MÁRCIA CRISTINA VARANDA GALRINHO DE SOUSA MATOS

O FARMACÊUTICO E A PREVENÇÃO DO TABAGISMO NOS ADOLESCENTES: RESULTADOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL EM MEIO ESCOLAR

Orientador: Prof. Doutor Luís Monteiro Rodrigues
Coorientadoras: Professora Maria Manuela Gomes Teixeira e
Professora Lígia Brito Reis

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2017

MÁRCIA CRISTINA VARANDA GALRINHO DE SOUSA MATOS

O FARMACÊUTICO E A PREVENÇÃO DO TABAGISMO NOS ADOLESCENTES: RESULTADOS DE UMA INTERVENÇÃO EDUCACIONAL EM MEIO ESCOLAR

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 27/04/2018, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º: 61/2018, de 09 de Fevereiro de 2018, com a seguinte composição:

Presidente:
Profª. Doutora Tânia Santos Almeida;
Arguente:
Prof. Doutor Artur Sousa Mendes Moura (FFUL);
Orientador:
Prof. Doutor Luís Monteiro Rodrigues;
Vogal:
Profª Ana Mirco (Especialista ULHT);
Vogal:
Profª Maria Dulce Santos (Especialista ULHT).

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2017

Dedicatória

Aos meus pais, avós e marido.

Agradecimentos

Hoje ao apresentar esta dissertação agradeço às pessoas mais importantes da minha vida…

Aos meus avós por todo o carinho e por todos os conselhos e ensinamentos que com todo o amor me transmitiram, sei que este era também um sonho vosso concretizado.

Os meus pais, por todo o apoio prestado ao longo destes anos que passaram a voar. Toda a dedicação, todo o amor e carinho, todo o esforço e toda a confiança depositada em mim para que hoje eu pudesse chegar aqui.

A toda a minha família que tanto apoio me deu para chegar sempre mais longe.

Ao meu marido, obrigada por me “aturar”. Por ouvir cada desabafo e por estar sempre presente nos bons e nos maus momentos. Obrigada por fazeres com que a lágrima de ontem se torne no sorriso de hoje.

A todos os meus colegas e amigos que partilharam esta etapa comigo, em especial à minha amiga Mafalda Carvalho, obrigada pela paciência, pela verdadeira amizade e por juntas conseguirmos alcançar tudo o que mais queríamos com a maior das humildades e o maior dos sorrisos.

A todos os docentes da Universidade Lusófona, em especial às minhas orientadoras, Professora Lígia Reis e Professora Manuela Teixeira, obrigada pelo tempo despendido nesta dissertação, por toda a amizade e por todos os ensinamentos para que hoje possamos ser realmente “Farmacêuticos 7 Estrelas”.

Na impossibilidade de agradecer individualmente a cada um, fica um OBRIGADA a todos os que durante estes anos se cruzaram no meu caminho.

Se alguém procura a saúde, pergunta-lhe primeiro se está disposto a evitar no futuro as causas da doença;

Em caso contrário, abstém-te de o ajudar.

(Sócrates)

Resumo

Fumar tem consequências imediatas na saúde dos adolescentes. No entanto, o maior risco que estes correm quando começam a fumar é o de ficarem dependentes do tabaco. A literatura encontra-se repleta de intervenções junto desta população, com o objetivo de prevenir o tabagismo e promover a cessação tabágica. Estas intervenções são frequentemente da responsabilidade de profissionais de saúde, mas não do farmacêutico.

Com o presente estudo pretende-se avaliar a intervenção educacional do farmacêutico em meio escolar, para a prevenção do tabagismo tendo-se realizado um estudo quasi-experimental com avaliação antes e depois da intervenção em duas escolas do Ensino Básico do Distrito de Lisboa.

A amostra estudada foi constituída por 176 adolescentes do 9ºano de escolaridade, com idade média de $15{,}50 \pm 1{,}67\ anos$, sendo 56,8% alunos do sexo feminino e 43,2% do sexo masculino. A percentagem de alunos fumadores foi elevada tanto na escola do centro da cidade, como na escola da periferia – 60% e 56,2% respetivamente

Após a intervenção farmacêutica verificou-se uma melhoria dos conhecimentos dos alunos sobre o tabagismo obtendo-se, para todas as perguntas, diferenças estatisticamente significativas (p<0,000). As razões que levam os alunos a fumar ou que levam as pessoas, no geral, a fumar modificaram-se, mas não se observaram diferenças estatisticamente significativas. Quanto aos comportamentos, observou-se uma melhoria após a intervenção nomeadamente no que respeita ao tempo que decorre entre o acordar e o fumar o 1º cigarro (p<0,000), aos alunos ficaram mais sensibilizados para a leitura dos avisos nas embalagens de tabaco (p=0,035) e dos locais onde podem recorrer para deixar de fumar (p=0,009). Contudo, apenas 4 alunos em toda a amostra manifestam intenção de deixar de fumar. Setenta por cento dos alunos estudados manifesta indecisão quanto a deixar de fumar.

Tendo em conta os resultados obtidos, verificou-se que a intervenção farmacêutica foi eficaz, principalmente na melhoria dos conhecimentos e dos comportamentos. Desta maneira, este estudo conclui que também os farmacêuticos podem atuar na prevenção e promoção da cessação tabágica, junto nesta população.

