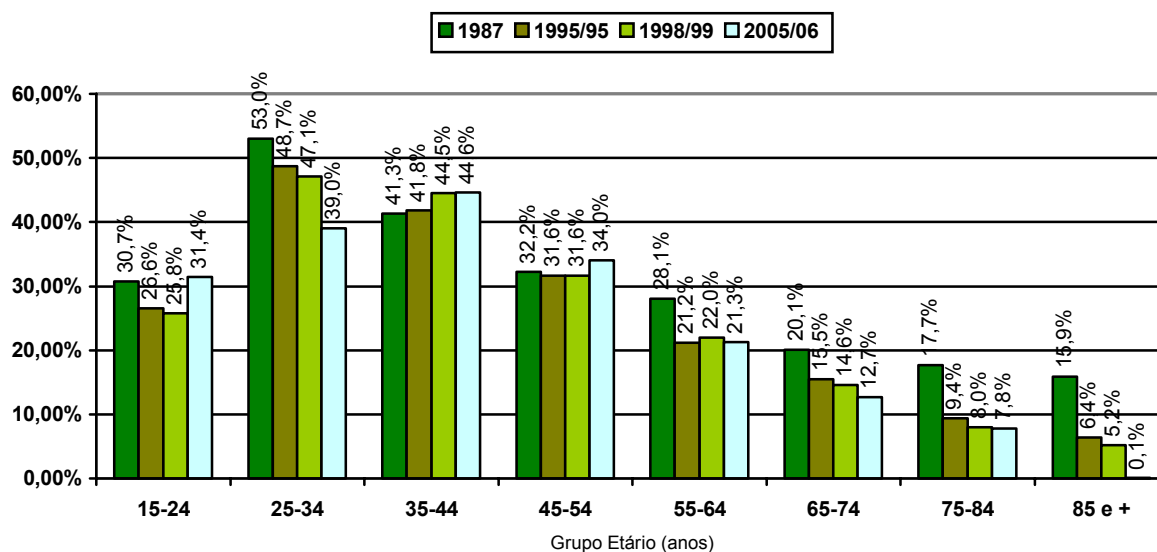
\* - que fumam pelo menos um cigarro por dia

Fonte: Adaptado de INSA, 1987; INSA, 1997; INSA, 2001; INE, 2007b.

O Gráfico 9 apresenta os dados sobre a evolução da prevalência de fumadores, na população masculina (com 15 e mais anos), por grupo etário, desde o 1.º INS (1987) até ao 4.º INS (2005/2006). Constata-se que entre 1987 e 2006 os grupos etários dos 35 aos 44 anos e dos 45 aos 54 registaram um aumento da prevalência de fumadores apreciável (3,3 p.p. e 1,8 p.p. respectivamente). No grupo etário dos 15 aos 24 anos, entre 1987 e 1999, regista-se uma diminuição da prevalência de fumadores, registando em 2006 um aumento de 5,6 p.p., para os 31,4%, valor que é o mais alto registado em todos os INS.

Nos restantes grupos verifica-se uma diminuição da prevalência de fumadores, com especial relevo para o grupo etário dos 25 aos 34 anos (14 p.p.).

Gráfico 9. População masculina com 15 e mais anos de idade que declarou fumar diariamente (1987-2006)



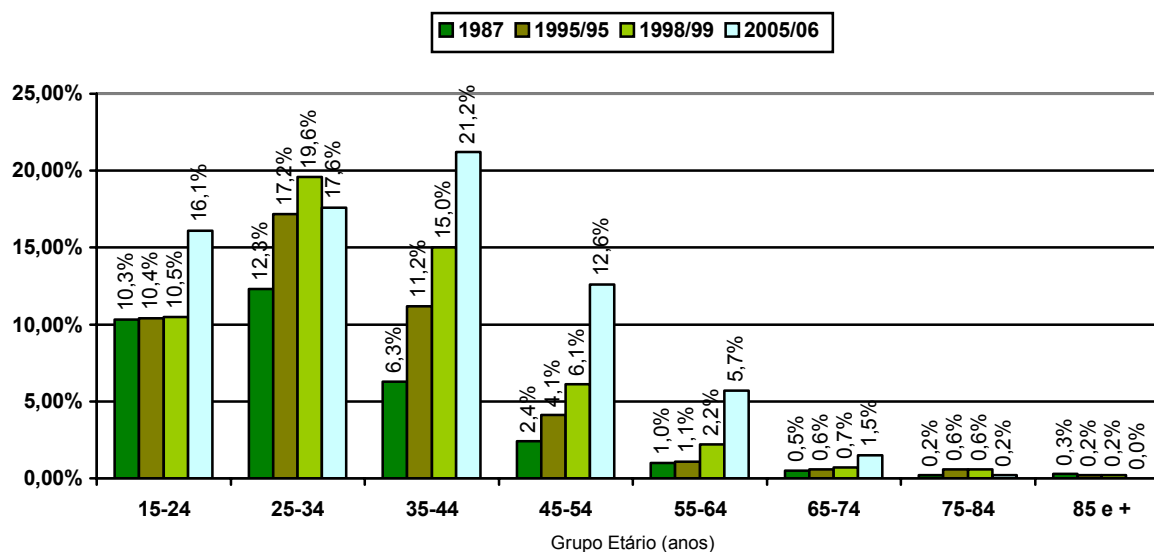
Fonte: Dias e Graça (2001); Instituto Nacional de Estatística (INE, 2007b).

O Gráfico 10 apresenta dados sobre a evolução da prevalência de fumadoras, na população feminina (com 15 e mais anos), por grupo etário, desde o 1.º INS (1987) até ao 4.º INS (2005/2006).

Contrariamente ao que se verifica no sexo masculino, assistimos, em quase todos os grupos etários, a um aumento bastante apreciável do consumo de tabaco, durante o período de 1999 a 2006. Neste período, e no grupo etário dos 45 aos 54 anos, a prevalência de mulheres fumadoras chega mesmo a duplicar. Ao fazermos comparações entre 1987 e 2006, constatamos que a prevalência do consumo de tabaco aumentou nos grupos etários 35-44, 45-45, 15-24, 25-34 e 55-64 em 14,9 p.p.; 10,2 p.p.; 5,8 p.p.; 5,3 p.p. e 4,7 p.p., respectivamente. No grupo etário dos 25 aos 34 anos, a prevalência de fumadoras aumentou desde 1987 até 1999 7,3 p.p. e em 2006 assiste-se a uma ligeira diminuição de 2,0 p.p.



Gráfico 10. População feminina com 15 e mais anos de idade que declarou fumar diariamente (1987-2006)



Fonte: Dias e Graça (2001); Instituto Nacional de Estatística (INE, 2007b).

A partir destes valores é possível concluir a existência de uma diminuição da prevalência do consumo nos homens de 1987 para 1996, seguindo-se uma estabilização até 1999. Nas mulheres, pelo contrário, verifica-se um aumento contínuo da prevalência que, embora se tenha mantido sempre bastante inferior à dos homens, parece indicar uma possível continuidade futura do aumento do consumo.

A prevalência de ex-fumadores, crescente em ambos os sexos, é, porém, nitidamente superior nos homens, o que parece ser um factor naturalmente decorrente da existência de uma maior prevalência anterior de consumo nos homens.

### *2.3.7 Evolução do hábitos tabágicos em adolescentes escolarizados com 15 anos que integram o HBSC*

Para analisarmos a evolução dos hábitos tabágicos em adolescentes escolarizados em vários países da Europa, seleccionámos os países que desde 1994 fizeram parte do HBSC pelo menos duas vezes. Esses países correspondem praticamente aos países da Europa dos 15 (EU 15). Apenas sete países possuem dados de prevalência nos três anos estudados. Os restantes possuem dados sobre apenas dois anos. Não existem dados de Portugal, Irlanda, Itália, Inglaterra, Grécia e Holanda

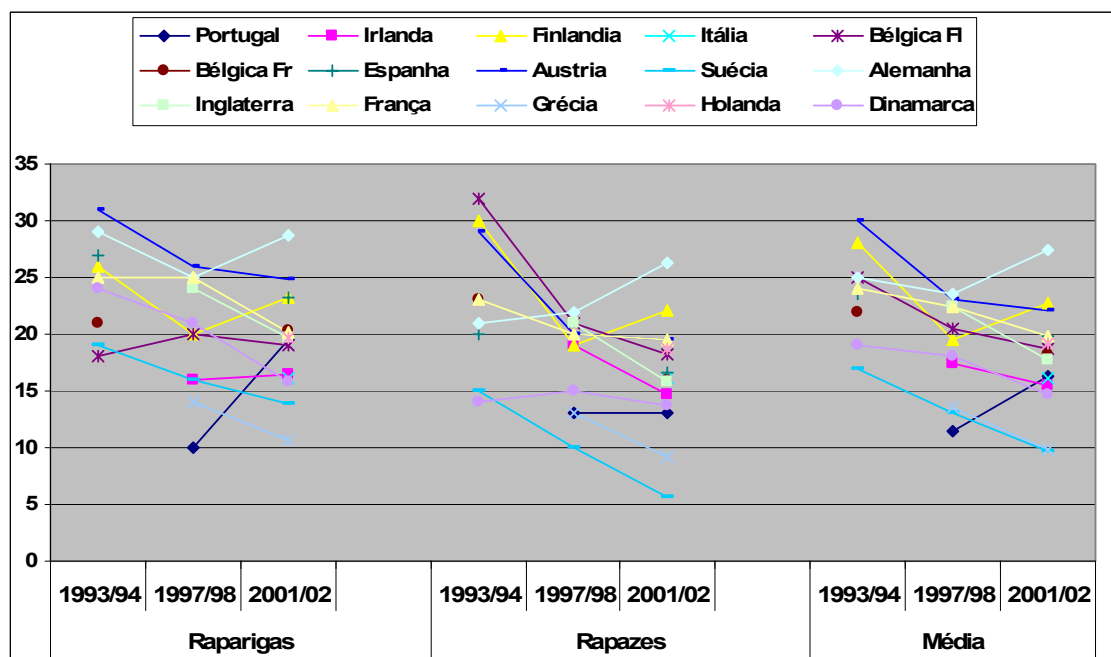
para o ano de 1994 e da Itália, Bélgica Francesa, Espanha e Holanda para 1998. Embora não se possa fazer uma comparação exacta da evolução nestes três anos nestes países, é possível, ainda assim, estabelecer comparações mais gerais da evolução da prevalência nos vários países.

Convém referir que os dados do HBSC são apresentados por sexos, o que permite, para além de estabelecer relações entre países, estabelecê-las, também, entre rapazes e raparigas, e verificar as diferenças de evolução entre estes.

Pela análise do Gráfico 11, é possível verificar uma tendência decrescente na prevalência do consumo de tabaco nas raparigas, tanto nos países em que são apresentados os valores nos três anos (nos quais os valores tendem a decrescer de 1994 para 1998 e deste ano para 2002), como nos que são apresentados apenas valores de dois anos (nos quais tende a haver um decréscimo de prevalência no ano mais recente relativamente ao valor do primeiro ano apresentado). Esta tendência decrescente não se verifica, no entanto, em alguns países estudados. São os casos de Portugal (1998 – 10%; 2002 – 19.5%) e da Irlanda (1998 – 16%; 2002 – 16.5%) e, parcialmente, os casos da Finlândia (1994 – 26%; 1998 – 20%; 2002 – 23.3%) e da Alemanha (1994 – 29%; 1998 – 25%; 2002 – 28.7%), onde os valores, embora tenham decrescido de 1994 para 1998, voltaram a subir em 2002.

Nos rapazes, é possível, também, verificar uma tendência de diminuição da prevalência do consumo de tabaco, embora existam, igualmente, alguns países que demonstrem tendências diferentes. Na Finlândia verifica-se uma diminuição da prevalência de 1994 (30%) para 1998 (19%), mas um aumento em 2002 (22.1%); a Alemanha apresenta uma prevalência sempre crescente (1994 – 21%; 1998 – 22%; 2002 – 26.3%) e a Dinamarca um aumento de 1994 (14%) para 1998 (15%), tendo a sua prevalência diminuído em 2002 (13.7%). Por fim, em Portugal regista-se uma estabilização da prevalência no período de 1998 a 2002 (1998 – 13%; 2002 – 13.1%), não tendo a prevalência sofrido uma diminuição.

Gráfico 11. Evolução dos hábitos tabágicos em adolescentes escolarizados em vários países da Europa



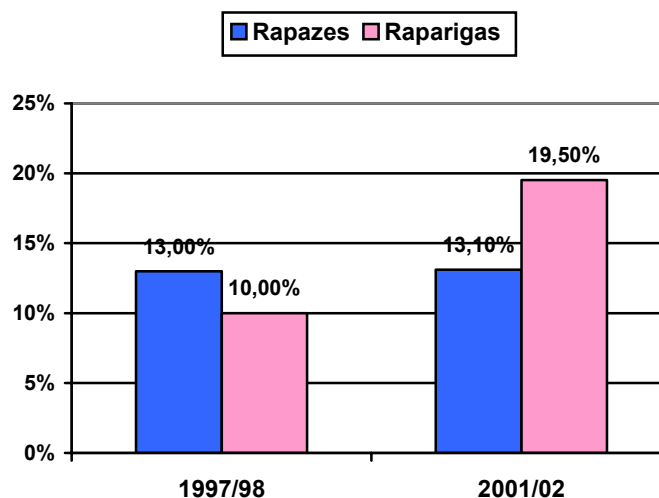
Fonte: Currie, 1995; Currie *et al.*, 2000; Currie *et al.*, 2004.

### 2.3.8 Evolução da prevalência do consumo de tabaco em adolescentes portugueses escolarizados com 15 anos entre 1998/2002

Conforme se pode observar pelo Gráfico 12, em Portugal e em quatro anos (período compreendido entre 1997/98 e 2002) a prevalência de raparigas adolescentes com 15 anos registou um aumento particularmente alarmante, tendo a prevalência passado dos 10 para os 19,5%.

A prevalência de rapazes com 15 anos registou uma variação insignificante (de 13 para 13,1%). Pela primeira vez a percentagem de raparigas fumadoras na faixa etária dos 15 anos era francamente superior à registada nos rapazes.

Gráfico 12. Percentagem de rapazes e raparigas com 15 anos de idade que afirmam que fumam diariamente (1997/98 a 2001/02)



Fonte: Adaptado de Currie *et al.*, 2000; Currie *et al.*, 2004.

### *2.3.9 Comparação da prevalência de adultos e adolescentes portugueses com os congéneres europeus*

Em relação à prevalência de fumadores adultos, Portugal apresenta (segundo os dados do Eurobarómetro e do INS) das menores taxas de fumadores da Europa. A Evolução tem sido mais ou menos favorável nos homens; no entanto, o mesmo não se passa nas mulheres.

A prevalência de raparigas adolescentes fumadoras, portuguesas, em 2002 situava-se já levemente acima da média dos 15 países analisados (19.2%). Este aumento de prevalência é contrário, conforme já foi referido, à tendência registada na maior parte dos países que integraram o HBSC. Recordamos que em 1998 se encontrava bastante abaixo da prevalência da generalidade dos países estudados.

Nos rapazes, a prevalência não sofreu praticamente alteração entre 1998 (13%) e 2002 (13.1%). Em 1998, o valor de prevalência, em Portugal, situava-se abaixo dos valores dos restantes países estudados, com excepção da Grécia, com igual valor de prevalência, e da Suécia, em que a prevalência era de 10%. Em 2002, a prevalência em Portugal mantém-se, igualmente, bastante abaixo da média dos 15 países estudados (16.4%).

Podemos constatar evoluções e valores de prevalência totalmente diferentes entre os sexos. Enquanto em 1998 a prevalência de consumo das raparigas (10%) era inferior à dos rapazes (13%), em 2002 a tendência inverteu-se, passando o valor de prevalência das raparigas a ser bastante superior (raparigas – 19.5%; rapazes – 13.1%).

## 2.4 Políticas de controlo e prevenção da epidemia do tabagismo activo

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 actuar a uma escala mundial em diferentes frentes: vários escalões etários, grupos particularmente sensíveis, diferentes condições económicas, sociais, culturais e ambientais. É necessário que os esforços de controlo do tabagismo sejam focalizados e direccionados maioritariamente para uma dimensão preventiva (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 objectivos 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;*
- adoptar medidas de protecção para os não-fumadores.*

(Pestana *et al.*, 2006, p. 249).

Para que se possam atingir estes objectivos, a OMS apresenta como estratégia global de promoção da saúde na prevenção dos hábitos tabágicos (objectivos da política de prevenção do tabagismo recomendados pela OMS, citados em Pestana *et al.*, 2006, p. 249):

- *criação de uma sistema fiscal dissuasivo, aumento das taxas e impostos sobre o tabaco;*
- *proibição de todas as formas de publicidade ao tabaco;*
- *cumprimento e respeito da proibição de fumar nos locais públicos e de uso colectivo;*

- *desenvolver campanhas de informação e de educação para a saúde dirigida aos vários grupos: jovens, grávidas e professores;*
- *proporcionar apoios aos fumadores activos, para que entrem num programa de desabitação tabágica”.*

Portugal ainda não possui um Plano Nacional de Prevenção do Tabagismo e torna-se imperativo que o desenvolva/planeie indo ao encontro dos objectivos propostos pela OMS acima descritos. Apesar da sua inexistência, o consumo de tabaco é abordado pelo Plano Nacional de Saúde, onde *“são identificadas diversas medidas a serem implementadas até 2010, com particular referência para a redução do consumo do tabaco nos jovens, para o reforço das intervenções no domínio da cessação tabágica, para o aumento dos preços dos produtos do tabaco e para a protecção dos não-fumadores da exposição ao fumo ambiental do tabaco”* (Ministério da Saúde, 2006).

Poderemos seguir o exemplo do nosso país vizinho que em matéria de prevenção do tabagismo está a dar largos passos. No seu Plano Nacional de Prevenção do Tabagismo estão contemplados os seguintes princípios:

- “- existir um compromisso institucional;*
- envolvimento das estruturas de saúde;*
- participação nas orientações e estratégias da OMS e da EU;*
- envolver as diversas estruturas da sociedade por forma a obter a sua colaboração;*
- Promoção da saúde, a qualidade de vida e a participação social”.*

(Plano Nacional de Prevenção do Tabagismo «Espanhol» 2003, citado em Pestana *et al.*, 2006, p. 264).

O relatório sobre o Livro Verde “Por uma Europa sem Fumo: opções estratégicas a nível comunitário” (COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS, 2007b) lançado em Janeiro de 2007 e após consulta pública e reacção formal dos Estados Membros e das ONG’s, foi aprovado em plenário no Parlamento Europeu. É proposta pelos eurodeputados uma estratégia abrangente de controlo do tabaco e de cessação do tabagismo com vista a uma Europa isenta de fumo ao serem examinadas outras medidas, como por exemplo:

- *“... proibir, em toda a UE, o consumo de tabaco na presença de menores nos transportes privados;*
- *proibir, em toda a UE, a venda de produtos do tabaco a jovens com menos de 18 anos;*

- *autorizar a instalação de máquinas distribuidoras de cigarros apenas quando estas não estejam acessíveis a jovens com menos de 18 anos;*
- *remover os produtos do tabaco das prateleiras de livre-serviço existentes no comércio a retalho;*
- *proibir a venda à distância de produtos do tabaco a jovens com menos de 18 anos (por exemplo através da Internet);*
- *promover medidas preventivas e campanhas anti-tabaco destinadas aos jovens;*
- *proibir a publicidade aos produtos do tabaco na Internet;*
- *incentivar os Estados-Membros a criarem um imposto sobre todos os produtos do tabaco desvinculado da inflação;*
- *estabelecer um elevado nível mínimo de imposição sobre todos os produtos do tabaco em toda a UE;*
- *efectuar controlos mais rigorosos do contrabando de tabaco.”*

(COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS, 2007a, p.1)

O papel da OMS tem sido preponderante nos ganhos da saúde contra o tabagismo. Em 1987 implementa uma estratégia global para reduzir os efeitos negativos do consumo de tabaco através dos “Planos de Acção para uma Europa Livre de Tabaco” e consolida-a aquando da realização da 1ª Conferência Europeia sobre Tabaco ou Saúde em 1988, onde foi aprovada a “Carta Europeia contra o Tabaco” e definidas as estratégias para uma Europa sem tabaco. O dia 31 de Maio fica definido como o dia Mundial Sem Tabaco e é neste dia que a OMS efectua um ponto de situação sobre a política global de combate ao tabagismo.

Em Portugal a 17 de Novembro comemora-se o Dia Nacional do Não Fumador (pela resolução n.º 35/84 do Conselho de Ministros de 11 de Junho de 1984). As actividades relacionadas com este dia estão a cargo do Conselho de Prevenção do Tabagismo.

A “Convenção Quadro sobre Controlo do Tabagismo” (primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade), aprovada em 2003, “*acaba por ser um marco histórico da saúde pública mundial e da efectiva prevenção do tabagismo*” (Barros *et al.*, 2007, p. 223).

Em Portugal, no que diz respeito à prevenção do tabagismo, actuam nesta área o Conselho de Prevenção do Tabagismo (órgão consultivo do Governo que funciona na dependência directa do Ministro da Saúde), o Ministério da Saúde e a Direcção Geral da Saúde.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 14/2006 (N.º 15 Série I-A), é da responsabilidade do Conselho de Prevenção do Tabagismo:

- a) *“Propor, de acordo com as recomendações emitidas pelos organismos internacionais, os princípios orientadores da política de prevenção do tabagismo;*
- b) *Exercer funções de consulta do Governo no domínio da prevenção do tabagismo;*
- c) *Dar parecer sobre medidas legislativas, programas de actividades e respectivos orçamentos respeitantes a acções de prevenção do tabagismo;*
- d) *Apoiar a actividade dos serviços públicos em matéria de estudos, inquéritos ou quaisquer outras acções relacionadas com a política de prevenção do tabagismo;*
- e) *Promover, acompanhar ou apoiar a realização de estudos, inquéritos ou quaisquer outras acções relacionadas com a política de prevenção do tabagismo, tendo em vista, nomeadamente, a identificação de substâncias que o tabaco não poderá conter ou libertar durante o seu uso;*
- f) *Zelar, em colaboração com os competentes departamentos da Administração, pelo cumprimento do presente diploma, denunciando as práticas ou actuações que o violem, quer por iniciativa própria quer por apreciação de queixas que lhe forem dirigidas;*
- g) *Estabelecer o intercâmbio de conhecimentos, de experiência e de técnicas com organismos congéneres de outros países ou com organismos internacionais, com vista a intensificar a colaboração internacional no domínio da prevenção do tabagismo;*
- h) *Elaborar anualmente, até 31 de Março do ano seguinte àquele a que respeite, um relatório global sobre a situação do sector e a sua própria actividade, o qual será tornado público”.*

Decreto-Lei n.º 14/2006 (N.º 15 Série I-A)

Para além dos organismos acima mencionados, existem outros que actuam na área da prevenção do tabagismo: Sociedade Portuguesa de Pneumologia, Fundação Portuguesa de Cardiologia, Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo, Associação de Medicina Europeia Tabaco ou Saúde, entre outros.

*“No nosso País, as bases gerais de prevenção do tabagismo foram estabelecidas pela Lei n.º 22/82, de 17 de Agosto, regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio, no intuito de proteger os não fumadores e de limitar o uso do tabaco, por forma a contribuir para a diminuição dos riscos ou efeitos negativos na saúde das pessoas provenientes do acto de fumar” (Ministério da Saúde, 2006).*

O referido Decreto-Lei (n.º 226/83, de 27 de Maio) tem sido objecto de várias alterações, de acordo com as necessidades de aperfeiçoamento e ajustamento à realidade. Vários são os Decretos-Lei que foram surgindo ao longo dos anos e que foram revogando os anteriores.



Mais recentemente (2006), foi elaborada pelo Governo uma Proposta de Lei (41/2006) e discutida na Assembleia da República. Esta Proposta de Lei, após várias alterações, é promulgada em 14 de Agosto de 2007 e com entrada em vigor a 1 de Janeiro de 2008 (Lei 37/2007, de 14 de Agosto),

*“a presente lei 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 protecção 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, promoção e patrocínio, às medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do consumo, 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”*

(Artigo 1.º da Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto) (Anexo 4).

De acordo com o disposto na Lei, as Consultas de Cessação Tabágica irão ser prática obrigatória nos Centros de Saúde e nos Serviços Hospitalares Públicos. Existe neste momento uma lista divulgada pela Direcção Geral da Saúde que contém os serviços de saúde que já contemplam este tipo de consulta (a referida lista poderá ser consultada em: [http://www.coppt.pt/docs/cs\\_tab\\_DGS.pdf](http://www.coppt.pt/docs/cs_tab_DGS.pdf)).

De acordo com o Artigo 20.º da referida lei:

- *“...Os serviços de saúde, independentemente da sua natureza jurídica, designadamente centros de saúde, hospitais, clínicas, consultórios médicos e farmácias, **devem promover e apoiar a informação e a educação para a saúde dos cidadãos relativamente aos malefícios decorrentes do consumo de tabaco** e à importância da cessação tabágica, através de campanhas, programas e iniciativas destinadas à população em geral ou a grupos específicos, designadamente crianças e jovens, grávidas, pais, mulheres em idade fértil, pessoas doentes, professores e outros trabalhadores.*
- *A temática da **prevenção e do controlo do tabagismo** deve 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 destes níveis de ensino.*
- *A temática da **prevenção e do tratamento do uso e da dependência do tabaco** deve fazer parte dos curricula da formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde, em particular dos médicos, dos médicos dentistas, dos farmacêuticos e dos enfermeiros, enquanto agentes privilegiados de educação e promoção da saúde.”*

Uma das formas utilizadas para tentar diminuir ou até mesmo abandonar o consumo de tabaco é através de mensagens de advertência (uma mensagem geral e uma complementar) em todas as unidades de embalagem dos produtos do tabaco:

1) Advertências gerais:

- a) «Fumar mata»;
- b) «Fumar prejudica gravemente a sua saúde e a dos que o rodeiam»;

2) Uma advertência complementar escolhida da seguinte lista:

- a) «Os fumadores morrem prematuramente».
- b) «Fumar bloqueia as artérias e provoca ataques cardíacos e enfartes».
- c) «Fumar provoca o cancro pulmonar mortal».
- d) «Se está grávida: fumar prejudica a saúde do seu filho».
- e) «Proteja as crianças: não as obrigue a respirar o seu fumo».
- f) «O seu médico ou o seu farmacêutico podem ajudá-lo a deixar de fumar».
- g) «Fumar causa elevada dependência. Não comece a fumar».
- h) «Deixar de fumar reduz os riscos de doenças cardiovasculares e pulmonares mortais».
- i) «Fumar pode provocar uma morte lenta e dolorosa».
- j) «Para o ajudar a deixar de fumar, consulte o seu médico ou contacte o seu farmacêutico».
- l) «Fumar pode reduzir o fluxo de sangue e provoca impotência».
- m) «Fumar provoca o envelhecimento da pele».
- n) «Fumar pode prejudicar o esperma e reduz a fertilidade».
- o) «O fumo contém benzeno, nitrosaminas, formaldeído e cianeto de hidrogénio».

De acordo com o disposto nesta mesma Lei, foi criado no dia 9 de Novembro de 2007, pelo Director-Geral da Saúde, um grupo técnico consultivo, que visa prestar assessoria técnica e colaboração na definição e implementação de programas e outras iniciativas no domínio da prevenção e controlo do tabagismo, com entrada em vigor a 1 de Janeiro de 2008.

#### ***2.4.1 Programas/Projectos Preventivos***

Existem vários projectos que foram/estão a ser desenvolvidos na área da prevenção e cessação do consumo de tabaco. Este tipo de programas foca a sua atenção em dois pontos principais: *Prevenir a iniciação do tabagismo nos jovens* e *encorajar e promover a cessação do consumo de tabaco nos fumadores*. Assim, desta maneira “atacam” o problema nas duas frentes: mantendo os nossos jovens não fumadores e ir ganhando cada vez mais ex-fumadores. É vital que

todos os esforços mobilizados em prol da conquista destes dois pontos sejam sistematicamente avaliados e ajustados.

Macedo e Precioso (2006) apontam alguns motivos que justificam a importância da prevenção do consumo de tabaco na adolescência: quanto mais cedo se iniciar o consumo de tabaco, mais hipóteses existem de ficar dependente para a vida inteira; o consumo de tabaco numa fase mais “tenra” da vida acarreta efeitos mais perniciosos para a saúde; vários estudos confirmam que quem toma outro tipo de droga aditiva, raramente o faz antes de ser fumador, etc.

#### *2.4.1.1 Programa “Help – Para Uma Vida Sem Tabaco”*

O programa “Help – Para Uma Vida Sem Tabaco” é uma campanha anti-tabágica comunitária dirigida a qualquer pessoa, fumadora ou não fumadora. Este programa contempla um sub-programa “Help-Escolas”, dirigido especificamente aos jovens escolarizados com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos. Os professores que pretendam organizar actividades educacionais sobre os efeitos nocivos do tabaco e do FAT com os seus alunos, apenas necessitam de aceder ao website [www.help-eu.com](http://www.help-eu.com) e efectuar o pedido (grátis) de um “Kit Didáctico HELP”. Este kit consiste numa caixa que contém um questionário e materiais promocionais dirigidos às escolas. Esta campanha, que já teve início em 2005, tem como objectivo convencer os cidadãos dos 27 países da EU, em particular os jovens, a não começarem ou a deixarem de fumar, tendo como apoio extra uma campanha de publicidade televisiva e outros materiais promocionais.

Em Portugal, temos um projecto a nível da rede global: [www.parar.net](http://www.parar.net) (10 passos de caminho para uma vida sem tabaco). Este website é da autoria do Dr. Luís Saboga Nunes e faz parte dos recursos oferecidos em Portugal pelo Projecto HELP na ajuda aos dependentes do tabaco que desejam parar com o seu hábito.

O Prof. Doutor Luís Rebelo (Presidente da Direcção da COPPT), em resposta à terceira questão colocada no *Livro Verde – Por Uma Europa Sem Fumo – opções estratégicas a nível comunitário* (COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS, 2007b), afirma que “*A Campanha “Help” tem tido um impacto mínimo em Portugal. É necessário mais e melhor*” (Rebelo, 2007).

#### *2.4.1.2 Programa “Querer é poder I e II”*

Entre 1997 e 2002 o Conselho de Prevenção do Tabagismo, em parceria com o projecto de investigação/acção “*European Smoking Prevention Framework Approach*” (ESFA), desenvolveram um projecto no sentido de desincentivar o consumo de tabaco por parte dos jovens escolarizados. “*Foram incluídas 12 sessões de prevenção tabágica no currículo dos jovens alvo da intervenção deste programa, estruturada em dois programas: «Querer é poder I e II». Estes dois programas foram reforçados por acções realizadas na turma e na escola pelo «Programa 7 OK!» e também pelo «Programa Turmas Sem Fumadores» e pelo programa «Política Para Uma Escola Sem Tabaco»*” (Barros *et al.*, 2007). As conclusões finais do relatório elaborado sobre a eficácia do projecto revelaram dificuldades na execução deste projecto. A implementação deste tipo de campanhas em Portugal torna-se difícil por sermos um país sem tradição na prevenção do tabagismo, falta de recursos humanos profissionais nesta área, falta de materiais e sobretudo devido à nossa cultura burocrática, a qual se torna o maior entrave à realização deste tipo de campanhas (Barros *et al.*, 2007).

#### *2.4.1.3 Programa “Clube Caça-Cigarros”*

O Projecto Clube Caça-Cigarros de prevenção do tabagismo desenvolvido, desde 1990, pelo Departamento de Educação para a Saúde da Liga Portuguesa Contra o Cancro – Núcleo Regional do Norte, destina-se a crianças e jovens com idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos, abrangendo assim as faixas etárias correspondentes ao 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico. Este projecto insere-se numa série de iniciativas, com difusão a nível europeu, que pretendiam aumentar o conhecimento de crianças e jovens acerca dos malefícios do tabaco e que contaram com o apoio do Programa Europa Contra o Cancro. Os “smokebusters” europeus tornaram-se nos “Caça-Cigarros” em Portugal mas, apesar da relação que de imediato se estabelece com a temática do tabagismo, este Projecto tem um âmbito muito mais alargado, pretendendo ser um foco de promoção de saúde e prevenção de riscos, nomeadamente no que diz respeito ao aparecimento do cancro (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2005).

#### 2.4.1.4 Programa “Não Fumar é o Que Está a Dar”

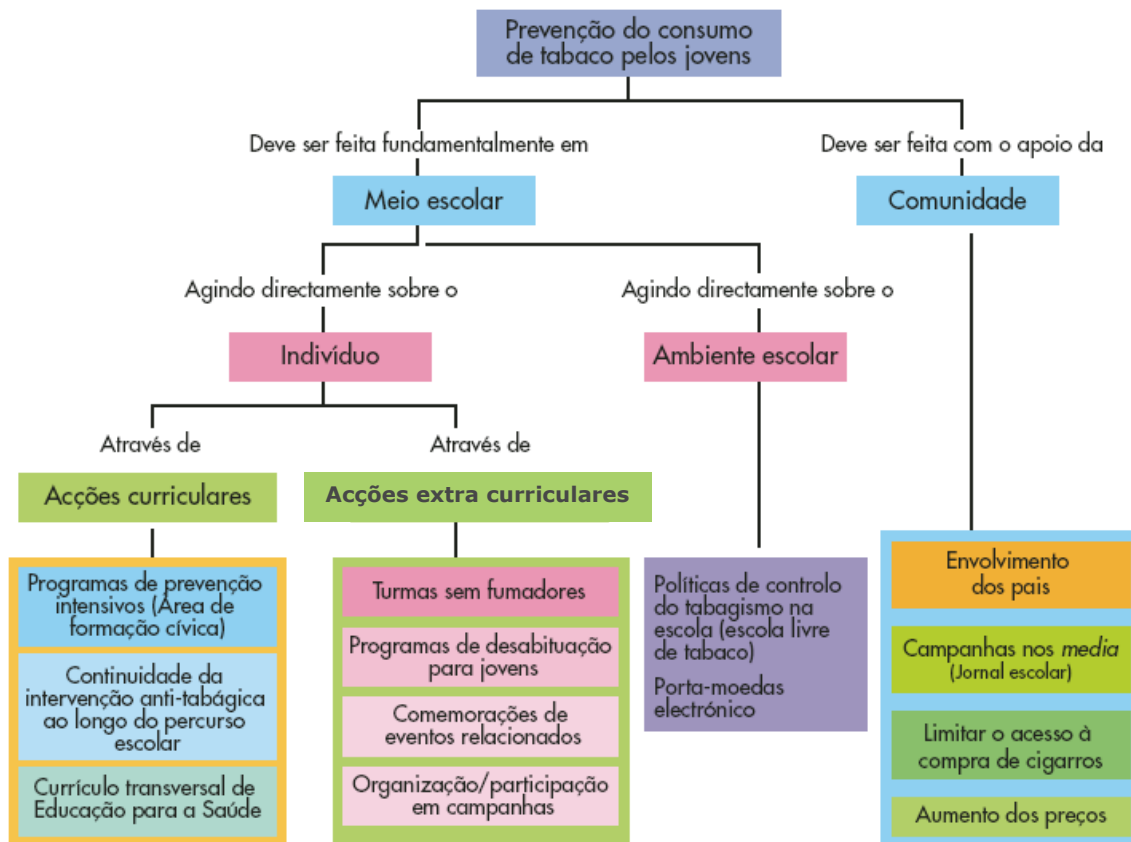
O programa “Não Fumar é o Que Está a Dar”, é uma mais-valia para a prevenção do consumo de tabaco entre os adolescentes. Trata-se de *“um programa intensivo, específico e transversal, de prevenção do consumo de tabaco, do tipo das influências psicossociais, constituído por um conjunto de 15 sessões semanais de uma hora, dirigidas aos alunos do 6.º ou do 7.º anos de escolaridade, que são os alunos em maior risco de começar a fumar. Em termos práticos, as técnicas psicossociais permitem tornar o adolescente imune ao consumo do tabaco, isto é, mais capaz de dizer não ao seu consumo, mesmo quando os factores sociais (família, amigos, media) o empurram para esse cenário”* (Precioso, 2001b).

Este programa foi utilizado pela Administração Regional de Saúde do Norte e está a ser posto em prática em algumas escolas de Braga e Vila Verde.

*“A família e a escola, pelo impacto que têm no processo de socialização, devem ser um dos alvos das acções de prevenção”* (Precioso, 2006). Segundo o mesmo autor, quaisquer que sejam as medidas a realizar na prevenção do tabagismo com o objectivo de mudar a conduta de comportamentos, estas nunca poderão ser aplicadas isoladamente e num só espaço temporal, uma vez que os programas elaborados terão sempre que actuar sobre vários factores em conjunto: biológicos, psicológicos, sociais e ambientais (Precioso, 2006).

Precioso (2006), após uma vasta revisão bibliográfica sobre políticas de controlo do tabagismo, apresenta-nos o seguinte esquema (Figura 1), onde estão representadas uma combinação de estratégias com capacidade eficaz para prevenir o consumo de tabaco pelos jovens. *“As acções preventivas para contrariar a procura de cigarros pelos jovens deverão ser implementadas em meio escolar (dirigidas directa ou indirectamente aos alunos) e também na comunidade”* (Precioso, 2006).

Figura 1. Combinação de estratégias com capacidade eficaz para prevenir o consumo de tabaco pelos jovens



Fonte: Precioso, 2006, p. 210.

*Nota: No Anexo 6 está descrita de forma pormenorizada cada uma das medidas preconizadas na Figura 1.*

Aos Serviços de Saúde é-lhes conferida uma responsabilidade essencial no controlo da epidemia do tabaco. Têm a obrigação de fazer prevenção do tabagismo, promover ambientes sem fumo, promover a cessação tabágica e dar protecção aos não fumadores (Pestana *et al.*, 2006).

Portugal aderiu recentemente à *Rede Europeia dos Hospitais Sem Tabaco* (criada há dez anos sob coordenação da França), com o Hospital Fernando Fonseca, o qual já aplicou e apresentou resultados positivos. Actualmente já aderiram o Centro Hospitalar de Coimbra, o Hospital Pulido Valente, SA e o Hospital de Egas Moniz, SA. Este projecto visa uma política de prevenção e sensibilização do tabagismo junto dos profissionais de saúde, doentes e visitas. Os Hospitais aderentes regem-se por uma “Carta de Recomendação” da qual fazem parte nove recomendações (Pestana *et al.*, 2006).

Como já foi referido anteriormente, as Consultas de Cessação Tabágica irão ser prática obrigatória nos Centros de Saúde e nos Serviços Hospitalares Públicos. Existem alguns Serviços de Saúde que já contemplam e efectuam este tipo de consulta. Não será de todo descabido reforçar a ideia de que nem todos os profissionais de saúde estão preparados para lidar com esta problemática. Requer-se preparação, formação e a existência de um plano de acção bem definido, personalizado e global.

#### *2.4.1.5 Programa "EURO-scip"*

No que concerne as grávidas fumadoras, Portugal participa num projecto Europeu, o EURO-scip (*EUROpean action on Smoking Cessation In Pregnancy*). Este projecto *nasceu* em 1999 (ainda sem a participação de Portugal), e é promovido pela União Europeia. Tem como objectivo o estabelecimento de uma rede de âmbito europeu centrada nas questões relacionadas com o tabagismo durante a gravidez. Deste projecto surgiu o EURO-scip II na sequência do levantamento de necessidades e das conclusões que resultaram do Projecto EURO-scip I. Este novo projecto tem como finalidade *"reduzir a prevalência de grávidas fumadoras através da identificação, desenvolvimento e disseminação de estratégias eficazes de aconselhamento e apoio às grávidas fumadoras que querem deixar de fumar"* através do desenvolvimento, a nível europeu, de um programa de base comum para a formação de profissionais de saúde que trabalham com grávidas (Conselho de Prevenção do Tabagismo, 2003).

Actualmente este projecto já se encontra na fase 3, ou seja, EURO-scip III, cujos objectivos são: implementação de programas de formação para profissionais de saúde; continuação dos trabalhos de investigação que têm vindo a ser realizados desde o Projecto EURO-scip I; elaboração e edição de materiais sobre tabagismo para apoio a acções de informação e aconselhamento dirigido a grávidas e a futuros pais fumadores; adaptação e tradução de um filme para formação de profissionais de saúde em aconselhamento breve baseado no modelo de entrevista motivacional, etc. (EURO-scip, 2006).

#### *2.4.1.6 Programa “INWAT-Europe”*

A INWAT-Europe (*International Network of Women Against Tobacco*) ([www.inwat.org](http://www.inwat.org)) é uma rede Internacional que conta já com cerca de 1600 membros (peritos em matéria de prevenção de tabagismo) de 100 países diferentes. Trabalham e unem esforços para combater o consumo de tabaco e a exposição ao fumo do tabaco por parte das mulheres. Esta rede foi criada em 1990 por mulheres ligadas à prevenção do tabagismo e tem como objectivo principal o controlo do tabagismo nas mulheres e adolescentes. Portugal conta já com cinco membros; no entanto, desconhece-se quais os esforços feitos e as campanhas/projectos existentes.

#### *2.4.2 O Papel dos Profissionais de Saúde*

É essencial que os profissionais ligados à área da saúde estejam motivados e sensibilizados para os problemas associados ao consumo de tabaco. Estes profissionais têm uma responsabilidade acrescida, não só pelo seu urgente envolvimento no controlo do tabagismo, como também pelo exemplo que transmitem à comunidade – modelagem. Além dos profissionais de saúde, também os professores são um grupo fundamental na prevenção, por serem eles que lidam directamente com os seus alunos e pelo facto de a escola ser um local onde estes passam grande parte do seu tempo. Os professores tornam-se assim óptimos veículos para a transmissão de conteúdos de promoção da saúde.

Para que fossem atingidos níveis máximos de sucesso na aplicação de acções de prevenção sobre o tabagismo nos jovens, a articulação entre professores e os profissionais de saúde teria que ser uma realidade, dentro de um modelo de Escolas Promotoras de Saúde, ou seja, ter uma dimensão curricular, psicossocial, ambiental e comunitária (Precioso, 2006).

A problemática do tabagismo deveria fazer parte da formação curricular de todos os profissionais de saúde (Pestana *et al.*, 2006). A lei que entrou em vigor a 1 de Janeiro de 2008 já contempla esta medida. Para que haja resultados positivos na aplicação desta lei, é imperativo preparar formalmente as principais classes profissionais para lidarem de uma forma sincronizada e esquematizada com a prevenção do tabagismo.



Para que seja possível a um profissional de saúde incentivar/ajudar um fumador a deixar de fumar ou motivar um jovem a manter-se não fumador, é necessário que ele próprio dê o exemplo. Um estudo realizado em três Hospitais portugueses com características diferentes (Central, Distrital e de Oncologia) demonstrou que dentro da classe de profissionais de saúde, existia uma elevada percentagem de fumadores (Quadro 3).

Quadro 3. Inquéritos aos hábitos tabágicos em profissionais de saúde

HOSPITAL	MÉDICOS (%)	ENFERMEIRO (%)
*Hospital Egas Moniz (1998)	28,73	33,76
**IPO – Lisboa (1999)	23,50	22,00
***Hospital Santa Luzia Elvas (1999)	35,40	44,14

\*Cristina Matos *et al.*; \*\*Dina Matias *et al.*; \*\*\*J.M. Correia

Fonte: Pestana *et al.*, 2006, p. 260.

Independentemente da posição pessoal que cada um dos profissionais de saúde apresenta face ao tabaco, é muito importante o exemplo que eles transmitem à sociedade. A sua atitude (principalmente o médico) e o seu comportamento face ao tabagismo irão influenciar consideravelmente o êxito da prevenção (Pestana *et al.*, 2006).

O papel do médico na prevenção do tabagismo é crucial, principalmente o médico de família. Assim como é feito o rastreio sobre patologias como a hipertensão, diabetes, etc., também o facto de ser fumador ou não fumador devia ser contemplado numa consulta com o seu paciente e ser determinado o eventual encaminhamento.

Para que um fumador possa parar de fumar, não é só necessário ter “força de vontade”. É necessário aliar várias terapias disponíveis e outros tipos de suporte, sendo exigido aos profissionais de saúde, ligados à prevenção do tabagismo, que estejam familiarizados com elas (Pestana *et al.*, 2006). Conforme está explícito no Quadro 4, os profissionais de saúde terão que delinear estratégias/intervenções que actuem em três níveis de prevenção: prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária terá como principal objectivo a *promoção da saúde* objectivando medidas de protecção específicas destinadas a crianças e adolescentes, mas abrangendo a população em geral. A prevenção secundária é dirigida aos fumadores e tem como principal

objectivo o *diagnóstico precoce* e o tratamento imediato. A prevenção terciária é igualmente dirigida aos fumadores e tem como principal objectivo o *tratamento e a reabilitação*, analisando as limitações e incapacidades do fumador (Pestana *et al.*, 2006).

Quadro 4. Modos de intervenção nos níveis de prevenção

MODOS DE INTERVENÇÃO		
Prevenção Primária	Prevenção Secundária	Prevenção Terciária
<b>Promoção da Saúde</b> Medidas de protecção específica	<b>Diagnóstico Precoce</b> Tratamento imediato	<b>Tratamento e Reabilitação</b> Limitação da incapacidade
Destinada a crianças e adolescentes <ul style="list-style-type: none"> <li>evitar o início dos hábitos tabágicos</li> <li>evitar o aparecimento do problema</li> <li>promover estilos de vida saudáveis</li> <li>reduzir/eliminar as condições ou factores do meio que se associem ao aparecimento do problema</li> <li>promover acções e comportamentos tendo em vista evitar o aparecimento do problema</li> </ul>	Destina-se aos fumadores <ul style="list-style-type: none"> <li>diminuir a prevalência do hábito tabágico e das doenças relacionadas com esse hábito (factor de risco). Inclui-se aqui o aconselhamento médico, a intervenção breve/mínima e o tratamento farmacológico</li> <li>reduzir a duração da perturbação</li> <li>detectar precocemente o comportamento de risco relacionado com o problema, tendo como objectivo a sua mudança.</li> </ul>	Destina-se aos fumadores <ul style="list-style-type: none"> <li>incitar os fumadores a procurarem os meios para se libertarem desta adição</li> <li>promover programas de desabitação tabágica</li> <li>reduzir as consequências dos efeitos do problema</li> <li>promover uma prevenção de recaída</li> </ul>

Fonte: Pestana *et al.*, 2006, p. 253.

Na cessação tabágica distinguem-se três tipos de intervenção, conforme está descrito no Quadro 5: a **Intervenção Breve** e a **Intervenção Mínima**, que deverão ser realizadas por todos os profissionais de saúde que lidam directamente com utentes fumadores, e a **Intervenção Intensiva**, que terá que ser realizada por profissionais de saúde especializados na área da cessação tabágica e direccionada estritamente a fumadores que recorrem a este tipo de ajuda voluntariamente (“*alguém treinado para fornecer suporte científico [...] não necessita de ser médico, mas não deve fornecer este apoio de forma gratuita e integrado no seu trabalho normal, já que a evidência sugere que isso não é eficaz*”) (Pestana *et al.*, 2006).

Quadro 5. Tipos de Intervenção: Mínima/Breve e Intensiva

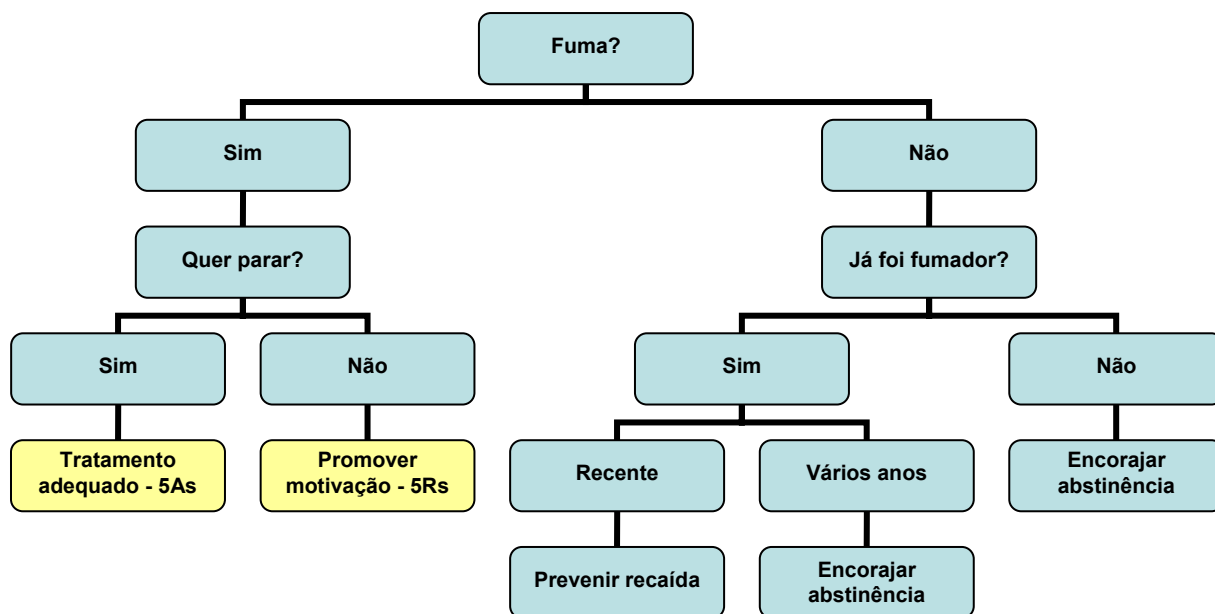
TIPO DE INTERVENÇÃO	MÍNIMA/BREVE	INTENSIVA
Alvo	Todos os fumadores	Apenas fumadores motivados
Tempo / Alvo	Rápida 3 a 10 minutos /Todos os fumadores que recorrem ao SNS	Demorada (>20 minutos) e múltiplas intervenções /Alguns fumadores (menos abrangente)
Consulta	Enquadrada em todas as visitas (mínimo 1x ano)	Especializada
Condições	Sem	Fumadores motivados ou em evicção recente
Quem executa?	Todos os profissionais de saúde	Equipas especializadas: médico / enfermeiro / psicólogo
Conteúdo	2As ou 5 As, 5 Rs ou apoio na manutenção	Apoio comportamental intensivo e eventual farmacoterapia
Eficácia	2 – 3%	20- 40%

Fonte: Pestana *et al.*, 2006, p. 102.

Este tipo de intervenções consegue: reduzir o *craving*, melhorar os sintomas de privação, consolidar a auto-confiança, substituir alguns aspectos do hábito e manter a motivação para continuar a cessação. Ainda não consegue: fazer com que os fumadores queiram parar de fumar e remover todas as dificuldades e desconfortos associados à cessação tabágica. Apesar destas limitações, este tipo de intervenções ainda são consideradas as mais importantes na medicina preventiva (Pestana *et al.*, 2006).

Segundo Anderson *et al.*, 2002, citados em Pestana *et al.*, (2006), o algoritmo sugerido para a aplicação de uma Intervenção Breve pelos profissionais de saúde no decorrer do seu trabalho normal, é o seguinte:

Figura 2. Algoritmo de abordagem – Intervenção Breve



Fonte: Anderson *et al.*, 2002, citados em Pestana *et al.*, 2006, p. 103.

A abordagem terapêutica segundo a estratégia dos “5As” (Abordar, Aconselhar, Avaliar, Ajudar e Acompanhar), descrita no Quadro 6, refere-se a um tipo de mnemónica que deverá ser tida em conta pelo profissional quando realiza uma intervenção breve.

Quadro 6. Mnemónica dos “Cinco As” (5AA)

Mnemónica dos “Cinco As” (5AA)	
<b>Abordar hábitos</b>	Identificar sistematicamente todos os fumadores em todas as consultas Acrescentar os hábitos tabágicos à colheita de sinais vitais
<b>Aconselhar a parar</b>	Incentivar fortemente todos os fumadores a parar de fumar, de modo claro (“É importante parar de fumar imediatamente, e eu posso ajudá-lo”); firme (“Deixar de fumar é a coisa mais importante que pode fazer pela sua saúde”); personalizado (informar riscos em continuar e benefícios pessoais em parar)
<b>Avaliar motivação</b>	Se está motivado a parar de fumar de imediato: ajudar e acompanhar Se quer participar de Intervenção Intensiva: promover ou enviar Se não quer parar, nos próximos 30 dias: fazer intervenção motivacional Se é caso especial (adolescente, grávida): considerar informação adicional
<b>Ajudar na tentativa</b>	Fixe data de cessação (“A partir dessa data nem uma passa”) Comunique à família e amigos pedindo compreensão e apoio Antecipe dificuldades, entre as quais sintomas de privação Remova produtos de tabaco antes de parar, evite fumar (trabalho, casa e carro)
<b>Acompanhar evolução</b>	Programar seguimento durante a primeira semana após parar, e outra visita no primeiro mês, programar outras em função das necessidades Felicitar o sucesso, se houve consumo rever dificuldades e incentivar renovação do compromisso, avaliar uso de terapêutica, problemas Se necessário considerar Intervenção Intensiva

Fonte: Adaptado de Anderson *et al.*, 2002, citados em Pestana *et al.*, 2006, p. 104.

Se após a aplicação do algoritmo o fumador não manifestar vontade em parar, deve-se considerar a promoção da motivação, descrita no Quadro 7, através da mnemónica dos “5 Rs”, ou seja: **R**elevância benefícios, **R**iscos em continuar, **R**ecompensas em parar, **R**esistências em parar e **R**epetição tentativas.

Quadro 7. Mnemónica dos “Cinco Rs” (5RR)

Mnemónica dos “Cinco Rs” (5RR)	
<b>Relevância benéficos</b>	Encorajar o fumador a descrever em que medida o abandono do tabaco é relevante Informar sobre a importância para o próprio, família e sociedade, personalizando idade, sexo, doenças e outras características
<b>Riscos em continuar</b>	Pedir ao fumador para identificar consequências negativas potenciais do uso de tabaco Informar sobre riscos de cigarros pobres em nicotina, cigarrilhas, charuto e cachimbo Informar sobre riscos agudos, crónicos
<b>Recompensas em parar</b>	Pedir ao fumador para identificar os benefícios potenciais de suspender o uso de tabaco, sugerindo e esclarecendo os benefícios mais relevantes de forma personalizada
<b>Resistências em parar</b>	Pedir ao fumador para identificar barreiras à cessação e informar sobre as formas de tratamento (farmacoterapia, resolução de problemas: privação, aumento de peso, diminuição de prazer, medo de falhar, depressão, falta de apoio)
<b>Repetição tentativas</b>	A intervenção motivacional deve ser repetida em todas as consultas Informar sobre a necessidade frequente de várias tentativas até se conseguir êxito

Fonte: Adaptado de Anderson. *et al.*, 2002, citados em Pestana *et al.*, 2006, p. 106.

Por vezes, a “desculpa” dada pelos profissionais de saúde para a não implementação deste tipo de medidas de prevenção do tabagismo é “a falta de tempo”. Se esta situação for real, podem optar pela Intervenção Mínima. Neste tipo de intervenção recomenda-se que sejam sempre utilizados os dois primeiros “As” da Intervenção Breve.

A Intervenção Intensiva destina-se aos fumadores que apresentem os seguintes indicadores: *“dependência elevada da nicotina; uma ou mais tentativas anteriores de cessação; sintomas de privação presentes nas tentativas anteriores; início de hábitos em idade jovem (>17anos); outros fumadores conviventes; baixa confiança nas capacidades de cessação; história de depressão, disforia, alcoolismo ou outras dependências”* (Pestana *et al.*, 2006, p. 108).

Este tipo de intervenção é muito vasta e requer conhecimentos especializados. Para uma abordagem mais pormenorizada recomenda-se a leitura do Capítulo 6 do livro de Pestana *et al.* (2006).

## 2.5 Fumo Ambiental do tabaco

### *2.5.1 Definição*

O Fumo Ambiental do Tabaco (FAT), Fumo Passivo ou Fumo em Segunda Mão, é uma mistura de gases e partículas em estado sólido ou líquido libertadas para o ar quando algum tipo de tabaco está a ser fumado (cigarros, cigarrilhas, charuto, etc.). Às pessoas que inalam este tipo de fumo chamamos Fumadores Involuntários ou Fumadores Passivos. Um fumador activo obrigatoriamente também se torna num fumador passivo (USDHHS, 2006). As pessoas que fumam involuntariamente (fumador passivo) inalam carcinogéneos e outros componentes tóxicos que estão presentes no fumo em segunda mão (OMS, 2007b). O termo “involuntary smoke” que se traduz por – fumar involuntariamente é a definição mais ajustável àquilo que se passa na realidade: a exposição involuntária a este tipo de ambiente por parte dos não fumadores (USDHHS, 2006).

### *2.5.2 Propriedades físico-químicas do fumo ambiental do tabaco (FAT)*

Pesquisas recentes mostram que 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 pacote 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: Air Resources Board, 2005).

#### *2.5.2.1 FAT: uma mistura complexa*

O FAT “é um aerossol, constituído por partículas sólidas e partículas líquidas em suspensão numa mistura gasosa” (Precioso, 2001a, p. 19) emitidas pela combustão dos produtos derivados do tabaco (Air Resources Board, 2005). No caso dos cigarros, a combustão do papel que envolve o cigarro também é responsável pela formação de FAT. A composição do FAT varia de acordo com o

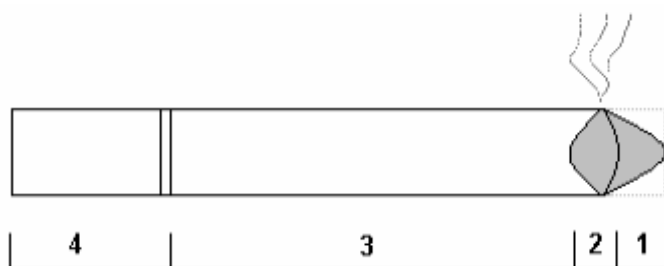
calor gerado pela combustão do tabaco, tipo de tabaco e aditivos e do tipo de material que o envolve (no caso dos cigarros é o papel).

O FAT é composto por mais de 4000 substâncias (USDHHS, 2006), muitas delas tóxicas e outras cancerígenas (algumas delas estão apresentadas no Anexo 1).

A Figura 3 mostra-nos um corte transversal de um cigarro com filtro. Esta figura ilustra as 4 zonas em que se pode dividir um cigarro.

O cigarro é composto por uma coluna de tabaco (zona 3), que está envolvida por um pedaço de papel cilíndrico. Numa das pontas está a parte do filtro (zona 4) e na outra ponta o cone (zona 1), onde ocorre a combustão. A combustão ocorre na zona 2.

**Figura 3. Corte transversal de um cigarro (aceso) com filtro**



Fonte: CEPA: Air Resources Board, 2005, p. III-2.

Durante a combustão de um cigarro formam-se três correntes de fumo: a corrente primária, que corresponde ao fumo que é inalado pelo fumador; a corrente secundária, que corresponde ao fumo desprendido pela extremidade acesa do cigarro, e a corrente terciária, que tem que ver com o fumo libertado pelo fumador após a aspiração (Air Resources Board, 2005; Pestana *et al.*, 2006).

A corrente de fumo secundária é gerada a mais baixas temperaturas e em condições diferentes de PH e fluxo de ar, e por esse motivo contém concentrações das inúmeras substâncias tóxicas e carcinogénicas mais elevadas que o fumo da corrente principal. Esta corrente secundária constitui a principal causa da poluição do ar em ambientes fechados (USDHHS, 2006; CEPA: Air Resources Board, 2005).



### *2.5.2.2 Corrente Terciária*

A corrente terciária dá um contributo apreciável para a contaminação do ar em ambientes fechados. Conforme já foi referido, corresponde ao fumo que é exalado pelo fumador após ter interagido com os seus pulmões. As alterações da composição da corrente primária ocorrem nos pulmões como resultado da absorção de alguns constituintes pelo tecido pulmonar, assim como pela evaporação, diluição do ar e coagulação de partículas. Quando é exalado pelo fumador (corrente terciária) já tem uma composição mais atenuada.

Quando o fumador inspira pelo filtro de um cigarro, o fluxo de ar criado por essa inspiração vai fazer com que a temperatura dos gases contidos no fumo do tabaco alcancem os 850°C no cone (zona 1) do cigarro e a temperatura das partículas alcancem os 800°C (Jenkins *et al.*, 2000, citado em CEPA: Air Resources Board, 2005).

Tanto os gases como as partículas formadas pela combustão do tabaco vão arrefecendo à medida que atravessam a coluna de tabaco (zona 3) e a zona do filtro (zona 4). A composição química do tabaco contido na zona 3 vai-se alterando à medida que os depósitos da combustão do tabaco que se encontram na zona 2 vão sendo sujeitos à decomposição e se vão acumulando na zona 3 (CEPA: Air Resources Board, 2005). Irá resultar, como consequência deste processo, a formação de alguns constituintes químicos no fumo do tabaco que não estavam presentes originalmente na folha da planta do tabaco (Ogden e Jenkins, 1999, citados em CEPA: Air Resources Board, 2005).

### *2.5.2.3 Corrente Secundária*

A corrente secundária corresponde ao fumo que é emitido pela ponta (zona 1 e 2) do cigarro enquanto este se encontra aceso, e entre as inalações que o fumador realiza. É produzido normalmente a temperaturas mais reduzidas (entre os 600°C). A existência de combustão e decomposição dos componentes do cigarro a temperaturas mais baixas (em comparação com o fumo da corrente principal) vai ter como consequência uma combustão incompleta e irá resultar na libertação de um fumo contendo maior quantidade e variedade de componentes tóxicos (NCI, 1998, citado em CEPA: Air Resources Board, 2005).

#### *2.5.2.4 Diferenças na composição entre o fumo da corrente terciária e secundária*

O resultado do relatório de 1986 da U.S. – NRC (*United States Nuclear Regulatory Commission*) indica que as emissões de alguns componentes do fumo da corrente secundária contêm valores de contaminantes dez vezes superiores comparativamente com os valores dos componentes emitidos pelo fumo da corrente terciária (ver Anexo 2). Os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos são um exemplo disso (CEPA: Air Resources Board, 2005). O fumo da corrente secundária poderá ser mais tóxico por unidade de massa do que o fumo da corrente terciária e apresenta-se, assim, como o que mais contribui para a formação do FAT (U.S. EPA, 1992, citado em CEPA: Air Resources Board, 2005).

Estudos indicam que as emissões por unidade de massa do fumo da corrente secundária são relativamente constantes entre os vários tipos de tabaco comercializados (U.S. EPA, 1992; Jenkins *et al.*, 2000; Lodovic *et al.*, 2004; Leaderer and Hammond, 1991, citados em CEPA: Air Resources Board, 2005).

#### *2.5.2.5 Constituintes do fumo do tabaco prejudiciais à saúde*

O “*fumo do tabaco é um verdadeiro cocktail de tóxicos*” (Afonso, Melo e Ramalhão, citados em Macedo e Precioso, 2004, p. 92), pois das mais de 4000 substâncias que compõem o fumo do tabaco, há várias dezenas que são cancerígenas e tóxicas para o organismo humano (Macedo e Precioso, 2004). No Anexo 3 podemos ver uma lista das várias substâncias que compõem o FAT e onde são descritos os seus efeitos nocivos (ex.: cancerígenos, irritantes) para a saúde, por três entidades: U.S.NRC – *United States Nuclear Regulatory Commission*; OEHHA – *Office of Environmental Health Hazard Assessment*; CARB – *California Air Resources Board Home*.

Podemos destacar quatro substâncias por serem altamente prejudiciais: a nicotina, o alcatrão, o monóxido de carbono e as substâncias irritantes (Macedo e Precioso, 2004). A nicotina é um alcalóide com bastante capacidade para gerar dependência fisiológica. Segundo estudos efectuados nos Estados Unidos e no Reino Unido, a nicotina chega a ser mais aditiva em seis a oito vezes quando comparada com o álcool e “*pode gerar uma dependência ainda mais forte que a*

*heroína*” (Macedo e Precioso, 2004, p. 93). A nicotina também está associada à alteração do ritmo cardíaco, da tensão arterial e do aumento da capacidade de coagulação do sangue. Todas estas alterações no organismo deixam o sujeito que inala o fumo produzido pelo tabaco com uma maior predisposição a enfartes e trombozes (Macedo e Precioso, 2004).

O alcatrão “*é uma mistura heterogênea de várias substâncias que se conseguiu demonstrar serem muito prejudiciais para a saúde. Grande número dessas substâncias é responsável pelas diferentes formas de cancro atribuíveis ao tabaco*” (Macedo e Precioso, 2004, p. 93), pois são substâncias que têm por si só capacidade de gerar células cancerígenas (Pestana e Mendes, 1999, citado em Macedo e Precioso, 2004). Podemos destacar dentro das substâncias com capacidade de gerar células cancerígenas os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos (ex.: alfa-benzopireno) e as nitrosaminas (Melero, Flores e Anda, 1997, citado em Macedo e Precioso, 2004). 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*” (Salvador, 1996; Pestana e Mendes, 1999, citado em Macedo e Precioso, 2004, p. 93).

Através da combustão do tabaco e do papel que o envolve, obtemos um gás incolor altamente tóxico: o monóxido de carbono (CO). A sua principal função nefasta sobre o organismo é fazer com que o aporte de oxigénio (O<sub>2</sub>) aos diferentes órgãos diminua drasticamente (o CO tem uma afinidade com a hemoglobina 240 vezes superior ao O<sub>2</sub>). Este fenómeno é mais sentido e daí advêm mais consequências quando uma mulher grávida é exposta a ambientes com FAT, uma vez que a quantidade de O<sub>2</sub> que deveria ser transportada para o feto é comprometida, o que irá provocar anomalias no seu crescimento. Convém também salientar que o CO está também ele relacionado com o processo de formação de arteriosclerose, favorecendo assim o aparecimento de patologia do foro cardíaco e vascular em pessoas saudáveis e ao mesmo tempo agravar o estado de saúde em pessoas que apresentem essa patologia (Afonso, Melo e Ramalhão, 1999, citados em Macedo e Precioso, 2004).

“*As principais substâncias irritantes presentes no fumo do tabaco são os fenóis, a acroleína, o amoníaco, os aldeídos e o ácido cianídrico*” (Macedo e Precioso, 2004, p. 93). Devido à capacidade que estas substâncias irritantes têm de alterar a funcionalidade dos mecanismos de protecção 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 susceptibilidade às infecções respiratórias (Macedo e Precioso, 2004).

Para além das quatro substâncias que considerámos serem as mais importantes a serem destacadas, podemos encontrar também no fumo do tabaco outros produtos cancerígenos, produtos radioactivos, cianeto de hidrogénio, pesticidas e metais (principalmente arsénio e níquel) (Afonso, Melo e Ramalhão, citados em Macedo e Precioso, 2004).

*“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 (ou seja, é como se o fumador estivesse exposto aos raios X 350 vezes/ano ou ainda como se efectuasse quase uma radiografia por dia)”* (Nogueira, 2003, citado em Macedo e Precioso, 2004, p. 93).

### ***2.5.3 Avaliação da exposição ao fumo ambiental do tabaco***

Existem muitas variáveis capazes de alterar o grau de exposição humana ao FAT, tais como: a fonte de poluição (combustão 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<sup>2</sup> de FAT no ar ambiente e o tempo de exposição ao FAT (o tempo passado em contacto com o fumo ambiental do tabaco nas várias concentrações<sup>3</sup>) (USDHHS, 2006). Existe uma relação de dose-resposta, ou seja, quanto mais exposto um indivíduo estiver ao fumo do tabaco, maior risco apresenta de contrair uma das inúmeras doenças a ele associadas (Precioso, 2001a).

Não se conhece ainda nenhum limiar de exposição seguro. No relatório do Cirurgião Geral dos Estados Unidos, está escrito que: *“There is No Risk-Free Level of Exposure to Secondhand Smoke”* (USDHHS, 2006, p. 11). Este relatório conclui que mesmo que só se respire uma quantidade mínima de fumo de tabaco, estamos a colocar a nossa saúde em risco. Este mesmo relatório também refere 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.

---

<sup>2</sup> A concentração depende da intensidade com que se está a fumar, da diluição por ventilação e por outros processos que removam o fumo do tabaco do ar (USDHHS, 2006).

<sup>3</sup> A duração do FAT no ar ambiente depende da taxa de diluição e das condições do ambiente. Para ambientes interiores, consegue-se detectar a presença de FAT muito tempo depois deste ter sido gerado (CEPA: Air Resources Board, 2005).

## 2.6 Morbimortalidade relacionada com a exposição ao fumo ambiental do tabaco

Fumar tem consequências devastadoras na saúde dos fumadores, e também na de todos os que inalam, voluntária ou involuntariamente, o fumo resultante da combustão dos produtos de tabaco, ou seja, o Fumo Ambiental do Tabaco (FAT).

São vários os estudos que reportam a existência de inúmeros efeitos adversos na saúde dos não fumadores expostos ao FAT. As queixas e sintomas mais frequentemente reportados são a irritação nasal e ocular, tosse com expectoração e pieira (USDHHS, 2006). No entanto, a exposição ao FAT tem consequências mais graves na saúde das pessoas. Segundo a Agência Internacional de Investigação em Cancro (*International Agency for Research on Cancer* - IARC), está demonstrado que a exposição ao fumo ambiental do tabaco (FAT) causa cancro em humanos, devido ao facto de conter na sua composição cerca de 50 substâncias cancerígenas (IARC, 2002). O relatório *US Surgeon General*, de 2006, revela que existem evidências suficientes para atribuir uma relação causa/efeito entre a exposição ao fumo passivo e o cancro do pulmão. As evidências sugerem que um não fumador exposto ao fumo ambiental do tabaco em casa ou no local de trabalho apresenta um risco acrescido de 20% a 30% de vir a sofrer de cancro do pulmão (USDHHS, 2006).

No mesmo relatório é referido que o risco de os não fumadores virem a sofrer de uma doença cardíaca é aumentado em cerca de 25% a 30% quando estão expostos ao fumo passivo, em casa ou no local de trabalho (USDHHS, 2006).

Um estudo efectuado em 2004 pela *Cancer Research UK*, pelo *European Respiratory Society*, *Institut National du Cancer* e pela *European Heart Network* estima que, em 2002 e na Europa dos 25, o FAT tenha sido responsável pela morte de mais de 79000 adultos (7000 em resultado da exposição ao FAT no local de trabalho, e 72000 mortes devidos à exposição no domicílio). O mesmo estudo apresenta estimativas que indicam que o FAT terá sido responsável pela morte de mais de 16600 não fumadores expostos ao FAT no domicílio, e mais de 2800 mortes em pessoas não fumadoras expostas ao FAT no local de trabalho (The Smoke Free Partnership, 2006).

Neste estudo, estima-se que a Mortalidade em Portugal devido à exposição ao FAT tenha sido de 1519 pessoas (1450 devido à exposição em casa e 79 devido à exposição no local de trabalho).

A mortalidade em Portugal, só de fumadores passivos, é estimada em 457 (432 devido à exposição em casa e 27 devido à exposição no local de trabalho) (The Smoke Free Partnership, 2006).

Convém referir que os efeitos imediatos do FAT sobre o indivíduo variam de acordo com a sua condição (crianças e idosos são mais susceptíveis) e sensibilidade (indivíduos com patologias de base, que agravam os sintomas quando expostos ao FAT). Os efeitos mais ligeiros passam por: irritação das membranas mucosas dos olhos e tracto respiratório superior (*"irritação nos olhos, nariz e garganta, prurido, crises esternuatórias, rinorreia, obstrução nasal, rouquidão e tosse por vezes acompanhada de pieira"*), o que poderá originar uma resposta inflamatória (Pestana *et al.*, 2006, p. 234). Para além destes sintomas, uma elevada percentagem de indivíduos expostos ao FAT refere mal-estar geral, tonturas, cefaleias, náuseas e que podem persistir até 24 horas (Pestana *et al.*, 2006).

### ***2.6.1 Consequências da exposição ao fumo ambiental do tabaco na criança***

As crianças e os recém-nascidos são particularmente vulneráveis aos efeitos perniciosos do FAT, uma vez que o seu corpo, ainda em desenvolvimento, apresenta um menor desenvolvimento das vias aéreas superiores/inferiores e um sistema imunitário mais deficitário. Por estes motivos estão mais predispostos a contrair doenças relacionadas com a exposição ao FAT (USDHHS, 2006; Pestana *et al.*, 2006).

Passaremos a descrever os efeitos do tabagismo passivo nos recém-nascidos e crianças, com mais detalhe.

#### ***2.6.1.1 Efeitos no sistema respiratório***

As crianças que coabitam com fumadores, e como tal estão expostas ao FAT, apresentam uma maior taxa de sintomas crónicos relacionados com doença respiratória (tosse, pieira, dispneia e infecções respiratórias de repetição) (Cook e Strachan, 1997, 1999, citados em Pestana *et al.*, 2006). O FAT nas crianças está associado a um maior risco de infecção do tracto respiratório:

infecções agudas das vias aéreas inferiores (bronquite e pneumonia), bem como indução e exacerbação de asma (CEPA: Air Resources Board, 2005; USDHHS, 2006).

As evidências científicas suportam a existência de uma relação causa/efeito entre a exposição ao FAT causada pelos pais e as doenças das vias aéreas inferiores nas crianças. Este risco é agravado se a mãe for fumadora (USDHHS, 2006).

Num estudo realizado por Strachan e Cook, 1997, citados em Pestana *et al.* (2006) com crianças menores de 2 anos, verificou-se que há relação dose-resposta entre a exposição da criança ao FAT e a hospitalização por doença respiratória.

O relatório do Cirurgião Geral dos EUA refere que há evidências suficientes para estabelecer uma relação causa/efeito entre a grávida fumadora e efeitos nefastos persistentes no crescimento dos pulmões e na função pulmonar. Também existe uma relação causa/efeito entre exposição do recém-nascido ao FAT e uma diminuição da função pulmonar durante a sua infância (USDHHS, 2006).

#### *2.6.1.2 Doença do ouvido médio*

As crianças expostas ao FAT apresentam com maior frequência otites médias recidivantes. O tabagismo passivo está directamente relacionado com a otite média crónica e otite média aguda (Precioso, 2001a; USDHHS, 2006; CEPA: Air Resources Board, 2005; Pestana *et al.*, 2006). A exposição da criança ao FAT “[...] *pode levar à redução da clearance mucociliar, aumentando o risco de disfunção da trompa de Eustáquio, com redução do lúmen e acumulação de líquido seroso a nível do ouvido médio que pode infectar – otite média aguda*” (Pestana *et al.*, 2006, p. 238).

#### *2.6.1.3 Síndrome da morte súbita do lactente*

Tanto os bebés filhos de mães que fumaram durante a gravidez como os recém-nascidos que são expostos ao FAT apresentam um risco de morrer de síndrome da morte súbita duas vezes superior em comparação com os bebés que não estão expostos a este agente cancerígeno (USDHHS, 2006; CEPA: Air Resources Board, 2005). Se a mãe grávida for fumadora activa, este

comportamento de risco pode causar a hipoxia cerebral do feto, através de mecanismos conhecidos e comprometer o desenvolvimento normal do sistema nervoso central da sua criança.

#### *2.6.1.4 Outros efeitos*

Existem ainda efeitos prováveis que ocorrem na criança; no entanto, são necessários mais estudos para confirmar a relação causa/efeito com a exposição ao FAT. Entre esses impactos negativos estão: problemas de aprendizagem e do comportamento; vários tipos de cancro e leucemia (CEPA: Air Resources Board, 2005; Pestana *et al.*, 2006) e infecções meningocócicas (Pestana *et al.*, 2006).

#### *2.6.2 Consequências na mulher da exposição ao fumo ambiental do tabaco*

O hábito de fumar é particularmente desvantajoso para a mulher. O fumo do cigarro, quando associado a contraceptivos orais, aumenta em dez vezes o risco doença coronária (Health Education Authority, 1991a; Juncal, 1997; Melero, Flores e Anda, 1997; Afonso, Melo e Ramalhão, 1999, citados em Precioso, 2001a). No entanto, não é só o fumo activo que prejudica a saúde da mulher. Segundo o relatório do Cirurgião Geral dos EUA, existe alguma evidência (inconclusiva) que mostra que a exposição ao FAT está directamente relacionada com o cancro da mama. No entanto, para a CEPA, existe relação causa/efeito entre o cancro da mama em jovens mulheres e a exposição ao FAT (CEPA: Air Resources Board, 2005). Devidamente demonstrada está a existência de uma relação causa/efeito entre a exposição ao FAT e o cancro do pulmão (USDHHS, 2006; CEPA: Air Resources Board, 2005). Este tipo de cancro é a principal causa de morte por cancro na mulher (Pestana *et al.*, 2006).

O tabagismo materno mantém um papel preponderante e uma importância crucial durante a gestação e o período pós-natal, uma vez que é a mãe que mais tempo passa com o seu recém-nascido e que o amamenta. “*A concentração de cotinina determinada no soro de fetos entre a 21-36 semanas foi cerca de 90% do valor encontrado na mãe fumadora*” e bebés exclusivamente alimentados com leite materno apresentavam valores significativos de cotinina na urina (Jesse, 2000, citado em Pestana *et al.*, 2006, p. 236).



No entanto, não é só o tabagismo activo que acarreta consequências negativas para o feto. São vários os estudos que demonstraram e provam a relação causa/efeito entre a exposição do feto ao FAT gestacional e o atraso no crescimento intra-uterino, baixo peso à nascença, prematuridade (CEPA: Air Resources Board, 2005) e maior frequência de abortos espontâneos (Pestana *et al.*, 2006).

Não obstante a gravidade de fumar durante a gravidez ou de estar exposta ao fumo ambiental do tabaco, são muitas as grávidas que ainda fumam durante a gravidez. O tabagismo passivo mantém-se presente nos domicílios. Em Portugal, no ano de 2006, 23% dos fumadores portugueses que fumam no domicílio afirma que fuma na presença de grávidas (European Commission, 2007).

No ano de 1995 realizou-se em Portugal um estudo em 41 hospitais do continente e Açores, constituído por uma amostra de 1582 puérperas. A prevalência de mulheres fumadoras durante a gravidez era de 11,5%. Verificaram-se diferenças significativas entre as várias regiões do país e um valor muito superior nos Açores (Barros *et al.*, 2002, citado em Barros *et al.*, 2007). Num outro estudo realizado na maternidade Alfredo da Costa em Lisboa, numa amostra de 1994 mulheres, entrevistadas na primeira consulta da grávida, verificou-se que 17,8% das grávidas era fumadora (Ferreira, 2005, citado em Barros *et al.*, 2007). No Porto, num estudo realizado entre a 26<sup>a</sup> e 36<sup>a</sup> semana de gravidez, 15,5% das grávidas referiu fumar durante a gravidez, sendo a maior percentagem delas adolescentes (Figueiredo *et al.*, 2005, citado em Barros *et al.*, 2007).

A percentagem de grávidas fumadoras ainda é elevada. Alguns estudos realizados apontam como factores que influenciam a manutenção do hábito de fumar durante a gravidez: “*ter idade inferior a 23 anos, ser grande fumadora, o baixo nível educacional, presença de outros fumadores no seu ambiente* (Severson *et al.*, 1995, citados em Pestana *et al.*, 2006, p. 204), *não ter uma atitude positiva face à gravidez* (Le Clere *et al.*, 1997, citados em Pestana *et al.*, 2006, p. 204), *más condições sociais e concomitância de outras dependências* (Wirth, 2003, citado em Pestana *et al.*, 2006, p. 204)” (Pestana *et al.*, 2006, p. 204).

Não basta a grávida ser não fumadora, também é preciso que habite num ambiente livre-de-fumo, para bem da saúde presente e futura do feto.

### *2.6.3 Consequências da exposição ao fumo ambiental do tabaco no adulto*

Existe uma série de efeitos nefastos causados pela inalação do FAT no ser humano cuja relação de causalidade está completamente comprovada. Segundo o relatório do Cirurgião Geral dos EUA, existem evidências suficientes para atribuir uma relação causa/efeito entre a exposição ao FAT e cancro do pulmão. As evidências sugerem que um não fumador que coabite com um fumador apresenta um risco acrescido de 20% a 30% de vir a sofrer de cancro do pulmão (USDHHS, 2006). *“Há evidência suficiente de que o fumo passivo do tabaco causa cancro do pulmão em não fumadores”* (IARC, 2002).

Existe relação causa-efeito entre a exposição ao FAT e o cancro da cavidade nasal (CEPA: Air Resources Board, 2005). Quanto à associação entre a exposição ao FAT e o aparecimento de outros tipos de cancro com localizações específicas (cancro do colo do útero, neoplasias hematológicas, neoplasias do sistema endócrino, entre outros), não existem evidências suficientes que possam suportar a existência de uma relação causa-efeito definitiva (Pestana *et al.*, 2006).

Os efeitos mais frequentes do FAT sobre o sistema respiratório são a irritação nasal e ocular (CEPA: Air Resources Board, 2005; USDHHS, 2006), tosse com expectoração e pieira. Parece, contudo, que a exposição do adulto ao FAT não apresenta a mesma magnitude que numa criança. No entanto, é evidente a exacerbação de sintomas pré-existentes (USDHHS, 2006; Pestana *et al.*, 2006), como a asma e a DPOC (bronquite crónica e enfisema) (Pestana *et al.*, 2006).

A exposição ao FAT aumenta o risco de doença coronária tanto no homem como na mulher não-fumadores. Pela análise de vários estudos realizados nos EUA, conclui-se que o risco de vir a sofrer de uma doença cardíaca é aumentado em cerca de 25% a 30% quando não-fumadores estão expostos ao FAT (USDHHS, 2006). No entanto, este risco não é linear, ou seja, *“parece que uma curta exposição tem um grande efeito a nível cardíaco, tendo as exposições subseqüentes um risco adicional”* (Pestana *et al.*, 2006, p. 242). As alterações comprovadas das propriedades da rede vascular (em indivíduos expostos ao FAT) (CEPA: Air Resources Board, 2005) estão intimamente relacionadas com a doença coronária crónica e aguda e com todas as outras patologias que advêm do comprometimento da rede vascular.

Em resumo, *“entre os efeitos do tabagismo passivo comprovados no adulto através de estudos epidemiológicos e experimentais 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 Tabela 2 resume os efeitos da exposição ao FAT em recém nascidos, crianças e adultos.

**Tabela 2. Efeitos da exposição ao FAT em recém-nascidos, crianças e adultos**

EFEITOS COMPROVADOS	EFEITOS PROVÁVEIS
<b>Recém-Nascidos e Crianças</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixo peso ao nascer</li> <li>• Síndrome da morte súbita do lactente</li> <li>• Otite média aguda e crónica</li> <li>• Doença respiratória aguda – bronquite e pneumonia</li> <li>• Asma e exacerbação de asma</li> <li>• Sintomas respiratórios crónicos</li> <li>• Decréscimo da função pulmonar e hiperreactividade brônquica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aborto espontâneo</li> <li>• Impacto na aprendizagem e no comportamento das crianças</li> <li>• Infecções meningocócicas nas crianças</li> <li>• Cancro e leucemias nas crianças</li> </ul>
<b>Adultos</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancro do pulmão</li> <li>• Doença cardiovascular</li> <li>• Sintomas respiratórios</li> <li>• Exacerbação de asma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exacerbação de fibrose quística</li> <li>• Redução da função pulmonar</li> <li>• Cancro da cavidade nasal, do colo do útero e outros cancros</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Pestana *et al.*, 2006, p. 235.

#### 2.6.4 Prevalência de crianças expostas ao fumo ambiental do tabaco

Apesar da gravidade para a saúde das crianças, os estudos mostram 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 em suas casas (OMS, 1999).

Os principais responsáveis pela exposição da criança ao fumo ambiental do tabaco no domicílio são os pais. Um estudo de grande dimensão populacional (NHANES III – *Third National Health and Nutrition Examination Survey*), realizado nos EUA entre 1988 e 1994, incluindo 11728 crianças com idades compreendidas entre os 2 meses e os 11 anos, mostrou que 38% foram expostas ao FAT, pelo facto de os pais fumarem. 23% tinham sido expostas a tabagismo passivo durante a gestação e 19% foram expostas a ambos (tabagismo gestacional e FAT) (Lieu e Feinstein, 2002).

Um estudo Italiano (SIDRIA - *Studi italiani sui disturbi respiratori nell'infanzia e l'ambiente / Italian Studies on Respiratory Disorders in Childhood and the Environment*) realizado em 18737 crianças com 6 e 7 anos de idade e 21068 adolescentes entre os 13 e 14 anos, mostrou que em 52% das famílias estudadas, pelo menos um dos progenitores era fumador (Collaborative Group SIDRIA, 1998, citado em Pestana *et al.*, 2006).

Um estudo realizado em Inglaterra, nos anos de 1988 (n=1179) e 1996 (n=576), em crianças com idades compreendidas entre os 11 e os 15 anos, mostrou que em 1988 52% das crianças estavam expostas ao FAT no domicílio, tendo-se registado uma ligeira redução deste valor em 1996 (45%) (Jarvis *et al.*, 2000).

Segundo o último relatório do cirurgião geral dos EUA, quase 22 milhões (60%) das crianças americanas com idades compreendidas entre os 3 e os 11 anos estão expostas ao FAT. De acordo com um estudo Norte-Americano realizado pela OMS e pela CDC (*Center for Disease Control and Prevention*) que inquiriu adolescentes entre os 13 e os 15 anos, pertencentes a 132 países, estima-se que 43,9% desses adolescentes estejam expostos ao FAT no domicílio e 55,8% nos espaços públicos (The GTSS Collaborative Group, 2006).

Um estudo realizado em Portugal, em 2002/2003 (em adolescentes a frequentar o 7.º, 8.º e 9.º anos) numa amostra constituída por 1141 alunos de 12-15 anos de idade, mostrou que 38%

estavam expostos diária ou ocasionalmente ao fumo ambiental do tabaco, pelo facto de os seus familiares mais próximos (pai, mãe ou irmão) fumarem diária ou ocasionalmente em casa (Precioso *et al.*, 2007, p. 259).

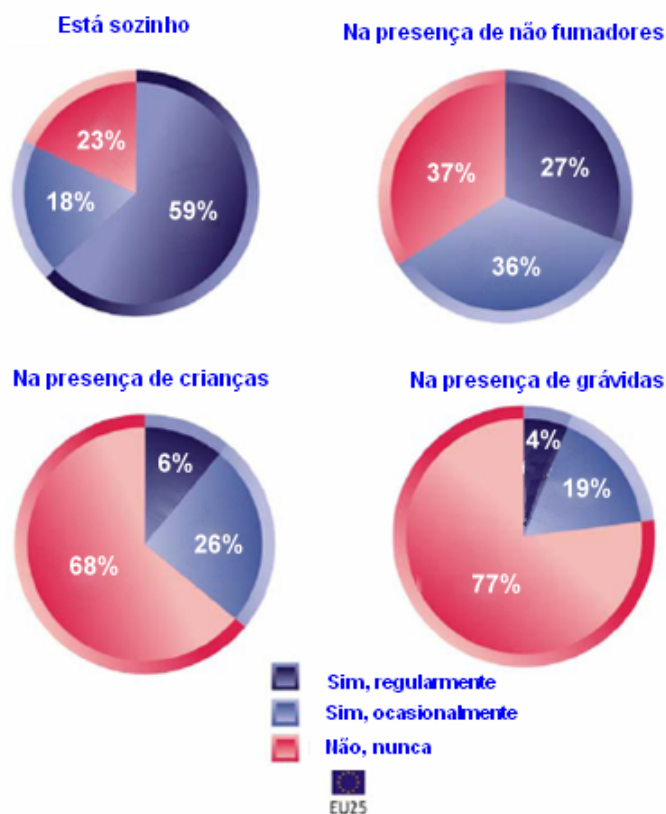
### ***2.6.5 Ambiente familiar do fumador – Atitudes do fumador face ao tabagismo no domicílio***

Têm sido demonstrados vários efeitos respiratórios perniciosos, agudos e crónicos em crianças que coabitam com pelo menos um fumador no domicílio, assim como outros efeitos nefastos sobre a sua saúde e bem-estar. Para proteger as crianças desta agressão, é preciso conhecer os determinantes desta conduta (fuma em casa) para se poder tomar medidas preventivas. Apresentamos em seguida alguns dados que transmitem as atitudes que os europeus em geral, e Portugal em particular, apresentam face ao consumo de tabaco.

O relatório do Eurobarómetro realizado em Outubro/Novembro de 2006 e publicado em Maio de 2007 (European Commission, 2007) avaliou as atitudes dos europeus face ao tabaco. Neste relatório podemos observar que quatro em cada cinco europeus acreditam que o fumo do tabaco libertado pelos fumadores causa problemas de saúde nos não fumadores (47% acreditam que pode causar cancro a longo prazo; 33% acreditam que pode causar alguns tipos de problemas de saúde como por exemplo respiratórios; 15% consideram que apenas causa um desconforto e 3% consideram que é inofensivo). Perto de 80% dos portugueses acreditam que o fumo do tabaco libertado pelos fumadores causa problemas de saúde nos não fumadores (34% acreditam que pode causar cancro a longo prazo; 44% acreditam que pode causar alguns tipos de problemas de saúde como por exemplo respiratórios; 19% consideram que apenas causa um desconforto e 1% consideram que é inofensivo). Ao analisarmos os dados em termos sócio-demográficos (UE25), verificamos que as mulheres (49%) acreditam que o FAT pode causar cancro do pulmão a longo prazo. Os homens apresentam uma percentagem inferior (44%). Ao dividirmos a amostra em fumadores e não fumadores, verificamos que os não fumadores (54%) acreditam que o FAT pode causar cancro do pulmão a longo prazo, enquanto que apenas 34% dos fumadores é da mesma opinião. Verifica-se também que as pessoas que têm maior grau de escolaridade apresentam maior número de respostas afirmativas no que concerne a relação do tabaco com o cancro.

Os fumadores, quando questionados sobre os hábitos tabágicos que praticam no seu domicílio, responderam de acordo com a Figura 4.

Figura 4. Hábitos tabágicos praticados pelo fumador no domicílio em função do contexto



Fonte: Adaptado de European Commission, 2007, p. 42.

Em Portugal, 59% dos portugueses fumadores afirmam que fumam regularmente no domicílio, 18% afirmam que o fazem apenas ocasionalmente e 23% afirmam que não fumam dentro de casa.

Quando estão em casa na companhia de não fumadores, 27% dos portugueses fumadores afirmam que fumam regularmente, 36% afirmam que o fazem apenas ocasionalmente e 37% afirmam que não o fazem. Quando os fumadores se encontram em casa e na companhia de crianças, 6% afirmam que fumam regularmente na presença delas, 26% afirmam que fumam ocasionalmente e 68% afirmam que não fumam na sua presença.

Ao serem questionados sobre os seus hábitos tabágicos no domicílio na presença de mulheres grávidas, 4% dos fumadores responderam que fumavam regularmente, 19% fumam ocasionalmente e 77% abstêm-se de fumar na presença destas.

Em média, em 49% das casas dos europeus vigora uma política de “casa-livre-de-fumo”, ou seja, em 22% das casas não é permitido fumar, em 19% só é permitido fumar no exterior da casa e em 8% das casas os fumadores abstêm-se de fumar. Em 18% das casas os fumadores apenas podem fumar em determinadas divisões e em 7% das casas fumar não é permitido, mas por vezes abre-se excepções.

## 2.7 Políticas de controlo e prevenção da exposição ao FAT

Neste sub-capítulo iremos complementar o que já foi referido no ponto 2.4 (uma vez que ambos estão interligados) sobre exposição involuntária ao fumo ambiental do tabaco e as políticas de controlo para diminuir/cessar essa exposição em ambientes fechados (ex.: domicílio, local de trabalho, etc.).

Conforme já referimos, o relatório do Cirurgião Geral dos EUA é peremptório quando afirma que “*There is No Risk-Free Level of Exposure to Secondhand Smoke*” (USDHHS, 2006, p. 11), ou seja, mesmo que só se respire uma quantidade mínima de fumo de tabaco, estamos a colocar a nossa saúde em risco.

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. Devem ser particularmente protegidas as crianças, dado que pouco ou nada podem fazer para evitar essa exposição, e as grávidas, por terem uma responsabilidade duplamente acrescida: a sua saúde e a do seu bebé.

Em Portugal, em 2006, deu-se o primeiro passo *Governamental* na luta contra o tabagismo passivo através da Proposta de Lei n.º 401/2006. Com base nesta Proposta de Lei, foi promulgada a Lei que entrou em vigor no dia 1 de Janeiro de 2008 (Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto). Esta Lei contempla a proibição do consumo de tabaco nos locais de trabalho e recintos públicos fechados ou quase fechados, mas abre excepções! Uma lei sem excepções 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 fumar, desincentivando os jovens de começar a fazê-lo*” (COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS, 2007b, p. 13).

Uma revisão de vários estudos sobre as diferentes políticas antitabaco aplicadas em diferentes países concluiu que a proibição total do tabaco em todos os locais de trabalho e recintos públicos fechados ou quase fechados é capaz de reduzir em 10% a prevalência de tabagismo na população total (Bartecchi *et al.*, 2005, citados em COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS, 2007b).

Em Portugal entrou em vigor em 1 de Janeiro a nova Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto, que estabelece normas tendentes à prevenção do tabagismo, de modo a contribuir para a diminuição dos riscos ou efeitos negativos que o uso do tabaco acarreta para a saúde dos indivíduos.