Palavras-chave: Tabagismo; adolescentes; intervenção; farmacêutico

Abstract

Smoking has immediate consequences on the health of adolescents. However, the greatest risk they face after start smoking is to become dependent on tobacco.

The literature is full of interventions with this population, with the aim of preventing smoking and promoting smoking cessation. These interventions are often the responsibility of health professionals, but not the pharmacist.

To evaluate the educational intervention of the pharmacist in the school environment, for the prevention of smoking, a quasi-experimental study was performed with a convenience sample, and evaluation before and after in two elementary schools of the District of Lisbon.

The studied sample consisted of 176 adolescents from the 9th grade, with a mean age of 15.50 ± 1.67 years, 56.8% female students and 43.2% male students. The percentage of smoking students was high in both school - city center and suburb - 60% and 56.2% respectively

After pharmaceutical intervention, there was an improvement in students' knowledge about smoking, obtaining, for all questions, statistically significant differences ($p < 0.000$). The reasons that lead students to smoke or lead people in general to smoke have changed but no statistically significant differences have been observed. Regarding behaviors, there was an improvement after the intervention, in particular regarding the time elapsing between waking and smoking the first cigarette ($p < 0.000$), the students became more aware of the warnings on the tobacco packages ($p = 0.035$) and where they can go if they want to quit smoking ($p = 0.009$). However, only 4 students expressed an intention to quit smoking. Seventy percent of the students studied expressed indecision about quitting.

Taking into account the results obtained, it was verified that the pharmaceutical intervention was effective, mainly in the improvement of the knowledge and the behaviors. In this way, this study concludes that also pharmacists can act in the prevention and promotion of smoking cessation, together in this population.

Keywords: Smoking; teenagers; intervention; pharmacist.

Lista de abreviaturas e siglas

ARS – *Administração Regional de Saúde*

DGS – *Direção Geral de Saúde*

ECATD – *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas*

ESFA - *European Smoking Prevention Framework Approach*

ESPAD – *European School Survey on Alcohol and other Drugs*

HBSC – *Health Behavior in School-aged Children*

IDT – *Instituto da Droga e da Toxicodependência*

IHME – *Institute for health metrics and evaluation*

INS – *Inquérito Nacional de Saúde*

INSEF – *Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico*

OMS – *Organização Mundial de Saúde*

PNS – *Plano Nacional de Saúde*

QP I – *Querer é poder I*

QP II – *Querer é poder II*

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

ST – *Sistemas Transdérmicos*

SUP – *Serviço de Urgência Pediátrica*

TSN – *Terapêutica de substituição de Nicotina*

UE – *União Europeia*

Índice

Agradecimentos iv
Resumo vi
Introdução 14
I. Revisão da Literatura 19
1.1. Tabagismo 19
1.1.1 Risco do Tabagismo 19
1.1.2 Consumo de Tabaco 20
1.2 Tabagismo na adolescência e os seus fatores predisponentes 22
1.3 Medidas Preventivas 27
1.4 Prevenção e Promoção da Cessação Tabágica nos Jovens 29
1.5 Intervenção Farmacêutica no Tabagismo 35
1.6 Benefícios da Cessação Tabágica 38
1.7 Tratamento do Tabagismo 40
1.7.1 Medidas Não-Farmacológicas 40
1.7.2 Medidas Farmacológicas 41
II. Materiais e Métodos 43
2.1 Tipo de estudo 43
2.2 População e amostra 43
2.3 Procedimento 44
2.4 Instrumento de recolha de dados 44
2.5 Variáveis 46
2.6 Análise de dados 46
III. Resultados 47
3.1 Caracterização e hábitos tabágicos da amostra 47
3.1.1 Fumas há quanto tempo? 49
3.1.2 Fumas quantos cigarros por dia? 50
3.1.3 Que idade tinhas quando fumaste o primeiro cigarro? 50
3.1.4 Os pais/pessoas com quem vives, sabem que fumas? 51
3.1.5 Os teus pais/familiares preocupam-se por fumares? 52
3.2 Caracterização do Contexto Social e Familiar 53
3.2.1 Como ocupas o teu tempo livre? 53
3.2.2 Estado Civil dos Pais 54
3.2.3 Habilitações Académicas dos Pais 56
3.2.4 “Os teus pais estão empregados? “ - Situação profissional do “Pai” 59
3.2.5 “Os teus pais estão empregados? “- Situação profissional da “Mãe” 59

3.2.6 Diariamente, quanto tempo estás em casa sem a presença dos teus pais ou outro adulto? 60
3.2.7 Podes fumar em tua casa, se quiseres? 62
3.2.8 Alguma das pessoas que vive contigo fuma? 64
3.2.9 Os teus amigos fumam? 67
3.2.10 Já viste algum professor fumar? 68
3.3 Caracterização das Atitudes da amostra face ao tabagismo 69
3.3.1 Eu fumo porque... 69
3.3.2 As pessoas começam a fumar porque... 70
3.4 Caracterização dos Comportamentos da amostra no âmbito do tabagismo 71
3.4.1 Normalmente quanto tempo passa entre a altura que te levantas da cama e fumar o primeiro cigarro? 71
3.4.2 Estás a pensar deixar de fumar? 72
3.4.3 Já alguma vez lestes os avisos das caixas de tabaco? 73
3.4.4 Se quisesses deixar de fumar, onde recorrerias? 74
3.5 Catacterização dos Conhecimentos da amostra sobre o tabagismo 75
3.5.1 O Tabagismo é 75
3.5.2 O tabaco é uma droga porque provoca dependência. A substância que provoca dependência é. 76
3.5.3 Os fumadores passivos são as pessoas que... 76
3.5.4 O tabaco é um dos maiores inimigos da saúde porque... 77
3.5.5 A impotência sexual masculina pode ser uma das consequências do hábito tabágico? 78
3.5.6 O consumo de Tabaco interfere com a gravidez? 78
3.5.7 A capacidade física de um fumador é inferior quando comparada com um não fumador? 79
3.5.8 O envelhecimento acelerado da pele é uma consequência do consumo do tabaco?" 80
3.5.9 "O tabaco causa dependência física e psicológica?" 80
IV. Discussão 82
V. Conclusão 88
Referências 89
Anexos I