A lei regulamenta aspectos tão diferentes como a sensibilização e educação para a saúde, a proibição da publicidade a produtos de tabaco, a proibição da venda a menores, etc., embora tenha como principal finalidade a prevenção do tabagismo e a protecção da exposição involuntária ao fumo do tabaco.

Este último aspecto é particularmente importante para o nosso país, pois um estudo efectuado em Portugal, com o objectivo de quantificar o nível de poluição do ar provocada pelo fumo do cigarro em locais de trabalho da administração central e local, em empresas privadas, no sector da restauração e diversão (discotecas e bares) do concelho de Braga – Portugal, através da medição dos teores de nicotina no ar interior, revelou que embora muitos locais públicos apresentem níveis de poluição do ar provocada pelo fumo do tabaco relativamente baixos, em alguns locais de trabalho de algumas médias empresas, nos restaurantes e particularmente nas discotecas, a poluição provocada pelo fumo do tabaco é elevada (Precioso *et al.*, 2007).

Os níveis de exposição encontrados em discotecas são sem dúvida os mais extremos, chegando a alcançar concentrações de 106,31  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ , aproximadamente cem vezes maiores que as observadas nos restaurantes, níveis de exposição altíssimos que resultam num excesso de risco extremamente significativo. As concentrações encontradas em restaurantes, sem chegar aos extremos encontrados em discotecas, são consideravelmente altas e constituem um risco especialmente grave para os camareiros. Estes dados revelam que a exposição ao fumo ambiental do tabaco é particularmente grave no sector da restauração e similares.



No que se refere ao sector da restauração, a legislação portuguesa diz o seguinte:

Artigo 4.º

#### **Proibição de fumar em determinados locais**

1 – É proibido fumar:

[...]

*q)* Nos estabelecimentos de restauração ou de bebidas, incluindo os que possuam salas ou espaços destinados a dança;

Artigo 5.º

#### **Excepções**

5 – [...], pode ser permitido fumar em áreas expressamente previstas para o efeito desde que obedçam aos requisitos seguintes:

*a)* Estejam devidamente sinalizadas, com afixação de dísticos em locais visíveis, nos termos do disposto no artigo 6.º;

*b)* Sejam separadas fisicamente das restantes instalações, ou disponham de dispositivo de ventilação, ou qualquer outro, desde que autónomo, que evite que o fumo se espalhe às áreas contíguas;

*c)* Seja garantida a ventilação directa para o exterior através de sistema de extracção de ar que proteja dos efeitos do fumo os trabalhadores e os clientes não fumadores.

6 – Nos locais mencionados na alínea *q)* do n.º 1 do artigo 4º, com área destinada ao público inferior a 100 m<sup>2</sup>, o proprietário pode optar por estabelecer a permissão de fumar desde que obedeça aos requisitos mencionados nas alíneas *a)*, *b)* e *c)* do número anterior.

7 – Nos locais mencionados na alínea *q)* do n.º 1 do artigo anterior com área destinada ao público igual ou superior a 100 m<sup>2</sup> podem ser

criadas áreas para fumadores, até um máximo de 30 % do total respectivo, ou espaço fisicamente separado não superior a 40 % do total respectivo, desde que obedçam aos requisitos mencionados nas alíneas *a)*, *b)* e *c)* do n.º 5, não abranjam as áreas destinadas exclusivamente ao pessoal nem as áreas onde os trabalhadores tenham de trabalhar em permanência.

### Sinalização

- 1 – A interdição ou o condicionamento de fumar no interior dos locais referidos nos artigos 4.º e 5.º devem ser assinalados pelas respectivas entidades competentes, mediante a afixação de dísticos com fundo vermelho, conformes ao modelo A constante do anexo I da presente lei e que dela faz parte integrante, sendo o traço, incluindo a legenda e a cruz, a branco e com as dimensões mínimas de 160 mm x 55 mm.
- 2 – As áreas onde é permitido fumar são identificadas mediante afixação de dísticos com fundo azul e com as restantes características indicadas no número anterior, conformes ao modelo B constante do anexo I.
- 3 – Aos dísticos referenciados nos números anteriores deve apor -se, na parte inferior do modelo, uma legenda identificando a presente lei.
- 4 – O dístico referido no n.º 1 deve ainda conter o montante da coima máxima aplicável aos fumadores que violem a proibição de fumar.
- 5 – Nos casos previstos nos n.ºs 6, 7 e 8 do artigo anterior, os dísticos devem ser afixados de forma a serem visíveis a partir do exterior dos estabelecimentos.

Esta Lei vem dar *alguma* protecção aos não fumadores em relação à exposição involuntária ao fumo do tabaco, mas não uma protecção total. O relatório do Cirurgião Geral dos EUA conclui que num espaço interior, mesmo separando os fumadores dos não fumadores, e/ou limpando o ar

(através de sistema de ventilação), não se consegue eliminar por completo a exposição ao fumo ambiental do tabaco (USDHHS, 2006) e baseia-se também nas linhas de orientação do Artigo 8.º da Convenção Quadro sobre Controlo do Tabagismo da OMS (WHO - FCTC), adoptadas em Julho de 2007 na segunda conferência em Bangkok, as quais referem: para uma total protecção da exposição ao FAT, deverá ser completa e totalmente proibido fumar nos locais de trabalho e locais públicos, incluindo bares, restaurantes, em edifícios de saúde e educação e também em transportes públicos (WHO-FCTC, 2007).

A estrutura legislativa e as acções de combate ao FAT na União Europeia variam de país para país, e têm por base as directivas e recomendações da WHO-FCTC.

*“A maior parte dos Estados-membros optou por leis que banem o tabaco dos locais públicos. Outros, tais como a Irlanda, a Itália, Malta, a Finlândia, a Holanda e a Suécia baniram o tabaco dos locais de trabalho mas nem todos incluíram os hotéis e a indústria da restauração na aplicação desta lei. Diversos países (França, Bélgica, Polónia, Hungria, Estónia, Finlândia) deram a este sector a oportunidade de criar zonas de fumadores e não-fumadores”*

(European Network for Smoking Prevention, 2005, p. 1).

Mais recentemente (2006/2007), o Reino Unido e a França aprovaram leis restritivas de aplicação faseada.

Em Itália e na Noruega, a queda da venda de tabaco após a entrada das novas disposições foi de 8% e de 14%, respectivamente (Gallus *et al.*, 2005, citados em COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS, 2007b). Na Irlanda, 80% dos ex-fumadores citaram a nova legislação como motivação para deixar de fumar e 88% declararam que a lei tinha sido um incentivo para não recomeçarem (Fong *et al.*, 2006, citados em COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS, 2007b).

Seria talvez de esperar que o facto de se proibir fumar em todos os recintos fechados públicos aumentasse indirectamente o consumo de tabaco no domicílio, mas ao invés disso, o consumo em casa, especialmente em torno das crianças de menor idade diminuiu (Ministry of Health, 2006, citado em COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS, 2007b).

O relatório do Parlamento Europeu salienta que nos países em que foi introduzida a proibição total de fumar em locais públicos fechados, e após a revisão dos diferentes estudos elaborados, não foi visível uma redução no volume de negócios no sector da restauração, e

acrescenta que “*uma política responsável tem a obrigação de criar um ambiente em que fumar já não seja considerado normal*” (COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS, 2007a, p. 1).

### ***2.7.1 Programas/projectos preventivos – O papel do Profissional de Saúde***

Os programas ou projectos na área da prevenção do FAT são muito escassos em Portugal. O programa “Help” que abordámos no item 2.4.1.1 efectua uma abordagem muito superficial à exposição involuntária ao FAT. A nível dos *media*, temos neste momento alguns *spots* televisivos que alertam para os perigos da exposição ao FAT por parte dos não fumadores, dando especial ênfase aos malefícios que causam nas crianças expostas.

Com a entrada em vigor da nova Lei (n.º 37/2007 de 14 de Agosto) a 1 de Janeiro de 2008, seria de adoptar uma estratégia, preferencialmente por parte dos Profissionais de Saúde, que fosse ao encontro da problemática da exposição ao FAT no domicílio, uma vez que esta mesma Lei nada poderá fazer quanto aos hábitos tabágicos que se efectuam no domicílio. Estas estratégias terão de ter como pontos de referência as crianças e grávidas por serem os grupos mais vulneráveis. É fundamental que sejam criados programas e postos em prática com brevidade uma vez que *legalmente* temos alguma protecção contra o fumo do tabaco nos locais públicos e locais de trabalho, mas nas nossas casas não existirá qualquer impedimento *legal* de fumar.

#### ***2.7.1.1 Programa: “The ABCs of Secondhand Smoke”***

As crianças poderão ser o veículo perfeito para que se consiga sensibilizar o pai/mãe fumadora no domicílio. Existe um programa elaborado pela *Environmental Health Center e National Safety Council* (<http://www.nsc.org/EHC/indoor/abc.htm>) – “*The ABCs of Secondhand Smoke*” que tem como principais objectivos providenciar aos educadores substrato informativo para que, através das crianças, possam “*educar*” os seus pais sobre os malefícios da exposição ao FAT, promover uma política de ambientes livres de fumo a qualquer hora e em qualquer lugar, ensinar às crianças os perigos do FAT, como podem pedir aos adultos que não fumem na sua presença e encorajá-las a manterem-se não fumadoras.

Este programa é activado em três frentes com a ajuda de diverso material didáctico (posters, cartas, folhetos, etc.):

A – Informação para as pessoas que cuidam de crianças (Professores, Educadores, etc.);

B – Informação para os pais das crianças;

C – Informação para as crianças.

Ao mesmo tempo sensibilizam-se os cuidadores, os pais das crianças e as próprias crianças sobre toda a problemática que envolve o FAT.

#### *2.7.1.2 Programa: “Domicílios Livres de Fumo”*

Utilizando as bases do programa “*The ABCs of Secondhand Smoke*” e para proteger as crianças do fumo ambiental do tabaco, a **Associação para a Prevenção e Tratamento do Tabagismo de Braga**, em colaboração com a Direcção Regional de Educação do Norte – Delegação de Braga, e a Câmara Municipal de Braga, estão a desenvolver o *Programa Domicílios Livres de Fumo*. O objectivo é proteger as crianças desta agressão, promovendo a criação de domicílios livres de fumo, ou seja, garantir que os pais/mães não fumem e/ou não permitam que se fume em casa e no carro. Como estratégia para envolver os pais dos alunos, foi dada formação aos Professores do Primeiro Ciclo sobre tabagismo activo e passivo e sobre métodos e técnicas para que as crianças tentem persuadir os pais a não fumarem e/ou permitirem que se fume em casa. No fundo, trata-se de capacitar os alunos a protegerem-se desta agressão.

As estratégias que os professores deverão desenvolver com as crianças na sala de aula são as seguintes:

1. Pequena abordagem ao problema do fumo activo e passivo (forneceremos aos professores uma apresentação sobre o tema).
2. Elaboração de pequenos trabalhos (cartas, desdobráveis, ou fundamentalmente um díptico de não fumador...) para a escola enviar aos pais fumadores.
3. Exercícios de *role-playing*, nos quais um aluno representa o papel de criança e outro o de pai. A criança tenta convencer o pai a não fumar em casa.

4. Assinatura de uma declaração de compromisso entre pai e filho, em que o primeiro se compromete com a criação de um domicílio sem fumo.

Acreditamos que este programa será um pequeno passo para o pai/mãe fumador/a e um passo de gigante na promoção da saúde dos conviventes.



## CAPÍTULO III

### METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

#### 3.1 Introdução

Neste capítulo descreve-se a metodologia adoptada nesta investigação. Começamos por efectuar uma descrição geral do estudo (3.2), recapitulando os objectivos que nos propomos atingir. Dividimos o nosso estudo em duas partes: o estudo elaborado com as crianças e o estudo elaborado com os pais (pai e mãe) dessas crianças.

Relativamente ao estudo com alunos, começamos por explicitar o processo de selecção da amostra utilizada (3.3.1 e 3.3.2) e a sua caracterização (3.3.3). Abordamos a selecção das técnicas de investigação (3.3.4) e passamos à descrição do processo de construção dos instrumentos de recolha de dados e à sua caracterização (3.3.5). Antes de passar à fase da recolha dos dados, foi necessária a validação do referido instrumento de colheita de dados (3.3.5.1).

A recolha de dados foi realizada de acordo com a descrição que se encontra no ponto 3.3.6, e a forma como iremos efectuar o tratamento dos dados está explícita no ponto 3.3.7.

No estudo realizado com os pais explicamos o processo de selecção da amostra e a sua caracterização (3.4.1, 3.4.2 e 3.4.3). A selecção das técnicas de investigação está descrita no ponto 3.4.4, seguindo-se a elaboração e validação do instrumento de colheita de dados aplicado aos pais/mães dos alunos (3.4.5).

A recolha de dados foi realizada de acordo com a descrição que se encontra no ponto 3.4.6 e a forma como iremos efectuar o tratamento dos dados está explícita no ponto 3.4.7.

Quando num estudo de investigação se trabalha com variáveis, é fundamental que estas sejam submetidas a uma operacionalização (Anexo 10). Foi realizada uma operacionalização teórica e empírica das variáveis com o propósito principal de tornar este estudo o mais objectivo possível.



## 3.2 Descrição geral do estudo

Esta investigação é constituída por dois estudos, transversais, descritivos e interpretativos, complementares, dado que o segundo estudo serve para confirmar a veracidade das declarações fornecidas pelos alunos e vice-versa.

O primeiro estudo foi realizado numa amostra de alunos das Escolas EB1 da Lourinha, e EB1 da Boavista, situadas na cidade de Rio Tinto, em Outubro de 2006. Tem como principais objectivos: determinar a prevalência de alunos expostos ao FAT no domicílio, caracterizar os seus hábitos tabágicos e descrever a sua opinião relativamente ao tabagismo activo e passivo. Na recolha dos dados foi aplicado um questionário aos alunos pelo método de entrevista individual, segundo o qual as questões eram lidas pelo investigador a cada aluno/a individualmente, e após a resposta oral destes, o questionário era preenchido pelo investigador.

O estudo envolvendo os pais dos alunos (que integraram a amostra do primeiro estudo) visa principalmente: determinar a prevalência de tabagismo dos pais/mães; determinar a prevalência do consumo de tabaco na presença dos filhos e no interior do domicílio; identificar alguns factores sócio demográficos relacionados com o consumo de tabaco e descrever as opiniões e/ou concepções que estes apresentam relativamente ao tabagismo activo e passivo. Os dados foram recolhidos através de auto-preenchimento de um questionário, enviado por carta às mães e aos pais dos respectivos alunos e que estes devolveram preenchido, através dos filhos.

## 3.3 Descrição do estudo realizado com os alunos

### *3.3.1 População e amostra*

A população deste estudo é constituída pelos alunos do 1º Ciclo do Ensino Básico, das escolas portuguesas.

A dificuldade inerente à utilização de amostras de populações alvo muito grandes e geograficamente dispersas obriga muitos investigadores a constituir a sua amostra a partir de uma população acessível, isto é, do conjunto de indivíduos que, de uma forma realista, podem ser

incluídos na amostra (Gall *et al.*, 2003). No caso deste estudo podemos considerar como população acessível os alunos do 1º ciclo, dos quatro agrupamentos de Escolas da cidade de Rio Tinto, onde o investigador trabalha.

A população acessível do estudo é constituída pelos alunos dos quatro Agrupamentos de Escolas de Rio Tinto: Agrupamento de Escolas de Rio Tinto N.º 2, Agrupamento Escolas de Rio Tinto, Agrupamento Escolas de Baguim do Monte e Agrupamento Escolas de Triana - Santegãos<sup>4</sup>, contendo 3, 6, 2 e 3 Escolas do 1.º Ciclo do Ensino Básico, respectivamente. A distribuição dos alunos pelos referidos Agrupamentos em função do ano lectivo encontra-se explicita no Quadro 8.

**Quadro 8. Distribuição dos alunos em função do Agrupamento e Ano Lectivo**

<b>Agrupamento</b> <b>Ano Lectivo</b>	<b>Rio Tinto N.º2</b>	<b>Rio Tinto</b>	<b>Baguim do Monte</b>	<b>Pedrouços</b>
<b>2.º Ano</b>	209	187	83	162
<b>3.º Ano</b>	174	197	71	130
<b>4.º Ano</b>	204	179	69	134
<b>Total alunos</b>	<b>587</b>	<b>563</b>	<b>223</b>	<b>426</b>

### ***3.3.2 Selecção da amostra***

Segundo Lakatos e Marconi (1996), a amostra “*é uma parcela convenientemente seleccionada do Universo (população)*”.

Para Fortin (1999), a amostra “*é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população alvo*”.

Depois de escolhida a população acessível para este estudo, já descrita na secção anterior, seleccionou-se, por um processo de amostragem aleatória, o Agrupamento Escolas de Rio Tinto N.º

<sup>4</sup> Os alunos que em 2006/2007 compunham o Agrupamento Horizontal da Triana foram inseridos no Agrupamento de Pedrouços devido à extensão daquele.

2 para a sua realização. Deste Agrupamento fazem parte três escolas do 1.º Ciclo do Ensino Básico: EB1 da Lourinha, EB1 da Venda Nova e EB1 da Boavista. Destas três escolas, seleccionou-se igualmente de forma aleatória a EB1 da Lourinha e EB1 da Boavista.

Inicialmente, contemplámos para este estudo todos os alunos matriculados no 2.º, 3.º e 4.º anos pertencentes às duas escolas seleccionadas supra citadas, perfazendo um total de 456 alunos (ver Quadro 9) distribuídos por 21 turmas. A exclusão de alunos do primeiro ano deveu-se ao facto de considerarmos que não tinham ainda maturidade para dar respostas fiáveis.

**Quadro 9. Distribuição dos alunos em função do ano lectivo e Escola (Agrupamento de Escolas de Rio Tinto N.º2)**

<b>Ano Lectivo \ Escolas</b>	<b>Boavista</b>	<b>Lourinha</b>	<b>Venda Nova</b>
<b>2.º Ano</b>	95	68	46
<b>3.º Ano</b>	81	54	39
<b>4.º Ano</b>	74	84	46
<b>Total alunos</b>	<b>250</b>	<b>206</b>	<b>131</b>

Depois de seleccionada a amostra, fizemos as diligências necessárias para aplicar o questionário aos 456 alunos alunos(as) da amostra seleccionada. Foi solicitada autorização ao Agrupamento Vertical de Escolas de Rio Tinto N.º 2 (consultar Anexo 9) e este tomou as medidas necessárias para solicitar aos pais autorização para que eles próprios e filho(a) pudessem participar neste estudo.

Constatámos que trinta e sete (37) encarregados de Educação não autorizaram os seus filhos a participar no estudo e noventa e quatro (94) Encarregados de Educação não chegaram a responder ao pedido, pelo que decidimos aplicar o questionário aos trezentos e vinte e cinco (325) alunos de quem tínhamos obtido autorização dos pais.

### *3.3.3 Caracterização da amostra do estudo com alunos*

Conforme já foi referido, o estudo com alunos realizou-se nas Escolas da Lourinha e da Boavista do 1.º Ciclo do Ensino Básico (EB1), pertencentes ao Agrupamento de Rio Tinto N.º 2, da cidade de Rio Tinto<sup>5</sup>. Foram eliminados os alunos que frequentavam o 1.º ano do Ensino Básico do 1.º Ciclo, pelo facto de serem considerados muito novos para poderem prestar declarações minimamente fiáveis.

Do grupo de alunos que participaram neste estudo (ver Tabela 3) (N=325), 169 são raparigas (52,0%) e 156 são rapazes (48,0%). A grande parte destes alunos apresenta idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos (91,7%) e mais de 90% vivem em meio urbano<sup>6</sup>. A frequentar o 4.º ano estão 38,2% dos alunos, 32,8% o 2.º ano e 28,9% o 3.º ano do 1.º Ciclo do Ensino Básico. Uma grande parte dos alunos vive, pelo menos, com ambos os pais biológicos (84,0%).

---

<sup>5</sup> Rio Tinto faz parte do Concelho de Gondomar. Localiza-se a oriente da cidade do Porto e a sul de Campanhã.

<sup>6</sup> Informação obtida através da resposta ao instrumento de colheita de dados do pai e/ou mãe

Tabela 3. Caracterização da amostra do estudo efectuado – Alunos

VARIÁVEIS		N=325	%
GÉNERO	Rapariga	169	52,0
	Rapaz	156	48,0
IDADE	6	13	4,0
	7	104	32,0
	8	101	31,1
	9	93	28,6
	10	11	3,4
	11	2	0,6
	13	1	0,3
ANO ESCOLARIDADE	2.º Ano	107	32,9
	3.º Ano	94	28,9
	4.º Ano	124	38,2
COM QUEM COABITA	Pai e mãe biológicos	73	22,5
	Pai biológico, mãe biológica e outros	200	61,5
	Mãe biológica	8	2,5
	Pai biológico	2	0,6
	Mãe biológica e outros	35	10,8
	Pai biológico e outros	2	0,6
	Outros	5	1,5

### 3.3.4 Selecção das técnicas de investigação

Neste estudo utilizou-se a técnica do questionário aplicado pelo método de entrevista. Conforme já foi referido, o questionário foi lido aos alunos e preenchido pelo investigador, para contornar alguma dificuldade de leitura e interpretação, dado tratar-se de alunos muito novos. A aplicação de um questionário constituído fundamentalmente por questões de escolha múltipla tem como principais vantagens permitir recolher dados num curto intervalo de tempo (DeKetele e Rogiers,1999). Não é de excluir que o preenchimento do questionário na presença do investigador tenha aumentado o risco da percepção de perda do anonimato por parte dos alunos, podendo as respostas destes ser influenciadas pela presença do investigador no momento da entrevista.

Para tentar atenuar algum constrangimento provocado pela presença do investigador, ao entrevistar cada aluno, este era informado que podia responder sem qualquer receio, que o

questionário era anónimo e os dados jamais seriam do conhecimento de alguém que não fosse o investigador.

### ***3.3.5 Instrumento de recolha de dados: elaboração e validação***

Segundo Pestana *et al.* (2006), “*Os inquéritos de prevalência medem o comportamento individual ou de um grupo, de acordo com o sexo, idade, status sócio-económico, raça/etnia, grau de escolaridade e actividade profissional*”. Estes autores referem que os instrumentos de colheita deverão ser adequados à população a estudar e a sua construção deve permitir obter informações sobre hábitos tabágicos, atitudes face ao tabagismo e opiniões face ao tabagismo (Pestana *et al.*, 2006).

Para atingir os objectivos da investigação, foi necessário construir um instrumento de colheita de dados.

Em função dos objectivos do estudo apresentados no primeiro capítulo (1.3), procurámos questionários que tivessem sido utilizados por outros investigadores e que pudessem ser adaptados ao nosso estudo.

Após essa pesquisa, constatámos que já havia sido construído e aplicado numa investigação semelhante um questionário que podia ser adaptado e utilizado como instrumento de recolha de dados no nosso estudo.

Dado que o nosso estudo com alunos pretendia conhecer principalmente a percepção que as crianças têm sobre os hábitos tabágicos dos seus pais; a sua opinião sobre o tabagismo passivo e activo e, mesmo que possa parecer um pouco incomum, conhecer a realidade dos hábitos tabágicos destes alunos (para visualizar o questionário, consulte o Anexo 7), decidimos adaptar um questionário construído por Precioso, Calheiros e Macedo (Precioso *et al.*, 2005).

A adaptação do questionário foi feita da seguinte forma: Em primeiro lugar elaborou-se uma matriz de Dimensões/Objectivos conforme se pode ver na Tabela 4. Em segundo lugar seleccionaram-se as questões que permitiam atingir cada um dos objectivos. Acrescentaram-se finalmente algumas questões.

Tabela 4. Matriz do questionário aplicado aos alunos

Dimensões/Indicadores	Objectivos Específicos	Questões
Dados sócio-demográficos	-Caracterizar a amostra quanto à idade, género, meio onde vivem* e com quem vivem	1, 2, 2.1
Hábitos tabágicos do pai e/ou mãe	-Descrever os hábitos tabágicos dos pais através da percepção dos alunos	3.1, 3.2, 5
Hábitos tabágicos do pai e/ou mãe praticados na presença do seu filho	- Descrever os hábitos tabágicos dos pais na presença dos alunos, através da percepção dos alunos	5
Hábitos tabágicos praticados no domicílio pelo pai e/ou mãe e outros	- Descrever os hábitos tabágicos dos pais no domicílio, através da percepção dos alunos  - Identificar a percepção que os aluno têm sobre o consumo de tabaco no domicílio	4.1, 4.2, 4.3, 4.4
Opinião do aluno sobre tabagismo	- Caracterizar a opinião dos alunos sobre o tabagismo dos pais, sobre os malefícios do tabaco e as suas preferências actuais e futuras	6, 7.1, 7.2, 7.3, 10,
Hábitos tabágicos do aluno	-Determinar a prevalência de fumadores nos alunos - Determinar as intenções dos alunos relativamente ao futuro consumo de tabaco	8, 9, 9.1, 9.2

\* valor obtido pelo questionário respondido pelo pai/mãe

### 3.3.5.1 Validação do instrumento de colheita de dados

A validação do questionário foi efectuada com recurso a especialistas em Educação e alunos semelhantes aos futuros respondentes, durante o mês de Setembro de 2006. Após aplicados estes dois tipos de análise, existiram algumas alterações que foram realizadas, nomeadamente a inserção da pergunta “2.1 – Com quem vives?”.

### 3.3.6 Recolha dos dados

A recolha de dados iniciou-se em Outubro de 2006 com a aplicação do questionário à amostra de alunos seleccionada. Conforme já foi referido, o preenchimento do questionário foi realizado pelo método de entrevista (ver Anexo 7), tendo o investigador entrevistado individualmente

cada criança/aluno. Para evitar constrangimentos na resposta dos alunos, os alunos foram devidamente informados que o questionário era anónimo e os dados recolhidos confidenciais. Foram informados que jamais os seus, pais, professores, ou qualquer outra pessoa, teriam acesso a qualquer tipo de informação. Este procedimento visou aumentar o grau de sinceridade das respostas dos alunos.

### ***3.3.7 Tratamento dos dados***

Os resultados do questionário foram introduzidos no programa de estatística Epi Info versão 6.4d. Foram feitas distribuições de frequência para a maioria das variáveis, calculando-se as percentagens e os intervalos de confiança, tendo-se utilizado um grau de confiança de 95%. Para determinar a associação entre algumas variáveis utilizou-se o teste do  $\chi^2$  (Qui-quadrado).

## **3.4 Descrição do estudo realizado com os pais/mães**

### ***3.4.1 População e amostra***

A população do estudo com pais é constituída pelos pais (mães/pai) dos alunos que frequentam o 1.º Ciclo do Ensino Básico das escolas portuguesas. A população acessível do estudo com pais é constituída pelos pais/mães dos alunos dos quatro Agrupamentos de Escolas de Rio Tinto: Agrupamento de Escolas de Rio Tinto N.º 2, Agrupamento Escolas de Rio Tinto, Agrupamento Escolas de Baguim do Monte e Agrupamento Escolas de Triana – Santegãos<sup>7</sup>, contendo 3, 6, 2 e 3 Escolas do 1.º Ciclo do Ensino Básico respectivamente.

---

<sup>7</sup> Os alunos que em 2006/2007 compunham o Agrupamento Horizontal da Triana foram inseridos no Agrupamento de Pedrouços devido à extensão daquele.



### ***3.4.2 Selecção da amostra***

Conforme já foi referido, a finalidade da realização do estudo com pais dos alunos era avaliar os resultados obtidos no estudo com alunos e aprofundar os determinantes do comportamento de fumar nos pais. Para constituir a amostra do estudo, foram enviados pelos alunos/filhos a cada um dos seus progenitores (pais e mães), questionários que deviam ser preenchidos e devolvidos. Constatou-se que 241 alunos devolveram os dois questionários preenchidos: um pelo pai (ou figura parental)<sup>8</sup> e outro pela mãe (ou figura maternal), 31 alunos entregaram o questionário apenas preenchido pela mãe (ou figura maternal), 2 alunos entregaram o questionário apenas preenchido pelo pai (ou figura parental) e 51 alunos não entregaram qualquer questionário/questionário em branco, o que perfaz uma *amostra* de 515 questionários (272 questionários respondidos pela mãe ou figura maternal e 243 questionários respondidos pelo pai ou figura parental) respondidos e validados (N=515) → (241 x 2 + 31 + 2).

### ***3.4.3 Caracterização da amostra do estudo com pais/mães***

A amostra do estudo com pais ficou constituída pelos pais/mães dos 325 alunos/as que integraram o estudo anterior.

A maioria das mães apresenta idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos (59,6%) (ver Tabela 5). Quanto aos pais (pai), a maior parte apresenta idades compreendidas entre os 36 e os 45 anos (60,5%). A maioria dos pais (pai) (63,8%) e mães (57,0%) apresentam habilitações literárias compreendidas entre o Ensino Preparatório e o Ensino Secundário. Em relação a uma formação superior, 16,5% dos pais e 24,6% das mães são detentores de um bacharelato ou grau superior.

Quanto ao estado civil, observamos que 82,5% da amostra é casado/a e em relação à zona de residência 91,2% habita em meio urbano.

Ao analisarmos a posição social que os pais (pai/mãe) ocupam na sociedade, a maioria das mães (57,7%) encontra-se na posição social "B" (28,7%) e "C" (29,0%), ou seja, classe média mais

---

<sup>8</sup> Entenda-se por figura parental ou figura maternal qualquer indivíduo/a que esteja a coabitar com o aluno, que tenha respondido ao questionário mas não seja o seu pai/mãe biológico/a.

instruída e classe média menos instruída, respectivamente. Os pais estão distribuídos mais uniformemente pelas posições sociais “C”, “B” e “D”, 38,7%; 24,7%, e 24,3% respectivamente (“C” - classe média menos instruída; “B”- classe média mais instruída; “D” - estrato operário e rural, talhadores manuais).

Tabela 5. Caracterização da amostra do estudo efectuado – Mãe e Pai

(N=515)

VARIÁVEIS	Mãe		Pai		Total		
	n	%	n	%	n	%	
<b>GÉNERO</b>	272	100%	243	100%	515	100%	
<b>IDADE</b>	25 – 30	31	11,4	12	4,9	43	8,3
	31 – 35	70	25,7	53	21,8	123	23,9
	36 – 40	92	33,9	84	34,6	176	34,2
	41 – 45	65	23,9	63	25,9	128	24,9
	46 – 50	8	2,9	18	7,4	26	5,0
	51 – 55	2	0,7	5	2,2	7	1,4
	56 – 60	-	-	3	1,2	3	0,6
	61 – 65	1	0,4	1	0,4	2	0,3
	66 – 70	1	0,4	2	0,8	3	0,6
N/R	2	0,7	2	0,8	4	0,8	
<b>HABILITAÇÕES LITERÁRIAS</b>	Até 4. <sup>a</sup> Classe	37	13,6	30	12,3	67	13,0
	Ensino Preparatório	56	20,6	49	20,2	105	20,4
	Ensino Secundário	99	36,4	106	43,6	205	39,8
	Curso Profissional	10	3,7	16	6,6	26	5,0
	Bacharelato	12	4,4	8	3,3	20	3,9
	Licenciatura ou superior	55	20,2	32	13,2	87	16,9
	N/R	3	1,1	2	0,8	5	1,0
<b>POSIÇÃO SOCIAL</b>	Posição Social A	5	1,8	15	6,2	20	3,9
	Posição Social B	78	28,7	60	24,7	138	26,8
	Posição Social C	79	29,0	94	38,7	173	33,6
	Posição Social D	51	18,8	59	24,3	110	21,4
	Posição Social E	3	1,1	-	-	3	0,5
	Posição Social F	41	15,1	-	-	41	8,0
	Posição Social G	2	0,7	3	1,2	5	1,0
	Posição Social H	10	3,7	3	1,2	13	2,5
	N/R	3	1,1	9	3,7	12	2,3
<b>ESTADO CIVIL</b>	Solteiro/a	7	2,6	4	1,6	11	2,1
	Casado/a	217	79,8	208	85,6	425	82,5
	Viúvo/a	4	1,5	-	-	4	0,8
	Divorciado/a	21	7,7	14	5,8	35	6,9
	Junto/a	11	4,0	8	3,3	19	3,7
	Separado/a	7	2,6	5	2,1	12	2,3
	N/R	5	1,8	4	1,6	9	1,7
<b>ZONA DE RESIDÊNCIA</b>	Aldeia	2	0,7	1	0,4	3	0,6
	Vila	21	7,7	15	6,2	36	7,0
	Cidade	246	90,5	224	92,2	470	91,2
	N/R	3	1,1	3	1,2	6	1,2

#### ***3.4.4 Selecção das técnicas de investigação***

Na elaboração do questionário a aplicar aos pai e/ou mãe dos alunos optámos pela aplicação do questionário pelo método de auto-preenchimento, por ser a forma mais prática de obter dados sobre amostras relativamente grandes como era o caso.

#### ***3.4.5 Instrumento de recolha de dados: elaboração e validação***

Ao realizar-se este estudo de investigação sobre tabagismo, foi necessário construir o instrumento de colheita de dados. “*Os inquéritos de prevalência medem o comportamento individual ou de um grupo, de acordo com o sexo, idade, status sócio-económico, raça/etnia, grau de escolaridade e actividade profissional*” (Pestana *et al.*, 2006). Os instrumentos de colheita deverão ser adequados à população a estudar e a sua construção ir ao encontro da obtenção de informações sobre hábitos tabágicos, atitudes face ao tabagismo e opiniões face ao tabagismo (Pestana *et al.*, 2006).

Em função dos objectivos do estudo apresentados no primeiro capítulo (1.3), procurámos questionários que tivessem sido utilizados por outros investigadores e que pudessem ser adaptados ao nosso estudo.

Após essa pesquisa, constatámos que já havia sido construído e aplicado numa investigação semelhante um questionário que podia ser adaptado e utilizado como instrumento de recolha de dados no nosso estudo com pais/mães.

Dado que o nosso estudo com pais/mães pretendia conhecer principalmente a realidade dos seus hábitos tabágicos; a sua opinião sobre o tabagismo passivo e activo (para visualizar o questionário, consulte o Anexo 8), decidimos adaptar um questionário construído por Precioso *et al.* (2005).

A adaptação do questionário foi feita da seguinte forma: Em primeiro lugar elaborou-se uma matriz de Dimensões/Objectivos conforme se pode ver na Tabela 6. Em segundo lugar seleccionaram-se as questões que permitiam atingir cada um dos objectivos. Acrescentaram-se finalmente algumas questões.

Tabela 6. Matriz do questionário aplicado ao pai e/ou mãe do aluno

Dimensões/Indicadores	Objectivos Específicos	Questões
Dados sócio-demográficos	- Caracterizar a amostra quanto à idade, género, meio onde vivem, estado civil, habilitações literárias, profissão e posição social	1, 2, 2.1
Hábitos tabágicos do pai e/ou mãe	- Descrever os hábitos tabágicos do pai/mãe	7, 8, 8.1, 8.2, 9
Hábitos tabágicos do pai e/ou mãe praticados no domicílio	- Descrever os hábitos tabágicos do pai/mãe praticados no domicílio	10, 10.1
Hábitos tabágicos do pai e/ou mãe praticados na presença do seu filho	- Descrever os hábitos tabágicos dos pais na presença do filho	11
Opinião dos pais/mães sobre tabagismo	- Caracterizar a opinião dos pais sobre o tabagismo activo e passivo	12.1 à 12.10

#### 3.4.5.1 Validação do instrumento de colheita de dados

Na validação do instrumento de colheita de dados (questionário por auto-preenchimento) a aplicar aos pai e/ou mãe dos alunos, também este foi sujeito à apreciação por parte de especialistas em Educação e posteriormente sujeito a um preenchimento por uma amostra (32) de pais e/ou mães com filhos a frequentar o 1.º Ciclo do Ensino Básico. Também este questionário necessitou de ajustes, nomeadamente a reformulação da pergunta n.º 8 “*Actualmente fuma?*” e da pergunta n.7 “*Já alguma vez fumou? Nem que tenha sido só uma passa?*”.

#### 3.4.6 Recolha dos dados

Após cada entrevista realizada a cada aluno, pedia-se que levasse consigo dois envelopes, contendo cada um deles o instrumento de colheita de dados a aplicar aos pais/mães (ver Anexo 8) para que depois entregassem a cada um dos seus pais (pai e mãe).

Os questionários entregues a cada um dos pais das crianças que participaram neste estudo foram auto-preenchidos e no final do seu preenchimento tinham indicações para voltarem a colocá-los no envelope, fechá-lo e dar ao seu filho para que este o entregasse à sua professora, para mais tarde serem recolhidos pelos autores deste estudo.

Para que não houvesse possibilidade de troca de envelopes entre alunos, também os questionários a entregar aos pais foram “catalogados” com o número de matrícula do respectivo aluno. Desta forma conseguiu-se manter o anonimato das pessoas envolvidas e também a ligação necessária entre as respostas dadas pelas crianças e respectivos pais respondentes.

#### ***3.4.7 Tratamento dos dados***

A estatística é uma ciência que vai estruturar a informação numérica medida numa amostra, com o objectivo de obter uma imagem geral das variáveis medidas nessa amostra. Com a ajuda da estatística descritiva, permite também resumir essa informação numérica. Por outro lado, com a ajuda das estatísticas inferenciais, ou seja, dos testes estatísticos, permite determinar se as relações verificadas entre as variáveis numa amostra poderão ser generalizadas à população de onde esta foi retirada (Fortin, 1999).

Os resultados do questionário foram introduzidos no programa de estatística Epi Info versão 6.4d. Foram feitas distribuições de frequência para a maioria das variáveis, calculando-se as percentagens e os intervalos de confiança, tendo-se utilizado um grau de confiança de 95%. Para determinar a associação entre algumas variáveis utilizou-se o teste do  $\chi^2$  (Qui-quadrado).

## CAPÍTULO IV

### APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

#### 4.1 Introdução

Neste capítulo são apresentados os resultados da investigação. Uma vez que o estudo envolveu sujeitos distintos – alunos e pais/mães –, os resultados são, por este motivo, apresentados em duas secções. Na primeira, apresentam-se os resultados relativos ao estudo com pais/mães e na segunda os resultados respeitantes ao estudo com alunos. Esta divisão foi efectuada por uma questão de sistematização. Sublinha-se, no entanto, que estes estudos são complementares.

#### 4.2 Descrição e interpretação dos resultados do estudo efectuado com os pais

##### *4.2.1 Prevalência de tabagismo nos pais/mães dos alunos da amostra*

Através dos dados da Tabela 7 podemos verificar que uma grande percentagem dos pais (84,7%) declarou ter fumado pelo menos uma vez. No caso das mães essa percentagem é menor (58,2%), existindo diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros ( $p < 0,0001$ ).

Tabela 7. Prevalência dos pais/mães dos alunos da amostra que declararam ter fumado pelo menos uma vez

		N(510)					
		Sim			Não		
Familiar	n	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Mãe	(268)	58,2	(52,1 – 64,2)	156	41,8	(35,8 – 47,9)	112
Pai	(242)	84,7	(79,5 – 89,0)	205	15,3	(11,0 – 20,5)	37
Total	(510)	70,8	(66,6 – 74,7)	361	29,2	(25,3 – 37,4)	149

$p < 0,0001$

Podemos constatar pelos dados da Tabela 8 que 16,6% das mães fumam diariamente e 2,2% fazem-no ocasionalmente. Quanto aos pais, verifica-se que 35,0% fumam diariamente e 2,9% ocasionalmente, sendo as diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros ( $p < 0,0001$ ). Verifica-se que o hábito de fumar é mais frequente nos homens do que nas mulheres da amostra, o que está de acordo com todos os estudos efectuados na população portuguesa. Tendo em conta que a grande parte dos pais (82,3%) e das mães (83,5%) apresenta idades compreendidas entre os 31 e os 45 anos, procedemos à comparação da prevalência de fumadores/as da amostra deste estudo com a média dos dados obtidos no último INS (2006) sobre a prevalência de fumadores diários nos grupos etários dos 25 aos 44 anos. Constatou-se que no último INS a prevalência de fumadores diários no grupo etário dos 25 aos 44 anos era de 41,8% nos homens e de 19,4% nas mulheres. Verificamos que a prevalência de pais fumadores diários nos elementos da amostra é de menos 6,8 p.p. e a de mães fumadoras é menor, 2,8 p.p. do que a registada no INS.

Em resumo, a prevalência de fumadores, em ambos os sexos, é menor na amostra do estudo em ambos os sexos do que a que se verifica na média nacional. Esta diferença de resultados poderá estar relacionada com os aspectos referidos na secção das limitações deste estudo (ponto 1.5), ou seja, com o facto de uma percentagem apreciável de pais/mães não ter participado no estudo por decisão própria. Não obstante o que foi dito, podemos considerar que é elevada e preocupante a percentagem de mães e pais que fumam diária ou ocasionalmente.

Tabela 8. Prevalência de pais/mães fumadores e não fumadores

N(514)

Familiar	n	Fuma diariamente			Fuma ocasionalmente			Não fuma		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Mãe	(271)	16,6	(12,4 – 21,6)	45	2,2	(0,8 – 4,8)	6	81,2	(76,0 – 85,7)	220
Pai	(243)	35,0	(29,0 – 41,3)	85	2,9	(1,2 – 5,8)	7	62,1	(55,7 – 68,3)	151
Total	(514)	25,3	(21,6 – 29,3)	130	2,5	(1,4 – 4,3)	13	72,2	(68,1 – 76,0)	371

$p < 0,0001$

Pela análise dos dados da Tabela 9, verifica-se que 56,8% das mães fumadoras consomem menos que 11 cigarros diariamente e 41,2% apresentam consumos entre 11 a 20 cigarros diários. Apenas 2,0% das mães apresentam consumos diários superiores a 20 cigarros. No que concerne o número de cigarros fumados diariamente pelos pais, 46,1% consomem diariamente entre 11 a 20 cigarros, 35,2% consomem menos que 11 cigarros diários e 18,7% apresentam um consumo diário de cigarros superior a 20, existindo diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros ( $p < 0,005$ ).

Tabela 9. Número de cigarros fumados por dia

N(142)

Familiar	n	<11			≥ 11 e ≤ 21			≥ 21		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Mãe	(51)	56,8	(42,2 – 70,7)	29	41,2	(27,6 – 55,8)	21	2,0	(0,0 – 10,4)	1
Pai	(91)	35,2	(25,4 – 45,9)	32	46,1	(35,6 – 57,0)	42	18,7	(11,3 – 28,2)	17
Total	(142)	43,0	(34,7 – 51,5)	61	44,3	(36,0 – 53,0)	63	12,7	(7,7 – 19,3)	18

$p < 0,005$

Através da análise da Tabela 10, constata-se que 39,3% das mães já se consideram fumadoras entre 11 e 20 anos, 29,4% há menos de 11 anos e 13,7% há mais de 20 anos. Quanto aos pais, 46,7% consideram-se fumadores entre 11 e 20 anos, 32,6% há mais de 20 anos e 8,7% há



menos de 11 anos, existindo diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros ( $p < 0,003$ ).

Tabela 10. Tempo que considera ser fumador em anos

N(143)															
		<11				≥ 11 e ≤ 21				≥ 21				N/R	
Familiar	n	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f		
Mãe	(51)	29,4	(17,9 – 44,0)	15	39,3	(25,8 – 53,9)	20	13,7	(5,7 – 26,3)	7	17,6	(8,4 – 30,9)	9		
Pai	(92)	8,7	(3,8 – 16,4)	8	46,7	(36,3 – 57,4)	43	32,6	(23,2 – 43,2)	30	12,0	(6,1 – 20,4)	11		
Total	(143)	16,1	(10,5 – 23,1)	23	44,0	(35,8 – 52,6)	63	25,9	(19,0 – 33,9)	37	14,0	(8,8 – 20,8)	20		

$p < 0,003$

#### 4.2.2 Alguns factores sócio-demográficos relacionados com o consumo de tabaco pelos pais/mães dos alunos

Um dos objectivos do estudo era identificar alguns factores sócio-demográficos relacionados com o consumo de tabaco pelos pais dos alunos da amostra. Devido à dimensão da amostra do estudo, decidimos recategorizar a posição social, em “Alta / média alta” e “Média baixa / baixa / outras”, juntando assim as categorias anteriores, para se poder aplicar o teste do Qui-quadrado ( $\chi^2$ ). Pelos mesmos motivos, procedemos à recategorização da variável “Consumo de tabaco”, agregando os fumadores diários e ocasionais, na categoria de fumadores.

A Tabela 11 traduz a prevalência de pais (apenas pai) fumadores em função da posição social. Do ponto de vista estatístico podemos verificar que não existem diferenças significativas ( $p=0,84$ ) entre a posição social superior e inferior no que respeita aos hábitos tabágicos, ou seja, os pais que pertencem a uma posição social superior não têm hábitos tabágicos diferentes dos pais que pertencem a uma posição social inferior.

Tabela 11. Prevalência de pais (apenas o pai) fumadores e não fumadores em função da classe social/posição social

N(233)							
Posição Social	n	Fumador			Não fumador		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Alta / Média Alta	(75)	38,7	(27,6 – 50,6)	29	61,3	(49,4 – 72,4)	46
Média Baixa / Baixa / Outras	(158)	37,3	(29,8 – 45,4)	59	62,7	(54,6 – 70,2)	99

$p = 0,84$

Analisando a Tabela 12, que traduz a prevalência de mães fumadoras diárias e ocasionais (agrupadas em “fumadora”) em função da posição social, verificamos que, à semelhança do estudo com pais (Tabela 11), também não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,86$ ) entre a posição social superior e inferior no que respeita aos hábitos tabágicos, ou seja, as mães que pertencem a uma posição social superior não têm hábitos tabágicos diferentes das mães que pertencem a uma posição social inferior.

Tabela 12. Prevalência de mães fumadoras e não fumadoras em função da classe social/posição social

N(268)							
Posição Social	n	Fumadora			Não fumadora		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Alta / Média Alta	(83)	19,3	(11,4 – 29,4)	16	80,7	(70,6 – 88,6)	67
Média Baixa / Baixa / Outras	(185)	18,4	(13,1 – 24,7)	34	81,6	(75,5 – 86,7)	151

$p = 0,86$

A Tabela 13 fornece dados sobre a prevalência de pais fumadores (diários e ocasionais) em função das habilitações literárias. Do ponto de vista estatístico podemos verificar que não existem diferenças significativas ( $p=0,56$ ) entre os diferentes grupos de habilitações literárias relativamente aos hábitos tabágicos, ou seja, os pais que detêm habilitações literárias superiores não têm hábitos tabágicos diferentes dos pais que detêm habilitações literárias inferiores. Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, verifica-se que é no grupo dos pais com habilitações literárias inferiores ou iguais ao 9.º ano onde há uma maior prevalência de fumadores.

Tabela 13. Prevalência de pais (apenas o pai) fumadores e não fumadores em função das habilitações literárias

N(240)							
		Fumador			Não fumador		
Habilitações Literárias	n	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
≤ 9.º Ano	(79)	25,3	(16,2 – 36,4)	20	74,1	(63,6 – 83,8)	59
Ensino Secundário	(121)	19,0	(12,4 – 27,1)	23	81,0	(72,9 – 87,6)	98
Ensino Superior	(40)	20,0	(9,1 – 35,6)	8	80,0	(64,4 – 91,0)	32

$p = 0,56$

Através da análise da Tabela 14 verificamos que do ponto de vista estatístico não existem diferenças significativas ( $p=0,07$ ) entre os diferentes grupos de habilitações literárias relativamente aos hábitos tabágicos das mães, ou seja, as mães que detêm habilitações literárias superiores não têm hábitos tabágicos diferentes das mães que detêm habilitações literárias inferiores.

Em face deste conjunto de dados parece não haver diferenças estatisticamente significativas no consumo de tabaco em função da posição social e das habilitações dos pais/mães. Este padrão é comum a ambos os géneros.

Tabela 14. Prevalência de mães fumadoras e não fumadoras em função das habilitações literárias

N(268)							
		Fumadora			Não fumadora		
Habilitações Literárias	n	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
≤ 9.º Ano	(93)	3,2	(0,7 – 9,1)	3	96,8	(90,9 – 99,3)	90
Ensino Secundário	(108)	12,0	(6,6 – 19,7)	13	88,0	(80,3 – 93,4)	95
Ensino Superior	(67)	10,4	(4,3 – 20,3)	7	89,6	(79,7 – 97,7)	60

$p = 0,07$

Podemos observar pelos dados da Tabela 15 que 52,0% das mães e 57,6% de pais fumadores/as responderam que fumavam diária ou ocasionalmente na presença dos filhos/as. Este comportamento é altamente reprovável, pois vários estudos nacionais e estrangeiros referem que os

filhos de pais fumadores têm um risco acrescido de vir a ser fumadores, devido ao comportamento e atitude dos pais em relação ao tabaco (Precioso *et al.*, 2007).

Tabela 15. Frequência com que fuma na presença do filho

N(142)

Familiar	n	Fuma diariamente			Fuma ocasionalmente			Não fuma		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Mãe	(50)	22,0	(11,5 – 36,0)	11	30,0	(17,9 – 44,6)	15	48,0	(33,7 – 62,6)	24
Pai	(92)	19,6	(12,0 – 29,1)	18	38,0	(28,1 – 48,8)	35	42,4	(32,1 – 53,1)	39
Total	(142)	20,4	(14,1 – 28,0)	29	35,2	(27,4 – 43,7)	50	44,4	(36,0 – 53,0)	63

$p = 0,63$

#### 4.2.3 Prevalência de pais/mães dos alunos da amostra que fumam no domicílio

Um dos principais objectivos deste estudo é determinar a prevalência de pais/mães que fumam no domicílio, por ser um indicador importante da prevalência de crianças expostas ao fumo ambiental do tabaco. Para se atingir esse objectivo, seleccionámos apenas famílias biparentais, e em que ambos os progenitores responderam ao instrumento de colheita de dados, perfazendo um total de 239 casais.

Com base nos dados da Tabela 16 podemos constatar que 8,7% das mães e 21,3% dos pais fumam diária ou ocasionalmente no domicílio. Podemos verificar ainda que em 4,6% dos domicílios fumam o pai e a mãe, ou seja, uma percentagem apreciável das crianças deste estudo está exposta diária ou ocasionalmente ao fumo passivo no domicílio (ao fumo ambiental do tabaco dos pais e das mães), o que deve significar uma enorme carga tabágica.

Por último, podemos constatar que 23,4% dos domicílios têm pelo menos um dos progenitores a fumar no domicílio. Face a estes dados, podemos inferir que 23,4% das crianças deste estudo estão expostas diária ou ocasionalmente ao fumo passivo em casa pelo facto dos pais/mães fumarem no seu interior.

Embora a percentagem de crianças exposta ao fumo ambiental no domicílio seja inferior ao registado noutros estudos (Precioso *et al.*, 2005), não deixa de ser muito preocupante a elevada

percentagem de crianças da amostra que estão expostas ao FAT, e que estão por esse motivo a sofrer as consequências dessa exposição.

Tabela 16. Prevalência de pais/mães que fumam no domicílio

N(478)

Familiar	Fuma diariamente no domicílio				Fuma ocasionalmente no domicílio			Não fuma no domicílio		
	n	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
<b>Mãe</b>	(239)	5,4	(2,9 – 9,1)	13	3,3	(1,5 – 6,5)	8	91,3	(86,9 – 94,5)	218
<b>Pai</b>	(239)	13,4	(9,3 – 18,4)	32	7,9	(4,9 – 12,1)	19	78,7	(73,0 – 83,7)	188
<b>Mãe e Pai</b>	(239)	3,3	(1,5 – 6,5)	8	1,3	(0,3 – 3,6)	3	95,4	(91,9 – 97,7)	228
<b>Mãe e/ou Pai</b>	(239)	15,5	(11,1 – 20,7)	37	7,9	(4,9 – 12,1)	19	76,6	(70,7 – 81,8)	183

Para se tentar perceber um pouco melhor o comportamento dos fumadores (além da selecção prévia de famílias biparentais acima descrita), seleccionámos as mães que eram fumadoras (41) e calculámos a prevalência das que fumam no domicílio diária (31,7%) e ocasionalmente (19,5%). Para os pais realizámos os mesmos procedimentos, e dos pais que fumam (91), verificámos que 35,1% fuma diariamente no domicílio e 20,9% ocasionalmente (Tabela 17).

Podemos constatar que cerca de 51,2% das mães fumadoras fumam diária ou ocasionalmente em casa, e o mesmo acontece com 56% dos pais. São, por isso, muito elevadas as percentagens de pais fumadores que fumam em casa, pondo em risco, conforme já foi referido, a saúde dos filhos, e constituindo um mau modelo para estes.

Tabela 17. Prevalência de pais e mães fumadores que fumam no domicílio

N(132)

Familiar	n	Fuma diariamente no domicílio			Fuma ocasionalmente no domicílio			Não fuma no domicílio		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
<b>Mãe</b>	(41)	31,7	(18,1 – 48,1)	13	19,5	(8,8 – 34,9)	8	48,8	(32,9 – 64,9)	20
<b>Pai</b>	(91)	35,1	(25,4 – 45,9)	32	20,9	(13,1 – 30,7)	19	44,0	(35,6 – 54,8)	40
<b>Mãe e Pai</b>	(104)	7,7	(4,0 – 15,8)	8	2,9	(0,6 – 8,2)	3	89,4	(81,7 – 94,6)	93
<b>Mãe e/ou Pai</b>	(104)	35,6	(26,4 – 45,6)	37	18,3	(11,4 – 27,1)	19	46,1	(36,3 – 56,2)	48

Verifica-se pela Tabela 18 que 68% das mães e 72,5% dos pais responderam que quando fumavam, o faziam em apenas uma divisão. As divisões onde as mães afirmam que fumam são: a cozinha (19), a sala de estar (5) e a sala de jantar (4). Quanto aos pais, 23 pais afirmam que fumam na cozinha, 22 na sala de estar, 10 na casa de banho, 7 na sala de jantar, 2 afirmam que fumam em todas as divisões e 1 no quarto.

Tabela 18. Local no domicílio onde costuma fumar

N(76)

Familiar	n	Apenas numa divisão			Em duas ou mais divisões		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
<b>Mãe</b>	(25)	68,0	(46,5 – 85,1)	17	32,0	(14,9 – 53,5)	8
<b>Pai</b>	(51)	72,5	(58,3 – 84,1)	37	27,5	(15,9 – 41,7)	14
<b>Total</b>	(76)	71,1	(59,5 – 80,9)	54	28,9	(19,1 – 40,5)	22

 $p = 0,68$

#### 4.2.4 Alguns factores sócio-demográficos relacionados com o consumo de tabaco pelos pais/mães dos alunos no domicílio

Para a construção da Tabela 19 seleccionámos apenas pais fumadores e excluímos os pais que declararam serem não fumadores. A referida tabela traduz a prevalência de pais (apenas pai) fumadores, fumadores diários e ocasionais no domicílio (agrupados em “fuma no domicílio”) em função da posição social.

Do ponto de vista estatístico podemos verificar que não existem diferenças significativas ( $p=0,94$ ) nos hábitos tabágicos em função da posição social. Os pais fumadores que pertencem a uma posição social superior não têm hábitos tabágicos no domicílio diferentes dos pais fumadores que pertençam a uma posição social inferior.

Ao compararmos os resultados obtidos na Tabela 17 com o estudo realizado por Precioso *et al.* (2005), verificamos que existem resultados diferentes, ou seja, no estudo realizado por Precioso *et al.* (2005) verificou-se que os pais fumadores e que pertencem a uma posição social superior são os que mais fumam no domicílio ( $p<0,001$ ).

Tabela 19. Prevalência de pais (apenas o pai) fumadores, que fumam no domicílio, em função da classe social/posição social

Posição Social	n	Fuma no domicílio			Não fuma no domicílio			N(88)
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	
Alta / Média Alta	(29)	55,2	(35,7 – 73,6)	16	44,8	(26,4 – 64,3)	13	
Média Baixa / Baixa / Outras	(59)	55,9	(42,4 – 69,0)	33	44,1	(31,2 – 57,6)	26	

$p = 0,94$

Para a realização da Tabela 20 seleccionámos apenas mães fumadoras e excluímos as mães que se declararam não fumadoras. Esta tabela traduz a prevalência de mães fumadoras, fumadoras diárias e ocasionais no domicílio (agrupadas em “fuma no domicílio”) em função da posição social.

Do ponto de vista estatístico podemos verificar que não existem diferenças significativas ( $p=0,92$ ) entre a posição social superior e inferior relativamente aos hábitos tabágicos, ou seja, as mães fumadoras que pertencem a uma posição social superior têm hábitos tabágicos no domicílio semelhantes aos das mães fumadoras que pertençam a uma posição social inferior.

Ao compararmos os resultados obtidos na Tabela 20 com o estudo realizado por Precioso *et al.* (2005), verificamos que existem semelhanças, ou seja, no estudo realizado por Precioso *et al.* (2005), também se verificou que não há diferenças estatisticamente significativas nos hábitos tabágicos praticados no domicílio em função da posição social ( $p>0,5$ ).

Tabela 20. Prevalência de mães fumadoras, que fumam no domicílio, em função da classe social/posição social

		N(51)					
		Fuma no domicílio			Não fuma no domicílio		
Posição Social	n	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Alta / Média Alta	(16)	50,0	(24,7 – 75,3)	8	50,0	(24,7 – 75,3)	8
Média Baixa / Baixa / Outras	(35)	51,4	(34,0 – 68,6)	18	48,6	(31,4 – 66,0)	17

$p = 0,92$

A Tabela 21 traduz a prevalência de pais (apenas pai) fumadores, fumadores diários e ocasionais no domicílio (agrupados em “fuma no domicílio”) em função das habilitações literárias. Do ponto de vista estatístico podemos verificar que não existem diferenças significativas ( $p=0,89$ ) entre as habilitações literárias superiores e inferiores em função dos hábitos tabágicos, ou seja, os pais fumadores que detêm habilitações literárias superiores não têm hábitos tabágicos no domicílio diferentes dos pais fumadores que detenham habilitações literárias inferiores.



Tabela 21. Prevalência de pais (apenas o pai) fumadores, que fumam no domicílio, em função das habilitações literárias

N(91)							
Habilitações Literárias	n	Fuma no domicílio			Não Fuma no Domicílio		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
≤ 9.º Ano	(34)	58,8	(40,7 – 75,4)	20	41,2	(24,6 – 59,3)	14
Ensino Secundário	(43)	53,5	(37,7 – 68,8)	23	46,5	(31,2 – 62,3)	20
Ensino Superior	(14)	57,1	(28,9 – 82,3)	8	42,9	(17,7 – 71,1)	6

$p = 0,89$

À semelhança da Tabela 20, para a construção da Tabela 22 seleccionámos apenas mães fumadoras e excluímos as mães que declararam serem não fumadoras. A Tabela 22 traduz a prevalência de mães fumadoras, fumadoras diárias e ocasionais no domicílio (agrupadas em “fuma no domicílio”) em função das habilitações literárias.

Do ponto de vista estatístico podemos verificar que não existem diferenças significativas ( $p=0,84$ ) entre as habilitações literárias superiores e inferiores no que se refere aos seus hábitos tabágicos, ou seja, as mães fumadoras que detêm habilitações literárias superiores têm hábitos tabágicos no domicílio semelhantes aos das mães fumadoras que detenham habilitações literárias inferiores.

Tabela 22. Prevalência de mães fumadoras, que fumam no domicílio, em função das habilitações literárias

N(48)							
Habilitações Literárias	n	Fuma no domicílio			Não fuma no domicílio		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
≤ 9.º Ano	(7)	42,9	(9,9 – 81,6)	3	57,1	(18,4 – 90,1)	4
Ensino Secundário	(25)	52,0	(31,3 – 72,0)	13	48,0	(27,8 – 68,7)	12
Ensino Superior	(16)	43,8	(19,8 – 70,1)	7	56,3	(29,9 – 80,2)	9

$p = 0,84$

Um dos objectivos do estudo é determinar a etiologia do comportamento de fumar dos pais. Estudou-se por isso a relação entre a opinião dos pais relativamente ao consumo de tabaco e os seus hábitos tabágicos. Para se relacionar a opinião com o consumo, tivemos que criar uma variável

"Opinião", com três categorias: favorável (ao consumo de tabaco); intermédia e desfavorável (relativamente ao consumo de tabaco). Foi elaborada uma escala de Likert e as respostas dadas pelos pais/mães nos itens do questionário foram incluídas nas categorias acima referidas de acordo com os pontos obtidos nessa escala. Podemos constatar (Tabelas 23 e 24) que a prevalência de fumadores é menor nas pessoas que têm uma opinião desfavorável relativamente ao consumo de tabaco do que no grupo das pessoas que têm opinião favorável ao consumo de tabaco. Estas diferenças registam-se em todas as questões e em ambos os sexos. Nos esforços preventivos vale a pena investir no desenvolvimento de opiniões e atitudes desfavoráveis relativamente ao consumo de tabaco.

**Tabela 23. Prevalência de pais (pai) fumadores e não fumadores em função das opiniões sobre tabagismo activo e passivo**

PAI								
Hábitos Tabágicos								
Fumador								
Não Fumador								
Afirmação	Opinião	n	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Q1	Desfavorável	(189)	32,3	(25,7 – 39,4)	61	67,7	(60,6 – 74,3)	128
	Intermédia	(46)	60,9	(45,4 – 75,0)	28	39,1	(25,1 – 54,6)	18
	Favorável	(6)	50,0	(11,8 – 88,2)	3	50,0	(11,8 – 88,2)	3
						<i>p</i> = 0,001		
Q2	Desfavorável	(100)	26,0	(17,7 – 35,7)	26	74,0	(64,3 – 82,3)	74
	Intermédia	(80)	43,8	(32,7 – 55,3)	35	56,3	(44,7 – 67,3)	45
	Favorável	(60)	51,7	(38,4 – 64,8)	31	48,3	(35,2 – 61,6)	29
						<i>p</i> = 0,003		
Q3	Desfavorável	(175)	29,7	(23,1 – 37,1)	52	70,3	(63,0 – 77,0)	123
	Intermédia	(61)	59,0	(45,7 – 71,4)	36	41,0	(28,6 – 54,3)	25
	Favorável	(6)	66,7	(22,3 – 95,7)	4	33,3	(4,3 – 77,7)	2
						<i>P</i> < 0,0001		
Q4	Desfavorável	(159)	31,4	(24,3 – 39,3)	50	68,6	(60,7 – 75,7)	109
	Intermédia	(65)	52,3	(39,5 – 64,9)	34	47,7	(35,1 – 60,5)	31
	Favorável	(18)	44,4	(21,5 – 69,2)	8	55,6	(30,8 – 78,5)	10
						<i>p</i> = 0,01		

Q5	Desfavorável	(180)	33,9	(27,0 – 41,3)	61	66,1	(58,7 – 73,0)	119
	Intermédia	(51)	51,0	(36,6 – 65,2)	26	49,0	(38,8 – 63,4)	25
	Favorável	(12)	41,7	(15,2 – 72,3)	5	58,3	(27,7 – 84,8)	7
								<i>p</i> = 0,08
Q6	Desfavorável	(137)	23,4	(16,6 – 31,3)	32	76,6	(68,7 – 83,4)	105
	Intermédia	(91)	54,9	(44,2 – 65,4)	50	45,1	(34,6 – 55,8)	41
	Favorável	(15)	66,7	(38,4 – 8,2)	10	33,3	(11,8 – 61,6)	5
								<i>P</i> < 0,0001

**Legenda:**

Q1 - Fumar prejudica gravemente a saúde dos fumadores

Q2 - Fumar só afecta a saúde se a pessoa fumar durante muitos anos

Q3 - Fumar dentro de casa prejudica a saúde de quem nela habita

Q4 - Fumar só prejudica a saúde do fumador e não a saúde das pessoas que o rodeiam

Q5 - Não há problema para a saúde do bebé se uma grávida fumar durante a gravidez

Q6 - As pessoas expostas ao fumo passivo (fumo do cigarro existente no ar) podem ter doenças por causa disso

Tabela 24. Prevalência de mães fumadoras e não fumadoras em função das opiniões sobre tabagismo activo e passivo

MÃE

Afirmação	Hábitos Tabágicos	Fumadora				Não Fumadora			
		n	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	
Q1	Desfavorável	(234)	15,4	(11,0 – 20,7)	36	84,6	(79,3 – 89,0)	198	
	Intermédia	(31)	45,2	(27,3 – 64,0)	14	54,8	(36,0 – 72,7)	17	
	Favorável	(4)	25,0	(0,6 – 80,6)	1	75,0	(19,4 – 99,4)	3	
<i>p</i> = 0,0004									
Q2	Desfavorável	(114)	9,6	(4,9 – 16,6)	11	90,4	(83,4 – 95,1)	103	
	Intermédia	(109)	27,5	(19,4 – 36,9)	30	72,5	(63,1 – 80,6)	79	
	Favorável	(44)	22,7	(11,5 – 37,8)	10	77,3	(62,2 – 88,5)	34	
<i>p</i> = 0,0025									
Q3	Desfavorável	(229)	16,6	(12,0 – 22,1)	38	83,4	(78,0 – 88,0)	191	
	Intermédia	(36)	36,1	(20,8 – 53,8)	13	63,9	(46,2 – 79,2)	23	
	Favorável	(1)	0,0	(0,0 – 97,5)	0	100,0	(2,5 – 100,0)	1	
<i>p</i> = 0,02									
Q4	Desfavorável	(203)	14,8	(10,2 – 20,4)	30	85,2	(79,6 – 89,8)	173	
	Intermédia	(48)	31,3	(18,7 – 46,3)	15	68,8	(53,7 – 81,3)	33	
	Favorável	(16)	37,5	(15,2 – 64,6)	6	62,5	(35,4 – 84,8)	10	
<i>p</i> = 0,005									
Q5	Desfavorável	(206)	14,1	(9,6 – 19,6)	29	85,9	(80,4 – 90,4)	177	
	Intermédia	(48)	35,4	(22,2 – 50,5)	17	64,6	(49,5 – 77,8)	31	
	Favorável	(14)	35,7	(12,8 – 64,9)	5	64,3	(35,1 – 87,2)	9	
<i>p</i> = 0,0008									
Q6	Desfavorável	(165)	13,9	(9,0 – 20,2)	23	86,1	(79,8 – 91,0)	142	
	Intermédia	(84)	25,0	(16,2 – 35,6)	21	75,0	(64,4 – 83,8)	63	
	Favorável	(20)	35,0	(15,4 – 59,2)	7	65,0	(40,7 – 83,2)	13	
<i>p</i> = 0,02									

Legenda:

Q1 - Fumar prejudica gravemente a saúde dos fumadores

Q2 - Fumar só afecta a saúde se a pessoa fumar durante muitos anos

Q3 - Fumar dentro de casa prejudica a saúde de quem nela habita

- Q4 - Fumar só prejudica a saúde do fumador e não a saúde das pessoas que o rodeiam  
 Q5 - Não há problema para a saúde do bebé se uma grávida fumar durante a gravidez  
 Q6 - As pessoas expostas ao fumo passivo (fumo do cigarro existente no ar) podem ter doenças por causa disso

Para se aprofundar o estudo da relação entre a opinião dos pais relativamente ao tabagismo com o consumo de tabaco, tivemos que criar uma variável “Opinião”, com três categorias: favorável (ao consumo de tabaco), intermédia e desfavorável (relativamente ao consumo de tabaco). A categoria *favorável* refere-se à soma da pontuação obtida na escala de Likert, nos itens seleccionados do questionário situada entre 6-15 pontos; a categoria “*intermédia*”, inclui pontuações entre os 16-21 e a categoria *desfavorável* inclui as pontuações no intervalo de 22-30.

Constata-se mais uma vez através das Tabelas 25, 26, 27 e 28 que a prevalência de fumadores é menor nas pessoas que têm uma opinião desfavorável relativamente ao consumo de tabaco do que no grupo das pessoas que têm opinião favorável ao consumo de tabaco. Estas diferenças registam-se em todas as questões e em ambos os sexos.

**Tabela 25. Prevalência de mães fumadoras em função das opiniões (englobadas) sobre tabagismo activo e passivo**

		N(271)					
		Fumadora				Não Fumadora	
Opinião	n	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Desfavorável	(166)	14,5	(9,5 – 20,7)	24	85,5	(79,3 – 90,5)	142
Intermédia	(93)	24,7	(16,4 – 34,8)	23	75,3	(65,2 – 83,6)	70
Favorável	(12)	33,4	(9,9 – 65,1)	4	66,7	(34,9 – 90,1)	8

*p* = 0,05

Tabela 26. Prevalência de pais fumadores em função das opiniões (englobadas) sobre tabagismo activo e passivo

N(243)

Opinião	n	Fumador			Não Fumador		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Desfavorável	(129)	25,6	(18,3 – 34,0)	33	74,4	(66,0 – 81,7)	96
Intermédia	(101)	54,5	(44,2 – 64,4)	55	45,5	(35,6 – 55,8)	46
Favorável	(13)	30,8	(9,1 – 61,4)	4	69,2	(38,6 – 91,0)	9

$p < 0,0001$

Tabela 27. Prevalência de mães fumadoras no domicílio em função das opiniões (englobadas) sobre tabagismo activo e passivo

N(50)

Opinião	n	Fumadora no domicílio			Não Fumadora no domicílio		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Desfavorável	(24)	45,8	(25,6 – 67,2)	11	54,2	(32,8 – 74,4)	13
Intermédia	(23)	56,5	(34,5 – 76,8)	13	43,5	(23,2 – 65,5)	10
Favorável	(3)	66,7	(9,4 – 99,2)	2	33,3	(0,8 – 90,6)	1

$p = 0,67$

Tabela 28. Prevalência de pais fumadores no domicílio em função das opiniões (englobadas) sobre tabagismo activo e passivo

N(91)

Opinião	n	Fumador no domicílio			Não Fumador no domicílio		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	F
Desfavorável	(33)	39,4	(22,9 – 57,9)	13	60,6	(42,1 – 77,1)	20
Intermédia	(54)	63,0	(48,7 – 75,7)	34	37,0	(24,3 – 51,3)	20
Favorável	(4)	100,0	(39,8 – 100,0)	4	0,0	(0,0 – 60,2)	0

$p = 0,02$

Através da análise da Tabela 29 constata-se que 36,4% das mães e 31,4% dos pais declaram estar dispostos a deixar de fumar no domicílio se os filhos lhes pedirem, o que significa que se os professores convencerem os alunos/filhos a persuadir os pais a parar de fumar no domicílio, estes provavelmente acatarão as recomendações dos filhos.

Tabela 29. Pais e mães que estão dispostos a parar de fumar em casa, a pedido dos filhos

		N(73)								
		Sim			Não			Talvez		
Familiar	n	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Mãe	(22)	36,4	(17,2 – 59,3)	8	13,6	(2,9 – 34,9)	3	50,0	(28,2 – 71,8)	11
Pai	(51)	31,4	(19,1 – 45,9)	16	9,8	(3,3 – 21,4)	5	58,8	(44,2 – 72,4)	30

$p = 0,77$

#### 4.3 Descrição e interpretação dos resultados do estudo efectuado com os alunos

##### 4.3.1 Hábitos tabágicos dos alunos da amostra

Um dos objectivos do estudo com alunos era caracterizar os hábitos tabágicos dos elementos da amostra. Podemos constatar pela análise da Tabela 30 que actualmente nenhum dos alunos inquiridos consome tabaco. Quando questionados se alguma vez já tinham experimentado fumar, verifica-se que 1,2% dos alunos já o fizeram.

Os nossos dados são concordantes com um estudo realizado por Lotufo e Rozov (2006), segundo o qual 1,55% das crianças inquiridas, de idades compreendidas entre os 7 e os 10 anos, já tinham fumado pelo menos um cigarro.

Tabela 30. Hábitos tabágicos dos alunos da amostra

N(325)

Pergunta	n	SIM			Não			NS/NR		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
P1	(325)	1,2	(0,3 – 3,1)	4	98,8	(96,9 – 99,7)	321	0,0	(0,0 – 0,1)	0
P2	(325)	0,0	(0,0 – 0,1)	0	100,0	(98,9 – 100,0)	325	0,0	(0,0 – 0,1)	0

**Legenda:**

P1 – Já alguma vez fumaste?

P2 – Actualmente fumas?

#### 4.3.2 Prevalência de alunos da amostra (que declaram estar) expostos ao fumo passivo no domicílio

Conforme se pode observar pelos dados da Tabela 31, verifica-se que 18,7% dos alunos da amostra percebem que a mãe fuma e 39,9% percebem que o seu pai é fumador. Estes dados estão de acordo com os resultados do estudo efectuado com os pais/mães. É de salientar que as crianças observam e registam os comportamentos dos mais próximos, o que explica a influência que os progenitores podem ter na adopção do consumo de tabaco pelos filhos. Trata-se do efeito de modelagem: as crianças vêem; as crianças fazem.

Os resultados obtidos na Tabela 31 são semelhantes aos resultados apurados no estudo realizado por Precioso *et al.* (2007), utilizando uma amostra de alunos (N=1141) que frequentavam o 7.º, 8.º e 9.º ano de escolaridade (3.º ciclo do Ensino Básico) em que a percentagem de alunos que perceberam que os seus pais eram fumadores traduziu-se em 40,1% e que as suas mães são fumadoras em 17,6%.



Tabela 31. Prevalência de pais e mães fumadores, declarada pelos alunos da amostra

		N(325)					
		Fumador		Não Fumador			
Familiar	n	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Mãe	(321)	18,7	(14,6 – 23,4)	60	81,3	(76,6 – 85,4)	261
Pai	(318)	39,9	(34,5 – 45,6)	127	60,1	(54,4 – 65,5)	191

Sublinha-se que o principal objectivo do estudo com alunos era determinar a prevalência de alunos da amostra «que declaram estar» expostos ao FAT no domicílio, e como objectivo secundário, avaliar a fiabilidade e consistência dos resultados obtidos no estudo com pais e alunos, pois são complementares. Para podermos comparar as declarações dos alunos sobre a percepção da exposição dos alunos ao fumo ambiental do tabaco com as dos pais/mães, utilizámos a mesma amostra que foi utilizada no estudo com pais, ou seja, famílias biparentais, em que ambos os pais (pai e mãe) responderam e entregaram o instrumento de colheita de dados (N=239). A amostra é assim igual à que foi usada no estudo com pais para avaliar estes parâmetros.

Através da análise da Tabela 32 verificamos que 7,6% dos alunos percebem que a sua mãe fuma diária ou ocasionalmente no domicílio e 19,2% percebem que o seu pai fuma diária ou ocasionalmente no domicílio. Os dados permitem ainda estimar que 21,7% dos alunos estão expostos diária ou ocasionalmente ao fumo ambiental do tabaco, pelo facto de pelo menos um dos seus pais (pai/mãe) fumar diária ou ocasionalmente em casa.

Comparando os resultados obtidos no estudo com alunos com o estudo com pais (uma vez que a amostra utilizada nos dois estudos é muito semelhante, e permite ter a percepção do que se passa no domicílio, na perspectiva dos pais e dos alunos/filhos), constatamos uma ligeira diferença nos resultados. Verifica-se que, segundo as declarações dos alunos/filhos, 7,6% das mães fumam diária ou ocasionalmente em casa enquanto no estudo feito com pais essa percentagem (auto-declarada pela mãe) é ligeiramente superior, 8,7%. Tendência semelhante constata-se em relação aos pais. Enquanto 21,3% dos pais declaram que fumam diária ou ocasionalmente no domicílio, uma percentagem ligeiramente inferior de alunos/filhos (19,2%) tem a percepção que os seus pais fumam no domicílio. A prevalência de alunos expostos ao FAT diária ou ocasionalmente no domicílio, através da resposta dada pelos pais e mães, é de 23,4%, e a que é obtida com base na percepção e

resposta dos filhos é de 21,7%. Estas ligeiras diferenças podem ser atribuídas ao facto de os pais fumarem em divisões da casa que os filhos, sobretudo os mais novos, não percebem.

Uma outra diferença entre os dados do estudo com pais/mães (Tabela 16) relativamente ao estudo com alunos/filhos (Tabela 32) é o facto da prevalência de fumadores diários no domicílio ser superior no estudo com os pais, acontecendo o contrário relativamente à prevalência de fumadores ocasionais.

Isto pode ser explicado pelo facto de nem sempre os pais fumarem quando os filhos estão em casa e pelo facto de nem sempre os filhos observarem os pais a fumar. Se compararmos os dados obtidos na Tabela 32 com o estudo realizado por Precioso *et al.* (2007), verificamos que a diferença de valores entre este estudo e o estudo em causa é bastante apreciável, isto é, segundo o estudo realizado pelos autores acima referidos, 31,4% dos alunos percebem que estão expostos diária ou ocasionalmente ao FAT produzido pelo pai no domicílio e 15,6% pela mãe. No estudo em causa verifica-se que 19,2% dos alunos percebem que estão expostos diária ou ocasionalmente ao FAT produzido pelo pai no domicílio e 7,6% pela mãe. Esta diferença de resultados poderá estar relacionada com os aspectos referidos na secção das limitações deste estudo (ponto 1.5), ou seja, com o facto de uma percentagem apreciável de pais/mães não ter participado no estudo por decisão própria.

No estudo efectuado por Lotufo e Rozov (2006) em crianças de idades compreendidas entre os 7 e os 10 anos, constatou-se que 50,1% das crianças inquiridas declaram que são fumadoras passivas no domicílio. Estes valores estão muito próximos dos estimados pela OMS, segundo a qual cerca de uma em cada duas crianças está exposta ao fumo ambiental do tabaco.

Os últimos dados trazidos a público pela OMS sobre a prevalência de fumadores diários no Brasil com 15 ou mais anos é de 26,3% para os homens e de 17,5% nas mulheres (OMS, 2003). Se compararmos os últimos dados de prevalência de fumadores entre o nosso país (INE, 2007a) e o Brasil (OMS, 2003), verificamos que Portugal apresenta uma prevalência superior de 4,3 p.p. de homens fumadores diários (30,6%) e uma prevalência inferior de 5,7 p.p. de mulheres fumadoras diárias (11,8%). Consta-se ainda que a exposição das crianças ao FAT no domicílio varia entre os 20% na cidade de Salvador e 55% em Porto Alegre (Ministério da Saúde Brasil - VIGESCOLA, 2007).

Poderemos talvez afirmar que a razão pela qual o estudo realizado por Lotufo e Rozov (2006) apresenta prevalências superiores de exposição das crianças ao FAT no domicílio, em comparação com o estudo em causa e também com o estudo realizado por Precioso *et al.* (2007),

poderá estar relacionada com o facto de ter sido realizado numa das cidades que apresentam maiores prevalências de exposição ao FAT no domicílio.

Tabela 32. Prevalência de pais/mães que fumam no domicílio, declarada pelos alunos da amostra

N(478)

Familiar	n	Fuma diariamente no domicílio			Fuma ocasionalmente no domicílio			Não fuma no domicílio		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Mãe	(239)	1,7	(0,5 – 4,2)	4	5,9	(3,2 – 9,6)	14	92,4	(88,4 – 95,5)	221
Pai	(239)	5,4	(2,9 – 9,1)	13	13,8	(9,7 – 18,8)	33	80,8	(75,2 – 85,6)	193
Mãe e Pai	(239)	1,7	(0,5 – 4,2)	4	3,3	(1,5 – 6,5)	8	95,0	(91,4 – 97,4)	227
Mãe e/ou Pai	(239)	5,4	(2,9 – 9,1)	13	16,3	(11,9 – 21,6)	39	78,3	(22,5 – 83,3)	187

Para construir a Tabela 33 (além da selecção prévia de famílias biparentais acima descrita), seleccionámos as mães que os filhos percepcionaram serem fumadoras (35) e calculámos a prevalência dessas mães que, segundo as declarações dos seus filhos, fumam no domicílio diariamente (11,4%) e ocasionalmente (40,0%). Para os pais realizámos os mesmos procedimentos. Dos pais que os filhos percepcionaram serem fumadores (84), verificámos que 15,5% (segundo as declarações dos seus filhos) fumam diariamente no domicílio e 39,5% ocasionalmente.

Ao compararmos as respostas dadas pelos pais/mães na Tabela 17 com as respostas dadas pelos filhos/alunos na Tabela 33 (visto que os critérios de selecção da amostra são idênticos, o que muda é o respondente: pai/mãe *versus* filho), verificamos que as respostas dadas pelos pais/mães e as respostas dadas pelos filhos mais uma vez divergem ligeiramente, o que pode ter a mesma explicação dada anteriormente.

Segundo as declarações dos pais/mães fumadores, 35,6% das crianças estão expostas ao FAT no domicílio diariamente e 18,3% ocasionalmente. No estudo com alunos/filhos, e segundo as suas declarações, estas percentagens invertem-se: 40,2% das crianças referem que estão expostas ao FAT no domicílio ocasionalmente e 13,4% diariamente. Em resumo: segundo as declarações dos pais/mães fumadores, 53,9% dos seus filhos estão expostos diária ou ocasionalmente ao FAT no domicílio, e segundo as declarações dos filhos/alunos, 53,6% dos alunos filhos de pais e ou mães

fumadores estão expostos diária ou ocasionalmente ao FAT no domicílio. Apesar das divergências nas respostas entre pais/mães e filhos se fazer notar entre a exposição diária e a ocasional no domicílio, se não fizermos distinção entre os diferentes tipos de exposição e agruparmos os valores, verifica-se que existe uma elevada concordância nas respostas dadas por ambos os grupos. A explicação pode ser a que foi dada para os resultados apresentados na tabela anterior. Os alunos têm a percepção de que os pais fumam, mas não sabem descrever com rigor a frequência com que o fazem.

Tabela 33. Prevalência de pais e mães fumadores, que fumam no domicílio, declarada pelos alunos

N(119)

Familiar	n	Fuma diariamente no domicílio			Fuma ocasionalmente no domicílio			Não fuma no domicílio		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
Mãe	(35)	11,4	(3,2 – 26,7)	4	40,0	(23,9 – 57,9)	14	48,6	(31,4 – 66,0)	17
Pai	(84)	15,5	(8,5 – 25,0)	13	39,3	(28,8 – 50,5)	33	45,2	(34,3 – 56,5)	38
Mãe e Pai	(97)	4,1	(1,1 – 10,2)	4	8,2	(3,6 – 15,6)	8	87,7	(79,4 – 93,4)	85
Mãe e/ou Pai	(97)	13,4	(7,3 – 21,8)	13	40,2	(30,4 – 50,7)	39	46,4	(36,2 – 56,8)	45

#### 4.3.3 Opiniões dos alunos da amostra, relativamente ao tabagismo activo e passivo

A Tabela 34 descreve a opinião dos alunos da amostra relativamente ao tabagismo activo e passivo, e que vem dar resposta ao terceiro e último objectivo previamente definido para este estudo.

Através da análise da Tabela 34 verificamos que 99,4% das crianças têm opinião que fumar faz mal à saúde; 97,9% das crianças são da opinião de que se os pais fumarem dentro de casa lhes irá causar mal à sua saúde; 99,7% das crianças não consideram que a atitude de fumar torne as pessoas mais bonitas e apenas 0,6% das crianças pensam em fumar no futuro.

Os resultados apurados na Tabela 34 são semelhantes aos resultados obtidos por Lotufo e Rozov (2006). Segundo o estudo realizado por Lotufo e Rozov (2006), 98,3% das crianças acham que o cigarro faz mal à saúde; 95,5% consideram que os fumadores incomodam as outras pessoas com o fumo; 99% não consideram a atitude de fumar bonita e apenas 1,7% pensam em fumar no futuro.

Tabela 34. Opinião dos alunos da amostra sobre o tabagismo activo e passivo

N(325)										
Pergunta	n	SIM			Não			NS/NR		
		%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f	%	IC (95%)	f
P3	(325)	0,0	(0,0 – 1,1)	0	99,4	(97,8 – 99,2)	323	0,6	(0,1 – 2,2)	2
P4	(325)	1,2	(0,3 – 3,1)	4	97,9	(95,6 – 99,1)	318	0,9	(0,2 – 2,7)	3
P5	(325)	97,9	(95,6 – 99,1)	318	0,6	(0,1 – 2,2)	2	1,5	(0,5 – 3,6)	5
P6	(325)	0,0	(0,0 – 1,1)	0	99,4	(97,8 – 99,2)	323	0,6	(0,1 – 2,2)	2

**Legenda:**

P3 – Fumar faz bem à saúde?

P4 – Fumar torna as pessoas mais bonitas?

P5 – Se os teus pais fumarem dentro de casa isso fará mal à tua saúde?

P6 – Quando fores maior queres fumar cigarros?

## CAPÍTULO V

### CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

#### 5.1 Introdução

Neste capítulo apresentam-se as conclusões da investigação (5.2.1 e 5.2.2), seguidas das implicações dos resultados (5.3) e de sugestões para futuras investigações (5.4).

#### 5.2 Conclusões da investigação

##### *5.2.1 Conclusões do estudo efectuado com pais*

###### *a) Hábitos tabágicos dos pais*

Constata-se que 16,6% das mães fumam diariamente e 2,2% fazem-no ocasionalmente. Quanto aos pais, verifica-se que 35,0% fumam diariamente e 2,9% ocasionalmente, sendo as diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros ( $p < 0,0001$ ). O hábito de fumar é mais frequente nos homens do que nas mulheres da amostra, o que está de acordo com todos os estudos efectuados na população portuguesa.

Embora a prevalência de pais fumadores diários nos elementos da amostra seja menor que a registada no último Inquérito Nacional de Saúde para a mesma faixa etária (INE, 2007a), podemos, apesar disso, considerar que é elevada e preocupante a percentagem de mães e pais dos alunos da amostra que fumam diária ou ocasionalmente.

Quanto ao número de cigarros consumidos diariamente, verifica-se que 41,2% das mães fumadoras apresentam consumos entre 11 a 20 cigarros e apenas 2,0% das mães fumam mais de

20 cigarros/dia. No que diz respeito ao número de cigarros fumados diariamente pelos pais fumadores, 46,1% consomem entre 11 a 20 cigarros, e 18,7% apresentam um consumo diário de cigarros superior a 20 cigarros, existindo diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros ( $p < 0,005$ ). Constata-se que os homens fumam em maior percentagem e maior quantidade do que as mulheres, o que também está de acordo com os dados do INS de 2006.

Ao analisarmos o número de anos que os pais/mães se consideram fumadores, constatamos que 39,3% das mães já se consideram fumadoras entre 11 a 20 anos, 29,4% há menos de 11 anos e 13,7% há mais de 20 anos. Quanto aos pais, 46,7% consideram-se fumadores entre 11 a 20 anos, 32,6% há mais de 20 anos e 8,7% há menos de 11 anos, existindo também neste caso diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros ( $p < 0,003$ ).

#### *b) Factores sócio-demográficos relacionados com o consumo de tabaco*

Parece não haver diferenças estatisticamente significativas no consumo de tabaco em função da posição social e das habilitações literárias dos pais/mães. Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas, verifica-se que o grupo dos pais (apenas pai) com habilitações literárias inferiores ou iguais ao 9.º ano, é o grupo onde há uma maior prevalência de fumadores.

#### *c) Hábitos tabágicos dos pais no domicílio*

Constatamos que em 23,4% dos domicílios existe pelo menos um dos progenitores a fumar diária ou ocasionalmente em casa. Face a estes resultados, podemos inferir que 23,4% das crianças deste estudo estão expostas diária ou ocasionalmente ao fumo passivo em casa pelo facto de os pais/mães fumarem no seu interior.

Constata-se que cerca de 51,2% das mães fumadoras fumam diária ou ocasionalmente em casa, e o mesmo acontece com 56% dos pais. São por isso muito elevadas as percentagens de pais fumadores que fumam em casa, pondo em risco, conforme já foi referido, a saúde dos filhos e constituindo um mau modelo para estes.

#### *d) Factores sócio-demográficos relacionados com o consumo de tabaco no domicílio*

Constata-se que não existem diferenças significativas nos hábitos tabágicos no domicílio em função da posição social. Verifica-se o mesmo relativamente às habilitações literárias.

#### *e) Opiniões dos pais/mães sobre o tabagismo passivo e activo*

Constata-se que a prevalência de fumadores é maior nas pessoas que têm uma opinião favorável relativamente ao consumo de tabaco, do que no grupo das pessoas que têm opinião desfavorável ao consumo de tabaco. Estas diferenças registam-se em ambos os sexos. Constata-se ainda que 36,4% das mães e 31,4% dos pais declaram estar dispostos a deixar de fumar se os filhos lhes pedirem, o que significa que se os professores convencerem os alunos/filhos a persuadir os pais a parar de fumar, estes provavelmente acatarão as recomendações dos filhos.

### ***5.2.2 Conclusões do estudo efectuado com alunos***

#### *a) Hábitos tabágicos dos alunos*

Verificamos que, actualmente, nenhum dos alunos inquiridos fuma diária ou ocasionalmente e apenas uma reduzida percentagem de alunos experimentou fumar, o que está de acordo com os inúmeros estudos deste tipo efectuados em alunos do 2º ciclo. É importante efectuar acções preventivas no segundo ciclo para tentar manter estes alunos como não fumadores.

#### *b) Opiniões dos alunos sobre o fumo activo e passivo*

Os resultados permitem concluir que as percentagens elevadas de alunos desta faixa etária e nível de escolaridade têm uma opinião desfavorável relativamente ao consumo de tabaco. 99,4% das crianças consideram que fumar faz mal à saúde; 97,9% das crianças são de opinião que se os pais fumarem dentro de casa lhes irá fazer mal à saúde; 99,7% das crianças não consideram que fumar torne as pessoas mais bonitas e apenas 0,6% das crianças pensam tornar-se fumadoras no futuro. Estes dados estão também de acordo com os obtidos noutros estudos.



### *c) Alunos que declaram estar expostos ao FAT no domicílio*

A partir das declarações fornecidas pelos alunos, podemos admitir que 21,7% dos alunos da amostra estão expostos diária ou ocasionalmente ao fumo ambiental do tabaco, pelo facto de pelo menos um dos seus pais fumar diária ou ocasionalmente em casa. Estes valores são ligeiramente inferiores aos dados obtidos no estudo com pais. Também se constata que os alunos percebem que menos pais fumam diariamente no domicílio, em relação às declarações dos pais, acontecendo o contrário relativamente ao consumo ocasional de tabaco. Isto pode ficar a dever-se ao facto de os alunos poderem não estar presentes quando o pai/mãe fuma, ou devido ao facto de os pais tentarem não o fazer na presença dos filhos.

## **5.3 Implicações dos resultados**

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, é nas faixas etárias mais baixas (recém-nascidos e crianças) que as consequências da exposição ao fumo ambiental do tabaco são mais devastadoras.

A exposição das crianças ao FAT está associada a uma série de problemas para a sua saúde que vão desde tosse, pieira, dispneia, até um maior risco de infecções agudas das vias aéreas inferiores (bronquite e pneumonia), infecções respiratórias de repetição, bem como indução e exacerbação de asma (USDHHS, 2006). A OMS estimava, em 1999, que cerca de metade das crianças existentes no Mundo (700 milhões), respiravam ar contaminado pelo FAT, especialmente em suas casas (OMS, 1999).

Apesar da gravidade para a saúde das crianças, os dados do nosso estudo mostram que existe uma elevada prevalência de crianças expostas ao fumo do tabaco no domicílio. Esta exposição deve-se ao facto de uma grande percentagem de pais/mães fumadores/as fumarem em casa.

Os principais responsáveis pela exposição da criança ao fumo ambiental do tabaco no domicílio são os pais/mães, o que está de acordo com os dados de um estudo de grande dimensão populacional (NHANES III – *Third National Health and Nutrition Examination Survey*), realizado nos EUA entre 1988 e 1994, incluindo 11.728 crianças com idades compreendidas entre os 2 meses e os 11 anos, e que também mostrou que 38% foram expostas ao FAT, pelo facto de os pais fumarem.

23% tinham sido expostas a tabagismo passivo durante a gestação e 19% foram expostas a ambos (tabagismo gestacional e FAT) (Lieu e Feinstein, 2002).

Um estudo realizado em Portugal em 2002/2003 (em adolescentes a frequentar o 7.º, 8.º e 9.º anos) numa amostra constituída por 1.141 alunos de 12-15 anos de idade, mostrou que 38% estavam expostos diária ou ocasionalmente ao fumo ambiental do tabaco, pelo facto de os seus familiares mais próximos (pai, mãe ou irmão) fumarem diária ou ocasionalmente em casa (Precioso *et al.*, 2007).

A lei 37/2007 de 14 de Agosto, que entrou em vigor a 1 de Janeiro de 2008, veio proteger os não fumadores da exposição ao fumo ambiental do tabaco nos locais de trabalho e nos locais públicos. No entanto, é preciso ir mais longe e desenvolver um conjunto de medidas legislativas, educativas, terapêuticas, entre outras, para proteger as crianças dos efeitos perniciosos do FAT.

Todos os órgãos ou instituições que acolhem crianças, todos os profissionais de saúde, os professores, educadores, pais, entre outros, devem fazer esforços para reduzir a exposição das crianças ao fumo ambiental do tabaco em qualquer lugar e em particular no domicílio.

É urgente sensibilizar os pais fumadores para que pelo menos não fumem dentro de casa e não permitam que os outros o façam. A ideia é tornar o domicílio um local 100% livre de fumo. Uma forma de sensibilizar os pais é através dos próprios filhos.