Índice de Figuras

Figura 1 - Determinantes dos estilos de vida 23
Figura 2 - Género/Média Idade - Estabelecimento de Ensino 48
Figura 3 - Género - Estabelecimento de Ensino..... 48

Índice Tabelas

Tabela 1- Benefícios para a saúde decorrentes da cessação tabágica 38
Tabela 2 - Distribuição da amostra - "Estabelecimento de Ensino" 47
Tabela 3 - Distribuição da amostra "Género" 48
Tabela 4 - "Fumas há quanto tempo?" 49
Tabela 5 - "Quantos cigarros fumas por dia?" 50
Tabela 6 - "Que idade tinhas quando fumaste o primeiro cigarro?" 51
Tabela 7 - "Os pais/pessoas com quem vives, sabem que fumas?" 52
Tabela 8 - "Os teus pais/familiares preocupam-se por fumares?" 52
Tabela 9 - "Como ocupas o teu tempo livre?" 53
Tabela 10 - "Qual o estado civil dos teus pais?" 54
Tabela 11 - "Número de cigarros fumados diariamente"*"Estado civil dos pais" 54
Tabela 12 - "Habilitações Académicas dos Pais" 56
Tabela 13 - Distribuição da amostra "Alguma das pessoas que vive contigo fuma?"*"Habilitações Académicas do Pai" 57
Tabela 14 - Distribuição da amostra "Alguma das pessoas que vive contigo fuma?"*"Habilitações Académicas da Mãe" 58
Tabela 15 - "Os teus pais estão empregados?" - Situação Profissional do Pai 59
Tabela 16 - "Os teus pais estão empregados?" - Situação Profissional da Mãe 59
Tabela 17 - "Diariamente, quanto tempo estás em casa sem a presença dos teus pais ou outro adulto?" 60
Tabela 18 - "Diariamente, quanto tempo estás em casa sem a presença dos teus pais ou outro adulto?"*"Quantos cigarros fumas por dia?" 60
Tabela 19 - "Podes fumar em tua casa, se quiseres?" 62
Tabela 20 - "Podes fumar em tua casa, se quiseres?"*"Quantos cigarros fumas por dia?" 62
Tabela 21 - "Alguma das pessoas que vive contigo fuma?" 64
Tabela 22 - "Alguma das pessoas que vive contigo fuma?" - Percentagem de Pais fumadores 65
Tabela 23 - "Alguma das pessoas que vive contigo fuma?"*"Número de cigarros fumados por dia" 66
Tabela 24 - "Fumas?"*"Alguma das pessoas que vive contigo fuma?" 67
Tabela 25 - "Os teus amigos fumam?" 68
Tabela 26 - "Já viste algum dos teus professores fumarem?" 68
Tabela 27 - "Eu fumo porque..." 69
Tabela 28 - "As pessoas começam a fumar porque..." 70

Tabela 29 - "Normalmente quanto tempo passa entre a altura que te levantas da cama e fumas o primeiro cigarro?" 71
Tabela 30 - "Estás a pensar deixar de fumar?" 72
Tabela 31 - "Estás a pensar deixar de fumar?"*"Eu fumo porque?" 73
Tabela 32 - "Já alguma vez leste os avisos nas caixas de tabaco?" 73
Tabela 33 - "Se quisesses deixar de fumar, onde recorrerias?" 74
Tabela 34 - Conhecimentos sobre a ação direta do tabagismo 75
Tabela 35 - "O tabagismo é..." 76
Tabela 36 - "O tabaco é uma droga porque provoca dependência. A substância que provoca dependência é..." 76
Tabela 37 - "Os fumadores passivos são as pessoas que..." 77
Tabela 38 - "O tabaco é um dos maiores inimigos da saúde porque..." 77
Tabela 39 - "A impotência sexual masculina pode ser uma das consequências do hábito tabágico?" 78
Tabela 40 - "O consumo de tabaco interfere com a gravidez?" 79
Tabela 41 - "A capacidade física de um fumador é inferior quando comparada com um não fumador?" 79
Tabela 42 - "O envelhecimento acelerado da pele é uma consequência do consumo do tabaco?" 80
Tabela 43 - "O tabaco causa dependência física e psicológica?" 81

Introdução

Existem em Portugal cerca de 1,78 milhões de pessoas fumadoras com 15 ou mais anos de idade e 1,5 milhões de fumadores diários (DGS, 2014).