Baseando-se no programa "*The ABCs of Secondhand Smoke*", a **Associação para a Prevenção e Tratamento do Tabagismo de Braga**, a Direcção Regional de Educação do Norte – Delegação de Braga e a Câmara Municipal de Braga, desenvolveram o ***Programa Domicílios Livres de Fumo***. O objectivo é proteger as crianças do fumo ambiental do tabaco, promovendo a criação de domicílios livres de fumo, ou seja, garantir que os pais/mães não fumem e/ou não permitam que se fume em casa e no carro. Como estratégia para envolver os pais dos alunos, foi dada formação aos Professores do Primeiro Ciclo sobre tabagismo activo e passivo e sobre métodos e técnicas para que as crianças tentem persuadir os pais a não fumarem e/ou permitirem que se fume em casa. No fundo, trata-se de capacitar os alunos a protegerem-se desta agressão.

As crianças que compõem a amostra deste estudo são as crianças ideais para aplicar este tipo de programa, a maioria dos pais fumadores mostra-se disponível para modificar o seu comportamento a pedido dos filhos/as. É importante que estes programas sejam adoptados pelas escolas, e mantidos ao longo do tempo.

Através da organização de reuniões, acções promovidas na escola, através dos jornais escolares, entre outros, deve ser passada a mensagem de que os pais *“não devem fumar pelo menos na presença dos filhos, jamais o devem fazer em casa pelos prejuízos que causam aos conviventes e às crianças em particular e que devem ter uma atitude negativa em relação ao possível consumo pelos filhos”* (Precioso *et al.*, 2007, p. 265). Os professores devem incentivar as Associações de Pais a terem também elas próprias um papel preponderante na promoção da saúde dos alunos/filhos.

Os profissionais de saúde são o grupo profissional de quem se esperam iniciativas de promoção e educação para a saúde. Constata-se que têm tido um papel fundamental no controlo de alguns factores de risco como a hipertensão, a obesidade e as dislipidémias, entre outras. Devem começar a agir na prevenção e tratamento do tabagismo. Se em relação ao tratamento já começam a desenvolver algumas consultas, no que se refere à prevenção o panorama parece menos animador. Embora não existam estudos aprofundados sobre a situação portuguesa, investigações efectuadas noutros países revelam que os médicos, em particular os pediatras, não têm por hábito fazer prevenção junto das crianças e dos seus pais. Segundo Precioso *et al.* (2007, p. 265), os profissionais de saúde *“devem convencer os pais a deixar de fumar pelos seguintes motivos: a) para não prejudicarem a sua e a saúde dos filhos no caso de fumarem em casa; b) para deixarem de constituir um mau exemplo para os filhos; c) para terem maior autoridade para recomendar a adopção de comportamentos saudáveis, em geral, e de não fumar em particular; d) para criarem um ambiente de apoio, passivo e activo, às acções de prevenção anti-tabágicas desenvolvidas na escola; e) para melhorarem o rendimento económico do agregado familiar”*.

Os profissionais de saúde, em particular os médicos de família, os médicos de medicina no trabalho, os pediatras, os pneumologistas, os ginecologistas e os enfermeiros devem actuar na prevenção do tabagismo e na promoção da saúde, pois têm contacto com pais e adolescentes com alguma frequência e podem exercer o seu papel de educadores. Por outro lado, são profissionais nos quais as pessoas depositam extrema confiança.

Os profissionais de saúde servem também como modelos para a população. Torna-se decisivo que também eles adquiram hábitos de vida saudáveis para que, além dos conselhos transmitidos, também sirvam de exemplo para a comunidade.

O tratamento dos fumadores é absolutamente fundamental pois, para além de deixarem de poluir o ambiente doméstico, deixam de ser um mau modelo para os filhos. Por esse motivo, os

esforços na cessação têm um enorme impacto na prevenção primária. Se a nova lei do controlo do tabagismo for cumprida, serão em breve oferecidas consultas de apoio ao fumador, ajudando-os desta forma a parar de fumar. Quem ganha com tudo isto é o próprio, a família e os filhos.

#### 5.4 Sugestões para futuras investigações

Para dar continuidade ao trabalho desenvolvido neste estudo, sugerimos a realização de investigações semelhantes, a nível nacional. Infelizmente não temos capacidade de monitorizar o impacto de medidas legislativas e dos programas preventivos, por falta de um sistema de vigilância epidemiológica.

Seria interessante realizar estudos para avaliar o impacto que a Lei 37/2007 irá ter na prevenção do consumo de tabaco no domicílio.

Se queremos evitar que os pais fumem, pelo menos no domicílio, é necessário aprofundar os determinantes desta conduta por parte dos pais.

É absolutamente decisivo avaliar programas destinados a melhorar os conhecimentos, as atitudes e os comportamentos em relação ao fumo ambiental do tabaco, como é o caso do programa “Domicílios Sem Fumo”. Como referimos anteriormente, este programa começou a ser aplicado recentemente. A sugestão de investigação futura seria a avaliação deste projecto.

É fundamental estudar as atitudes e comportamentos dos pediatras e médicos de família em relação à prevenção e tratamento do tabagismo nos pais.

Têm sido feitas algumas campanhas nos *media* sobre as desvantagens de fumar no domicílio. Sugerimos que sejam elaborados estudos sobre os efeitos das campanhas televisivas na mudança de comportamentos/hábitos tabágicos pelos pais no domicílio.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, H., S. Fraga, S. Sousa, A. C. Santos, M. Mello, N. Lunet e P. Padrão (2007). Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina*, 19 (5-6), 207-229.

CEPA: Air Resources Board (2005). Proposed Identification of Environmental Tobacco Smoke as a Toxic Air Contaminant, acessido em 05-10-2007, <http://repositories.cdlib.org/tc/surveys/CALEPA2005>.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (2007a). PE defende proibição total de fumar em todos os locais de trabalho na UE, acessido em, [http://www.europarl.europa.eu/news/expert/infopress\\_page/066-12157-295-10-43-911-20071023IPR12111-22-10-2007-2007-true/default\\_pt.htm](http://www.europarl.europa.eu/news/expert/infopress_page/066-12157-295-10-43-911-20071023IPR12111-22-10-2007-2007-true/default_pt.htm).

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (2007b). LIVRO VERDE – Por uma Europa sem fumo: opções estratégicas a nível comunitário. Retirado da internet em 13-11-2007, [http://ec.europa.eu/comm/space/doc\\_pdf/greenpaper\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/comm/space/doc_pdf/greenpaper_pt.pdf).

Comissão de Tabagismo da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2004). Tabagismo Epidemiologia, acessido em 13-10-2007, <http://www.sppneumologia.pt/download.php?path=docs&filename=epidemiologia.ppt>.

Conselho de Prevenção do Tabagismo (2003). EUROpean action on smoking cessation in pregnancy. Retirado da internet em 08-11-2007, [http://www.bips.uni-bremen.de/euro-scip/nl\\_portugal2.pdf](http://www.bips.uni-bremen.de/euro-scip/nl_portugal2.pdf).

Costa, J. A. e A. S. Melo (1996). *Dicionário de língua Portuguesa*. (7.a ed) Porto.

Currie, C. (1995). *Prevalence, theory and prevention strategy*. In *European Network on Young People and Tobacco*. Edimburgh: The European Conference on Young People and Tobacco.

Currie, C., C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte e O. Samdal (2004). *Young people 's Health in context. Health Behaviour in Scholl-aged Children (HBSC)*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

Currie, C., K. Hurrelmann, W. Settertobulte, R. Smith e J. Todd (2000). *Health and Health Behaviour among Young People*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

DeKetele, J. e X. Roegiers (1999). *Metodologia da recolha de dados*. Lisboa: Instituto Piaget.

Dias, C. M. e M. J. Graça (2001). O Inquérito Nacional de Saúde em Portugal - História, métodos e alguns resultados. Retirado da internet em 21-12-2007, <http://www.hospitaldofuturo.com/imagens/Inqu%C3%A9rito%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>.

Educare.pt (2007). Não fumar é o que está a dar, acedido em 15-11-2007, <http://www.fersap.pt/fersap/modules.php?name=News&file=article&sid=477>.

European Comission (2000). Report on the state of young people's health in the European Union, acedido em 07-12-2007, [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/reporting/ke01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/reporting/ke01_en.pdf).

European Comission (2003). Attitudes of Europeans Towards Tobacco - Report, acedido em 25-09-2007, [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/eb582\\_smoking\\_env\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/eb582_smoking_env_en.pdf).

European Comission (2006). Attitudes of Europeans towards tobacco, acedido em 01-10-2007, [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/documents/ebs\\_239\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_239_en.pdf).

European Comission (2007). Attitudes of Europeans Towards Tobacco - Report, acedido em 07-08-2007, [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_272c\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272c_en.pdf).

European Network for Smoking Prevention (2005). Fumo passivo: estrutura legislativa na EU, acessado em 25-11-2007, [http://pt.help-eu.com/pages/dos-dossier-0-4-14-PASSIVE\\_SMOKING.html](http://pt.help-eu.com/pages/dos-dossier-0-4-14-PASSIVE_SMOKING.html).

EURO-scip (2006). EUROpean action on Smoking Cessation In Pregnancy, acessado em 15-11-2007, <http://www.bips.uni-bremen.de/euro-scip/>.

Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Gall, M. D., W. R. Borg e J. P. Gall (2003). *Educational Research : an introduction*. (7ª Ed.) Nova Iorque: Longman.

Gil, A. C. (1995). *Como Elaborar: Projectos de Pesquisa*. (3.a ed.) São Paulo: Atlas.

Gouveia, M., M. Borges, L. d. S. Pinheiro, J. Costa, S. Paulo e A. V. Carneiro (2007). Carga e Custos da Doença Atribuível ao Tabagismo em Portugal. Retirado da internet em 30-10-2007, <http://www.hospitaldofuturo.com/imagens/Resumo%20Estudo.pdf>.

Hublet, A., D. D. Bacquer, R. Valimaa, E. Godeau, H. Schmid, G. Rahav e L. Maes (2006). Smoking trends among adolescents from 1990 to 2002 in ten European countries and Canada. *BMC Public Health*, 6, 280 -.

IARC (2002). IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, acessado em 05-09-2007, <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/volume83.pdf>.

INE (2007a). 4.º Inquérito Nacional de Saúde - 2005/2006, acessado em 06-08-2007, [http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=6487190&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=6487190&att_display=n&att_download=y).

INE (2007b). 4.º Inquérito Nacional de Saúde - 2005/2006, acessado em 07-08-2007, [http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=6453173&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=6453173&att_display=n&att_download=y).



Infopedia (2007). Dicionários e Enciclopédia em língua portuguesa, acessido em 17-12-2007, <http://www.infopedia.pt>.

INSA (1987). Primeiro Inquérito Nacional de Saúde. Retirado da internet em 23-06-2007.

INSA (1997). Segundo Inquérito Nacional de Saúde. Retirado da internet em 23-06-2007.

INSA (2001). Terceiro Inquérito Nacional de Saúde. Retirado da internet em 23-06-2007.

Jarvis, M. J., E. Goddard, V. Higgins, C. Feyerabend, A. Bryant e D. G. Cook (2000). Children's exposure to passive smoking in England since the 1980s: cotinine evidence from population surveys. *BMJ*, 321, 343-345.

Lakatos, E. M. e M. A. Marconi (1995). *Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projecto e relatório, publicações e trabalhos científicos*. (4<sup>a</sup> ed. rev. e ampliada) São Paulo: Atlas.

Lakatos, E. M. e M. A. Marconi (1996). *Técnicas de Pesquisa*. (3 ed.) São Paulo: Atlas.

Lei n.º 37/2007 – promulgada a 14 de Agosto, no Diário da República, 1.ª série – N.º 156.

Lieu, J. e A. Feinstein (2002). Effect of gestational and passive smoke exposure on ear infections in children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156, 147-154.

Liga Portuguesa Contra o Cancro (2005). Clube dos Caça Cigarros, acessido em 14-11-2007, <http://www.ligacontracancro.pt/content.aspx?sid=674fedd3-c561-4d75-b2bc-1d74951c0f8a&cntx=PgZkUIrFO08Vs1tN86rM8fzdVe1V7dIH3VsDBHfqtBU%3D>.

Lotufo, J. P. B. e T. Rozov (2006). Opinião das Crianças sobre o Tabagismo, acessido em 15-10-2007, <http://www.tabagismo.hu.usp.br/criancas.htm>.

Macedo, M. e J. Precioso (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.

Macedo, M. e J. Precioso (2006). Evolução da epidemia tabágica em adolescentes portugueses escolarizados e vias para o seu controlo - Uma análise baseada nos dados do Health Behaviour in School – Aged Children (HBSC). *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XII (5), 525-538.

Ministério da Saúde (2006). Proposta de Lei 401/2006. Retirado da internet em 01-12-2007, [http://www.coppt.pt/docs/leitabaco\\_5.6.06.pdf](http://www.coppt.pt/docs/leitabaco_5.6.06.pdf).

Ministério da Saúde (2007). 4.º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, acedido em 20-01-2008, <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2007/8/ivins.htm>.

Ministério da Saúde Brasil-VIGESCOLA (2007). Vigilância de Tabagismo na Escola. Retirado da internet em 03-02-2008, <http://www.inca.gov.br/vigescola/docs/vigescolafim1.pdf>.

OMS (1999). International consultation on environmental tobacco smoke and child health. Retirado da internet em 02-11-2007, [http://www.who.int/tobacco/research/en/ets\\_report.pdf](http://www.who.int/tobacco/research/en/ets_report.pdf).

OMS (2003). Prevalence of current tobacco smoking among adults in Brazil, acedido em 14-02-2008, [http://www.who.int/whosis/database/core/core\\_select\\_process.cfm?countries=bra&indicators=AlcoholConsumption&indicators=TobaccoUseAdultMale&indicators=TobaccoUseAdultFemale#](http://www.who.int/whosis/database/core/core_select_process.cfm?countries=bra&indicators=AlcoholConsumption&indicators=TobaccoUseAdultMale&indicators=TobaccoUseAdultFemale#).

OMS (2007a). Why is tobacco a public health priority?, acedido em 03/07/2007, [http://www.who.int/tobacco/health\\_priority/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/index.html).

OMS (2007b). Second hand tobacco smoke, acedido em 09/07/2007, [http://www.who.int/tobacco/research/secondhand\\_smoke/en/](http://www.who.int/tobacco/research/secondhand_smoke/en/).

OMS (2007c). Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations. WHO Press - World Health Organization. Retirado da internet em 07-11-2007, [http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/who\\_protection\\_exposure\\_final\\_25June2007.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/who_protection_exposure_final_25June2007.pdf).

Pestana, E., P. Neves, M. d. L. Borges, D. Matias, B. Mendes, S. Moreira, P. J. d. L. Mota, P. Pamplona, L. Rebelo, I. Sequeira, S. Simões e M. S. raposo (2006). *Tabagismo do diagnóstico ao tratamento*. Lisboa: LIDEL, Edições Técnicas, Lda.

Peto, R., A. D. Lopez, J. Boreham e M. Thun (2006). Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000. Retirado da internet em 14-10-2007, [http://www.deathfromsmoking.net/download%20files/Original%20research/Mortality%20from%20smoking%20in%20developed%20countries%201950-2000%20\(2nd%20ed.\)](http://www.deathfromsmoking.net/download%20files/Original%20research/Mortality%20from%20smoking%20in%20developed%20countries%201950-2000%20(2nd%20ed.)).pdf.

Polit, D. F. e B. P. Hungler (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. (3.ª ed) Porto Alegre: Artes Médicas.

Precioso, J. (2001a). *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). (Não publicada).

Precioso, J. A. G. (2001b). *Não fumar é o que está a dar*. Braga: Casa do Professor.

Precioso, J. (2006). Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 201-222.

Precioso, J., J. Calheiros e M. Macedo (2005). Exposición de niños a la contaminación ambiental por humo del tabaco en el domicilio. Un estudio transversal en Portugal. *PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO*, 7 (3), 85 - 90.

Precioso, J., M. Macedo e L. Rebelo (2007). Relação Entre o Tabagismo dos Pais e o Consumo de Tabaco dos Filhos: Implicações para a Prevenção. *Rev Port Clin Geral*, 23, 259-266.

Public Health (2007). Europa – Health Determinants, acessado em 03-07-2007, [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/tobacco\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/tobacco_en.htm).

Rebelo, L. (2007). Respostas ao Livro Verde: Por uma Europa sem fumo: opções estratégicas a nível comunitário. Retirado da internet em 15-11-2007, [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/R-078\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/R-078_pt.pdf).

The GTSS Collaborative Group (2006). A cross country comparison of exposure to secondhand smoke among young. *Tobacco Control*, 14 (II), ii4 - ii19.

The Smoke Free partnership (2006). Lifting the smokescreen - 10 reasons for a smoke free Europe. ERSJ Ltd. Retirado da internet em 02-11-2007, [www.ersnet.org](http://www.ersnet.org).

Tobacco Free Initiative, WHO (2007). Facts and figures about tobacco, acessado em 12-10-2007, [http://www.who.int/tobacco/framework/cop/facts\\_and\\_figures\\_about\\_tobacco.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/cop/facts_and_figures_about_tobacco.pdf).

USDHHS (2006). The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services - Office on Smoking and Health. Retirado da internet em 12-07-2007, [http://www.cdc.gov/tobacco/data\\_statistics/sgr/sgr\\_2006/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2006/index.htm).

WHO-FCTC (2007). PROPOSED GUIDELINES FOR THE IMPLEMENTATION OF ARTICLE 8 OF THE WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL - Second Session of the Conference of the Parties to the WHO FCTC - Bangkok, Thailand - 30 June, 6 July 2007. Retirado da internet em 25-11-2007, [http://www.fctc.org/x/documents/Article8\\_COP2\\_Briefing\\_English.pdf](http://www.fctc.org/x/documents/Article8_COP2_Briefing_English.pdf).

World Health Organization Regional Office for Europe (2007). The European Tobacco Control Report 2007. World Health Organization. Retirado da internet em 1-10-2007, <http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf>.



# ANEXOS



# ANEXO 1

LISTA DE ALGUNS DOS CONSTITUINTES CONHECIDOS DO FTA





## Lista de alguns dos constituintes conhecidos do FTA

g-Butyrolactone	2,4-Xylenol	5,6-
b-Carboline	2,5-Dimethylaniline	Cyclopentenobenzanthracene
b-Carotene	2,5-Dimethylphenanthrene	5-Methylchrysene
a-Ketoglutaric acid	2,5-Lutidine	6,7-
b-Methylvaleric acid	2,6-Dimethylaniline	Cyclopentenobenzanthracene
b-Phenethyl alcohol	2,6-Dimethylpyridine	7,8-Benzofluoranthene
g-Sitosterol	2,6-Lutidine	7H-Dibenzo[c,g]carbazole
b-Sitosterol	2',3'-Naphtho-3,4-pyrene	8,9-Benzofluoranthene
a-Socratine	2-Aminobiphenyl	8-Methylfluorene
b-Socratine	2-Ethylaniline	9,10-Dimethyl-1,2-
g-Socratine	2-Methyl-1-naphthylamine	benzanthracene
1,12-Benzoperylene	2-Methylantracene	9-Methyl-1,2-benzofluorene
1,1-Dimethylhydrazine	2-Methylfuran	9-Methylfluorene
1,2,4-Trimethylbenzene	2-Methylnaphthalene	9-Methylphenanthrene
1,2-3,4-5,6-Tribenzanthracene	2-Methylpyridine	A fluorene-carboxylic acid
1,2-3,4-Dibenzopyrene	2-Naphthol	AaC
1,2-5,6-Dibenzanthracene	2-Naphthylamine	Acenaphthene
1,2-7,8-Dibenzofluorene	2-Nitropropane	Acenaphthylene
1,2-7,8-Dibenzonaphthalene	2-Picoline	Acetaldehyde
1,2-Benzanthracene	2-Toluidine	Acetamide
1,2-Benzofluorene	2-Vinylphenol	Acetic acid
1,2-Benzonaphthalene	3,4-8,9-Dibenzopyrene	Acetone
1,2-Benzopyrene	3,4-9,10-Dibenzopyrene	Acetylene
1,3,5-Trimethylbenzene	3,4-Benzofluoranthene	Acridine
1,3,5-Trimethylbenzene	3,4-Benzopyrene	Acrolein
1,3,5-Trimethylbenzene	3,4-Dihydro-3,4-benzopyrene	Acrylamide
1,3-Butadiene	3,5-Xylenol	Acrylonitrile
1,3-Dimethoxy-pyrogallol	3-Aminobiphenyl	Adipic acid
1,8,9-Perinaphthoxanthene	3-Ethenylpyridine	Aluminum
1,8-Dimethylnaphthalene	3-Ethylaniline	Ammonia
1,8-p-Menthadiene	3-Hydroxyisoeugenol	Anabasine
11,12-Benzofluoranthene	3-Methylpyridine	Anatabine
1-Aminonaphthalene	3-Methyl-1,2-benzanthracene	Aniline
1-Azafluoranthene	3-Methylcatechol	Anodmine
1-Azapyrene	3-Methylpyrene	Anthanthrene
1-Methylchrysene	3-Methylpyridine	Anthracene
1-Methylnaphthalene	3-Picoline	Anthraceno-2,3-9,10-
1-Methylpyrene	3-Pyridyl ethyl ketone	phenanthrene
1-Naphthol	3-Pyridyl methyl ketone	Arachidic acid
1-Naphthylamine	3-Pyridyl propyl ketone	Argon
2-Aminonaphthalene	3-Vinylphenol	Arsenic
2,1-Naphtho-1,2-fluorene	3-Vinylpyridine	Azulene
2,3'-Bipyridyl	4-Aminobiphenyl	Benz[a]acridine
2,3-Benzofluorene	4-Azafluorene	Benz[c]acridine
2,3-Butanedione	4-Ethylcatechol	Benz[f]indene
2,3-Dimethylaniline	4-Methylcatechol	Benzaldehyde
2,3-Dimethylmaleic anhydride	4-Methylpyrene	Benzene
2,3-Dimethylpyrazine	4-Picoline	Benzimidazole
2,3-Pentanedione	4-Vinylcatechol	Benzo[a]pyrene
2,4-Dimethylaniline	4-Vinylguaiacol	Benzo[a]anthracene
2,4-Lutidine	4-Vinylpheno	Benzo[b]fluoranthene

Benzo[b]fluorene	Dibenz[a,,j]acridine	Glutamine
Benzo[b]furan	Dibenz[a,c]anthracene	Glutaric acid
Benzo[c]fluorene	Dibenz[a,h]acridine	Glycerol
Benzo[c]phenanthrene	Dibenz[a,h]anthracene	Glycolic acid
Benzo[e]pyrene	Dibenz[a,j]acridine	Guaiacol (2-Methoxyphenol)
Benzo[f]quinoline	Dibenzo[a,e]fluoranthene	Gudham
Benzo[ghi]perylene	Dibenzo[a,e]pyrene	Harman (1-methyl-b-carboline)
Benzo[h]quinoline	Dibenzo[a,h]pyrene	Heptylic acid
Benzo[j]fluoranthene	Dibenzo[a,i]pyrene	Hydrazine
Benzo[k]fluoranthene	Dibenzo[a,l]pyrene	Hydrogen cyanide
Benzo[m,n,o]fluoranthene	Dibenzo[b,d]furan	Hydrogen sulfide
Benzoic acid	Dibenzo[c,g]carbazole	Hydrogen thiocyanide
Benzophenanthrene	Diethyl ketone	Hydroquinone
Benzyl alcohol	Diethylene glycol	Indeno[1,2,3-cd]pyrene
Beryllium	Dimethylamine	Indole
Butane	Dimethylchrysene	Ionene
Butylbenzene	Dimethylfluoranthene	IQ
Butyraldehyde	Dimeyhtlamine	Iron
Butyric acid	Dipentene	Isobutane
C25-C33 paraffins	Dipropyl ketone	Isobutylene
Cadmium		Isobutyraldehyde
Caffeic acid	Ergosterol	Isobutyric acid
Calcium	Esculetin	Isoeugenol
Campesterol	Ethane	Isoprene
Caproic acid	Ethanol	Isopropylbenzene
Caprylic acid	Ethyl b-methylvalerate	Isoquinoline
Captan	Ethyl acetate	Isosqualene
Carbazole	Ethyl carbamate	Lactic acid
Carbon dioxide	Ethyl isovalerate	Lathrein
Carbon monoxide	Ethyl n-butyrate	Lauric acid
Carbon oxysulfide	Ethyl n-caproate	Lead
Carbonyl sulfide	Ethyl propionate	Levantenolide
Catechol	Ethylamine	Levulinic acid
Cerotic acid	Ethylbenzene	Limonene
Chlorinated dioxins and furans	Ethylene	Linoleic acid
Chlorogenic acid (3-o-caffeoyl-d-quinic acid)	Ethylene glycol	Linolenic acid
Cholesterol	Ethylene oxide	Lohitam
Chromium VI	Ethylphenols	Lutidine
Chrysene	Eugenol	Magnesium
Cichoriin	Ferulic acid	Maleic anhydride
Cobalt	Fluoranthene	Maleic hydrazide
Collidine	Fluoranthene	Malic acid
Copper	Fluorene	Malonic acid
Coronene	Formaldehyde	Manganese
Cotinine	Formic acid	m-Cresol
Coumarin	Furan	Mercury
Crotonaldehyde	Furfural	Mesitol
Cyanogen	Furoic acid	Methane
Cycloartenol	Glu-P-1	Methanol
Dibens[a,j]anthracene	Glu-P-2	Methyl acetate
	Glutamic acid	

Methyl chloride	4-(N-methyl-N- nitrosamino)-	Pyrene
Methyl ethyl ketone	1-(3-pyridyl)-1-butanone	Pyridine
Methyl formate	Nonylic acid	Pyridine-3-aldehyde
Methyl nitrate	Nornicotine	Pyrrole
Methylacetylene	Nornicotyrine	Pyrrolidine
Methylamine	Norphytene	Pyrrolo[2,3-b]pyridine
Methyleugenol	o-Anisidine	Pyruvic acid
Methylglyoxal	Obeline	Quinoline
m-Hydroxyacetophenone	o-Cresol	Quinoxaline
m-Toluidine	Oleic acid	Reductic acid
Myosmine	Oleic acid	Resin acid
Myristic acid	o-Toluidine	Resorcinol
N'-Nitrosoanabasine	Oxalic acid	Scopoletin
N'-Nitrosoanatabine	Palmitic acid	Scopoletin-b-gentiobioside
N'-Nitrosornicotine	Palmitoleic acid	Scopolin
Naphthalene		Sitosterol
Naphtho[2,3-b]pyrene	Palmitone	Skatole
Neophytadiene	p-Cresol	Sodium
n-Hentriacontane	Perylene	Solanenes
Nickel	Phenanthrene	Solanesol
Nicotinamide	Phenanthridine	Solanone
Nicotine	Phenol	Squalene
Nicotine-N'-oxid	Phenylacetylene	Stearic acid
Nicotinic acid	PhIP	Stigmasterol
Nicotrine	Phthalic acid	Strontium
Nicotyrine	P-Hydroxyacetophenone	Styrene
Nitrobenzene	Phytadienes	Succinic acid
Nitrogen oxides	Phytol	Succinic anhydride
Nitromethane	Phytone	Thiocyanogen
N-Methylmyosmine	Picoline	Titanium
N-Methylpyrrolidine	Plastoquinone	Toluene
N-Nitrosodiethanolamine	Poikiline	Triethylene glycol
N-Nitrosodiethylamine	Polonium-210	Trimethylamine
N-Nitrosodimethylamine	Potassium	Triphenylene
N-Nitroso-di-n-butylamine	Propane	Trp-P-1
N-Nitrosodi-n-propylamine	Propionaldehyde	Trp-P-2
N-Nitrosoethylmethylamine	Propionic acid	Urethane
N-Nitroso-n-methylethylamine	Propylbenzene	Veleric acid
N-Nitrosopiperidine	Propylene	Vinyl chloride
N-Nitrosopyrrolidine	Propylene oxide	Xylenes
NNK	p-Toluidine	Xylenols
	Pyndine	Zinc



# ANEXO 2

RATIOS ENTRE OS CONSTITUINTES DO FUMO DA CORRENTE TERCIÁRIA E CORRENTE  
SECUNDÁRIA



**Distribution of Constituents in Fresh, Undiluted Mainstream Smoke (MS) and Diluted Sidestream Smoke (SS) from Nonfiltered Cigarettes**

Constituintes	Quantidade no MS por cigarro	SS/MS Ratio
Carbon monoxide	12 - 23 mg	2.5 - 4.7
Carbon dioxide	20 - 40 mg	8 - 11
Carbonyl sulfide	18 - 42 µg	0.03 - 0.13
Benzene	12 - 48 µg	5 - 10
Toluene	100 - 200 µg	5.6 - 8.3
Formaldehyde	70 - 100 µg	0.1 - ~50
Acrolein	60 - 100 µg	8 - 15
Acetone	100 - 250 µg	2 - 5
Pyridine	16 - 40 µg	6.5 - 20
3-Methylpyridine	12 - 36 µg	3 - 13
3-Vinylpyridine	11 - 30 µg	20 - 40
Hydrogen cyanide	400 - 500 µg	0.1 - 0.25
Hydrazine	32 ng	3
Ammonia	50 - 130 µg	40 - 170
Methylamine	11.5 - 28.7 µg	4.2 - 6.4
Dimethylamine	7.8 - 10 µg	3.7 - 5.1
Nitrogen oxides	100 - 600 µg	4 - 10
N-Nitrosodimethylamine	10 - 40 ng	20 - 100
N-Nitrosodiethylamine	ND - 25 ng	< 40
N-Nitrosopyrrolidine	6 - 30 ng	6 - 30
Formic acid	210 - 490 µg	1.4 - 1.6
Acetic acid	330 - 810 µg	1.9 - 3.6
Methyl chloride	150 - 600 µg	1.7 - 3.3
Particulate matter	15 - 40 mg	1.3 - 1.9
Nicotine	1 - 2.5 mg	2.6 - 3.3
Anatabine	2 - 20 µg	< 0.1 - 0.5
Phenol	60 - 140 µg	1.6 - 3.0
Catechol	100 - 360 µg	0.6 - 0.9
Hydroquinone	110 - 300 µg	0.7 - 0.9
Aniline	360 ng	30
2-Toluidine	160 ng	19
2-Naphthylamine	1.7 ng	30
4-Aminobiphenyl	4.6 ng	31
Benz[a]anthracene	20 - 70 ng	2 - 4
Benzo[a]pyrene	20 - 40 ng	2.5 - 3.5
Cholesterol	22 µg	0.9
γ-Butyrolactone	10 - 22 µg	3.6 - 5.0
Quinoline	0.5 - 2 µg	8 - 11
Harman	1.7 - 3.1 µg	0.7 - 1.7
N'-Nitrososnonnicotine	200 - 3000 ng	0.5 - 3
NNK	100 - 1000 ng	1 - 4
N-Nitrosodiethanolamine	20 - 70 ng	1.2
Cadmium	100 ng	7.2
Nickel	20 - 80 ng	13 - 30
Zinc	60 ng	6.7
Polonium-210	0.04 - 0.1 pCi	1.0 - 4.0
Benzoic acid	14 - 28 µg	0.67 - 0.95
Lactic acid	63 - 174 µg	0.5 - 0.7
Glycolic acid	37 - 126 µg	0.6 - 0.95
Succinic acid	110 - 140 µg	0.43 - 0.62

Source: (NRC, 1986 citado em CEPA: Air Resources Board, 2005)

MS – Mainstream Smoke (*corrente de fumo terciária*)

SS – Sidstream Smoke (*corrente de fumo secundária*)



Note: A ratio greater than 1 means that more of a substance is released in SS than in MS.

*(Nota: Um ratio maior que 1 que dizer que: "mais X vezes de uma substância é emitida no fumo sidestream em comparação com o fumo mainstream")*

# ANEXO 3

COMPONENTES GASOSOS PRESENTES NO FAT COM EFEITOS NOCIVOS PARA A SAÚDE



Componentes gasosos presentes no FAT (Fumo Ambiental do Tabaco) com efeitos nocivos para a saúde

Constituent	TAC <sup>1/</sup>	Prop 65 <sup>2/</sup>	IARC Class <sup>3/</sup>	U.S. EPA Class <sup>4/</sup>	Non-Cancer Health Effects <sup>5/</sup>
1,3-Butadiene	Yes	Yes		B2	irritant <sup>6/</sup> , neurological effects
Acetaldehyde	Yes	Yes	2B	B2	irritant, dermatitis
Acetone				D	irritant, dizziness
Acetonitrile	Yes			D	irritant, cause vomiting
Acrolein	Yes		3	C	irritant, pulmonary edema
Benzene	Yes	Yes	1	A	CNS <sup>7/</sup> depressant, nausea
Carbon monoxide		Yes			headache, dizziness
Carbonyl sulfide	Yes				irritant, CNS depressant
Ethyl benzene	Yes			D	irritant, CNS depressant
Formaldehyde	Yes	Yes	2A	B1	irritant, induce asthma
Hydrazine	Yes	Yes			hepatotoxic, dermatitis
Methanol	Yes				neurotoxicant, irritant
Methyl chloride	Yes	Yes		D	CNS depressant, fatigue
N-Nitrosodiethylamine		Yes	2A	B2	
N-Nitrosodimethylamine	Yes	Yes	2A	B2	causes liver damage
N-Nitrosopyrrolidine	Yes	Yes	2B	B2	
Pyridine		Yes			irritant, dizziness
Styrene	Yes		2B		CNS depressant, irritant
Toluene	Yes	Yes		D	CNS depressant, irritant

Sources: NRC (1986); OEHHA (1997); CARB (1997).

Notes: <sup>1/</sup> Substances identified as Toxic Air Contaminants by California Health and Safety Code section 39655.

<sup>2/</sup> Chemicals listed under Proposition 65 are known to the State to cause cancer or reproductive toxicity (California Health and Safety Code section 25249.5 *et seq.*).

<sup>3/</sup> International Agency for Research on Cancer (IARC) Classification: 1-carcinogenic to humans; 2A-probably carcinogenic to humans with sufficient animal and inadequate or no human evidence; 2B-possible carcinogenic to humans with limited animal and no human evidence; 3-not classifiable as to its carcinogenicity to humans.

<sup>4/</sup> U.S. EPA classification: A-human carcinogen; B1-probable human carcinogen with sufficient animal and limited human evidence; B2-probable human carcinogen with sufficient animal and inadequate or no human evidence; C-possible human carcinogen; D-not classifiable as to human carcinogenicity.

<sup>5/</sup> Non-cancer health effects information from the Toxic Air Contaminant Identification Summaries List – September 1997 (CARB, 1997)

<sup>6/</sup> "Irritant" may be classified as an eye, respiratory, and/or skin irritant

<sup>7/</sup> CNS – central nervous system

(continua na página seguinte)

Partículas presentes no FAT (Fumo Ambiental do Tabaco) com efeitos nocivos para a saúde

Constituent	TAC <sup>1/</sup>	Prop 65 <sup>2/</sup>	IARC Class <sup>3/</sup>	U.S. EPA Class <sup>4/</sup>	Non-Cancer Health Effects <sup>5/</sup>
2-Naphthylamine		Yes	1		irritant <sup>6/</sup> , dizziness
2-Toluidine	Yes	Yes	2B		CNS <sup>10/</sup> depressant
4-Aminobiphenyl	Yes	Yes	1		hematuria, lethargy
Aniline	Yes	Yes	3	B2	methemoglobinemia
Arsenic (inorganic)	Yes	Yes	1	A	hemolysis, neuropathy
Benz[a]anthracene	Yes	Yes	2A	B2	
Benzo[a]pyrene	Yes	Yes	2A	B2	dermatitis, irritant
Cadmium	Yes	Yes	2A	B1	bronchiolitis, irritant
Catechol	Yes		2B		methemoglobinemia
Chromium VI	Yes	Yes	1	A	renal toxicity, hemolysis
Dibenzo[a,i]pyrene	Yes	Yes	2B		
Dibenzo[a,l]pyrene	Yes	Yes	2B		
Hydroquinone	Yes		3		CNS excitation, tinnitus
Lead	Yes	Yes	2B/3 <sup>7/</sup>	B2	affects CNS, depression
N'-Nitrosornicotine		Yes	2B		
Nickel	Yes	Yes	1	A	immune alterations, irritant
Nicotine <sup>8/</sup>		Yes			
N-Nitrosodiethanolamine		Yes	2B	B2	
NNK <sup>9/</sup>		Yes	2B		
Phenol	Yes		3	D	cardiac arrhythmias
Quinoline	Yes	Yes		B2	irritant, nausea, coma

Ref: NRC (1986); OEHHA (1997); CARB (1997).

Notes: <sup>1/</sup> Substances identified as Toxic Air Contaminants by California Health and Safety Code section 39655.

<sup>2/</sup> Chemicals listed under Proposition 65, known to cause cancer or reproductive toxicity (California Health and Safety Code section 25249.5 *et seq.*).

<sup>3/</sup> International Agency for Research on Cancer (IARC) Classification: 1-carcinogenic to humans; 2A-probably carcinogenic to humans; 2B-possible carcinogenic to humans; 3-not classifiable as to its carcinogenicity to humans.

<sup>4/</sup> U.S. EPA classification: A-human carcinogen; B1 probable human carcinogen with sufficient animal and limited human evidence; B2-probable human carcinogen with sufficient animal and inadequate or no human evidence; C-possible human carcinogen; D-not classifiable as to human carcinogenicity.

<sup>5/</sup> Inorganic lead – 2B; organolead - 3

<sup>6/</sup> Also found in gaseous form.

<sup>7/</sup> NNK: 4-(N-methyl-N-nitrosamino)-1-(3-pyridyl)-1-butanone.

<sup>8/</sup> Non-cancer health effects information from the Toxic Air Contaminant Identification Summaries List – September 1997 (CARB, 1997)

<sup>9/</sup> "Irritant" may be classified as an eye, respiratory, and/or skin irritant

<sup>10/</sup> CNS – central nervous system

Fonte: NRC, 1986; OEHHA, 1997; CARB, 1997, citado em CEPA: Air Resources Board, 2005.

# ANEXO 4

LEI N.º 37-2007 DE 14 DE AGOSTO



ANEXO I

Mapa a que se refere o n.º 1 do artigo 22.º

Designação dos cargos dirigentes	Qualificação dos cargos dirigentes	Grau	Número de lugares
Director de serviços . . .	Direcção intermédia . . .	1.º	2
Chefe de divisão . . . . .	Direcção intermédia . . .	2.º	3

ANEXO II

Modelo de cartão de identificação a que alude o artigo 23.º

(a) **REPÚBLICA PORTUGUESA**

**Conselho Superior da Magistratura**

(b) Fotografia (Selo Branco)

Cartão de Identificação N.º \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Categoria \_\_\_\_\_

O Juiz – Secretário

(c) \_\_\_\_\_

(c)

**O presente cartão assegura o reconhecimento da qualidade do seu portador como elemento do corpo do pessoal do Conselho Superior da Magistratura**

Assinatura do titular

\_\_\_\_\_

- (a) — Cor verde.
- (b) — Cor vermelha.
- (c) — Cor branca.

Largura — 10 cm.  
 Altura — 7 cm.

Lei n.º 37/2007

de 14 de Agosto

**Aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo.**

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto

A presente lei 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 protecção 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, promoção e patrocínio, às medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do consumo, 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.

Artigo 2.º

Definições

Para efeitos da presente lei e demais legislação sobre a prevenção do tabagismo, entende-se por:

- a) «Advertência complementar» qualquer das advertências referidas no anexo II da presente lei;
- b) «Advertência geral» o aviso relativo aos prejuízos para a saúde decorrentes do uso do tabaco, a apor na face mais visível das embalagens de tabaco;
- c) «Alcatrão ou condensado» o condensado de fumo bruto anidro e isento de nicotina;
- d) «Áreas de trabalho em permanência» os locais onde os trabalhadores tenham de permanecer mais de 30 % do respectivo tempo diário de trabalho;
- e) «Embalagem de tabaco» qualquer forma de embalagem individual e qualquer embalagem exterior utilizada na venda a retalho de produtos do tabaco, com excepção das sobreembalagens transparentes;
- f) «Ingrediente» qualquer substância ou componente, que não as folhas e outras partes naturais ou não transformadas da planta do tabaco, utilizado no fabrico ou na preparação de um produto do tabaco e presente no produto final, ainda que em forma alterada, incluindo o papel, o filtro, as tintas e os adesivos;
- g) «Local de trabalho» todo o lugar onde o trabalhador se encontra e em que esteja, directa ou indirectamente, sujeito ao controlo do empregador;



h) «Local de venda de tabaco» qualquer local onde sejam colocados à venda produtos do tabaco;

i) «Nicotina» os alcalóides nicotínicos;

j) «Produto do tabaco» qualquer produto destinado a ser fumado, inalado, chupado ou mascado, desde que seja, ainda que parcialmente, constituído por tabaco, geneticamente modificado ou não;

l) «Produtos do tabaco para uso oral» os produtos que se destinam a uso oral constituídos total ou parcialmente por tabaco sob a forma de pó ou de partículas finas ou qualquer combinação destas formas, nomeadamente os que se apresentam em doses individuais ou pacotes porosos ou sob forma que evoque um género alimentício, com excepção dos produtos para fumar ou mascar;

m) «Publicidade ao tabaco» qualquer forma de comunicação feita por entidades de natureza pública ou privada, no âmbito de uma actividade comercial, industrial, artesanal ou liberal, com o objectivo directo ou indirecto de promover um produto do tabaco ou o seu consumo;

n) «Recinto fechado» todo o espaço limitado por paredes, muros ou outras superfícies e dotado de uma cobertura;

o) «Serviço da sociedade da informação» qualquer serviço prestado à distância, por via electrónica, mediante pedido individual de um destinatário de serviços e contra pagamento de um preço, entendendo-se, nesta conformidade, por:

«À distância» um serviço prestado sem que as partes estejam física e simultaneamente presentes;

«Por via electrónica» um serviço enviado desde a origem e recebido no destino através de instrumentos electrónicos de processamento (incluindo a compressão digital) e de armazenamento de dados, que é inteiramente transmitido, encaminhado e recebido por cabo, rádio, meios ópticos ou outros meios electromagnéticos;

«Mediante pedido individual de um destinatário de serviços» um serviço fornecido por transmissão de dados, mediante pedido individual;

p) «Suporte publicitário» o veículo utilizado para a transmissão da mensagem publicitária;

q) «Tabaco» as folhas, parte das folhas e nervuras das plantas *Nicotiana tabacum* L. e *Nicotiana rustica* L., quer sejam comercializadas sob a forma de cigarro, cigarrilha ou charutos quer picadas para cachimbo ou para a feitura manual de cigarros, seja com a forma de rolo, barra, lâmina, cubo ou placa ou reduzidas a pó ou a grãos;

r) «Televenda de produtos do tabaco» a difusão de ofertas directas ao público, realizada por canais televisivos, com vista ao fornecimento de cigarros ou outros produtos derivados do tabaco, mediante remuneração;

s) «Uso de tabaco» o acto de fumar, inalar, chupar ou mascar um produto à base de tabaco, bem como o acto de fumar, mascar ou inalar os produtos referidos nos n.ºs 8 e 9 do artigo 81.º do Decreto-Lei n.º 566/99, de 22 de Dezembro.

## CAPÍTULO II

### Limitações ao consumo de tabaco

#### Artigo 3.º

##### Princípio geral

O disposto no presente capítulo visa estabelecer limitações ao consumo de tabaco em recintos fechados destina-

dos a utilização colectiva de forma a garantir a protecção da exposição involuntária ao fumo do tabaco.

#### Artigo 4.º

##### Proibição de fumar em determinados locais

1 — É proibido fumar:

a) Nos locais onde estejam instalados órgãos de soberania, serviços e organismos da Administração Pública e pessoas colectivas públicas;

b) Nos locais de trabalho;

c) Nos locais de atendimento directo ao público;

d) Nos estabelecimentos onde sejam prestados cuidados de saúde, nomeadamente hospitais, clínicas, centros e casas de saúde, consultórios médicos, postos de socorros e outros similares, laboratórios, farmácias e locais onde se dispensem medicamentos não sujeitos a receita médica;

e) Nos lares e outras instituições que acolham pessoas idosas ou com deficiência ou incapacidade;

f) Nos locais destinados a menores de 18 anos, nomeadamente infantários, creches e outros estabelecimentos de assistência infantil, lares de infância e juventude, centros de ocupação de tempos livres, colónias e campos de férias e demais estabelecimentos similares;

g) Nos estabelecimentos de ensino, independentemente da idade dos alunos e do grau de escolaridade, incluindo, nomeadamente, salas de aula, de estudo, de professores e de reuniões, bibliotecas, ginásios, átrios e corredores, bares, restaurantes, cantinas, refeitórios e espaços de recreio;

h) Nos centros de formação profissional;

i) Nos museus, colecções visitáveis e locais onde se guardem bens culturais classificados, nos centros culturais, nos arquivos e nas bibliotecas, nas salas de conferência, de leitura e de exposição;

j) Nas salas e recintos de espectáculos e noutros locais destinados à difusão das artes e do espectáculo, incluindo as antecâmaras, acessos e áreas contíguas;

l) Nos recintos de diversão e recintos destinados a espectáculos de natureza não artística;

m) Nas zonas fechadas das instalações desportivas;

n) Nos recintos das feiras e exposições;

o) Nos conjuntos e grandes superfícies comerciais e nos estabelecimentos comerciais de venda ao público;

p) Nos estabelecimentos hoteleiros e outros empreendimentos turísticos onde sejam prestados serviços de alojamento;

q) Nos estabelecimentos de restauração ou de bebidas, incluindo os que possuam salas ou espaços destinados a dança;

r) Nas cantinas, nos refeitórios e nos bares de entidades públicas e privadas destinados exclusivamente ao respectivo pessoal;

s) Nas áreas de serviço e postos de abastecimento de combustíveis;

t) Nos aeroportos, nas estações ferroviárias, nas estações rodoviárias de passageiros e nas gares marítimas e fluviais;

u) Nas instalações do metropolitano afectas ao público, designadamente nas estações terminais ou intermédias, em todos os seus acessos e estabelecimentos ou instalações contíguas;

v) Nos parques de estacionamento cobertos;

x) Nos elevadores, ascensores e similares;

z) Nas cabinas telefónicas fechadas;

aa) Nos recintos fechados das redes de levantamento automático de dinheiro;

ab) Em qualquer outro lugar onde, por determinação da gerência ou de outra legislação aplicável, designadamente em matéria de prevenção de riscos ocupacionais, se proíba fumar.

2 — É ainda proibido fumar nos veículos afectos aos transportes públicos urbanos, suburbanos e interurbanos de passageiros, bem como nos transportes rodoviários, ferroviários, aéreos, marítimos e fluviais, nos serviços expressos, turísticos e de aluguer, nos táxis, ambulâncias, veículos de transporte de doentes e teleféricos.

#### Artigo 5.º

##### Excepções

1 — Sem prejuízo do disposto na alínea d) do n.º 1 do artigo anterior, podem ser criadas áreas exclusivamente destinadas a pacientes fumadores em hospitais e serviços psiquiátricos, centros de tratamento e reabilitação e unidades de internamento de toxicodependentes e de alcoólicos desde que satisfaçam os requisitos das alíneas a), b) e c) do n.º 5.

2 — Sem prejuízo do disposto no artigo anterior, podem ser criadas nos estabelecimentos prisionais unidades de alojamento, em celas ou camaratas, para reclusos fumadores desde que satisfaçam os requisitos das alíneas a), b) e c) do n.º 5, sendo ainda admitido fumar nas áreas ao ar livre.

3 — Nos locais mencionados nas alíneas a), b), c), d), e), h), i), j), l), m), n), o), p), q), r) e t) do n.º 1 do artigo anterior, bem como nos locais mencionados na alínea g) do n.º 1 do artigo anterior que integrem o sistema de ensino superior, é admitido fumar nas áreas ao ar livre.

4 — Nos locais mencionados na alínea s) do n.º 1 do artigo anterior é admitido fumar nas áreas ao ar livre, com excepção das zonas onde se realize o abastecimento de veículos.

5 — Nos locais mencionados nas alíneas a), b), e), f), l), n), o), p) e t) do n.º 1 do artigo anterior, bem como nos locais mencionados na alínea g) do n.º 1 do referido artigo que integrem o sistema de ensino superior e nos locais mencionados na alínea h) do n.º 1 do mesmo artigo que não sejam frequentados por menores de 18 anos, pode ser permitido fumar em áreas expressamente previstas para o efeito desde que obedeam aos requisitos seguintes:

a) Estejam devidamente sinalizadas, com afixação de dísticos em locais visíveis, nos termos do disposto no artigo 6.º;

b) Sejam separadas fisicamente das restantes instalações, ou disponham de dispositivo de ventilação, ou qualquer outro, desde que autónomo, que evite que o fumo se espalhe às áreas contíguas;

c) Seja garantida a ventilação directa para o exterior através de sistema de extracção de ar que proteja dos efeitos do fumo os trabalhadores e os clientes não fumadores.

6 — Nos locais mencionados na alínea q) do n.º 1 do artigo anterior com área destinada ao público inferior a 100 m<sup>2</sup>, o proprietário pode optar por estabelecer a permissão de fumar desde que obedeça aos requisitos mencionados nas alíneas a), b) e c) do número anterior.

7 — Nos locais mencionados na alínea q) do n.º 1 do artigo anterior com área destinada ao público igual ou superior a 100 m<sup>2</sup> podem ser criadas áreas para fumadores,

até um máximo de 30 % do total respectivo, ou espaço fisicamente separado não superior a 40 % do total respectivo, desde que obedeam aos requisitos mencionados nas alíneas a), b) e c) do n.º 5, não abrangam as áreas destinadas exclusivamente ao pessoal nem as áreas onde os trabalhadores tenham de trabalhar em permanência.

8 — Nos locais mencionados na alínea p) do n.º 1 do artigo anterior podem ser reservados andares, unidades de alojamento ou quartos para fumadores, até um máximo de 40 % do total respectivo, ocupando áreas contíguas ou a totalidade de um ou mais andares, desde que obedeam aos requisitos mencionados nas alíneas a), b) e c) do n.º 5.

9 — Sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo anterior e das limitações constantes dos regulamentos emitidos pelas empresas transportadoras ou pelas capitania de portos, é permitido fumar nas áreas descobertas nos barcos afectos a carreiras marítimas ou fluviais.

10 — Sem prejuízo do disposto no n.º 6, a opção pela permissão de fumar deve, sempre que possível, proporcionar a existência de espaços separados para fumadores e não fumadores.

11 — A definição das áreas para fumadores cabe às entidades responsáveis pelos estabelecimentos em causa, devendo ser consultados os respectivos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho e as comissões de segurança, higiene e saúde no trabalho, ou, na sua falta, os representantes dos trabalhadores para a segurança, higiene e saúde no trabalho.

#### Artigo 6.º

##### Sinalização

1 — A interdição ou o condicionamento de fumar no interior dos locais referidos nos artigos 4.º e 5.º devem ser assinalados pelas respectivas entidades competentes, mediante a afixação de dísticos com fundo vermelho, conformes ao modelo A constante do anexo I da presente lei e que dela faz parte integrante, sendo o traço, incluindo a legenda e a cruz, a branco e com as dimensões mínimas de 160 mm x 55 mm.

2 — As áreas onde é permitido fumar são identificadas mediante afixação de dísticos com fundo azul e com as restantes características indicadas no número anterior, conformes ao modelo B constante do anexo I.

3 — Aos dísticos referenciados nos números anteriores deve apor-se, na parte inferior do modelo, uma legenda identificando a presente lei.

4 — O dístico referido no n.º 1 deve ainda conter o montante da coima máxima aplicável aos fumadores que violem a proibição de fumar.

5 — Nos casos previstos nos n.ºs 6, 7 e 8 do artigo anterior, os dísticos devem ser afixados de forma a serem visíveis a partir do exterior dos estabelecimentos.

#### Artigo 7.º

##### Responsabilidade

1 — O cumprimento do disposto nos artigos 4.º a 6.º deve ser assegurado pelas entidades públicas ou privadas que tenham a seu cargo os locais a que se refere a presente lei.

2 — Sempre que se verificarem infracções ao disposto nos artigos 4.º a 6.º, as entidades referidas no número anterior devem determinar aos fumadores que se abstenham de fumar e, caso estes não cumpram, chamar as autoridades

administrativas ou policiais, as quais devem lavrar o respectivo auto de notícia.

3 — Todos os utentes dos locais referidos no n.º 1 têm o direito de exigir o cumprimento do disposto nos artigos 4.º a 6.º, podendo apresentar queixa por escrito, circunstanciada, usando para o efeito, nomeadamente, o livro de reclamações disponível no estabelecimento em causa.

### CAPÍTULO III

#### Composição e medição das substâncias contidas nos cigarros comercializados

##### Artigo 8.º

##### Teores máximos de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono dos cigarros

Os cigarros comercializados ou fabricados em território nacional não podem ter teores superiores a:

- a) 10 mg por cigarro, para o alcatrão;
- b) 1 mg por cigarro, para a nicotina;
- c) 10 mg por cigarro, para o monóxido de carbono.

##### Artigo 9.º

##### Métodos de medição

1 — Os teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono dos cigarros são medidos segundo as normas ISO 4387 para o alcatrão, ISO 10315 para a nicotina e ISO 8454 para o monóxido de carbono.

2 — A exactidão das menções relativas ao alcatrão e à nicotina apostas nos maços de cigarros é verificada segundo a norma ISO 8243.

3 — O disposto nos números anteriores deve ser efectuado ou verificado por laboratórios de ensaio acreditados pelo Instituto Português de Acreditação (IPAC), nos termos do n.º 1 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 125/2004, de 31 de Maio, ou pelas autoridades competentes dos outros Estados membros.

4 — A lista dos laboratórios é comunicada pelo IPAC à Direcção-Geral da Saúde, dela constando os critérios utilizados para a acreditação de cada um.

5 — A Direcção-Geral da Saúde comunica à Comissão Europeia a lista dos laboratórios, nos termos do n.º 4, bem como as alterações que ocorram.

6 — Os cigarros são submetidos às medições pelo fabricante ou importador de produtos do tabaco, que é responsável pelos respectivos encargos.

7 — Sempre que a Direcção-Geral da Saúde o determine, os fabricantes ou importadores de produtos do tabaco devem realizar testes, a fim de avaliar o teor de outras substâncias produzidas pelos seus produtos do tabaco, por marca e tipo individuais, e os efeitos dessas substâncias sobre a saúde, tendo nomeadamente em conta o respectivo perigo de dependência.

8 — Os resultados dos testes efectuados nos termos deste artigo devem ser apresentados pelo fabricante ou importador de produtos do tabaco à Direcção-Geral da Saúde, até 30 de Setembro de cada ano.

9 — A Direcção-Geral da Saúde assegura a divulgação, por qualquer meio adequado, dos dados apresentados em conformidade com este artigo, a fim de informar os consumidores, tendo em conta, sempre que seja caso disso, as informações que constituam segredo de fabrico, a especificar pelo fabricante ou importador de produtos do tabaco.

10 — A Direcção-Geral da Saúde comunica à Comissão Europeia, até 31 de Dezembro de cada ano, todos os dados e informações decorrentes das medições previstas neste artigo.

##### Artigo 10.º

##### Outras informações relativas ao produto

1 — Os fabricantes ou importadores de produtos do tabaco devem apresentar à Direcção-Geral da Saúde, anualmente, até 30 de Setembro, em suporte informático, a lista de todos os ingredientes e respectivas quantidades utilizados no fabrico dos seus produtos do tabaco, por marca e tipo individuais.

2 — A lista referida no número anterior deve ser acompanhada de uma declaração que exponha as razões da inclusão desses ingredientes nos produtos do tabaco, com indicação da sua função e categoria, e de informação sobre os dados toxicológicos de que o fabricante ou importador disponha sobre esses ingredientes, com ou sem combustão, conforme for o caso, mencionando em especial os seus efeitos sobre a saúde, nomeadamente o risco de dependência, elaborada por ordem decrescente do peso de cada ingrediente incluído no produto.

3 — Os fabricantes ou importadores de produtos do tabaco devem especificar as informações que entendam não dever ser divulgadas, nos termos do número seguinte, por constituírem segredo de fabrico.

4 — A lista referida no n.º 1, com indicação dos teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono, é divulgada pela Direcção-Geral da Saúde aos consumidores, com salvaguarda das informações relativas a fórmulas de produtos específicos que constituam segredo de fabrico.

5 — A Direcção-Geral da Saúde comunica anualmente à Comissão Europeia, até 31 de Dezembro, os dados e informações decorrentes das medições previstas neste artigo.

### CAPÍTULO IV

#### Rotulagem e embalagem dos maços de cigarros

##### Artigo 11.º

##### Rotulagem

1 — Os teores de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono dos cigarros medidos em conformidade com o artigo 9.º devem ser impressos numa face lateral dos maços, em língua portuguesa, de forma a abrangerem pelo menos 10 % da superfície correspondente, ou, noutras embalagens de cigarros, de forma igualmente visível.

2 — Todas as unidades de embalagem dos produtos do tabaco devem apresentar as seguintes advertências:

a) Advertências gerais:

«Fumar mata»;

«Fumar prejudica gravemente a sua saúde e a dos que o rodeiam»;

b) Uma advertência complementar escolhida da lista constante do anexo II da presente lei e que dela faz parte integrante.

3 — Cada uma das advertências gerais e complementares deve aparecer regularmente, pelo que a sua aposição deve ser alterada.

4 — A advertência geral deve ser impressa na face mais visível das unidades de embalagem e as advertências complementares na outra face destas unidades, devendo estas advertências constar, obrigatoriamente, das unidades de embalagem e de qualquer embalagem exterior utilizada na venda a retalho do produto, excluindo as sobre embalagens transparentes.

5 — As advertências gerais previstas na alínea *a*) do n.º 2 devem cobrir pelo menos 30 % da área externa da superfície correspondente da unidade de embalagem do tabaco em que é impressa.

6 — A advertência complementar exigida na alínea *b*) do n.º 2 deve cobrir pelo menos 40 % da área externa da superfície correspondente da unidade de embalagem de tabaco em que é impressa.

7 — A superfície das advertências a que se refere o presente artigo, no caso das unidades de embalagens destinadas aos produtos que não os cigarros cuja face mais visível exceda 75 cm<sup>2</sup>, deve ser de, pelo menos, 22,5 cm<sup>2</sup> para cada face.

8 — O texto das advertências gerais, das advertências complementares e das indicações dos teores deve ser:

*a*) Impresso em língua portuguesa e em minúsculas, com excepção da primeira letra da mensagem e das exigências gramaticais;

*b*) Impresso em corpo negro «*Helvética*» sobre fundo branco, de modo a ocupar o maior espaço possível da superfície reservada para o texto em questão;

*c*) Centrado na área em que o texto deve ser impresso, paralelamente ao bordo superior da embalagem;

*d*) Rodeado de uma moldura negra com 4 mm de largura, que não interfira com o texto da advertência ou da informação prestada.

9 — No caso de produtos do tabaco que não os cigarros, as advertências mencionadas no presente artigo podem ser apostas por meio de autocolantes, desde que estes sejam inamovíveis.

10 — É proibida a impressão dos textos especificados neste artigo nos selos fiscais das unidades de embalagem e em local susceptível de ser danificado pela abertura dessas embalagens, devendo ser impresso de modo inamovível, indelével, não dissimulado, velado ou separado por outras indicações ou imagens.

11 — Para além das exigências previstas nos números anteriores, deve ainda constar em cada unidade de embalagem o respectivo número de lote ou equivalente, de modo a permitir identificar o local e o momento de produção.

#### Artigo 12.º

##### Embalagem

As unidades de embalagem de cigarros não podem ser comercializadas contendo menos de 20 unidades.

#### Artigo 13.º

##### Denominações do produto

Não podem ser utilizados em embalagens de produtos do tabaco textos, designações, marcas e símbolos figurativos ou outros sinais que sugiram que um determinado produto do tabaco é menos prejudicial do que os outros, com excepção do disposto no n.º 1 do artigo 11.º

#### Artigo 14.º

##### Tabacos destinados ao uso oral

É proibida a comercialização de tabacos destinados ao uso oral.

### CAPÍTULO V

#### Venda de produtos do tabaco

#### Artigo 15.º

##### Proibição de venda de produtos do tabaco

1 — É proibida a venda de produtos do tabaco:

*a*) Nos locais a que se referem as alíneas *a*), *d*), *e*), *f*), *g*), *h*) e *r*) do n.º 1 do artigo 4.º e nas instalações referidas na alínea *m*) do mesmo artigo;

*b*) Através de máquinas de venda automática, sempre que estas não reúnam cumulativamente os seguintes requisitos:

*i*) Estejam munidas de um dispositivo electrónico ou outro sistema bloqueador que impeça o seu acesso a menores de 18 anos;

*ii*) Estejam localizadas no interior do estabelecimento comercial, de forma a serem visualizadas pelo responsável do estabelecimento, não podendo ser colocadas nas respectivas zonas de acesso, escadas ou zonas similares e nos corredores de centros comerciais e grandes superfícies comerciais;

*c*) A menores com idade inferior a 18 anos, a comprovar, quando necessário, por qualquer documento identificativo com fotografia;

*d*) Através de meios de televenda.

2 — A proibição referida na alínea *c*) do número anterior deve constar de aviso impresso em caracteres facilmente legíveis, sobre fundo contrastante, e afixado de forma visível nos locais de venda dos produtos do tabaco.

3 — É proibida a comercialização de embalagens promocionais ou a preço reduzido.

4 — Por portaria conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde, poderá ser proibida a venda de produtos do tabaco a preço inferior a um preço mínimo de referência.

### CAPÍTULO VI

#### Publicidade, promoção e patrocínio de tabaco e de produtos do tabaco

#### Artigo 16.º

##### Publicidade e promoção

1 — São proibidas todas as formas de publicidade e promoção ao tabaco e aos produtos do tabaco, incluindo a publicidade oculta, dissimulada e subliminar, através de suportes publicitários nacionais ou com sede em Portugal, incluindo os serviços da sociedade de informação, salvo o disposto nos n.ºs 3, 4 e 7.

2 — É proibida a publicidade ao tabaco, ou ao seu uso, em máquinas de venda automática.

3 — O disposto no n.º 1 não é aplicável à informação comercial circunscrita às indicações de preço, marca e origem exibida exclusivamente no interior dos estabelecimentos que vendam produtos do tabaco, desde que

esta não seja visível no exterior dos estabelecimentos, designadamente nas respectivas montras.

4 — A publicidade na imprensa e noutros meios de comunicação impressos só é permitida em publicações destinadas exclusivamente aos profissionais do comércio do tabaco ou em publicações impressas e editadas em países terceiros, desde que não se destinem principalmente ao mercado comunitário.

5 — É proibida a distribuição gratuita ou a venda promocional de produtos do tabaco ou de quaisquer bens de consumo, que visem, ou tenham por efeito directo ou indirecto, a promoção desses produtos do tabaco.

6 — É proibida a distribuição de brindes, atribuição de prémios ou a realização de concursos, ainda que exclusivamente destinados a fumadores, por parte de empresas directa ou indirectamente relacionadas com o fabrico, a distribuição ou a venda de produtos do tabaco.

7 — É apenas admitida a promoção de produtos do tabaco quando esta se destine exclusivamente aos profissionais do comércio do tabaco e seja realizada fora do âmbito da actividade de venda ao público.

8 — É proibida a introdução de cupões ou outros elementos estranhos nas embalagens e sobre embalagens de produtos do tabaco, ou entre estas e aquelas, para além do próprio produto do tabaco e respectiva rotulagem.

9 — É proibida a promoção de vendas e a introdução no consumo de embalagens miniatura de marcas já comercializadas ou a comercializar.

#### Artigo 17.º

##### Publicidade em objectos de consumo

1 — Em acções publicitárias, é proibido colocar nomes, marcas ou emblemas de um produto do tabaco em objectos de consumo que não os próprios produtos do tabaco.

2 — Exceptuam-se da proibição prevista no número anterior os bens e serviços que façam uso de nomes ou marcas idênticos aos de produtos do tabaco, desde que preenchidos os seguintes requisitos:

a) A sua venda ou patrocínio não estejam relacionados com a venda de produtos do tabaco;

b) Tais bens ou serviços tenham sido introduzidos no mercado português previamente à data de publicação da presente lei;

c) O método de uso de tais nomes e marcas seja claramente distinto do dos nomes e marcas de produtos do tabaco.

3 — É proibido o fabrico e a comercialização de jogos, brinquedos, jogos de vídeo, alimentos ou guloseimas com a forma de produtos do tabaco, ou com logótipos de marcas de tabaco.

#### Artigo 18.º

##### Patrocínio

1 — É proibida qualquer forma de contributo público ou privado, nomeadamente por parte de empresas cuja actividade seja o fabrico, a distribuição ou a venda de produtos do tabaco, destinado a um evento, uma actividade, um indivíduo, uma obra áudio-visual, um programa radiofónico ou televisivo, que vise, ou tenha por efeito directo ou indirecto, a promoção de um produto do tabaco ou do seu consumo.

2 — É proibido o patrocínio de eventos ou actividades por empresas do sector do tabaco que envolvam ou se realizem em vários Estados membros ou que tenham quaisquer outros efeitos transfronteiriços.

3 — É proibida a distribuição gratuita ou a preços promocionais de produtos do tabaco, no contexto do patrocínio referido no número anterior, que vise ou tenha por efeito directo ou indirecto a promoção desses produtos.

## CAPÍTULO VII

### Medidas de prevenção e controlo do tabagismo

#### Artigo 19.º

##### Campanhas de informação, de prevenção ou de promoção de vendas

São proibidas campanhas ou outras iniciativas promovidas ou patrocinadas pelas empresas produtoras, distribuidoras, subsidiárias ou afins, de produtos do tabaco, que visem, directa ou indirectamente, a informação e a prevenção do tabagismo.

#### Artigo 20.º

##### Informação e educação para a saúde

1 — O Estado, designadamente os sectores da saúde, da educação, da juventude, do desporto, da defesa do consumidor, do ambiente, do trabalho, da economia e da cultura, bem como as regiões autónomas e as autarquias locais, devem promover a informação dos cidadãos, utilizando, sempre que possível, a língua gestual e a linguagem *Braille*, e contribuir para a criação de condições favoráveis à prevenção e ao controlo do tabagismo.

2 — Os serviços de saúde, independentemente da sua natureza jurídica, designadamente centros de saúde, hospitais, clínicas, consultórios médicos e farmácias, devem promover e apoiar a informação e a educação para a saúde dos cidadãos relativamente aos malefícios decorrentes do consumo de tabaco e à importância da cessação tabágica, através de campanhas, programas e iniciativas destinadas à população em geral ou a grupos específicos, designadamente crianças e jovens, grávidas, pais, mulheres em idade fértil, pessoas doentes, professores e outros trabalhadores.

3 — A temática da prevenção e do controlo do tabagismo deve ser abordada no âmbito da educação para a cidadania, a nível dos ensinos básico e secundário e dos *currícula* da formação profissional, bem como da formação pré e pós-graduada dos professores destes níveis de ensino.

4 — A temática da prevenção e do tratamento do uso e da dependência do tabaco deve fazer parte dos *currícula* da formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde, em particular dos médicos, dos médicos dentistas, dos farmacêuticos e dos enfermeiros, enquanto agentes privilegiados de educação e promoção da saúde.

#### Artigo 21.º

##### Consultas de cessação tabágica

1 — Devem ser criadas consultas especializadas de apoio aos fumadores que pretendam deixar de fumar, destinadas aos funcionários e aos utentes, em todos os centros de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde e nos serviços hospitalares públicos, em particular nos serviços de cardiologia, pneumologia, psiquiatria, nos institutos e serviços de oncologia, serviços de obstetria, hospitais psiquiátricos e centros de atendimento a alcoólicos e toxicodependentes.

2 — Sempre que a dimensão dos serviços e da população atendida não justifique a criação de uma consulta espe-

cializada, devem ser estabelecidos protocolos com outras consultas especializadas, de modo a garantir o acesso adequado dos fumadores que necessitem deste tipo de apoio para deixarem de fumar.

#### Artigo 22.º

##### Grupo técnico consultivo

1 — É criado, na dependência directa do director-geral da Saúde, um grupo técnico consultivo, visando prestar assessoria técnica, bem como prestar colaboração na definição e implementação de programas e outras iniciativas no domínio da prevenção e controlo do tabagismo.

2 — O grupo técnico consultivo, designado por despacho do director-geral da Saúde, é constituído, paritariamente, por representantes da Administração Pública e da sociedade civil, e, quanto a esta, nomeadamente de ordens profissionais da área da saúde, de associações sindicais e patronais, de sociedades científicas, por personalidades de reconhecido mérito no domínio da prevenção do tabagismo e ainda por representantes de outras organizações não governamentais.

#### Artigo 23.º

##### Dever de colaboração

A Direcção-Geral da Saúde promove o cumprimento do disposto na presente lei, com a colaboração dos serviços e organismos públicos com responsabilidades nesta área.

#### Artigo 24.º

##### Estudo estatístico

1 — A Direcção-Geral da Saúde, em articulação com o Observatório Nacional de Saúde e com o grupo técnico consultivo, assegura o acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal, bem como o impacto resultante da aplicação da presente lei, designadamente quanto ao seu cumprimento, à evolução das condições nos locais de trabalho e de atendimento ao público, a fim de permitir propor as alterações adequadas à prevenção e controlo do consumo do tabaco.

2 — Com o objectivo de avaliar o impacto da presente lei na saúde pública e na saúde dos trabalhadores, o Ministério da Saúde deve habilitar a Assembleia da República com um relatório contendo os elementos referidos no número anterior, de cinco em cinco anos.

3 — O primeiro relatório deve ser entregue na Assembleia da República decorridos três anos sobre a entrada em vigor da lei.

### CAPÍTULO VIII

#### Regime sancionatório

#### Artigo 25.º

##### Contra-ordenações

1 — Constituem contra-ordenações as infracções ao disposto nos artigos 4.º a 6.º, no n.º 2 do artigo 7.º e nos artigos 8.º a 19.º, as quais são punidas com as seguintes coimas:

a) De € 50 a € 750, para o fumador que fume nos locais previstos nas alíneas a) a bb) do n.º 1 e no n.º 2 do artigo 4.º ou fora das áreas ao ar livre ou das áreas para fumadores previstas nos n.ºs 1 a 9 do artigo 5.º;

b) De € 50 a € 1000, para os proprietários dos estabelecimentos privados, pessoas colectivas, sociedades ainda que irregularmente constituídas, ou associações sem personalidade jurídica, bem como para os órgãos directivos ou dirigentes máximos dos organismos, estabelecimentos ou serviços da Administração Pública que violem o disposto no n.º 2 do artigo 7.º;

c) De € 2500 a € 10 000, para entidades referidas na alínea anterior que violem o disposto nos n.ºs 1 a 9 do artigo 5.º e no artigo 6.º;

d) De € 10 000 a € 30 000, para as infracções aos n.ºs 6, 7 e 8 do artigo 9.º e aos n.ºs 1 e 2 do artigo 10.º, sendo o valor reduzido para € 1500 e € 3000, respectivamente, se o infractor for pessoa singular;

e) De € 30 000 a € 250 000, para as infracções ao artigo 8.º, ao n.º 3 do artigo 9.º e aos artigos 11.º, 12.º, 13.º, 14.º, 15.º, 16.º, 17.º, 18.º e 19.º, sendo o valor reduzido para € 2000 e € 3750, respectivamente, se o infractor for pessoa singular.

2 — A negligência é punível, sendo os limites mínimos e máximos das coimas aplicáveis reduzidos a metade.

3 — Nos casos previstos na alínea e) do n.º 1, a tentativa é punível, sendo os limites mínimos e máximos das coimas aplicáveis reduzidos a metade.

4 — Quando a infracção implicar forma de publicidade oculta ou dissimulada, é aplicável a punição prevista nas normas gerais sobre a actividade publicitária.

5 — As contra-ordenações previstas na presente lei e em tudo quanto nela se não encontre especialmente regulado são aplicáveis as disposições do Decreto-Lei n.º 433/82, de 27 de Outubro, com as alterações introduzidas pelos Decretos-Leis n.ºs 356/89, de 17 de Outubro, 244/95, de 14 de Setembro, e 323/2001, de 17 de Dezembro, e pela Lei n.º 109/2001, de 24 de Dezembro.

#### Artigo 26.º

##### Sanções acessórias

1 — No caso das contra-ordenações previstas nas alíneas c), d) e e) do n.º 1 do artigo anterior, podem ainda ser aplicadas as sanções acessórias previstas nas alíneas a) a g) do n.º 1 do artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 433/82, de 27 de Outubro, na redacção que lhe foi dada pelos Decretos-Leis n.ºs 356/89, de 17 de Outubro, e 244/95, de 14 de Setembro.

2 — O incumprimento do disposto nos n.ºs 1 a 3 do artigo 15.º determina a aplicação da sanção acessória de interdição de venda de qualquer produto do tabaco.

#### Artigo 27.º

##### Responsabilidade solidária

1 — Pelo pagamento das coimas em que sejam condenados os agentes das infracções ao disposto nos n.ºs 6, 7 e 8 do artigo 9.º, nos n.ºs 1 e 2 do artigo 10.º, no artigo 11.º e no artigo 13.º são solidariamente responsáveis o fabricante e o importador de produtos do tabaco.

2 — Pelo pagamento das coimas em que sejam condenados os agentes das infracções ao disposto na alínea b) do n.º 1 do artigo 15.º e no n.º 2 do artigo 16.º são solidariamente responsáveis o proprietário da máquina de venda automática de tabaco e aquele que tenha a direcção efectiva do espaço em que o equipamento se encontra instalado.

3 — Pelo pagamento das coimas em que sejam condenados os agentes das infracções ao disposto no artigo 17.º são solidariamente responsáveis o fabricante ou importador e o proprietário dos locais onde estes produtos sejam disponibilizados, de forma onerosa ou gratuita.

4 — Pelo pagamento das coimas em que sejam condenados os agentes das infracções ao disposto na alínea *d*) do n.º 1 do artigo 15.º, nos n.ºs 1, 6 e 8 do artigo 16.º e no n.º 1 do artigo 19.º são solidariamente responsáveis o promotor da venda ou da campanha, a agência de publicidade e as entidades proprietárias do suporte publicitário utilizado.

5 — Pelo pagamento das coimas em que sejam condenados os agentes das infracções ao disposto nos n.ºs 1 e 2 do artigo 18.º são solidariamente responsáveis a entidade patrocinadora e a entidade patrocinada.

6 — As entidades proprietárias do suporte publicitário utilizado, o comerciante ou o promotor da venda eximem-se da responsabilidade referida no n.º 4 caso demonstrem não ter tido prévio conhecimento da mensagem publicitária difundida.

#### Artigo 28.º

##### Fiscalização e tramitação processual

1 — Sem prejuízo das competências atribuídas pelo artigo 7.º às autoridades administrativas e policiais, a fiscalização do disposto na presente lei compete à Autoridade de Segurança Alimentar e Económica, à excepção da fiscalização do preceituado na alínea *d*) do n.º 1 do artigo 15.º, no n.º 1 do artigo 16.º, no n.º 1 do artigo 18.º e no artigo 19.º, que compete à Direcção-Geral do Consumidor.

2 — A instrução dos processos de contra-ordenação compete à Autoridade de Segurança Alimentar e Económica ou à Direcção-Geral do Consumidor, no âmbito das respectivas atribuições, e a quem devem ser enviados os autos levantados por outras entidades.

3 — A aplicação das coimas e sanções acessórias compete à Comissão de Aplicação de Coimas em Matéria Económica e de Publicidade, que delas dá conhecimento à Direcção-Geral da Saúde.

4 — O produto das coimas é distribuído da seguinte forma:

- a) 60 % para o Estado;
- b) 30 % para a entidade que instruiu o processo;
- c) 10 % para a Comissão de Aplicação de Coimas em Matéria Económica e de Publicidade.

## CAPÍTULO IX

### Disposições transitórias e finais

#### Artigo 29.º

##### Regiões Autónomas

1 — As Regiões Autónomas exercem as competências previstas na presente lei através dos organismos definidos pelos órgãos de governo próprio.

2 — O produto das coimas aplicadas nas Regiões Autónomas constitui receita própria destas.

#### Artigo 30.º

##### Norma revogatória

São revogados:

- a) A Lei n.º 22/82, de 17 de Agosto;
- b) O Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio;

- c) O Decreto-Lei n.º 393/88, de 8 de Novembro;
- d) O Decreto-Lei n.º 287/89, de 30 de Agosto;
- e) O Decreto-Lei n.º 253/90, de 4 de Agosto;
- f) O artigo 18.º e o n.º 2 do artigo 24.º do Código da Publicidade, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 330/90, de 23 de Outubro;
- g) O Decreto-Lei n.º 200/91, de 29 de Maio;
- h) O Decreto-Lei n.º 276/92, de 12 de Dezembro;
- i) O Decreto-Lei n.º 283/98, de 17 de Setembro;
- j) O artigo 95.º do Código dos Impostos Especiais de Consumo, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 566/99, de 22 de Dezembro;
- l) O Decreto-Lei n.º 25/2003, de 4 de Fevereiro;
- m) O Decreto-Lei n.º 138/2003, de 28 de Junho;
- n) O Decreto-Lei n.º 76/2005, de 4 de Abril;
- o) O Decreto-Lei n.º 14/2006, de 20 de Janeiro;
- p) Os n.ºs 2 a 5 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 35/84, de 11 de Junho;
- q) A Portaria n.º 165/84, de 26 de Março;
- r) A Portaria n.º 432/91, de 24 de Maio;
- s) A Portaria n.º 735/93, de 13 de Agosto;
- t) O despacho n.º 19/MS/88, de 25 de Janeiro de 1989;
- u) O despacho n.º 8/ME/88, de 8 de Fevereiro de 1989.

#### Artigo 31.º

##### Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no dia 1 de Janeiro de 2008.

Aprovada em 28 de Junho de 2007.

O Presidente da Assembleia da República, *Jaime Gama*.

Promulgada em 26 de Julho de 2007.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 2 de Agosto de 2007.

Pelo Primeiro-Ministro, *Luís Filipe Marques Amado*, Ministro de Estado e dos Negócios Estrangeiros.

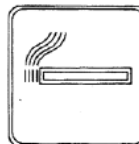
#### ANEXO I

##### MODELO A



**NÃO FUMADORES  
NO SMOKERS  
NON FUMEURS**

##### MODELO B



**FUMADORES  
SMOKERS  
FUMEURS**

## ANEXO II

## Lista das advertências complementares

- a) «Os fumadores morrem prematuramente».
- b) «Fumar bloqueia as artérias e provoca ataques cardíacos e enfartes».
- c) «Fumar provoca o cancro pulmonar mortal».
- d) «Se está grávida: fumar prejudica a saúde do seu filho».
- e) «Proteja as crianças: não as obrigue a respirar o seu fumo».
- f) «O seu médico ou o seu farmacêutico podem ajudá-lo a deixar de fumar».
- g) «Fumar causa elevada dependência. Não comece a fumar».
- h) «Deixar de fumar reduz os riscos de doenças cardiovasculares e pulmonares mortais».
- i) «Fumar pode provocar uma morte lenta e dolorosa».
- j) «Para o ajudar a deixar de fumar, consulte o seu médico ou contacte o seu farmacêutico».
- l) «Fumar pode reduzir o fluxo de sangue e provoca impotência».
- m) «Fumar provoca o envelhecimento da pele».
- n) «Fumar pode prejudicar o esperma e reduz a fertilidade».
- o) «O fumo contém benzeno, nitrosaminas, formaldeído e cianeto de hidrogénio».

## PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

## Resolução do Conselho de Ministros n.º 106/2007

O artigo 48.º do Decreto-Lei n.º 102/2001, de 29 de Março, criou transitoriamente, pelo período de três anos, uma equipa de projecto tendo em vista o desenvolvimento de projectos e aplicações informáticas, bem como o apoio à utilização da informática e das novas tecnologias de informação nos tribunais.

Esta estrutura foi objecto de avaliação e em virtude dos bons resultados verificados o Governo, através do Decreto-Lei n.º 128/2004, de 1 de Junho, prorrogou o seu prazo de funcionamento até 30 de Março de 2007. O Decreto-Lei n.º 124/2007, de 27 de Abril, que revogou o Decreto-Lei n.º 102/2001 e que aprovou a nova Lei Orgânica da Direcção-Geral da Administração da Justiça, excepcionou no artigo 10.º a extinção da equipa de projecto de apoio à informatização dos tribunais, mantendo a sua estrutura, a sua composição e a remuneração dos membros da equipa de projecto.

É neste quadro que as tarefas dos elementos da equipa de projectos formada essencialmente por funcionários judiciais vêm contribuindo de forma decisiva para a informatização dos tribunais através da criação e desenvolvimento de aplicações informáticas e do apoio aos seus utilizadores.

É a estrutura responsável pelo desenvolvimento de aplicações informáticas como a aplicação de gestão processual HABILUS que garante o registo e a tramitação da totalidade dos processos que correm termos em todos os tribunais judiciais, a aplicação de gestão orçamental dos tribunais e a aplicação de gestão de injunções.

Igualmente, é a estrutura responsável pelo apoio a mais de 11 000 utilizadores, entre magistrados e funcionários, e o funcionamento de mais de 50 000 equipamentos de informática.

Consequentemente, sob pena de se verificarem graves constrangimentos no desenvolvimento da informatização dos tribunais, entende o Governo que um dos factores decisivos para o sucesso assinalável destes projectos consistiu no facto de a sua estrutura ter um núcleo constituído por profissionais dedicados em exclusivo à sua concretização.

Assim:

Nos termos da alínea g) do artigo 199.º da Constituição, o Conselho de Ministros resolve:

1 — Prorrogar por um ano, com efeitos a partir de 30 de Março de 2007, o prazo de funcionamento da equipa de projecto criada pelo n.º 1 do artigo 48.º do Decreto-Lei n.º 102/2001, de 29 de Março.

2 — Determinar que a presente resolução entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Presidência do Conselho de Ministros, 19 de Julho de 2007. — Pelo Primeiro-Ministro, *Luís Filipe Marques Amado*, Ministro de Estado e dos Negócios Estrangeiros.

## MINISTÉRIOS DO AMBIENTE, DO ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO E DO DESENVOLVIMENTO REGIONAL E DA AGRICULTURA, DO DESENVOLVIMENTO RURAL E DAS PESCAS

## Portaria n.º 903/2007

de 14 de Agosto

Pela Portaria n.º 382-F/2002, de 9 de Abril, foi renovada à Associação de Caça e Pesca do Coroto a zona de caça associativa de Rabal (processo n.º 1838-DGRF), situada no município de Bragança, válida até 16 de Julho de 2007.

Entretanto, a entidade concessionária veio requerer a sua renovação, tendo em simultâneo solicitado a correcção da área primitivamente concessionada de 1540 ha para 1524 ha, por exclusão das áreas sociais (terrenos não cinegéticos) e alteração das freguesias pela nova divisão administrativa das mesmas.

Cumpridos os preceitos legais, com fundamento no disposto no artigo 48.º, em conjugação com o estipulado na alínea a) do artigo 40.º e no n.º 1 do artigo 118.º, do Decreto-Lei n.º 202/2004, de 18 de Agosto, com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 201/2005, de 24 de Novembro, manda o Governo, pelos Ministros do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional e da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas, o seguinte:

1.º Pela presente portaria é renovada, por um período de seis anos, a concessão da zona de caça associativa de Rabal (processo n.º 1838-DGRF), conforme planta anexa à presente portaria e que dela faz parte integrante, abrangendo vários prédios rústicos sitos nas freguesias de Rabal, França e Aveleda, município de Bragança, com a área de 1524 ha.





# ANEXO 5

RESUMO DA LEI N.º 37-2007 DE 14 DE AGOSTO



**Assunto:** Perguntas e respostas acerca da Lei 37/2007, de 14 de Agosto

Nº: 28/DICES  
DATA: 16/08/07

**Para:** Todos os serviços dependentes do Ministério da Saúde

**Contacto na DGS:** Dr<sup>a</sup>. Emilia Nunes – Direcção de Serviços de Promoção e Protecção da Saúde;  
Dr. Mário Freitas – Divisão de Informação, Comunicação e Educação para a Saúde.

Foi publicada no dia 14 de Agosto, no Diário da República, 1.<sup>a</sup> série — N.º 156, a Lei n.º 37/2007, que aprova normas para a protecção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo.

A Direcção-Geral da Saúde, no sentido de facilitar o esclarecimento acerca da Lei ora publicada, tanto de profissionais de saúde como dos cidadãos em geral, no uso das suas competências, entende ser oportuno divulgar, através da presente Circular, um breve resumo da Lei n.º 37/2007, usando para tal a metodologia “Perguntas & Respostas”, não dispensando a consulta integral da Lei.  
Neste sentido, a Direcção-Geral da Saúde, informa:

**Pergunta 1:** Quando entra a Lei 37/2007 em vigor?

**Resposta 1:** A Lei 37/2007, de 14 de Agosto, entra em vigor a **1 de Janeiro de 2008**.

**Pergunta 2:** Quais são os locais onde é proibido fumar?

**Resposta 2:** É proibido fumar:

1. Nos locais onde estejam instalados órgãos de soberania, serviços e organismos da administração pública e pessoas colectivas públicas;
2. Nos locais de trabalho;
3. Nos locais de atendimento directo ao público;
4. Nos estabelecimentos onde sejam prestados cuidados de saúde, e outros similares, laboratórios, farmácias e locais onde se dispensem medicamentos não sujeitos a receita médica;
5. Nos lares e outras instituições que acolham pessoas idosas ou com deficiência ou incapacidade;
6. Nos locais destinados a menores de 18 anos,
7. Nos estabelecimentos de ensino, independentemente da idade dos alunos
8. Nos centros de formação profissional;
9. Nos museus, colecções visitáveis bibliotecas, salas de conferência, de leitura;
10. Nas salas e recintos de espectáculos e de diversão;
11. Nas zonas fechadas das instalações desportivas;
12. Nos recintos das feiras e exposições;

13. Nos conjuntos e grandes superfícies comerciais e nos estabelecimentos comerciais de venda ao público;
14. Nos estabelecimentos hoteleiros;
15. Nos estabelecimentos de restauração, de bebidas ou dança;
16. Nas cantinas, nos refeitórios e nos bares;
17. Nas áreas de serviço e postos de abastecimento de combustíveis;
18. Nos aeroportos, nas estações ferroviárias, nas estações rodoviárias de passageiros e nas gares marítimas e fluviais;
19. Nas instalações do metropolitano;
20. Nos parques de estacionamento cobertos;
21. Nos elevadores, ascensores e similares;
22. Nas cabines telefónicas fechadas;
23. Nos recintos fechados das redes de levantamento automático de dinheiro;
24. Em qualquer outro lugar, onde por determinação da gerência, ou de outra legislação aplicável, designadamente em matéria de prevenção de riscos ocupacionais, se proíba fumar.
25. É ainda proibido fumar nos veículos afectos aos transportes públicos urbanos, suburbanos e interurbanos de passageiros, bem como nos transportes rodoviários, ferroviários, aéreos, marítimos e fluviais, nos serviços expressos, turísticos e de aluguer, nos táxis, ambulâncias, veículos de transporte de doentes e teleféricos.

**Pergunta 3:** Que requisitos deverão ter os locais onde é admitido fumar?

**Resposta 3:**

1. Estejam devidamente sinalizadas, com afixação de dísticos em locais visíveis;
2. Sejam separadas fisicamente das restantes instalações, ou disponham de dispositivo de ventilação;
3. Seja garantida a ventilação directa para o exterior.

**Pergunta 4:** Com estes requisitos, existem locais onde é admitido fumar?

**Resposta 4:** Com estes requisitos:

1. Podem ser criadas **áreas exclusivamente destinadas a pacientes fumadores** em Hospitais e serviços psiquiátricos, centros de tratamento e reabilitação e unidades de internamento de toxicodependentes e de alcoólicos;
2. **Para reclusos fumadores**, em estabelecimentos prisionais, unidades de alojamento, em celas ou camaratas, para reclusos fumadores.
3. Pode ser permitido fumar **em áreas expressamente previstas** para o efeito:
  - 3.1. Nos locais onde estejam instalados órgãos de soberania, serviços e organismos da administração pública e pessoas colectivas públicas;
  - 3.2. Nos locais de trabalho;
  - 3.3. Nos lares e outras instituições que acolham pessoas idosas ou com deficiência ou incapacidade;
  - 3.4. Nas salas e recintos de espectáculos e noutros locais destinados à difusão das artes e do espectáculo, incluindo as antecâmaras, acessos e áreas contíguas;
  - 3.5. Nos recintos de diversão e recintos destinados a espectáculos de natureza não artística;
  - 3.6. Nos recintos das feiras e exposições;
  - 3.7. Nos conjuntos e grandes superfícies comerciais e nos estabelecimentos comerciais de venda ao público;

- 3.8. Nos estabelecimentos hoteleiros e outros empreendimentos turísticos, onde sejam prestados serviços de alojamento;
- 3.9. Nos aeroportos, nas estações ferroviárias, nas estações rodoviárias de passageiros e nas gares marítimas e fluviais;
- 3.10. Nos estabelecimentos de ensino que integrem o sistema de ensino superior
- 3.11. Nos centros de formação profissional que não sejam frequentados por menores de 18 anos.
4. Nos estabelecimentos de restauração ou de bebidas, incluindo os que possuam salas ou espaços destinados a dança, com **área destinada ao público inferior a 100 m<sup>2</sup>**, o proprietário pode optar por estabelecer a permissão de fumar que deve, sempre que possível, proporcionar a existência de espaços separados para fumadores e não fumadores.
5. Nos estabelecimentos de restauração ou de bebidas, incluindo os que possuam salas ou espaços destinados a dança, com **área destinada ao público igual ou superior a 100 m<sup>2</sup>**, podem ser criadas áreas para fumadores, até um máximo de 30% do total respectivo, ou espaço fisicamente separado não superior a 40% do total respectivo, e não abranjam as áreas destinadas ao pessoal.
6. Nos estabelecimentos hoteleiros e outros empreendimentos turísticos, onde sejam prestados serviços de alojamento, podem ser reservados andares, unidades de alojamento ou quartos para fumadores, até um máximo de 40% do total respectivo,

**Salvo excepção** (ver anteriores), é admitido fumar:

1. Nas áreas ao ar livre;
2. Nas áreas de serviço e postos de abastecimento de combustíveis é admitido fumar nas áreas ao ar livre, com excepção das zonas onde se realize o abastecimento de veículos.
3. Nas áreas descobertas nos barcos afectos a carreiras marítimas ou fluviais.

**Pergunta 5:** Quem define as áreas para fumadores?

**Resposta 5:** A definição das áreas para fumadores cabe às entidades responsáveis pelos estabelecimentos em causa, devendo ser consultados os respectivos serviços de segurança, higiene e saúde no trabalho e as comissões de segurança, higiene e saúde no trabalho, ou, na sua falta, os representantes dos trabalhadores para a segurança, higiene e saúde no trabalho.

**Pergunta 6:** Quem deve assinalar a interdição ou o condicionamento de fumar?

**Resposta 6:** A interdição ou o condicionamento de fumar devem ser assinalados pelas respectivas entidades competentes, mediante a afixação de dísticos; as áreas onde é permitido fumar são identificadas mediante afixação de dísticos. O dístico deve conter o montante da coima máxima aplicável aos fumadores que violem a proibição de fumar e devem ser afixados de forma a serem visíveis a partir do exterior dos estabelecimentos.

**Pergunta 7:** Quem deve determinar aos fumadores que se abstenham de fumar, sempre que se verifiquem infracções?

**Resposta 7:** Sempre que se verifiquem infracções as entidades que têm a seu cargo os locais devem determinar aos fumadores que se abstenham de fumar e, caso estes não cumpram, chamar as autoridades administrativas ou policiais, as quais devem lavrar o respectivo auto de notícia.

**Pergunta 8:** Que podem fazer os utentes sempre que se verifiquem infracções?

**Resposta 8:** Todos os utentes dos locais referidos têm o direito de exigir o cumprimento da Lei podendo apresentar queixa por escrito, circunstanciada, usando para o efeito, nomeadamente, o livro de reclamações disponível no estabelecimento em causa.

**Pergunta 9:** Onde é proibida a venda de produtos do tabaco?

**Resposta 9:** É proibida a venda de produtos do tabaco:

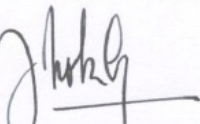
- 1 - Nos locais onde estejam instalados órgãos de soberania, serviços e organismos da administração pública e pessoas colectivas públicas;
- 2 - Nos estabelecimentos onde sejam prestados cuidados de saúde, e outros similares, laboratórios, farmácias e locais onde se dispensem medicamentos não sujeitos a receita médica;
- 3 - Nos lares e outras instituições que acolham pessoas idosas ou com deficiência ou incapacidade, Nos locais destinados a menores de 18 anos,
- 4 - Nos estabelecimentos de ensino, independentemente da idade dos alunos
- 5 - Nos centros de formação profissional;
- 6 - Nas cantinas, nos refeitórios e nos bares;
- 7 - Através de máquinas de venda automática, sempre que estas não reúnam cumulativamente os seguintes requisitos:
  - a. Estejam munidas de um dispositivo electrónico ou outro sistema bloqueador que impeça o seu acesso a menores de 18 anos;
  - b. Estejam localizadas no interior do estabelecimento comercial, de forma a serem visualizadas pelo responsável do estabelecimento, não podendo ser colocadas nas respectivas zonas de acesso, escadas ou zonas similares e nos corredores de centros comerciais e grandes superfícies comerciais;
- 8 - A menores com idade inferior a 18 anos, a comprovar, quando necessário, por qualquer documento identificativo com fotografia;
- 9 - Através de meios de televenda.