O tabagismo representa, em todo o mundo, uma ameaça à saúde das populações, atribuindo-se anualmente 6 milhões de mortes decorrentes do consumo do tabaco (OMS, 2016). Sabe-se ainda que é na escola onde maioritariamente se inicia o comportamento tabágico, sendo este o local no qual os alunos expressam de forma consolidada o seu hábito de consumo (Macedo & Precioso, 2006). Reconhecendo que o consumo de tabaco é uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte a nível mundial, é essencial a implementação de medidas de prevenção e cessação tabágica (DGS, 2012).

A dependência do tabaco é um fenómeno complexo, resultante da interação de vários fatores, dos quais a presença da nicotina, uma vez que é um componente psicoativo com elevada capacidade para induzir dependência física e psicológica, surge como fator primordial. Contudo, a dependência do tabaco inclui ainda uma forte componente social e física que se associam e dificultam a terapêutica (OMS, 2004).

As consequências do consumo do tabaco estão bem estabelecidas para um grande número de doenças. Em Portugal, de acordo com as estimativas efetuadas pelo IHME, em 2013, o tabaco foi responsável por um total de 5488 mortes por cancro, 2941 mortes por doenças respiratórias crónicas e 2826 mortes por doenças do aparelho circulatório (IHME, 2015). Em Portugal, em 2015, morreram cerca de 12600 pessoas por doenças decorrentes do consumo de tabaco (11.7% do total de mortes) (DGS, 2016)**.**

O cigarro possui mais de 4.700 substâncias na sua composição, mas a única responsável pela dependência química é a nicotina, pelo que parar de fumar necessita da criação de mecanismos para que o organismo se adapte à sua falta e à dependência psicológica (Talhout, et al., 2011). Daí a necessidade de combinar terapias medicamentosas e cognitivo-comportamentais na desabituação tabágica (Martins, M, 2012).

Segundo a DGS, os jovens são o grupo mais vulnerável aos efeitos cerebrais da nicotina e à possibilidade de ficarem dependentes, devido, entre outros fatores, à imaturidade do seu córtex pré-frontal. Mais de 90% dos consumidores adultos começaram a fumar neste período. Por esse motivo, evitar que os jovens comecem a fumar é a principal estratégia de prevenção primária do tabagismo (DGS, 2013).

A relação de aproximação entre o cigarro e o adolescente causa inquietações, pois mesmo considerando todo o conhecimento científico existente sobre os prejuízos do tabagismo à saúde da população, milhares de jovens, tornam-se dependentes. Entre

os fatores de risco apontados para o tabagismo na adolescência está a idade, género, nível socioeconómico, hábito de fumar dos pais ou irmãos, dos amigos, rendimento escolar, trabalho remunerado e separação dos pais (Malcon & Menezes, 2002).

Para que seja possível atuar na prevenção do início do consumo do tabaco, é necessário que na fase de preparação dos adolescentes exista aquisição de conhecimentos, de fontes seguras, ganhando desta maneira formação sobre os malefícios do consumo do tabaco e expectativas sobre o uso deste. Se os adolescentes atingirem a idade adulta sem nunca terem fumado, provavelmente nunca virão a fumar de modo regular (American Academy of Pediatrics, 2009).

Diferentes intervenções têm sido realizadas junto dos adolescentes por diferentes profissionais:

- Médico e Enfermeira (Equipa de Saúde Escolar de Palmela) – Nas escolas do concelho de Palmela, com início nos anos letivos 2013/2014; 2014/2015 e com termino em 2015/2016 e 2016/2017 respetivamente, com o objetivo de prevenção do consumo de tabaco (Santos J. , 2015);
- Psicólogos e Professores de Ciências Educativas - Nas escolas básicas, da região Centro de Portugal, com o objetivo de identificar o processo de experimentação e hábitos tabágicos dos jovens, bem como a perceção e o uso do tabaco no contexto familiar, no sentido de poder atuar de forma mais eficaz na prevenção primária e verificar a necessidade de uma intervenção a nível da desabituação tabágica entre os jovens fumadores (Ferraz, Pereira, Simões, & Quental, 2011);
- Professores - "Não fumar é o que está a dar", é um Programa da ARS Norte, aplicado em alunos do 3º ciclo, que tem como objetivo levar para a sala de aula estratégias de prevenção de consumo do tabaco (Precioso, J, 2000). “Querer é poder I” e “Querer é poder II”, são outros programas destinados a alunos do 3º ciclo do ensino básico, também realizados por professores. O Programa “QP I” é mais superficial e abrangente do que o “QP II”, mas ambos pretendem, de modo equilibrado, sensibilizar os alunos para o problema do tabagismo, transmitir informação que apoie essa sensibilização e estimular uma ação pró-ativa e responsável, individual e coletiva, para gerir um problema que é de todos (Vitória, P; Raposo, C; Peixoto, F; Carvalho, A; Clemente, M, 2006).

A intervenção farmacêutica junto dos mais jovens é feita através da Geração Saudável, projeto de Promoção e Educação para a Saúde, com o objetivo primordial de contribuir para a promoção da saúde dos jovens nas escolas, educar e estimular a adoção de

estilos de vida saudáveis, alertar para a ocorrência de possíveis patologias, dar a conhecer a importância da prevenção em saúde e integrar os diversos profissionais de saúde, estabelecendo uma colaboração mútua na educação dos jovens (Ordem dos Farmacêuticos, 2017).

O Projeto Geração Saudável tem como propósito a valorização do papel do farmacêutico na sociedade, como interveniente ativo no âmbito da saúde pública, através da realização de ações de formação dinâmicas e versáteis, tendo já contactado com mais de 120 escolas dos Distritos de Lisboa, Setúbal, Santarém, Portalegre, Évora, Beja e Faro. Durante o ano letivo de 2014/2015 o Projeto formou aproximadamente onze mil e seiscentos alunos, seiscentos professores e duas mil e setecentas pessoas entre profissionais de saúde, familiares e população em geral (Ordem dos Farmacêuticos, 2017).

O público-alvo destas intervenções, são os alunos do 2º e 3º ciclo que frequentam estabelecimentos escolares públicos ou privados, sendo os professores, familiares dos alunos e a população em geral um público-alvo secundário (Ordem dos Farmacêuticos, 2017).

As temáticas abordadas são variadas, sendo que durante os dois anos de lançamento do projeto foram abordadas as temáticas da sexualidade, infeções sexualmente transmissíveis, nutrição e higiene oral. Entre 2013 e 2015 foram abordadas as temáticas da diabetes, obesidade infantil e enfarte agudo do miocárdio, e atualmente os estudantes recebem formação também na área da diabetes, do uso responsável do medicamento e das dependências e comportamentos aditivos, na qual se inclui o tabagismo (Ordem dos Farmacêuticos, 2017).

Os farmacêuticos comunitários portugueses, enquanto profissionais de saúde que mais próximos estão da população, participam ativamente na promoção da saúde e prevenção da doença.

Dos fumadores adultos que tentam deixar de fumar, sem qualquer ajuda, apenas 3 a 7% conseguem abstinência a longo prazo, podendo a taxa de sucesso aumentar para valores compreendidos entre os 15 e os 30%, se apoiados por intervenções eficazes, sejam elas breves ou intensivas, ambas associadas com farmacoterapia (Santos, Cunha, & Ferreira, 2008).

Um estudo realizado nas Farmácias Portuguesas, em 2006, com participação de 1202 fumadores (com idade igual ou superior a 18 anos), demonstrou a qualidade do serviço prestado pelos farmacêuticos, com uma taxa de abstinência de 69,3%, considerando os ex-fumadores com avaliação aos 3 meses (Santos, et al., 2006).

Os farmacêuticos, como profissionais de saúde, têm, pois, a possibilidade de oferecer um aconselhamento a cada pessoa que se dirige aos seus serviços. As intervenções

breves, devem assim, abranger toda a população, incluindo adolescentes e grávidas (Ravara, 2004).

No domínio do tabagismo, as muitas campanhas de cessação tabágica realizadas nas farmácias portuguesas, têm demonstrado que a sua intervenção tem impacto positivo na decisão de deixar de fumar (Ravara, 2004).

No que concerne a intervenções farmacêuticas que visam a prevenção do tabagismo junto de adolescentes a literatura é escassa ou inexistente pelo que se realizou o presente estudo com o seguinte objetivo:

• **Avaliar o impacto de uma intervenção educativa sobre tabagismo realizada pelo farmacêutico em meio escolar.**

Sendo uma intervenção educativa pretendeu-se observar em que medida as atitudes, comportamentos e conhecimentos dos adolescentes se alteram após a intervenção para que, posteriormente, se possa, de forma eficaz, a longo prazo e com maior apoio, planear intervenções destes profissionais de saúde diante dos jovens, para promover a cessação tabágica.

A tese encontra-se estruturada em cinco Capítulos. No Capítulo I, que é, basicamente o suporte teórico do estudo em questão, engloba uma revisão bibliográfica sobre a problemática do tabagismo, descrevendo o risco do seu hábito e o consumo em Portugal, o tabagismo na adolescência e os seus fatores predisponentes, as medidas preventivas, a promoção e a prevenção do tabagismo nos jovens, a intervenção farmacêutica no tabagismo, e ainda são descritas as inúmeras vantagens da cessação tabágica e o tratamento do tabagismo. Segue-se o Capítulo II descritivo do estudo realizado, especificando qual a população alvo, quais os procedimentos efetuados na intervenção educativa, os instrumentos usados para a recolha de dados, e quais os métodos escolhidos para a análise dos dados. Os resultados obtidos com o estudo efetuado são apresentados no Capítulo III. Neste capítulo caracteriza-se a população que foi inquirida e analisam-se as variáveis, atitudes face ao tabagismo, os comportamentos em relação ao tabaco e o grau de conhecimento sobre o tabagismo. Estas variáveis são comparadas antes e depois da intervenção e ainda nas duas escolas em estudo, com vista a avaliar a evolução das atitudes, dos comportamentos e dos conhecimentos após a intervenção. Por fim, e ainda neste capítulo, analisa-se no contexto social e familiar, os fatores fortemente correlacionados com o tabagismo na adolescência e a diferença destes nas duas escolas em estudo. No Capítulo IV é feita a discussão dos

resultados obtidos de uma forma crítica, sendo as limitações do estudo igualmente evidenciadas. Por fim, já no Capítulo V são apresentadas as conclusões do estudo efetuado e as possíveis intervenções futuras a realizar pelos farmacêuticos em meio escolar, no âmbito da cessação tabágica em adolescentes.