**Pergunta 10:** Qual o regime sancionatório previsto?

**Resposta 10:** Estão previstas as seguintes contra-ordenações:

- 1 - De € 50 a € 750, para o fumador;
- 2 - De € 50 a € 1 000, de 2500 a 10 000€, de 10 000 a 30 000€ ou de 30 000 a 250 000€, consoante a infracção, para os proprietários dos estabelecimentos privados, pessoas colectivas, sociedades ainda que irregularmente constituídas, ou associações sem personalidade jurídica, bem como para os órgãos directivos ou dirigentes máximos dos organismos, estabelecimentos ou serviços da administração pública que violem o disposto;
- 3 - A negligência é punível, sendo os limites mínimos e máximos das coimas aplicáveis reduzidos a metade.

*Del*  
O Director-Geral da Saúde,



Francisco George

José Rebelo  
Subdirector-Geral da Saúde

# ANEXO 6

BOAS PRÁTICAS EM PREVENÇÃO DO TABAGISMO NO MEIO ESCOLAR





# Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar

JOSÉ PRECIOSO\*

## RESUMO

*O maior risco que as crianças e os adolescentes correm quando começam a fumar é o de ficarem dependentes do tabaco, muitas vezes para a vida inteira, e vir mais tarde a sofrer de inúmeras patologias causadas pelo tabagismo (cancro de pulmão, D.P.O.C., enfartes, entre outras). Estudos recentes mostram que as crianças tornam-se dependentes da nicotina mais facilmente do que os adultos e com quantidades de tabaco tão baixas que nunca antes tinham sido estudadas (fumar dois cigarros por dia durante quatro a seis semanas). Os investigadores constataram ainda que as raparigas ficam mais facilmente viciadas em nicotina do que os rapazes.*

*Para além dos problemas de saúde associados, o consumo de tabaco na adolescência é um problema muito prevalente, em expansão, sobretudo no sexo feminino, mas vulnerável.*

*Para travar a progressão da epidemia tabágica é necessário conhecer a sua etiologia, ou seja, compreender quando, onde e porque é que as crianças e os adolescentes se tornam fumadores. Em face das respostas a estas questões poderão desenhar-se intervenções mais racionais para resolver o problema. A finalidade deste artigo é contribuir para clarificar a etiologia do consumo de tabaco e analisar o contributo que a escola e os médicos de família podem dar para controlar a expansão do tabagismo.*

## INTRODUÇÃO

A ciência demonstrou de forma inequívoca que fumar activa ou passivamente é prejudicial à saúde em todas as fases do ciclo de vida da pessoa. No entanto o consumo de tabaco pelas crianças e os adolescentes (ou a sua exposição à poluição resultante do fumo do tabaco) é particularmente grave pelos seguintes motivos:

1. As crianças e os jovens que fumam, activa ou passivamente, vêm aumentando o risco de padecer de amigdalite, de constipações, de bronquite, de ataques de asma, assim como de outros problemas respiratórios<sup>1,2,3</sup>.
2. As crianças e os adolescentes, quando começam a fumar, correm um risco elevado de se tornarem dependentes do tabaco muitas vezes para a vida inteira, podendo mais tarde vir

a padecer das graves patologias associadas à aspiração do fumo do tabaco. Estima-se que entre 70 a 90% das pessoas que consomem quatro ou mais cigarros por dia durante algum tempo podem vir a tornar-se fumadores dependentes<sup>4,5,6</sup>. Estudos mais recentes, efectuados por Di-Franza *et al*<sup>7</sup>, mostram que as crianças tornam-se dependentes da nicotina mais facilmente do que os adultos e com quantidades de tabaco tão baixas que nunca antes tinham sido estudadas (fumar dois cigarros por dia durante quatro a seis semanas). Os investigadores constataram ainda que as raparigas ficam mais facilmente viciadas em nicotina do que os rapazes.

3. Entre os comportamentos aditivos, o consumo de cigarros é um dos que está mais estabelecido durante a adolescência. Os dados sobre prevalência do consumo de tabaco em adolescentes permitem concluir que a prevalência de alunos e alunas fumadoras é elevada, sobretudo no sexo feminino (19% de fumadoras diárias aos 15 anos); que contrariamente ao que acontecia no passado, em que todas as taxas de fumadores eram das menores da Europa, actualmente há uma grande aproximação das prevalências registada em alunos portugueses e os seus congéneres europeus; e o pior de tudo é que a prevalência de alunas fumadoras tem aumentado de forma alarmante nos

\*Professor Auxiliar no Instituto de Educação e Psicologia - Universidade do Minho

últimos anos<sup>8,9</sup>. Dado o aumento do consumo na população feminina, e a manterem-se estas tendências, os problemas pré e pós-natais relacionados com o tabagismo feminino tenderão a agravar-se muito num futuro próximo.

4. A maioria dos actuais fumadores começa a fumar antes dos 18 anos, portanto na infância e na adolescência.
5. O consumo de tabaco está associado com o consumo de álcool e de outras drogas e é geralmente a primeira a ser usada pelos jovens que entram numa sequência de consumo de drogas que incluem o tabaco, o álcool, a marijuana e outras drogas duras<sup>9,10</sup>.

Este conjunto de dados mostram que em Portugal continua a ser muito importante fazer um esforço, sistemático e organizado, na prevenção do consumo de tabaco pelo/as adolescentes e jovens adulto/as na escola. É necessário que o Ministério da Educação comece a promover a saúde e a Educação para a Saúde na escola de forma organizada e eficaz e não como até agora tem acontecido, em que o padrão de intervenção tem carácter esporádico, pontual e restrito. Conforme já foi referido o consumo de tabaco pelos jovens atenta directamente contra a sua saúde. Para se prevenir este comportamento temos que conhecer quando, onde e porque começam a fumar. Com base na resposta a estas questões tentaremos sugerir, com base na evidência científica, que papel pode a escola e o médico de família assumir na prevenção do tabagismo.

#### ETIOLOGIA DO CONSUMO DE TABACO

##### Quando se começa a fumar?

Admite-se que nos países desenvolvidos a maioria dos fumadores comece a fumar na adolescência, ou seja, antes dos 18 anos de idade, embora em Portugal uma percentagem elevada de fumado-

res, cerca de 30%, tenham começado a fumar mais tarde<sup>12,14</sup>. Segundo Beçoia e Vázquez<sup>6</sup>, a probabilidade de vir a ser fumador regular é tanto maior quanto menor for a idade em que se começa a fumar.

Vários estudos mostram que os jovens começam a fumar em idades cada vez mais precoces<sup>13</sup>. Alguns começam já aos 12 anos ou mais cedo.

A partir destes dados podemos inferir que a prevenção primária do consumo de tabaco deve começar antes dos 12 anos (provavelmente no 6º ou 7º ano de escolaridade) mas deve continuar ao longo do percurso escolar incluindo a Universidade e o local de trabalho (pois existe evidência epidemiológica que mostra que em Portugal o começo é mais tardio que noutros países mais desenvolvidos).

O facto de a maioria das crianças não começar a fumar antes desta idade (embora a tendência seja a diminuição da idade de iniciação), associado ao facto das crianças serem de uma forma geral hostis ao consumo de tabaco, permite-nos inferir que é desaconselhável a abordagem deste tema no primeiro ciclo do ensino básico. A sua abordagem de forma incorrecta corre o risco de ser contra-preventiva. Por outro lado os alunos nesta idade têm outros problemas de saúde mais importantes (como a higiene pessoal e oral, os acidentes domésticos, de lazer e rodoviários, etc.) e que devem ser tratados. Sendo o tempo um recurso escasso, devemos atender aos problemas mais importantes em cada faixa etária e claramente o consumo de tabaco não é (ainda) nesta faixa etária um problema prioritário.

##### Onde se começa a fumar?

A partir dos resultados de um estudo efectuado por Precioso<sup>13</sup> e de investigações realizadas por outros investigadores, existe evidência científica segura para poder afirmar que a escola é o local de iniciação do comportamento de

fumar para a maioria (60%) dos alunos portugueses (embora as raparigas tenham começado frequentemente noutros lugares) e que percentagens de alunos da amostra superiores a 50% receberam ofertas de cigarros na escola.

Uma vez que é no início da adolescência que muitos alunos já começam e continuam a fumar, que o local de iniciação, na maioria dos casos é a escola, que todos passam pelo sistema de ensino, a prevenção do consumo de tabaco deveria começar pelos 12-13 anos e um local adequado para o fazer seria a própria escola.

#### Porque se começa a fumar?

Após aturadas investigações, admite-se que não existe uma causa única que explique esta conduta. Parece haver um conjunto de factores complexos e inter-relacionados que predispõem os mais jovens a fumar<sup>15,16</sup>. Por outro lado sabe-se que os factores que podem levar as pessoas a começar a fumar diferem de indivíduo para indivíduo, o que torna os esforços preventivos complexos pois trata-se de agir sobre uma realidade heterogênea. Não obstante a complexidade desta conduta existem algumas teorias que pretendem explicar porque é que os jovens começam a fumar e que podem ter um valor importante na orientação dos esforços preventivos.

Segundo Mendoza, Pérez e Foguet<sup>17</sup>, os comportamentos de saúde, tal como muitos outros, são determinados por factores biológicos, psicológicos, micro-sociais (família, escola, amigos), macro-sociais (em que os *media* têm um papel preponderante), ambientais, culturais, económicos, etc., representados no esquema da Figura 1.

Este esquema, para além de dar uma ideia da complexidade da etiologia dos comportamentos humanos, releva a necessidade de actuar globalmente, em todas as esferas, sistemas e sub-sistemas da vida humana, para se obterem mudanças de comportamento efectivas,

sustentáveis e duradouras.

Da análise do esquema da Figura 1 pode dizer-se que a interacção das influências sociais e ambientais, com as características individuais e a predisposição do indivíduo a ser susceptível a tais influências, parecem ter um papel importante no início da experimentação com cigarros. A seguir descrevem-se os principais factores pessoais, sociais e ambientais, relacionados com o consumo de tabaco e sugerem-se algumas actividades para os contrariar.

#### A) FACTORES PESSOAIS

Os factores pessoais, que incluem o desconhecimento dos riscos do consumo de tabaco; a necessidade de demonstrar que atingiu a maioridade; o desejo de ser e comportar-se como os adultos; a curiosidade natural do jovem; algumas crenças relacionadas com o fumo, tais como, «o tabaco emagrece», «ajuda a esquecer», a «resolver os problemas», a «acalmar os nervos», «a lidar com o stress»; a necessidade de chamar a atenção dos outros exibindo um comportamento desviante perante os pares ou os pais, foram desde sempre apontados como factores influentes na adopção do



Figura 1. Determinantes dos estilos de vida (adaptado de Mendoza, Pérez, e Foguet, 1994).

hábito de fumar.

Muitos jovens começam a fumar para parecerem mais adultos e mostram maior maturidade e autonomia. O desejo de imitação dos mais velhos e sobretudo dos progenitores é muito habitual entre os jovens<sup>16</sup>. Geralmente fumar é associado com o ser adulto, esperto e os anúncios dos cigarros encorajam estas ideias<sup>15</sup>.

Há ainda um grupo de adolescentes que começa a fumar só para contrariar as restrições impostas pelos pais ou pelos irmãos mais velhos. Por vezes fumam só porque os pais ou os amigos lhe disseram para não o fazer<sup>15</sup>. Em determinadas crianças o consumo de cigarros é encarado como um símbolo de independência e de rebeldia contra as normas impostas pela família e pela sociedade<sup>15</sup>.

Para outros jovens a adopção do hábito de fumar constitui mais um componente do ritual de passagem da infância para a adolescência e a idade adulta.

Vários estudos mostraram também que os jovens com piores resultados escolares<sup>13</sup> e com menores ambições nos seus estudos têm maiores probabilidades de se tornarem fumadores. Eliminar a imagem positiva do tabaco e ajudar os jovens a desenvolver confiança em si próprios e a melhorar os seus desempenhos escolares e sociais contribuiria para reduzir a prevalência do tabagismo.

Outros estudos comprovaram que os jovens fumadores têm menos conhecimentos sobre os riscos do tabagismo para a saúde, não personalizam esses riscos e acham que, a curto prazo, fumar oferece vantagens (auto-estima, novas amizades) que compensam quaisquer riscos. Os jovens que não fumam tendem a manter opiniões negativas a respeito do tabaco. Assim, é importante insistir nas consequências do tabagismo a curto prazo (quer sobre a saúde, quer na apresentação pessoal) e

aproveitar as oportunidades para desmistificar as qualidades e valores atribuídos ao tabaco.

#### B) FACTORES SOCIAIS

Os factores sociais incluem a atitude positiva em relação a fumar dos amigos, dos pais, dos irmãos e dos ídolos; o facto dos pais, dos irmãos e dos ídolos fumarem; o facto de fumar ser um comportamento socialmente aceite.

A pressão social directa ou indirectamente exercida pelos amigos foi desde sempre considerada um dos mais influentes factores relacionados com o consumo de tabaco nos jovens. Vários estudos referem que ter um «melhor amigo» que fuma é um factor preditivo muito importante para que os jovens venham a consumir tabaco no futuro. Os jovens que começam a fumar costumam fazê-lo com os amigos e, para eles, fumar constitui nitidamente uma actividade social. Por outro lado, quase todos os jovens não fumadores têm amigos que também não fumam. Muitos jovens experimentam o tabaco em grupo e a aprovação dos companheiros é um mecanismo importante para a manutenção do hábito. Segundo o *Ulster Cancer Foundaton*<sup>15</sup>, os jovens podem começar a fumar para copiar os seus irmãos mais velhos ou os amigos. Na opinião de Pestana e Mendes<sup>16</sup>, a pressão do grupo a que o jovem pertence e a tentativa de se identificar com ele levam-no com frequência a iniciar o consumo experimental e regular de tabaco. Muitas vezes começam a fumar pela dificuldade de resistir às pressões dos colegas e amigos, realizadas geralmente pela oferta de cigarros e o receto de cair no ridículo ante a recusa ou não adopção de um comportamento generalizado no grupo<sup>13</sup>.

Por isso, ajudar os jovens a desenvolver a auto-confiança e a capacidade de resistir às pressões sociais para fumarem contribuiria decisivamente para reduzir a prevalência do tabagismo.

O tabagismo dos pais, bem como as suas atitudes em relação ao tabaco, têm sido associados de uma forma constante com o tabagismo dos jovens. As crianças criadas em ambientes familiares em que os adultos não fumam e os pais desaprovam o consumo do tabaco têm menos probabilidades de se tornar fumadores habituais. A influência dos pais parece máxima na fase de transição do consumo «experimental» para o consumo «regular». Se se conseguir influenciar o tabagismo dos pais e as suas atitudes perante o tabaco, isso ajudará a reduzir o tabagismo dos jovens.

Os dados do inquérito levantamento *Teenage Health and Lifestyles* das crianças das escolas secundárias (*secondary school children*) revelam que os jovens têm mais possibilidade de vir a ser fumadores se alguém em casa fumar; que os irmãos parecem ter mais influência que os pais neste aspecto; quando ambos os pais fumam, as crianças têm duas vezes mais probabilidade de ser fumadores que se nenhum dos pais fumasse.

Um estudo realizado por Precioso<sup>18</sup> revela que o facto dos pais fumarem em casa é um factor de risco adicional. Constata-se que a percentagem de alunos fumadores é maior no grupo de alunos filhos de pais/mães que fumam em casa que no grupo de alunos filhos de pais fumadores que não fumam em casa ou que não fumam.

#### **c) FACTORES AMBIENTAIS**

A aceitabilidade social do consumo de tabaco e o fácil acesso a estes produtos (acessibilidade); a exposição e vulnerabilidade para o *marketing* e publicidade ao tabaco manifestadas pelos jovens; o baixo preço do tabaco; a elevada quantidade de dinheiro colocada à disposição dos jovens (nalguns casos); são factores ambientais fortemente relacionados com o consumo de tabaco pelos jovens<sup>16,17,18</sup>.

Cada vez mais abundam as evidên-

cias que relacionam a publicidade e a promoção do tabaco (por meio do patrocínio de equipas desportivas, por exemplo) com a decisão de começar a fumar. As campanhas publicitárias dirigidas a promover o consumo de cigarros e as estratégias de promoção associam o hábito de fumar com os divertimentos, com o risco, com a maturidade, utilizando a Teoria do Reforço Social, para tentar convencer os jovens que se fumarem obtêm as vantagens apresentadas na publicidade. A publicidade dirigida directamente às mulheres jovens valoriza a magreza, a elegância e provavelmente apoia-se na Teoria da Aprendizagem Social de Bandura, oferecendo imagens de modelos muito atractivos para as raparigas, fazendo com que estas tentem copiá-los. Bandura também refere como elemento fundamental a baixa auto-eficácia necessária para fumar, pois trata-se de um comportamento sem grandes barreiras económicas e sociais.

Nos países em que se introduziram amplas limitações à publicidade ao tabaco (Noruega, por exemplo), verificou-se uma redução imediata do tabagismo nos jovens.

A forma como o uso do tabaco é apresentado nos meios de comunicação, nomeadamente nos programas de televisão e no cinema, pode também pressionar directa ou indirectamente os jovens. O uso do tabaco, apresentado sob um aspecto favorável pelos «media», pode reforçar os mitos sobre os efeitos benéficos do tabaco e encorajar as crianças a fumar. Por esse motivo os produtores de cinema e de televisão deviam estar conscientes da sua influência, especialmente quando as personagens e/ou os actores representam ídolos ou modelos para os jovens.

Igualmente parcimoniosos no uso do tabaco deveriam ser treinadores e dirigentes desportivos (particularmente de futebol) e os realizadores das emissões desses eventos, pois são frequentemente

te «apanhados» em flagrante pela câmaras de televisão a fumar e podem por isso constituir um modelo negativo para as crianças que em casa vêem o jogo pela televisão.

Segundo Mendoza<sup>19</sup>, um dos factores que mais fortemente explica o consumo de tabaco pelos jovens é a facilidade que estes têm em adquiri-lo, dada a alta oferta deste produto e a facilidade na sua compra. A venda de tabaco em máquinas automáticas, a dificuldade em reconhecer a idade dos jovens e de fazer cumprir a lei que proíbe a venda a menores, o facto do preço dos cigarros ser acessível e os adolescentes possuírem bastante dinheiro disponível, faz com que o acesso ao consumo de tabaco seja facilitado. Embora a venda de tabaco aos jovens seja proibida em muitos países, os cigarros estão perfeitamente ao alcance dos jovens de todas as idades e a preços que eles podem pagar.

Torna-se necessário o alargamento e a prática integral das limitações à venda do tabaco aos jovens. Uma política de aumento de preços pode igualmente ter um importante efeito dissuasivo. Estudos europeus provaram que os preços elevados influenciam a prevalência do uso do tabaco tanto nos jovens como nos adultos. Por outro lado, os pais deveriam ter mais atenção ao dinheiro que fornecem aos filhos<sup>18</sup>. Uma medida importante e já adoptada em alguns países é a verificação da idade do jovem para não haver equívocos, pois é reconhecida a dificuldade de actualmente avaliar a idade de um adolescente ou de um jovem adulto.

Outra medida importante para reduzir por um lado os riscos da exposição ao fumo passivo e por outro lado reduzir o consumo é a criação de legislação restritiva de fumar em lugares públicos. Alguns países como os Estados Unidos, o Canadá, a Irlanda, o Reino Unido, a Espanha, já adoptaram legislação restritiva e aguarda-se os resultados do

seu cumprimento e também da sua eficácia na cessação. Teoricamente o facto de não fumar começar a ser a norma social pode ter efeitos positivos na iniciação por parte dos adolescentes. Deixam de ver o consumo de tabaco como um comportamento normal dos adultos.

#### **O processo de aprendizagem de fumar: A «carreira de fumador»**

Embora o consumo de tabaco esteja relacionado com os factores descritos anteriormente, ninguém nasce fumador e ainda por cima «por geração espontânea». Aprende-se a fumar ao longo de uma série de passos que habitualmente são designados por carreira do fumador.

A seguir descreve-se as fases do processo pelo qual o indivíduo pode começar a fumar e os factores psicológicos, sociais e ambientais relacionados com cada fase. Desta forma poderemos orientar melhor os esforços preventivos.

Na opinião de vários especialistas<sup>20-23</sup>, a aquisição de qualquer hábito, e fumar é apenas um exemplo, não é uma simples resposta a um estímulo. É um processo que provavelmente se desenvolve ao longo do tempo, segundo uma sequência ordenada de estágios. Na opinião de Nutbeam, Mendoza e Newman (1988)<sup>21</sup>, o hábito de fumar desenvolve-se em quatro ou cinco etapas, até a criança se tornar fumadora dependente: a preparação, a iniciação/experimentação, a habituação (consumo regular/instalação do hábito) e a manutenção/dependência (consumo dependente).

A fase de «Preparação» vai do nascimento ao início da adolescência. É caracterizada pelo facto de a criança ainda não ter fumado mas começar a criar expectativas e a formar atitudes que a poderão conduzir a experimentar o primeiro cigarro (iniciação). Na formação de uma atitude positiva em relação a fumar são particularmente fortes o uso do

tabaco pelos pais, a opinião dos pais e os meios de comunicação social, em especial a televisão<sup>5,21</sup>. A atitude (positiva ou negativa em relação ao tabaco) está relacionada com o processo de socialização primária que ocorre no meio familiar, com o início do processo de socialização secundária, que ocorre na escola (com os amigos) e através dos «media»<sup>20,24</sup>. Conforme já foi dito, há mais crianças fumadoras entre os grupo de pais/mães que fumam em casa. Estes progenitores têm provavelmente uma atitude mais permissiva em relação ao tabaco e, por isso, não tentam exercer qualquer controlo do tabagismo nos filhos. É muito importante que os médicos recomendem aos pais que não fumem em casa.

A fase de «Iniciação» e «Experimentação» consiste na primeira prova do cigarro e está associada ao processo de socialização secundária que decorre, em particular, na escola com os amigos mais próximos e também por intermédio dos «media». Ocorre dos sete aos 14 anos. Na experimentação do cigarro são particularmente fortes as seguintes influências: a curiosidade natural de todas as crianças desta idade; o uso do tabaco pelos amigos íntimos; uso do tabaco pelos pais; os «media», especialmente a televisão e as revistas; a facilidade de arranjar cigarros; o desejo de aceitação social; a curiosidade relativamente aos hábitos dos adultos<sup>2,4,5</sup>.

Embora mais ou menos 90% da população tenha experimentado fumar e muitos não tenham prosseguido, o risco de vir a fumar regularmente aumenta se a experimentação com o tabaco se repetir mais de 4 a 5 vezes. Os estudos sugerem que 70 ou 90% dos fumadores iniciais que fumam 4 a 5 vezes podem vir a fumar regularmente. Os estudos revelam igualmente que quanto menor for o intervalo entre fumar o primeiro cigarro e os seguintes, maior será a probabilidade de se estabelecer a dependência do tabaco<sup>5</sup>.

A fase de «Habituação» ocorre geralmente durante a adolescência e é caracterizada pelo facto do adolescente começar a fumar com alguma regularidade (pelo menos um cigarro por semana). Os principais factores psicossociais de risco associados a este tipo de consumo são: ter amigos fumadores, estar envolvido em situações sociais em que os amigos apóiam o consumo, ter baixa auto-eficácia e capacidade de recusa, ter disponibilidade de cigarros, perceber que fumar é útil para a pessoa, ter poucas restrições a fumar na escola e na comunidade. A «Aquisição» do hábito está relacionada com o reforço do hábito por experiências físicas, sociais e psicológicas positivas relacionadas com o uso do tabaco. São particularmente influentes na aquisição do hábito de fumar as convicções sobre os efeitos do tabaco (por exemplo: «acalma», «dá confiança», «controla o peso»); a aceitação ou subestima dos riscos para a saúde; a conduta dos amigos relativamente ao tabaco (incluindo a dos irmãos); a imagem de si próprio; a acessibilidade e o preço dos cigarros.

A «Manutenção» do hábito e a dependência consiste no estabelecimento do consumo diário de fumar e ocorre geralmente no fim da adolescência e início da idade adulta. Na fase de «Manutenção/Dependência» o indivíduo continua a fumar devido à dependência física da nicotina e à dependência psicológica e social<sup>2,4,5</sup>.

Para o estabelecimento da dependência contribuem os factores citados para a fase precedente a que se associam a dependência à nicotina e a dependência psicológica. No Quadro 1, apresentamos as diferentes etapas do desenvolvimento do hábito de fumar propostas por Nutbeam, Mendoza e Newman<sup>21</sup> e outros autores e descrevemos de forma resumida, as influências pessoais, sociais e ambientais, associadas a cada fase.

É importante salientar que o trajec-



## QUADRO I

## PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO MODELO EXPLICATIVO PARA A AQUISIÇÃO DO HÁBITO DE FUMAR PROPOSTO POR NUTBEAM, MENDOZA E NEWMAN (1988)

Fase	Idade	PRINCIPAIS INFLUÊNCIAS		
		Pessoais	Sociais	Ambientais
PREPARAÇÃO	0-10		Fumo dos pais Atitude dos pais	<i>Media</i> Televisão
EXPERIMENTAÇÃO	7-14	Curiosidade natural	Fumo dos amigos Fumo dos pais Atitude dos pais	<i>Media</i> (Televisão e revistas). Disponibilidade de cigarros. Máquinas de venda automática
HABITUAÇÃO	10-18	Crenças sobre o cigarro Crenças na relevância dos riscos para a saúde Auto-imagem	Fumo dos amigos Fumo na família	Disponibilidade Custo dos cigarros
MANUTENÇÃO	13-18	Dependência física e psicológica		

to seguido por um fumador pode não ser linear, ou seja, um adolescente que experimente fumar poderá não vir a seguir os restantes passos da «carreira» e geralmente o número de crianças que passam de uma fase à seguinte vai diminuindo<sup>21</sup>. Em cada estágio existe a opção de sair da «sequência». Durante a juventude, regista-se uma oscilação entre a experimentação, o consumo habitual e o abandono do tabaco, podendo o comportamento dos adolescentes variar com a mudança de amigos, de escola e de estilo de vida. Muitas crianças depois de terem experimentado fumar decidem não repetir a experiência, enquanto outras continuam a fazê-lo, muitas vezes, até se transformarem em fumadores habituais<sup>21</sup>.

Nutbeam, Mendoza e Newman<sup>21</sup> alertam para o facto de que ser fumador habitual durante a adolescência não significa necessariamente que se continue a sê-lo na idade adulta, mas é geralmente preditivo da instalação da dependência do tabaco.

O perfil que descrevemos mostra os momentos-chave para os quais as intervenções podem ser dirigidas. Acentua-

ta também a necessidade de intervenções diferenciadas em cada estágio.

É importante salientar que todos os modelos cujas fases apresentamos no Quadro I salientam o papel das influências sociais na aquisição do comportamento de fumar. Estas podem ser divididas em abertas (ou directas) tais como persuasão, pressão e encorajamento, ou influências encobertas (indirectas) tais como a modelagem. Todos os modelos destacam também a importante influência da pressão do grupo.

## VIAS PARA A PREVENÇÃO DO CONSUMO DE TABACO EM MEIO ESCOLAR

Já vimos que a adolescência é a fase do ciclo de vida em que a maioria dos fumadores/as começam a fumar. O/a adolescente sofre durante este período um conjunto de influências micro e macro-sociais e ambientais, que o podem levar a fumar. Podemos dizer que o adolescente vai aprendendo a fumar como aprende outros comportamentos. A aprendizagem começa na família e prossegue na escola, com os amigos, com os adultos,

com os *media*, no ambiente natural, etc. Este processo de aprendizagem desenrola-se na aldeia cada vez mais global.

A prevenção do consumo de tabaco deverá consistir em contrariar esse vasto conjunto de factores de risco e promover os factores protectores. A família e a escola, pelo impacto que têm no processo de socialização, devem ser um dos alvos das acções de prevenção.

Os estabelecimentos de ensino são um dos locais e os alunos um dos alvos privilegiados das acções de promoção de saúde e de prevenção do tabagismo. É na escola que os alunos passam uma grande parte do seu tempo e aí adquirem valores e comportamentos salutógenos ou prejudiciais. Em todo o mundo, elas são o maior canal para colocar informação à disposição de todos, visto que alcançam milhões de alunos e, através deles, as suas famílias e comunidades. A intervenção deveria passar pelo modelo das Escolas Promotoras de Saúde, ou seja, ter uma dimensão curricular, uma dimensão psicossocial, ambiental e comunitária.

Em seguida descreve-se o conjunto de medidas a aplicar na escola para tornar a prevenção do consumo de tabaco eficaz. Convém referir que não é preconizada a aplicação de medidas isoladas. Uma vez que os comportamentos são determinados por factores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, para podermos modificar ou alterar essa conduta teremos que actuar através de programas que pretendam agir sobre esse conjunto de factores. Defende-se hoje que a prevenção do consumo de tabaco na escola (e não só) deve ser feita de forma global e abrangente, dirigida aos vários factores de risco associados ao consumo. Após uma vasta revisão bibliográfica sobre políticas de controlo do tabagismo e com base nas publicações do *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), *Guidelines for School Health Programs to Preventing Tobacco Use and Addiction*<sup>25</sup> e *Best Prac-*

*tices for Comprehensive Tobacco Control Programs*<sup>26</sup>, na excelente apresentação de Cheryl L. Perry e Jean L. Forster *Youth Smoking: Can it Be Prevented or Reduced?*, utilizando como referência a vasta documentação produzida pelo professor Elisardo Becoña da Universidade de Santiago de Compostela sobre este assunto<sup>27,28</sup>, baseados no programa Galego contra o tabagismo<sup>29</sup>, pensamos que as vias mais eficazes para prevenir o consumo de tabaco pelos jovens incluem uma combinação das estratégias, representadas no esquema da Figura 2.

As acções preventivas para contrariar a procura de cigarros pelos jovens deverão ser implementadas em meio escolar (dirigidas directa ou indirectamente aos alunos) e também na comunidade.

Entre as iniciativas e actividades preventivas do consumo de tabaco implementadas em meio escolar dirigidas directamente aos alunos sugerem-se: a aplicação generalizada de programas de prevenção intensivos do tipo das influências psicossociais (em Portugal temos o programa «Não fumar é o que está a dar»<sup>30</sup> e o Programa «Querer é Poder I e II»<sup>31,32,33</sup> a promoção de estilos de vida saudáveis, através do desenvolvimento de um currículo transversal de Educação para a Saúde<sup>18,34</sup>.

Entre as iniciativas e actividades extra-curriculares que podem atingir indirectamente os alunos sugerem-se: a criação de um ambiente escolar (escola sem tabaco) que reforce as acções educativas exercidas directamente sobre os alunos<sup>33</sup>, a criação de turmas sem fumadores<sup>34,35,36</sup> e a comemoração de eventos relacionados (ex: Dia Nacional do Não fumador; Dia Mundial contra o Tabaco).

Entre as iniciativas e actividades preventivas implementadas na comunidade que podem atingir indirectamente os alunos sugere-se: o envolvimento dos pais dos alunos, as restrições à venda de cigarros a menores (proibição da venda

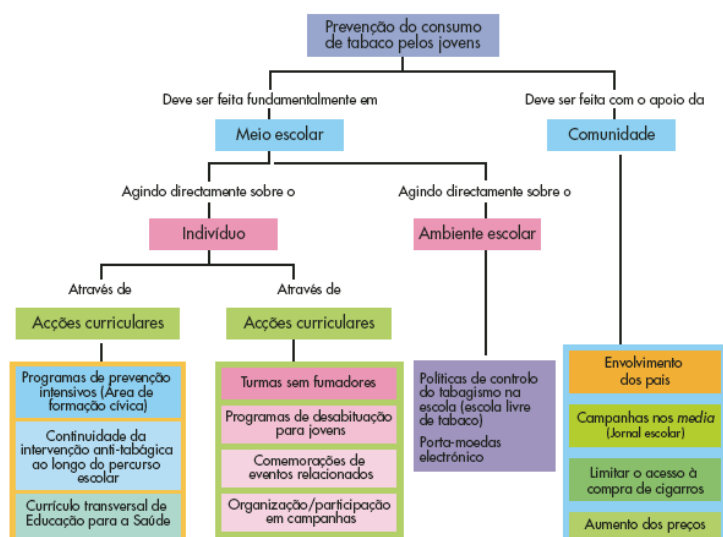


Figura 2.

em locais próximos das escolas, em vendas de máquinas automáticas, venda avulso, etc.), a monitorização e o reforço do investimento na prevenção primária. As campanhas nos *media* poderão ter também um impacto importante na prevenção do consumo, assim como a criação de espaços de lazer alternativos (espaços verdes e equipamentos que afastem os jovens de locais de maior risco de virem a fumar como são os cafés, os bares, os salões de jogos, etc.).

A seguir será descrita de forma pormenorizada cada uma das medidas preconizadas anteriormente.

### 1) Actividades Curriculares

**APLICAÇÃO DE PROGRAMAS ESPECÍFICOS DE PREVENÇÃO DO CONSUMO DE TABACO NO 7º ANO E SESSÕES DE REFORÇO NOS ANOS SEGUINTE**  
Está demonstrado que os programas preventivos do tipo das influências psicossociais aplicados na escola aos alunos têm mostrado elevada eficácia preventiva e devem por isso fazer parte des-

sa estratégia global de prevenção.

Através da concepção e aplicação de programas do tipo das influências psicossociais tenta-se «imunizar» as crianças e os jovens contra o tabagismo. Tal como o organismo desenvolve imunidade contra um agente infectioso se a ele for submetido em doses que o não façam adoecer, também podemos desenvolver no aluno uma certa «imunidade» contra as influências psicossociais que o podem levar a fumar. Através de programas intensivos do tipo das influências psicossociais inspirados nas teorias descritas anteriormente podemos desenvolver no aluno resistências psicológicas contra alguns factores psicossociais que conduzem ao consumo de tabaco, designadamente, promover o desenvolvimento de uma atitude negativa em relação ao fumar e aumentar a sua auto-eficácia que é uma qualidade determinante para que ele resista às pressões dos pares para que fume. É importante fazer os alunos sentir que é

possível e desejável resistir às pressões directas ou indirectas para fumar (treino de assertividade) e que isso não é muito difícil, basta utilizarem estratégias adequadas para o efeito (e que devem ser aprendidas e trabalhadas nas aulas). Por outro lado é necessário ilegitimar as pressões efectuadas pelos amigos. Dado que muitas crianças começam a fumar por volta dos 12-15 anos o processo de «vacinação» deve começar antes desta idade ou seja no 6º ou 7º ano de escolaridade e continuar com a aplicação de sessões de reforço especialmente na transição de ciclo de ensino (do básico para o secundário e deste para a universidade). A seguir será feita uma breve caracterização de alguns programas do tipo das influências psicossociais.

**O PROGRAMA «NÃO FUMAR É O QUE ESTÁ A DAR»**

O programa de prevenção do consumo de tabaco «Não fumar é o que está a dar»<sup>30</sup> é um programa intensivo, específico e transversal, de prevenção do consumo de tabaco, do tipo das influências psicossociais, constituído por um conjunto de 15 sessões semanais de uma hora, dirigidas aos alunos do 7º ano de escolaridade (que são os alunos em maior risco de começar a fumar) e a ser aplicadas nas disciplinas de Ciências Naturais, Língua Portuguesa, Educação Visual, Matemática e Educação Física.

As sessões do programa «Não fumar é o que está a dar» estão agrupadas em seis componentes básicos: Informações sobre o fumo do tabaco; construir uma atitude sobre fumar; tomar uma decisão sobre o futuro uso do tabaco; corrigir a percepção exagerada do número de amigos fumadores; resistir às influências sociais para fumar.

Um componente corresponde a uma sessão ou a um conjunto de sessões dirigidas a contrariar um determinado factor de risco associado ao começo de fumar pelos jovens<sup>30</sup>.

O programa que lhe serve de reforço designado por «Aprende a cuidar de ti», destina-se a alunos do 8º ano e é para ser aplicado no ano seguinte nas disciplinas de Ciências Naturais, Português e Matemática<sup>37</sup>. Conforme já foi dito, para além de constituir um reforço do programa principal, pretende simultaneamente desenvolver no aluno a intenção de optar por um estilo de vida saudável.

**O PROGRAMA «QUERER É PODER» I E II**

O programa «Querer é Poder I», desenvolvido em Portugal no âmbito do *European Smoking Prevention Framework Approach*<sup>31</sup>, é constituído por um conjunto de 6 sessões e destina-se a jovens dos 12 aos 14 anos.

Tal como outros programas do tipo psicossocial possui, entre outros, quatro componentes básicos: um componente informativo que proporciona aos alunos a compreensão das consequências negativas de fumar para a saúde; um componente que ajuda os alunos a identificar a procedência das influências para fumar; um componente de treino em habilidades sociais para resistir às pressões dos companheiros para fumar e um componente em que os alunos se comprometam publicamente a não fumar e exponham as razões que os levam a tomar essa decisão.

O Programa «Querer é poder II» tem um programa complementar de reforço para ser aplicado no 8º ano de escolaridade<sup>32</sup>. A função das sessões de recapitulação é manter o efeito do programa nos alunos a quem foi aplicado. Estas sessões constituem fundamentalmente uma recapitulação das noções fornecidas durante a implementação do programa «Querer é poder I» (com as limitações impostas pelo tempo) e aborda a problemática do fumo passivo<sup>32</sup>.

Este programa pode ser adquirido através de pedido ao Conselho de Prevenção do Tabagismo – Lisboa.

Um estudo *quasi*-experimental reali-

zado entre 1997/2000<sup>38</sup> mostrou que o programa «Não fumar é o que está a dar» conseguiu alcançar resultados francamente positivos (pelo menos a curto prazo) no que respeita ao controlo de alguns factores de risco relacionados com o começo de fumar e à prevenção do consumo de tabaco. Constatou-se que melhorou o nível de conhecimentos dos alunos; diminuiu a percepção por parte dos alunos de que os amigos gostariam que eles fumassem, provavelmente porque conseguiu persuadir os alunos a não pressionarem os amigos a fumar; melhorou a sua capacidade para dizer não; fortaleceu o sentimento de vulnerabilidade dos alunos e a sua preocupação com as consequências de fumar; incrementou uma atitude desfavorável relativamente ao consumo de tabaco e reduziu a percepção exagerada da percentagem de colegas (iguais) fumadores (sobrestima). O programa teve um efeito positivo em prevenir o consumo total de tabaco. Não obstante, a nota mais saliente é o facto do programa ter conseguido resultados apreciáveis em prevenir o consumo diário de tabaco.

Relativamente ao consumo total de tabaco a intervenção teve um efeito semelhante ao alcançado por outros programas designadamente pelo programa «*Tabaco, Alcohol y Educacion: una actuación preventiva*»<sup>39,40</sup>.

No que se refere à prevenção do consumo diário de tabaco, obteve resultados a curto prazo muito próximos do programa desenhado e implementado pelo *Norwegian Cancer Society e do Research Center for Health Promotion University of Bergen*<sup>41</sup>.

Os trabalhos de revisão efectuados por muitos autores<sup>41,42,43</sup> mostram que os programas mais eficazes na prevenção do abuso de substâncias implementados na escola são os que reforçam a capacidade pessoal de resistir às pressões sociais. Diversos programas baseados neste modelo, com uma dura-

ção que oscila entre oito e doze horas num ano, aplicados entre o sexto e o oitavo ano, conseguiram reduções significativas no início do tabagismo. Outros programas baseados no reforço da auto-estima ou de prevenção inespecífica não mostraram resultados positivos apreciáveis ao ser aplicados a estas idades e em alguns casos foram até contraproducentes<sup>43</sup>.

A revisão da eficácia de alguns programas mostrou que as intervenções que apresentavam bons resultados incluíam os seguintes componentes: baseavam-se numa aprendizagem de tipo sócrática, bidireccional e interactiva (levavam o aluno a descobrir por meios próprios); insistiam nas consequências negativas de fumar já conhecidas pelos alunos (sobretudo a curto prazo) em vez de se centrar em aumentar conhecimentos sobre as mesmas (aprofundar muito os conhecimentos sobre uma determinada desvantagem de fumar); desenvolviam habilidades para resistir às pressões sociais; eliminavam a percepção errada de que o consumo é um comportamento normal de conduta social; suscitavam declarações públicas de recusa de consumo por parte dos alunos.

Graças aos vários estudos experimentais e *quasi*-experimentais, efectuados por nós e por outros autores, e ainda com base na revisão de várias investigações realizadas, podemos afirmar que as intervenções preventivas baseadas em modelos teóricos adequados, bem planificadas e bem implementadas, podem reduzir a taxa de consumo de tabaco (e outras drogas) e logicamente de problemas a ele associados. Não aplicar programas preventivos eficazes, que considerem os factores de risco e de protecção do consumo, fará com que o problema do consumo de drogas legais e ilegais diminua menos que o desejável, se mantenha ou até vá aumentando.

Face à demonstrada eficácia dos programas preventivos e o reduzido custo

daquilo que poderíamos chamar de «primeira dose da vacina de prevenção contra o consumo de tabaco», pensamos que a aplicação dos programas deve ser generalizada a todas as escolas.

A sua difusão nas escolas poderá ser feita de acordo com as quatro fases sugeridas por Becoña<sup>26</sup> para a difusão de programas de prevenção.

Na fase de disseminação, o programa deverá ser divulgado e as escolas persuadidas a integrá-lo no seu projecto educativo, mais concretamente no seu plano de actividades. Na fase de adopção, deverão ser tomadas iniciativas para que as escolas se comprometam na implementação do programa. Na fase de implementação, deverá ser organizada a formação para que os professores possam implementar o programa sem sobressaltos. Na fase de manutenção e uma vez que o programa tenha sido adoptado pelas escolas, deverão ser desenvolvidas as acções necessárias para garantir que as escolas mantenham o programa no seu plano de actividades.

A difusão destes programas necessita do apoio das Autoridades de Saúde e de Educação do nosso país.

#### **Continuidade das intervenções ao longo do percurso escolar**

Os resultados preventivos do consumo de tabaco conseguidos com a implementação de programas intensivos e multidisciplinares na idade de maior risco (dos 11-12 anos e no 7º ano de escolaridade ou mesmo mais cedo) só podem ser mantidos ou mesmo reforçados se houver continuidade ao longo de todo o percurso escolar dos alunos<sup>26,27</sup>.

É importante que no ensino secundário os professores façam sessões de reforço com os alunos que incluam as seguintes estratégias:

1. Em trabalho de grupo, fazer uma lista de aspectos negativos e positivos relacionados com o consumo de tabaco. Discutir se os aspectos positivos apontados pelos alunos o são

efectivamente (ex. controla o *stress*) e se não podem ser atingidos por outras vias mais saudáveis (p. ex., praticar desporto...).

2. Listar os projectos de vida (p. ex: ter filhos, praticar desporto, etc.) e ver de que forma o tabaco pode interferir na sua consecução.
3. Reanalisar as razões pelas quais se fuma e discutir a validade desses motivos.
4. Discutir situações em que os alunos foram confrontados com pressões para fumar e apresentar testemunhos sobre a forma como se lidou com a situação.
5. Envolver os alunos em campanhas contra o tabaco e pela saúde.

#### **Currículo de Educação para a Saúde e de programas transversais intensivos**

Embora fumar seja um dos comportamentos mais prejudiciais à saúde, existem outros que rivalizam com este, tais como: o consumo de drogas lícitas ou ilícitas; o sedentarismo; a alimentação desregrada; exposição a situações de *stress*; promiscuidade sexual; violência; condução perigosa e a má utilização dos serviços de saúde<sup>44</sup>.

Promover a adopção de estilos de vida saudáveis pode ser uma forma de dar continuidade aos esforços de prevenção do consumo de tabaco, pois é uma forma de levar os alunos a preocuparem-se mais com a sua saúde e com os factores que a podem pôr em risco ou que a podem promover.

Sabemos, no entanto, que os professores em geral só abordam o que estiver explícito no currículo da sua disciplina. Dai que o envolvimento dos docentes na promoção de estilos de vida saudáveis passa pela criação de um currículo transversal de Educação para a Saúde. Sugere-se a implementação de programas transversais intensivos nos anos de maior risco e a devida continuidade nos anos seguintes. Os te-

mas a abordar nesse currículo transversal de Educação para a Saúde poderiam ser os que estão representados no Quadro 1, que são já adoptados em alguns países designadamente Espanha e Inglaterra<sup>44,45</sup> (Quadro II).

#### QUADRO II

##### TEMAS A ABORDAR NUM POSSÍVEL CURRÍCULO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Temas a abordar	Ano lectivo
Prevenção do consumo de drogas (álcool, tabaco e outras)	6 e 7º ano
Prevenção do cancro	10º ano
Alimentação	8º ano
Segurança (doméstica, de lazer, rodoviária)	7º, 8º e 9º ano
Prevenção das doenças infecciosas	9º ano
Higiene	6 e 7º ano
Educação sexual	9º ano
Saúde e ambiente	6 e 7º ano
Exercício físico e saúde	6 e 7º ano
Saúde mental	10º ano

## 2. Acções extracurriculares

### «SMOKE-FREE CLASS» (TURMA SEM FUMADORES)

Alguns países europeus, incluindo Portugal, estão a adoptar uma estratégia extracurricular designada por «Smoke-free Class» (Turma sem fumadores) que consiste num concurso de âmbito nacional e europeu, no qual o conjunto de alunos de uma turma se comprometem a não fumar durante um determinado período de tempo e a desenvolver um conjunto de actividades sobre o consumo de tabaco (designadamente a elaborar um *slogan*)<sup>35,36</sup>. Aqueles que se mantiverem não-fumadores durante esse período de tempo receberão um prémio e poderão submeter-se a um concurso de nível nacional e europeu, habilitando-se a receber prémios com valor significativo<sup>36</sup>. É uma estratégia que utiliza incentivos (prémios) e que orienta e manipula a pressão do grupo

para a manutenção da abstenção de fumar. Nesta caso, a pressão do grupo é dirigida a encorajar os alunos a não fumarem, contrariamente ao que é habitual que é para que estes experimentem e continuem a fumar. Esta via é muito importante, pois se é necessário desenvolver competências de recusa, é preciso ter consciência da dificuldade de «remar contra a maré», isto é, de o jovem querer pertencer a um grupo sem fazer o que o grupo pretende. Por isso, o melhor é mudar o «sentido da corrente» agindo no sentido de fazer com que o grupo, ou alguns dos seus elementos, deixem de exercer pressão para que os colegas fumem.