I. Revisão da Literatura

1.1. Tabagismo

O Tabagismo é uma dependência psicológica e física do tabaco (Fiore, et al., 2008; Van Schayck, et al., 2008). O consumo de tabaco constitui a principal causa evitável de doença e de morte, repercutindo-se pesadamente em custos sociais, económicos e de saúde. Atinge todas as regiões do mundo e todos os estratos sociais, apresentando uma tendência crescente, em particular entre as regiões e os grupos populacionais mais desfavorecidos, contribuindo desse modo para agravar as iniquidades em saúde (OMS, 2004; OMS, 2008).

Dada a composição química do tabaco, rico em nicotina, substância psicoativa geradora de dependência, e em substâncias cancerígenas, tóxicas e mutagénicas, não existe um limiar seguro de exposição para o ser humano, o que obriga à adoção de medidas preventivas e de proteção da saúde (OMS, 2008). Perante a globalização deste problema, o tabagismo constitui uma prioridade de Saúde Pública (Aguiar, Todo-Bom, Felizardo, Caeiro, & Sotto-Mayor, 2009; Fraga, et al., 2005; Le Foll & George, 2007; Pascoal, 2005; Resende, Fonseca, Guedes, & Martins, 2009).

1.1.1 Risco do Tabagismo

Devido à multiplicidade e gravidade das doenças que provoca e à elevada proporção de pessoas expostas, o consumo de tabaco constitui presentemente, a principal causa evitável de doença e de morte prematura nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial (OMS, 2008).

Segundo a OMS, morrem por ano, em todo o mundo, cerca de 5,4 milhões de pessoas fumadoras e ex-fumadoras, das quais cerca de 700 000 na União Europeia (OMS, 2008). Se não forem adotadas medidas efetivas de prevenção e controlo, o número de mortes anuais, a nível mundial, poderá atingir os 8 milhões, dentro das próximas duas décadas (OMS, 2008; European Commission, 2012).

Foram identificados vários agentes carcinogénicos no fumo de tabaco, sendo proporcional o aumento do risco da morbilidade e mortalidade com o tempo e a intensidade da exposição (Ferreira-Borges, 2004).

O consumo de tabaco é responsável por quase 50 doenças diferentes incapacitantes e fatais. Números tão elevados, como 90% dos cancros de pulmão ocorrem em fumadores. Outros valores, como 45% das mortes por enfarte do miocárdio, 85% por doença pulmonar obstrutiva crônica (enfisema) e 30% de outros tipos de cancro, são também causadas pelo

consumo de tabaco. Este consumo desencadeia e agrava outro tipo de doenças, como a hipertensão e a diabetes (INCA, 2017).

O Tabaco tem igualmente efeitos nefastos na gravidez, estando associado a aborto espontâneo, gravidez ectópica, morte fetal in útero, parto pré-termo e baixo peso no nascimento (Lima, 2002).

A evidência recolhida ao longo dos anos mostrou que os fumadores apresentavam uma diminuição da esperança de vida em 10 anos (Lopez, Hollinshaw, & Piha, 1994).

Os fumadores involuntários encontram-se também em risco em relação a muitas das doenças inerentes ao fumo direto. Os malefícios do tabaco trazem consequências nefastas não só para o fumador como também para os não fumadores expostos à poluição tabágica ambiental, também designada por fumo passivo (Fraga, et al., 2005).

O fumo passivo, ocorre quando o fumo exalado de uma pessoa é inalado por outra. Está demonstrada uma associação entre a poluição tabágica ambiental e a patologia cardiovascular e pulmonar (Shaham, Ribak, & Green, 1992; Stead, et al., 2012).

1.1.2 Consumo de Tabaco

Em 2012, mais de um quarto da população dos 15 aos 64 anos era consumidora de tabaco. A grande maioria dos fumadores portugueses iniciou o consumo entre os 12 e os 20 anos de idade, em grande medida devido à influência dos amigos ou por curiosidade e vontade de experimentar (DGS, 2014). Segundo dados do estudo Eurobarómetro realizado em 2012, cerca de 90% dos fumadores portugueses disseram ter iniciado o consumo regular de tabaco antes dos 25 anos; 22% antes dos 15 anos e 51%, entre os 15 e os 18 anos (European Commission, 2012). Dados recentes parecem revelar um aumento do consumo de tabaco entre os jovens escolarizados (DGS, 2016).

Cerca de 86% dos fumadores portugueses dos 15 aos 64 anos declararam ter baixa motivação para parar de fumar (Balsa, Vital, & Urbano, 2016).

Em Portugal tem-se observado um aumento da disponibilidade de tabaco, mas nos últimos 20 anos tem oscilado num intervalo de valores relativamente pequeno.

Tendo como referência os estudos Eurobarómetro, conclui-se que a proporção de inquiridos portugueses que assumiram fumar em 2012 se manteve inalterada relativamente a 2009, ano em que se registou um decréscimo de cerca de 1%, relativamente à prevalência observada em 2006 (24%) (European Commission, 2007; European Comission, 2010). Observou-se, em 2012, relativamente a 2009, um aumento de cerca de 2% na proporção de ex-fumadores e uma diminuição de 2% na proporção de inquiridos que disseram nunca ter fumado (European Comission, 2012).