Outras iniciativas extra-curriculares «mais convencionais», como as competições e eventos sem-tabaco ou sessões de informação e formação para a comunidade escolar, devem ser mantidas e melhoradas.

### CLUBES «ÇAÇA CIGARROS» (SMOKEBUSTER)

Os programas dirigidos a jovens fora do âmbito escolar, como os dos clubes de «Caça cigarros» (*Smokebuster*), oriundos da Grã Bretanha e que actualmente se generalizaram por vários países incluindo Portugal, devem continuar a sua acção. O seu interesse consiste em reforçar a atitude dos alunos a manterem-se não fumadores e a intervirem no seu ambiente familiar e comunitário, criando condições mais favoráveis ao controlo do tabaco<sup>34</sup>.

### Programas de cessação para jovens

Diversos estudos mostram que uma proporção muito elevada (70%) de jovens fumadores lamentam ter começado a fumar e que três em cada quatro jovens tentam deixar de fumar em qualquer ocasião<sup>4</sup>.

Também no nosso estudo verificamos que a maioria dos alunos que fumam regularmente gostavam de experimentar deixar de fumar, uma percentagem aprecável de alunos estava he-

sitante e outros já tinham tentado, embora sem sucesso.

Estes estudos confirmaram a necessidade de complementar as intervenções de prevenção primária dirigidas aos alunos com programas de cessação dirigidas aos jovens que experimentaram ou inclusive que estejam a fumar há algum tempo mas que não tenham consolidado o seu hábito e a sua dependência<sup>26,34</sup>.

### **3. Acções a nível do ambiente escolar** **CRIAR UM AMBIENTE ESCOLAR DE REFORÇO** **ÀS ACÇÕES EDUCATIVAS EXERCIDAS SOBRE OS** **ALUNOS – ESCOLA SEM TABACO**

A nível da escola deverão ser feitos esforços para promover um meio escolar livre de tabaco e reforçar a norma de «não fumar» na escola<sup>25</sup>. Isto pode conseguir-se através de medidas regulamentares tendentes à criação de uma escola sem fumo<sup>33</sup>.

Uma escola sem tabaco é uma escola onde é possível circular sem ser incomodado pelo fumo do tabaco, ou seja, é uma escola com uma política de prevenção tabágica clara conhecida e assumida pela comunidade escolar<sup>33</sup>.

A política de prevenção tabágica da escola consiste basicamente na implementação da Lei de Prevenção do Tabagismo (Lei n.º 22/82, de 17 de Agosto). Na alínea c) do artigo 3.º esta Lei determina que, fora das áreas expressamente destinadas a fumadores, é proibido o uso de tabaco nos estabelecimentos de ensino.

Esta lei é regulamentada pelos Decretos-Lei 226/83, de 27 de Maio, e 393/88, de 8 de Novembro e, no que respeita às escolas, pelo Despacho 8/ME/88, de 20 de Janeiro de 1989.

Em resumo, no quadro da lei, os princípios para uma Escola sem Tabaco são os seguintes: os alunos não podem fumar na escola; os professores e outros profissionais podem fumar apenas em áreas expressamente destinadas a fumadores, que devem estar identificadas com os respectivos dísticos.

As razões para criar uma escola sem tabaco consistem basicamente no facto de estar cientificamente provado que o fumo do tabaco, para além dos prejuízos que causa aos fumadores, prejudica seriamente a saúde das pessoas que estão expostas à poluição do fumo resultante da combustão do tabaco.

A par das razões relacionadas com a saúde e a qualidade do ambiente, os motivos para justificar uma Escola sem Tabaco incluem o facto da proibição de fumar na escola reduzir o número e o tipo de modelos que podem influenciar os jovens a fumar. Uma Escola sem Tabaco pode conseguir-se mediante a definição da respectiva política de escola, o que obriga a uma negociação e clarificação de regras que devem ser aceites e respeitadas por todos<sup>33</sup>.

### **4. Acções a nível da comunidade**

#### **ENVOLVER OS PAIS NAS ACÇÕES DE** **PREVENÇÃO DO CONSUMO DE TABACO**

Para além da intervenção a nível individual a prevenção do comportamento de fumar pode conseguir-se de forma mais eficaz através de acções desenvolvidas no meio social dos alunos e que os atinjam directa ou indirectamente<sup>25</sup>. O meio social dos adolescentes compreende os pais, os professores, o pessoal não docente, os líderes juvenis, o grupo de pares e outros membros da comunidade.

O envolvimento dos pais nas acções de prevenção primária é muito importante pelos seguintes motivos: para deixarem de constituir um mau exemplo para os filhos; para terem maior autoridade para recomendar aos filhos a adopção de comportamentos saudáveis, em geral, e de não fumar em particular; para se envolverem mais activamente na prevenção do consumo de tabaco pelos filhos; para criarem um ambiente de apoio, passivo e activo, ao que é desenvolvido na escola.

O envolvimento dos pais na Promoção da Saúde e da Educação para a



Saúde poderá ser feita pelo director de turma ou através da organização de reuniões, colóquios ou outras actividades, na escola. No que diz respeito ao hábito de fumar, deve explicar-se aos pais os malefícios de fumar e encorajá-los a deixar de o fazer para não constituírem um mau exemplo, a terem uma atitude positiva e não repressiva em relação ao consumo de tabaco pelos filhos, isto é, a apresentar aos seus educandos, os prejuízos do fumo e os benefícios de não fumar, a acompanhar os filhos mais de perto e a controlar melhor o dinheiro que lhes disponibilizam<sup>13</sup>. Outra forma de atingir os pais que por motivos vários não participam nas acções promovidas pela escola é através de correspondência.

Por estas vias, consegue-se a indispensável coerência entre o que é ensinado na aula e na família e garante-se o indispensável contributo da educação familiar<sup>13</sup>.

Outra via de envolver os pais nos esforços de prevenção do consumo de tabaco é orientá-los no sentido de controlarem o dinheiro que proporcionam aos filhos e aconselharem os seus educandos a gastar o dinheiro bem gasto. As escolas podem facilitar esta tarefa se adoptarem dispositivos de comércio electrónico, os quais permitiriam aos pais carregar um cartão do tipo porta-moedas multibanco com determinadas quantias, e dessa forma os filhos só poderiam gastar o dinheiro em produtos vendidos na escola.

#### **ENVOLVER A COMUNIDADE NAS ACÇÕES DE PREVENÇÃO DO CONSUMO DE TABACO**

Deverão ser realizadas a nível comunitário actividades para promover normas formais e informais de apelo e reforço ao comportamento de não fumar. Por exemplo, implementação e divulgação de regras anti-tabágicas nos locais frequentados pelos jovens, publicidade na comunicação social regional, actividades comunitárias sem-tabaco, come-

moração do Dia Mundial sem Tabaco e do Dia do Não fumador.

Reforçar as medidas legislativas para desencorajar o consumo de tabaco e para ampliar o número de instituições e espaços públicos livres de fumo de tabaco e promover o seu pleno cumprimento incluindo a de proibir a venda de tabaco a menores de 18 anos e a de regulamentar a venda de tabaco através de máquinas automáticas<sup>17</sup>.

Fazer cumprir a legislação que proíbe a venda de cigarros a menores. Proibir a venda de cigarros a menores nos cafés e nas máquinas de venda automática em locais onde os menores tenham acesso (cafés, hipermercados, parques de estacionamento).

#### **5. Outras iniciativas**

##### **FORMAÇÃO DE PROFESSORES**

Com o fim de levar a cabo a sua acção anti-tabágica na escola, com eficácia, é necessário que o professor se abstenha de fumar pelo menos durante o horário escolar, já que o seu exemplo é muito benéfico para as crianças e os jovens (os alunos muitas vezes imitam o seu professor) e que esteja devidamente capacitado para implementar a acção educativa<sup>44</sup>. É preciso que o professor conheça as mensagens e as técnicas de educação sanitária antitabágica<sup>44</sup>.

Considera-se indispensável que os professores possuam uma formação adequada para executarem uma tarefa de tão elevada importância e responsabilidade, como é a da Educação para a Saúde dos alunos<sup>25</sup>.

Esta formação deve ser dada inicialmente nas universidades e ser continuamente reforçada, durante os programas de formação contínua de professores.

O comité de especialistas da OMS sobre as consequências do tabaco para a saúde recomenda que as autoridades sanitárias colaborem com as autoridades docentes na preparação dos planos de estudos e do material didáctico que

possa ser utilizado nos programas de educação para a saúde organizados nas escolas, nos centros de formação de professores, nas Universidades e outras instituições<sup>4</sup>.

De opinião semelhante é o *Centers for Disease Control and Prevention* (1994) que, no seu livro *Guidelines for School Health Programs to Preventing Tobacco Use and Addiction*, recomenda a formação de professores como uma importante via para melhorar a implementação dos programas de prevenção implementados na escola já existentes.

#### **Produção de materiais pedagógicos acessíveis e adequados**

Muitos professores empenhados na EPS reclamam que não lhes são facultados materiais adequados para a abordagem de determinados temas ou que os que actualmente existem são muito complexos e difíceis de implementar.

Para que a EPS possa ser feita de forma massiva na escola é preciso facultar materiais que os professores possam utilizar de forma fácil (se não estes não os usam)<sup>34</sup>. Podemos fazer programas muito complexos para uma elite de professores mas os restantes não os implementam devido à sua complexidade e a principal consequência disso é o facto dos alunos não receberem a necessária formação nesse tema. É, por isso, necessário que os Ministérios da Saúde e da Educação produzam materiais educativos como guias didácticos, acetatos, vídeos, etc. de fácil utilização, para que os professores já assoberbados com inúmeras tarefas didáctico/burocráticas se sintam motivados e capacitados a implementá-los.

#### **Monitorização**

Para verificar se as medidas preventivas estão a ser bem sucedidas é necessário introduzir um sistema regular de recolha de informação de saúde, designadamente a determinação do número de fumadores por grupo etário e sexo.

#### **O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA NA PREVENÇÃO DO CONSUMO DE TABACO**

A adolescência é o período em que a maioria dos fumadores começa a fumar e a família e a escola constituem espaços privilegiados na aprendizagem desse comportamento. A adopção de muitos comportamentos salutogénios ou de risco resulta de uma aprendizagem feita sobretudo com os pais e os amigos.

No caso do tabagismo, vários estudos mostram a existência de uma relação entre o consumo de tabaco dos pais/mães e o dos filhos<sup>18</sup>, sobretudo o consumo de tabaco no domicílio. Podemos por isso inferir que, se pretendemos evitar que as crianças sejam contagiadas pela influência daqueles que lhe estão mais próximos (pais, amigos e outros adultos de referência), a prevenção deve começar no tratamento desses grupos.

O facto dos médicos de família estarem frequentemente em contacto como os pais dos alunos e com os próprios alunos faz com que estes devam ser um dos seus principais alvos. Os médicos deverão aproveitar as consultas para tratar os pais fumadores e para os envolver na prevenção do consumo de tabaco pelos filhos. A mensagem que o médico deve transmitir aos pais/mães é a de que não devem fumar; mesmo que não consigam parar de momento, jamais o devem fazer em casa pelos prejuízos que causam aos conviventes e às crianças em particular e que devem ter uma atitude negativa em relação ao possível consumo pelos filhos<sup>45</sup>. Os médicos devem esclarecer os pais do seu papel de modelagem e para o facto de fumar no domicílio ser prejudicial aos conviventes.

É importante também que os acompanhem nas suas actividades e que controlem o dinheiro que lhes dão.

O médico de família deve fazer esforços para evitar que a futura mãe fume,

com o objectivo de proteger o futuro feto da agressão do fumo passivo e para não constituir, após o nascimento, um mau modelo para o filho. Deve promover o tratamento da grávida pelas consequências que o fumo materno tem sobre o feto.

Sabemos também que o médico de família está em contacto directo com os adolescentes. Por isso mesmo, o Instituto Nacional do Cancro (Americano), afirma que os médicos podem ter um papel destacado na prevenção do consumo de tabaco entre os adolescentes. Durante as consultas com o adolescente, devem questionar o/a jovem se fuma. Se o/a jovem não fumar, devem ter uma atitude de prevenção primária, ou seja, elogiar e reforçar a importância de não virem um dia a ser fumadores. Segundo aquela instituição, o médico deve aconselhar os adolescentes que não consomem tabaco, a fim de os preparar para as pressões sociais que eles terão que enfrentar, procedentes dos amigos e outras fontes do ambiente<sup>48</sup>.

Os alunos consumidores de tabaco devem ser aconselhados a abandonarem o hábito antes que se tornem dependentes. Este conselho deveria incluir uma discussão dos efeitos imediatos do tabaco, tais como o odor na roupa, o mau hálito, o amarelecimento das unhas e dos dentes, e a redução da capacidade para o exercício físico<sup>48</sup>.

Pelo que foi dito podemos concluir que, de certo modo, a melhor forma de prevenir a iniciação do tabagismo pelos jovens é promover o abandono por parte dos adultos (em particular dos seus pais) e dos amigos, que podem constituir modelos para os mais novos e reforçar a ideia que fumar não é um comportamento normal e socialmente aceite<sup>49</sup>.

#### **Programas de cessação na escola para alunos, professores e funcionários**

O *Centers for Disease Control and Prevention* (1994) defende a existência de

programas de cessação tabágica nas escolas, destinados ao pessoal docente, não docente e discente, com vista a uma efectiva redução da prevalência e, logicamente, a uma diminuição dos modelos para os alunos. Os Centros de Saúde deviam dar prioridade a estes profissionais nas suas consultas de cessação tabágica.

Uma outra via para os profissionais de saúde fazerem prevenção do tabagismo é através da sua intervenção em espaço escolar.

O modelo actualmente mais consensual para fazer a promoção e educação para a saúde em geral e para prevenir o tabagismo em particular é o das Escolas Promotoras de Saúde (EPS). As EPS devem ter em conta não só a parte curricular, ou seja, o que é ensinado nas aulas, mas também criar ambientes de apoio. É actualmente consensual que as escolas, para seguirem a filosofia e a prática das EPS, devem promover mudanças nas seguintes dimensões: Curricular, Psicossocial, Ecológica, Comunitária e Organizacional.

A dimensão curricular refere-se essencialmente às aprendizagens formais, um dos aspectos fulcrais da actividade da Escola. A dimensão ambiental implica a criação e/ou manutenção das condições de salubridade, segurança e conforto das instalações e na gestão das cantinas e bufetes escolares. A dimensão comunitária tem em vista a integração da Escola na Vida da Comunidade e o aproveitamento dos recursos da comunidade para uma melhoria dos resultados. Propõe intervenções em dois sentidos: da Comunidade para Escola e da Escola para a Comunidade.

A Escola não se deve desligar do meio onde está inserida, devendo estabelecer parcerias com as estruturas da Comunidade que possam intervir na promoção da saúde dentro da Escola e na própria Comunidade<sup>50,51</sup>.

As Escolas e os Centros de Saúde, através da sua Equipa de Saúde Esco-

lar devem estabelecer parcerias, no sentido de desenvolver um trabalho contínuo, ao longo do ano lectivo, de monitorização, de apoio técnico, de sensibilização e formação de toda a Comunidade Escolar sobre todos os temas relacionados com a saúde<sup>50,51</sup>.

### CONCLUSÃO

Pelo que foi dito anteriormente podemos verificar que o tabagismo é um problema grave, em expansão, mas vulnerável. A difusão do tabagismo está relacionada com uma enorme multiplicidade de factores, entres os quais se encontram a demissão do sistema de ensino e do sistema de saúde. As escolas podem e devem ter um papel importante no controlo da epidemia. Os médicos de família, pelo facto de estarem em contacto com os membros de toda a comunidade escolar, particularmente os pais dos alunos e os próprios alunos, devem aproveitar as consultas para fazerem prevenção primária e secundária. Devem também, através das suas equipas de saúde escolar, estabelecer protocolos com as escolas, para promoverem a saúde e a educação para a saúde em geral<sup>50</sup>.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Clearinghouse on Tobacco and Health. Youth and tobacco: an adolescent health problem. Ontario: Canadian Council on Smoking and Health; 1993.
2. U.S.D.H.H.S. (U.S. Department of Health and Human Services). *Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General*. Atlanta: Public Health Services, Centers for Disease Control and Prevention; 1994.
3. Melero J, Flores R, Anda M. Dossier informativo sobre el tabaquismo y su prevención. Bilbao: Edex Kolektiboa; 1997.
4. Becoña E, Vázquez F. La prevención del tabaquismo: una necesidad para la mejora de la salud y del bienestar. *Extensiones* 1996; 3 (1-2): 21-9.
5. Becoña E, Vázquez F. Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson; 1998.
6. Vries H, Kok GJ. From determinants of smoking behaviour to the implications for a prevention programme. *Health Educ Res* 1986 Jul; 1 (2): 85-94.
7. DiFranza JR, Savageau JA, Rigotti NA, Fletcher K, Ockene JK, MacNeil AD, et al. Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tob Control* 2002 Sep; 11 (3): 228-35.
8. Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, et al. *Young people's health in context: health behaviour in school-aged children (HBSC)*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2004.
9. Matos M. Equipa do Projecto Aventura Social de Saúde. *A saúde dos adolescentes portugueses (quatro anos depois)*. Lisboa: Edições FMH; 2003.
10. Gold M. *Tabaco*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1996.
11. Indiana Prevention Resource Center. *Factline on tobacco*. Bloomington; Indiana: Indiana University; 1998. Disponível em: URL: <http://www.drugs.indiana.edu/pubs/factline/pdfs/tobacco-2004-print.pdf> [acedido em 09/04/2006].
12. Nunes E. *Consumo de tabaco: estratégias de prevenção e controlo*. Lisboa: Cadernos da Direcção Geral de Saúde; 2002.
13. Precioso J. *A Educação para a Saúde na escola: um estudo sobre a prevenção do hábito de fumar*. Braga: Minho Universitária; 1999.
14. Brandão, Maria. *Atitudes, conhecimentos e hábitos tabágicos dos professores dos 2º e 3º ciclos do ensino básico do Porto*. Porto: Faculdade de Medicina - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto; 2002.
15. Ulster Cancer Foundation. *Smoking: basic facts*. Belfast: Tacade/ASH; 1988.
16. Pestana E, Mendes B. *Tabagismo: 25 perguntas frequentes em pneumologia*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia; 1999.

17. Mendoza R, Pérez M, Foguet J. Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1994.
18. Precioso J, Macedo M, Dantas A. Relação entre o tabagismo dos pais e o dos filhos: um estudo efectuado em alunos do 3º ciclo das EB 23 do concelho de Braga. In: Precioso J, Macedo M, Gonçalves A, Viseu F. Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Tabagismo. Braga: Centro de Investigação em Educação; 2004. p. 109-14.
19. Mendoza, R. Prevención del tabaquismo: un reto alcanzable. In: Precioso J, Viseu F, Dourado L, Vilaça T, Henriques R, Lacerda T. (coord.). Educação para a Saúde. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho; 1999. p. 151-3.
20. Flay B. Psychosocial approaches to smoking prevention: a review of findings. *Health Psychol* 1985; 4 (5): 449-88.
21. Nutbeam D, Mendoza R, Newman R. Planning for a smoke-free generation. Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization; 1988.
22. Bellew B, Wayne D. Prevention of smoking among schoolchildren: a review of research and recommendations. *Health Educ J* 1991; 50 (1): 3-7.
23. Hill D. Causes of smoking in children. In: World Conference on Tobacco and Health-The Global War-Proceedings of the Seventh World Conference on Tobacco and Health, Perth Western Australia, 1991. p. 205-9.
24. Vries H. Smoking prevention in Dutch adolescents. Maastricht: Dutch Cancer Foundation; 1989.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. *MMWR Recomm Rep* 1994 Feb 25; 43 (RR-2): 1-18.
26. Centers for Disease Control and Prevention. Best practices for comprehensive tobacco control programs – August 1999. Atlanta: U. S. Department Health and Human Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease and Prevention and Health, Office on Smoking and Health; 1999.
27. Becoña E, Palomares A, García, M. Tabaco y Salud: Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo. Madrid: Ediciones Piramide; 1994.
28. Becoña E. El consumo de tabaco en Galicia: prevalencia y medidas a tomar para la reducción del número de fumadores. In: Becoña E, López A, Bernard I. Drogodependencias II. Drogas legales. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela; 1995. p. 213-45.
29. Xunta de Galicia. Programa Gallego de Promoción de la Vida sin Tabaco. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 1993. (Documentos Técnicos de Salud Pública. Série A, nº 3.)
30. Precioso J. «Não fumar é o que está a dar: guia para o professor». Braga: Casa do Professor; 2000.
31. Vitória P, Raposo C, Peixoto F, Clemente M, Romeiro A. Querer é poder I. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo; 2000.
32. Vitória P, Raposo C, Peixoto F, Clemente M, Romeiro A. Querer é poder II. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo; 2001.
33. ESFA. *Towards a smoke-free school: a step-by-step guide on how to create a smoke-free school*. Maastricht: (documento não publicado); 1998.
34. Nebot M. Prevención del tabaquismo en los jóvenes. In: Precioso J, Viseu F, Dourado L, Vilaça T, Henriques R, Lacerda T (coord.). Educação para a Saúde. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho; 1999. p. 153-5.
35. Savolainen S. (editor). The Smokefree class competition: a european school-based anti-smoking campaign: an overview of the 1997/78 round in seven countries. Helsinki: European of Network and Young People and Tobacco. National Public Health Institute. Department of Epidemiology and Health Promotion; 1998.
36. Wiborg G, Hanewinkel R. Smokefree class competition: a school-based prevention programme in Europe. *Interaction* 1999 Nov; 12: 15-6.
37. Precioso J. «Aprende a cuidar de ti». Braga: Associação para a Prevenção e Tratamento do Tabagismo de Braga; 2001.

38. Precioso J. Não fumar é o que está a dar: caracterização e avaliação preliminar de um programa de prevenção do consumo de tabaco dirigido a alunos do 3º ciclo. In: Precioso J, Viseu F, Dourado L, Vilaça T, Henriques R, Lacerda T. (coord.). Educação para a Saúde. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho; 1999. p. 157-84.
39. Sanz C. Tabaco, Alcohol y Educación: una actuación preventiva. Toledo: Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha; 1993.
40. Sanz, C, Gándara V. Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de tabaco em medio escolar. Rev Psicol Gen Apl 1997; 50 (2): 223-41.
41. Josendal O, Aaro L, Bergh I. Effects of a school-based smoking prevention program among subgroups of adolescents. Health Educ Res 1998 Jun; 13 (2): 215-24.
42. Best JA, Thomson SJ, Santi SM, Smith EA, Brown KS. Preventing cigarette smoking among school children. Annu Rev Public Health 1988; 9: 161201.
43. Llanbrich J, Villalbi J. Prevención desde la escuela del uso de tabaco y de otras substancias adictivas. Gac Sanit 1990; 4 (17): 70-5.
44. Sanmartí L. Educación Sanitaria: principios, métodos e aplicaciones. Madrid: Diaz de Santos; 1988.
45. Donoghue J. Health Education and the national curriculum. Health Education Journal 1991, 50 (1): 16-7.
46. Cuenca A. El Equipo escolar de salud. Madrid: Editorial Bruño; 1996.
47. IGIF. Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século 1998-2002. Lisboa: Ministério da Saúde. 1998.
48. Elster A, Kuznets N. Guia de la AMA para actividades preventivas en el adolescente (GAPA). Madrid: Dias de Santos; 1994.
49. Bandura A. Teoria del aprendizaje social. Madrid: Espasa Calpe; 1977.
50. Grupo de Trabalho de Educação Sexual. Relatório preliminar. Lisboa: Ministério da Educação; 2005.
51. Direcção Geral de Saúde. Saúde escolar: Programa tipo. Lisboa: Direcção Geral da Saúde: Divisão de Saúde Escolar; 1996.

---

**Enviar correspondência para:**

José Alberto Gomes Precioso  
Instituto de Educação e Psicologia  
Universidade do Minho  
4700-057 Braga  
Tlm: 933 456 833  
Telef: 253 604 241  
E-mail: precioso@iep.uminho.pt



# ANEXO 7

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS APLICADO NO ESTUDO COM ALUNOS





## QUESTIONÁRIO - ALUNOS

Este questionário é um instrumento para estudar o consumo de tabaco em crianças escolarizadas do Concelho de Rio Tinto e o grau de exposição ao fumo passivo no domicílio. Só poderemos realizar este estudo se responderes com seriedade e emitires a tua própria opinião. Não existem respostas boas ou más. Queremos também recordar que esse questionário é anónimo pelo que podes responder sem qualquer tipo de receio que os teus familiares venham a saber o que fazes ou pensas. Desde já obrigado pela tua colaboração.

E1  E2

N.º ASSO.: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_ T.: \_\_\_

1 – Idade: \_\_\_\_\_

2 – Sexo:  Feminino  Masculino

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

2.1 – Com quem vives? \_\_\_\_\_

3 – As seguintes pessoas fumam?

	Não	Sim	Não sei	Não tenho
3.1 - Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 - Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 – As seguintes pessoas fumam no interior da casa onde vives?

	Não	Por vezes	Todos dias	Não tenho
4.1 - Mãe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 - Pai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 - Irmão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 - Outro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 – Alguma dessa(s) pessoa(s) fuma ao pé de ti?  Não (B)  Sim (A)

(A) 6 – Preferias que essa(s) pessoa(s) não fumasse(m) junto de ti?  Não  Sim

(B) 7 – Dá a tua opinião:

7.1 – Fumar faz bem à saúde?  Não  Sim  Não sei

7.2 – Fumar torna as pessoas mais bonitas?  Não  Sim  Não sei

7.3 – Se os teus pais fumarem dentro de casa isso fará mal à tua saúde?  Não  Sim  Não sei

8 – Já alguma vez fumaste? Nem que tenha sido só uma “passa/pucha”?  Não  Sim

9 – Actualmente fumas?

- Todos os dias	<input type="checkbox"/> (Responde à questão 9.1 e seguintes)
- Pelo menos um cigarro por semana	<input type="checkbox"/> (D)
- Menos do que um cigarro por semana	<input type="checkbox"/> (E)
- Não, não fumo nem um cigarro	<input type="checkbox"/> (E)

9.1 – Quantos cigarros por dia? \_\_\_\_\_

(D) 9.2 – Quantos cigarros por semana? \_\_\_\_\_

(E) 10 – Quando fores maior queres fumar cigarros?  Não  Sim  Não sei

Muito Obrigado!



# ANEXO 8

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS APLICADO NO ESTUDO COM PAIS/MÃES



## 1 - QUESTIONÁRIO - Pais

O meu nome é Hugo Campos, sou Enfermeiro, e estou a realizar a minha Tese de Mestrado na Universidade do Minho, em Braga. O principal objectivo do meu estudo é caracterizar os hábitos tabágicos dos pais dos(as) aluno(as) das Escolas do 1º Ciclo. Só poderei realizar este estudo se você responder com seriedade às perguntas contidas neste questionário. Não existem respostas boas ou más. Trata-se de um questionário anónimo, *não* coloque o seu nome em parte alguma.

A sua colaboração e seriedade são preciosas!  
Obrigado pela sua colaboração.

*Coloque uma cruz no quadrado que corresponde à sua resposta. Exemplo:*

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      1 – Idade: \_\_\_\_ anos      2 – Sexo:  Feminino     Masculino

3 – Local onde habita:  Aldeia     Vila     Cidade

4 - Estado Civil:  Solteiro     Casado     Viúvo     Divorciado     Junto     Separado

5 - Habilitações Literárias:

Até à 4.ª classe     Ensino Preparatório / 2.º ciclo     Ensino Secundário  
 Curso Profissional     Bacharelato     Licenciatura

6 – Qual é a sua profissão? \_\_\_\_\_

7 – Já alguma vez fumou? Nem que tenha sido só uma “passa”?       Não     Sim

8 – Actualmente fuma?

- Todos os dias       (Passe para a pergunta n.º 8.1)
- Pelo menos um cigarro por semana       (Passe para a pergunta n.º 8.2)
- Menos do que um cigarro por semana       (Passe para a pergunta n.º 9)
- Não, não fumo nem um cigarro       (Passe para a pergunta n.º 12)

8.1 – Quantos cigarros fuma por dia? \_\_\_\_ (Passe para a pergunta n.º 9)

8.2 – Quantos cigarros fuma por semana? \_\_\_\_

9 – Há quanto tempo se considera fumador(a)? \_\_\_\_\_

10 – Com que frequência fuma no *interior* da sua casa?

- Todos os dias
- Algumas vezes por semana mas não todos os dias
- Menos do que uma vez por semana
- Não fumo dentro de casa

Continua

Pág. 1

10.1 – Se fuma dentro de casa indique em que divisão/divisões o costuma fazer:

1  Quarto    2  Cozinha    3  Sala Estar    4  Sala Jantar    5  Casa de Banho

6  Outra(s): \_\_\_\_\_

11 – Com que frequência fuma ao pé do(s) seu(s) filho(s)?

- Todos os dias    1

- Algumas vezes por semana mas não todos os dias    2

- Menos do que uma vez por semana    3

- Não fumo ao pé do/s meu/s filhos    4

11.1 – Se o seu filho lhe pedisse para você deixar de fumar em casa, você aceitaria?

1  Não    3  Talvez    2  Sim

12 – Assinale com uma cruz  o seu grau de concordância /discordância em relação a cada uma das seguintes afirmações:

**12.1 - Fumar prejudica gravemente a saúde dos fumadores:**

1  Discordo Totalmente    2  Discordo    3  Concordo    4  Concordo Totalmente    5  Não sei

**12.2 - Fumar só afecta a saúde se a pessoa fumar durante muitos anos:**

1  Discordo Totalmente    2  Discordo    3  Concordo    4  Concordo Totalmente    5  Não sei

**12.3 - Fumar dentro de casa prejudica a saúde de quem nela habita:**

1  Discordo Totalmente    2  Discordo    3  Concordo    4  Concordo Totalmente    5  Não sei

**12.4 - O fumo do cigarro libertado pelos fumadores incomoda os não fumadores:**

1  Discordo Totalmente    2  Discordo    3  Concordo    4  Concordo Totalmente    5  Não sei

**12.5 - Fumar só prejudica a saúde do fumador e não a saúde das pessoas que o rodeiam:**

1  Discordo Totalmente    2  Discordo    3  Concordo    4  Concordo Totalmente    5  Não sei

**12.6 - Não há problema para a saúde do bebé se uma grávida fumar durante a gravidez:**

1  Discordo Totalmente    2  Discordo    3  Concordo    4  Concordo Totalmente    5  Não sei

**12.7 - Os fumadores não deviam fumar ao “pé” dos não fumadores:**

1  Discordo Totalmente    2  Discordo    3  Concordo    4  Concordo Totalmente    5  Não sei

**12.8 - As pessoas expostas ao fumo passivo (fumo do cigarro existente no ar) podem ter doenças por causa disso:**

1  Discordo Totalmente    2  Discordo    3  Concordo    4  Concordo Totalmente    5  Não sei

**12.9 - Preocupo-me bastante com as consequências provocadas pelo comportamento de fumar:**

1  Discordo Totalmente    2  Discordo    3  Concordo    4  Concordo Totalmente    5  Não sei

**12.10 - É fácil deixar de fumar:**

1  Discordo Totalmente    2  Discordo    3  Concordo    4  Concordo Totalmente    5  Não sei

Após ter respondido às perguntas que lhe foram colocadas, por favor, coloque novamente este questionário no envelope, feche-o e entregue ao seu filho(a) para que este possa devolver à Professora! Muito Obrigado!

# ANEXO 9

AUTORIZAÇÃO DO AGRUPAMENTO VERTICAL DE ESCOLAS DE RIO TINTO N.º 2





## DECLARAÇÃO

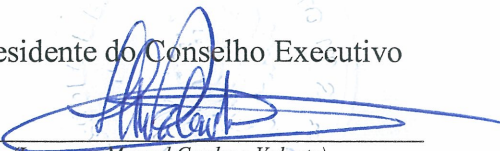
Laureano Manuel Cardoso Valente, Presidente do Conselho Executivo do Agrupamento de Escolas de Rio Tinto nº 2, declara, para os devidos efeitos, que, em Setembro de 2006, ter recebido do senhor Enfermeiro Hugo Campos um pedido de autorização para desenvolver um trabalho de campo, no âmbito da dissertação de Mestrado que estava a realizar, junto da população escolar das Escolas Básicas do 1º Ciclo da Boavista e da Lourinha, deste Agrupamento.

Na altura, desempenhando as funções de vice-presidente do Conselho Executivo e sendo responsável pela área do Primeiro Ciclo, autorizei a realização desse trabalho.

Por ser verdade e me ter sido solicitado, passo a presente declaração que vai assinada por mim e autenticada com o selo branco em uso neste estabelecimento escolar.

Rio Tinto, 25 de Fevereiro de 2008

O Presidente do Conselho Executivo

  
(Laureano Manuel Cardoso Valente)



# ANEXO 10

OPERACIONALIZAÇÃO DE VARIÁVEIS



## Operacionalização de Variáveis (Alunos e Pais/Mães)

De acordo com Lakatos e Marconi (1995), podemos considerar que uma variável é uma classificação ou medida, uma quantidade que varia ou mesmo um conceito operacional que contém ou apresenta valores.

Segundo Polit e Hungler (1995), variável é uma característica ou qualidade que assume valores diferentes. Uma variável é qualquer coisa que pode variar ou mudar. É algo que aparece em quantidade ou qualidade variadas. Existem variáveis fáceis de identificar como por exemplo o género, que apresenta apenas duas categorias, mas outras há mais complexas. As variáveis devem ser definidas com clareza, objectividade e de forma operacional.

Há vários tipos de variáveis, porém, no nosso estudo só vamos considerar as variáveis classificadas de acordo com a sua posição na relação umas com as outras, ou seja, as variáveis dependentes e variáveis independentes.

Para Lakatos e Marconi (1995), variável independente *“é aquela que influencia, determina ou afecta uma outra variável”*. É ainda *“o factor manipulado (geralmente) pelo investigador [...], para ver que influência exerce sobre um possível resultado”*.

Segundo os mesmos autores, a variável dependente *“consiste naqueles valores (fenómenos, factores) a serem explicados ou descobertos [...], determinados ou afectados pela variável independente”*.

Resumindo, as variáveis independentes são as que afectam outras variáveis, mas não precisam de estar relacionadas entre elas, ao passo que as variáveis dependentes são as afectadas ou explicadas pelas variáveis independentes, variando de acordo com as mudanças nestas. É o processo pelo qual a variável passa, a fim de se obterem os correspondentes empíricos que permitam a sua mensuração ou quantificação (Fortin, 1999).

Este processo de operacionalização de variáveis requer uma definição conceptual ou teórica da variável e uma definição empírica ou operacional.

- **Variável dependente:** Exposição da Criança ao FAT no Domicílio

*Definição teórica:* A definição teórica sobre o que poderá ser classificado como exposição ao FAT no domicílio já foi abordada na parte da revisão de literatura deste estudo. Por favor queira consultar o ponto 2.5.3.

*Definição empírica:* Para este estudo, será considerado que o aluno/criança está exposto ao FAT no domicílio quando pelo menos um dos pais (pai ou mãe) responder que fuma no interior da casa onde coabita com o seu filho, ou seja, responder a um dos três primeiros sub-indicadores apresentados a seguir:

*Indicador 1:* Fuma no interior da sua casa?

*Sub-indicadores:*

- Todos os dias
- Algumas vezes por semana mas não todos os dias
- Menos do que uma vez por semana
- Não fumo dentro de casa

- **Variáveis independentes:**

- Idade (pai, mãe e aluno)**

*Definição teórica:*

A idade é o número de anos que uma pessoa conta desde o seu nascimento até à época em que, ou de que se fala (Costa e Melo, 1996).

*Definição empírica:*

No nosso estudo ao abordarmos a idade do pai e/ou mãe iremos delimitar a variável em questão nos seguintes intervalos:

- 25 – 30
- 31 – 35
- 36 – 40
- 41 – 45
- 46 – 50
- 51 – 55
- 56 – 60
- 61 – 65
- 66 – 70

N/R

Em relação à idade dos alunos, estará delimitada ao seguinte intervalo:

6  
7  
8  
9  
10  
11  
13

### **Habilitações Literárias**

*Definição teórica:*

Poderemos considerar habilitações literárias como o “conjunto de qualificações académicas” (Infopedia, 2007).

*Definição empírica:*

A variável habilitações literárias foi avaliada pelos seguintes indicadores:

Até à 4.<sup>a</sup> classe (1.<sup>o</sup> ciclo)  
Ensino Preparatório / 2.<sup>o</sup> ciclo  
Ensino Secundário  
Curso Profissional  
Bacharelato  
Licenciatura ou grau superior

### **Zona de Residência**

*Definição teórica:*

Segundo Costa e Melo (1996), residência “é o lugar onde mora habitualmente: domicílio ou morada”.

*Definição empírica:*

A zona de residência pode estar situada em meio rural ou meio urbano. Considerando que aldeia e vila traduzem o meio rural, a cidade traduz o meio urbano.

Podemos então traduzir “zona de residência” pelos seguintes indicadores:



*Dimensão 1:*

Meio Rural

*Indicadores:*

Aldeia

Vila

*Dimensão 2:*

Meio Urbano

*Indicador:*

Cidade

**Estado Civil**

*Definição teórica:*

Segundo Costa e Melo (1996), o estado civil é "*qualidades definidoras do estado pessoal que constam obrigatoriamente do registo civil*".

*Definição empírica:*

De acordo com a situação que se estabelece entre indivíduos por vínculo matrimonial ou não, podemos agrupar estado civil pelos seguintes indicadores:

Casada/o

União de facto

Junta/o

Divorciada/o

Viúva/o

Solteira/o

**Posição Social**

*Definição teórica:*

Esta variável indica-nos, de acordo com Gil (1995), a posição do indivíduo na sociedade, tornando-se como referência a posição de outros indivíduos em relação à sua.

*Definição empírica:*

A descrição das diferentes posições sociais foi construída pelo Grupo de Sociologia da Educação do Instituto de Educação e Psicologia da UM.

Para definir empiricamente esta variável agrupámo-la em quatro dimensões previamente definidas pelo autor (Grupo de Sociologia da Educação do Instituto de Educação e Psicologia da UM). e mais outras quatro dimensões por nós adicionadas.

*Dimensão 1:*

**Posição social A - Classe superior**

*Indicadores e Sub-indicadores:*

- Profissões liberais:
  - Médico
  - Advogado
  - Engenheiro
  - Arquitecto
  - Grande industrial ou comerciante
- Altos funcionários:
  - Magistrados judiciais
  - Altos funcionários administrativos  
(directores gerais, directores de serviço, gerentes bancários)
- Gestores de empresas
- Professores universitários
- Militares de alta patente

*Dimensão 2:*

**Posição social B - Classe média mais instruída**

*Indicadores e Sub-indicadores:*

- Professores dos ensinos:
  - Básico e secundário e educadores de infância
- Médios comerciantes e industriais
- Funcionários médios:
  - Quadros técnicos
  - Empregados bancários, seguros, etc.
  - Empregados de escritório
  - Solicitador, enfermeira, assistente social
  - Técnicos

*Dimensão 3:*

**Posição social C - Classe média menos instruída**

*Sub-indicadores:*

- Pequenos comerciantes e industriais
- Caixeiros viajantes
- Funcionários médios, quadros administrativos (1º oficial)
- Empregados de escritório sem o 5º ano
- Agentes da P.S.P. e outras forças militarizadas
- Sargento
- Cabeleireira
- Capatazes e encarregados de obras

*Dimensão 4:*

**Posição social D - Estrato operário e rural (trabalhadores manuais)**

*Indicadores e Sub-indicadores:*

- Operários
- Trabalhadores rurais
- Funcionários auxiliares:
  - Pessoal da limpeza
  - Contínuo
  - Porteiro
  - Motorista
  - Varredores
  - Vendedores ambulantes e feirantes

Na nossa perspectiva, foi necessário “*completar*” esta lista de posições sociais, uma vez que esta não abrange os reformados, estudantes, desempregados e domésticas. Assim, optámos por adicionar as seguintes dimensões com os indicadores respectivos:

*Dimensão 5:*

Posição Social E

*Indicador:*

Estudante

*Dimensão 6:*

Posição Social F

*Indicador:*

Doméstica/o

*Dimensão 7:*

Posição Social G

*Indicador:*

Reformada/o

*Dimensão 8:*

Posição Social H

*Indicador:*

Desempregada/o

### **Fumador**

*Definição teórica:*

É o indivíduo que tem o “*que tem o hábito de fumar*”; “*que inspira e expira o fumo do tabaco*” (Infopedia, 2007).

*Definição empírica:*

Foi considerado como *fumador* todo o indivíduo que respondeu a um dos três primeiros sub-indicadores que apresentamos de seguida:

*Indicador 1:* Actualmente fuma?

*Sub-indicadores:*

- Todos os dias
- Pelo menos um cigarro por semana
- Menos do que um cigarro por semana
- Não, não fumo nem um cigarro

Os sub-indicadores acima descritos foram reagrupados em: *fuma todos os dias* = fuma diariamente; *fuma algumas vezes por semana mas não todos os dias* ou *fuma menos do que uma vez por semana* = fuma ocasionalmente.

### **“Passa/Pucha”**

*Definição teórica:*

“*Acto de inalação profunda do tabaco ou droga que se está a fumar*” (Infopedia, 2007).

*Definição empírica:*

Toma-se por defeito a definição teórica.

### **Frequência com que fuma na presença do filho**

*Definição teórica:*

Pela definição de frequência temos: “*qualidade do que ocorre várias vezes ou regularmente*”. Por presença entende-se “*na presença de; diante de; perante*” (Infopedia, 2007).

*Definição empírica:*

Iremos considerar o número de vezes que o pai e /ou mãe fumam enquanto estão perante o seu filho (independentemente do lugar), segundo os seguintes sub-indicadores:

*Indicador 1:*

Com que frequência fuma ao pé do/s seu/s filho/s?

*Sub-indicadores:*

- Todos os dias
- Algumas vezes por semana mas não todos os dias
- Menos do que uma vez por semana
- Não fumo ao pé do/s meu/s filho/s

Irão contabilizar como resposta afirmativa, ou seja, fuma na presença do filho, todos os pais que responderam a um dos três primeiros dos sub-indicadores apresentados, reagrupados por: *fuma todos os dias* = fuma diariamente; *fuma algumas vezes por semana mas não todos os dias* ou *fuma menos do que uma vez por semana* = fuma ocasionalmente.

### Opinião/Concepção

*Definição teórica:*

Entende-se por concepção como a “*faculdade de entender; entendimento; percepção; ideia; conceito; noção*”.

*Definição empírica:*

Utilizando uma escala de Likert pretendemos obter o grau de concordância (discordo totalmente, discordo, concordo, concordo totalmente, não sei), que os indivíduos inquiridos apresentam quando confrontados com perguntas sobre o fumo activo e passivo.

Através das respostas facultadas, verificaremos se o indivíduo apresenta uma opinião *correcta* ou *incorrecta* sobre a temática em causa: o fumo activo e/ou passivo, utilizando para isso alguns dos indicadores a seguir apresentados.

*Indicador 1:*

Fumar prejudica gravemente a saúde dos fumadores

*Nota: opinião correcta: concordo ou concordo totalmente*

*Indicador 2:*

Fumar só afecta a saúde se a pessoa fumar durante muitos anos

*Nota: opinião correcta: discordo ou discordo totalmente*

*Indicador 3:*

Fumar dentro de casa prejudica a saúde de quem nela habita

*Nota: opinião correcta: concordo ou concordo totalmente*

*Indicador 4:*

O fumo do cigarro libertado pelos fumadores incomoda os não fumadores

*Indicador 5:*

Fumar só prejudica a saúde do fumador e não a saúde das pessoas que o rodeiam

*Nota: opinião correcta: discordo ou discordo totalmente*

*Indicador 6:*

Não há problema para a saúde do bebé se uma grávida fumar durante a gravidez

*Nota: opinião correcta: discordo ou discordo totalmente*

*Indicador 7:*

Os fumadores não deviam fumar ao “pé” dos não fumadores

*Indicador 8:*

As pessoas expostas ao FAT (fumo do cigarro existente no ar) podem ter doenças por causa disso

*Nota: opinião correcta: concordo ou concordo totalmente*

*Indicador 9:*

Preocupo-me bastante com as consequências provocadas pelo comportamento de fumar

*Indicador 10:*

É fácil deixar de fumar

Para todos os indicadores apresentados anteriormente serão utilizados os mesmos sub-indicadores:

- Discordo totalmente

- Discordo
- Concordo
- Concordo totalmente
- Não sei

Os indicadores: 1, 2, 3, 5, 6 e 8 irão ser reagrupados em dois novos sub-indicadores: “opinião/concepção correcta” e “opinião/concepção incorrecta” de acordo com a resposta à pergunta realizada e tendo por base a revisão bibliográfica efectuada para este estudo.

Os indicadores 4, 7, 9 e 10 não poderão ser classificados numa opinião/concepção correcta ou incorrecta uma vez que traduzem a percepção intrínseca do inquirido sobre uma possível vivência de vida, à qual não está inerente uma resposta/opinião/concepção certa ou errada.

### Domicílio

*Definição teórica:*

“Lugar onde alguém tem a sua residência permanente; residência; habitação” (Infopedia, 2007).

*Definição empírica:*

Toma-se por defeito a definição teórica.

### Coabitar

*Definição teórica:*

Define-se coabitar como “morar juntamente” e/ou “viver em comum” (Infopedia, 2007).

*Definição empírica:*

O termo “*pai*” foi considerado para este estudo como sendo o pai biológico da criança ou a figura parental que coabita com a criança e que preencheu o instrumento de colheita de dados relativamente ao sexo masculino.

Entenda-se por “*Figura Parental*”, aquele que coabita com a criança, que não seja o pai biológico mas que preencheu o instrumento de colheita de dados relativamente ao sexo masculino.

O mesmo se aplica ao termo “mãe”, ou seja, foi considerado para este estudo como sendo a mãe biológica da criança ou a figura maternal que coabita com a criança e que preencheu o instrumento de colheita de dados relativamente ao sexo feminino.

Entenda-se por “*Figura Maternal*”, aquela que coabita com a criança, que não seja a mãe biológica mas que preencheu o instrumento de colheita de dados relativamente ao sexo feminino.

O termo “*Outros*” refere-se a qualquer pessoa que coabite com a criança, desde que não seja o seu pai e/ou mãe biológicos (ex.: irmãos, tios, avós, padrasto/madrasta), e que poderá ser a figura parental ou maternal.

Foram designados os seguintes indicadores:

Pai e mãe biológicos

Pai biológico, mãe biológica e outros

Mãe biológica

Pai biológico

Mãe biológica e outros

Pai biológico e outros

Outros