Em Portugal o consumo de tabaco varia consoante a região do país, o sexo, a idade e a escolaridade, entre outros fatores. Verificou-se através do último Inquérito Nacional de Saúde (INS) que a prevalência de fumadores (diários e ocasionais) mais elevada ocorre no grupo etário dos 35 aos 44 anos, em ambos os sexos (44,5% nos homens e 20,9% nas mulheres). No que se refere às prevalências do consumo de tabaco, pela idade e pelo sexo, em função dos anos de escolaridade, verificou-se que, nos homens com menos de cinco anos de escolaridade, a prevalência de consumo (32,5%) foi superior à encontrada nos homens com mais de doze anos de escolaridade (24,1%). No sexo feminino, pelo contrário, as mulheres com menos de cinco anos de escolaridade apresentaram uma prevalência de consumo (7,3%) inferior à encontrada nas mulheres com mais de doze anos de escolaridade (14,5%) (DGS, 2016).

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF), nos desempregados são encontradas as prevalências mais elevadas de consumo de tabaco em qualquer dos sexos (43,0% nos homens e 27% nas mulheres) (INSA IP, 2015).

Analisado o consumo de tabaco nas diferentes regiões do país, verificou-se que a Região do Alentejo apresentava, de acordo com os dados do INS 2005/2006, a maior prevalência de fumadores diários do sexo masculino, na população com 15 ou mais anos, (29,9%) e a Região Centro a prevalência mais baixa (20,5%). Relativamente ao sexo feminino, a prevalência mais elevada foi encontrada na Região de Lisboa e Vale do Tejo (15,4%) e a mais baixa na Região Norte (7,6%) (INSA IP, 2008).

1.2 Tabagismo na adolescência e os seus fatores predisponentes

De acordo com um Inquérito Nacional em Meio Escolar, realizado em 2011 a nível dos alunos do Ensino Secundário e relativo ao consumo de drogas e outras substâncias psicoativas, foi concluído que cerca de 90.000 alunos fumaram tabaco nos 30 dias anteriores ao inquérito. Este valor é superior ao do ano 2001 e 2006, tendo aumentado tendencialmente (Feijão, Lavado, & Calado, 2011).

Dados recolhidos pelo IDT no âmbito do estudo ECATD/ESPAD Portugal, realizado numa amostra representativa de alunos do ensino público, dos rapazes com 18 anos, 64,6% responderam já ter consumido tabaco; 5,5% iniciaram o consumo antes dos 10 anos e 29,0% entre os 13 e os 15 anos. Das raparigas com 18 anos, 64,9% responderam já ter consumido tabaco; 3,5% iniciaram o consumo antes dos 10 anos e 31,6% entre os 13 e os 15 anos (Feijão, Lavado, & Calado, 2011).

De acordo com o Relatório de 2010 do estudo Health Behaviuor in School Aged Children, promovido pela OMS e liderado em Portugal pela equipa do projeto Aventura Social, realizado numa amostra de alunos do ensino público, do 6.º, 8.º e 10.º ano de escolaridade, 30% dos adolescentes disseram ter experimentado fumar. Não foram encontradas diferenças, estatisticamente significativas, entre sexos, relativamente à experimentação e ao consumo de tabaco. Cerca de 16% dos alunos responderam ter fumado o primeiro cigarro com 11 anos ou menos, 41% entre os 12 e os 13 anos e 43% depois dos 14 anos. Cerca de 4,5% dos respondentes disseram fumar diariamente (Matos, MG, 2012).

Segundo o que consta no PNS (2012 - 2016), apesar do número de fumadores ter diminuído, a faixa etária dos 15 aos 24 anos é aquela em que o aumento foi mais elevado, tanto nos homens como nas mulheres (DGS, 2012).

Embora a prevalência de fumadores regulares de tabaco nos adolescentes escolarizados portugueses seja uma das mais baixas da Europa, é preocupante verificar que aproximadamente 1 em cada 10 adolescentes de 15 anos é um consumidor regular de tabaco (Precioso, Samorinha, Macedo, & Antunes, 2012).

Vitória, Silva e Vries (2011) e Precioso et al. (2012) defendem ainda, que quanto mais cedo ocorrer a experimentação maior será o risco de dependência por parte do adolescente, podendo sofrer de patologias associadas a este consumo, no futuro. Desta forma, considera-se o tabagismo como um comportamento de risco, pelos seguintes fatores (Vitória, P; Silva, S; Vries, H, 2011; Precioso, Samorinha, Macedo, & Antunes, 2012):

- ✓ Exposição a um risco imediato e futuro de contrair doenças graves;
- ✓ Aumento dos problemas de saúde, tais como amigdalites ou problemas respiratórios;
- ✓ Dependência do tabaco, que se prolongará pela vida;
- ✓ Potencial retardamento na taxa de crescimento;

- ✓ Aumenta o risco de dependência de outras substâncias.

Além dos danos já referidos, começar a fumar durante a adolescência reduz a taxa de crescimento do pulmão e diminui a função pulmonar, prejudica a aptidão física dos jovens e ainda aumenta a frequência cardíaca, podendo provocar em idade adulta doenças cardiovasculares (U.S. Departament of Health and Human Services, 1994).

A iniciação e a progressão dos hábitos tabágicos encontram-se relacionados com um conjunto de fatores que predispõem os mais jovens a este comportamento, variando de indivíduo para indivíduo, podendo ocorrer nas transições relevantes do desenvolvimento, nomeadamente no fim da infância, na puberdade, na adolescência e no início da idade adulta (Precioso, J, 2006; Vitória P. , 2009).

Segundo Mendoza, Pérez e Forget (1994), os comportamentos de saúde, tal como muitos outros, são determinados por fatores biológicos, psicológicos, micro-sociais (família, escola, amigos), macrossociais (em que os *media* têm um papel preponderante), ambientais, culturais e económicos, representados no esquema da Figura 1 (Mendonza, Pérez, & Foguet, 1994).

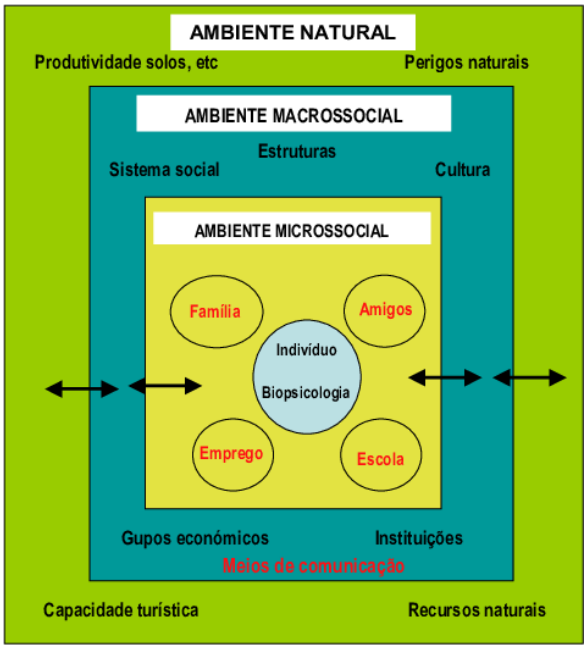


Figura 1 - Determinantes dos estilos de vida

Este esquema, para além de dar uma ideia da complexidade da etiologia dos comportamentos humanos, revela a necessidade de atuar globalmente, em todas as esferas, sistemas e sub-sistemas da vida humana, para se obterem mudanças de comportamento efetivas, sustentáveis e duradouras (Mendonza, Pérez, & Foguet, 1994).

Da análise do esquema da Figura 1, pode dizer-se que a interação das influências sociais e ambientais, com as características individuais e a predisposição do indivíduo a ser

suscetível a tais influências, parecem ter um papel importante no início do consumo de tabaco (Mendonza, Pérez, & Foguet, 1994).

De acordo com os dados recolhidos pelo Eurobarómetro (2012), 82% dos inquiridos portugueses, com idade adulta, disseram ter começado a fumar devido ao facto de os amigos fumarem; 19% por gostarem do cheiro ou do sabor do tabaco, 10% por este ser economicamente acessível, 6% por terem pais fumadores, 3% por gostarem de cigarros com determinado sabor, adocicado, frutado ou a mentol, e 1% por gostarem da embalagem dos cigarros (European Commission, 2012).

Silva (2011), constata que os pais funcionam como modelos para os adolescentes, podendo assim influenciar de modo positivo ou negativo as suas crenças, atitudes, comportamentos e valores. Esclarece ainda que jovens com estatutos socioeconómicos mais baixos possuem uma maior probabilidade de virem a ser fumadores (Silva H. , 2011).

Por outro lado, diversos fatores individuais contribuem para a decisão de iniciar o consumo: características genéticas e da personalidade, autoestima, saúde mental, conhecimentos, crenças, atitudes, sucesso escolar, preocupação com o aumento de peso, disponibilidade financeira, entre outros.

Precioso e colaboradores (2009) acrescentam, ainda, que a informação fornecida pelos pais sobre o tabaco se revela protetor à iniciação do consumo. No entanto, quando estes desaprovam o seu comportamento, este relaciona-se negativamente com a iniciação do consumo tabágico (Precioso, et al., 2009).

Os jovens com hábitos tabágicos tendem a desvalorizar e a apresentar conhecimento insuficiente face aos riscos inerentes do consumo de tabaco, referindo ainda que a curto-prazo podem obter vantagens significativas para a sua autoestima e conquista de novas amizades (Precioso, J, 2006). Silva (2011) acrescenta que alguns estudos revelam que estes jovens apresentam mais crenças e atitudes positivas sobre o consumo tabágico do que os jovens que não fumam, tais como: "*fumar dá um ar crescido", "relaxa", "dá confiança", "fumar é agradável", "fumar ajuda quando estamos nervosos"* (Silva H. , 2011).

Neste âmbito torna-se relevante investir no conhecimento dos riscos/consequências que advêm do consumo tabágico, assim como desmistificar crenças e valores atribuídos ao mesmo (Precioso, J, 2006).

Embora a maioria dos jovens pré-adolescentes evidenciem atitudes negativas perante o tabagismo, muitos virão a experimentar fumar e, mais tarde, a fumar de modo regular ao longo da vida adulta. Por outro lado, as crenças e as atitudes associadas, ao consumo, designadamente que fumar favorece a integração social e é relativamente seguro, aumentam a probabilidade de os adolescentes decidirem experimentar (U.S. Department of Health and Human Services, 2012; Matos, 2003; Matos, MG, 2008).

Deste modo, Silva (2011) refere que quando um dos pais tem hábitos tabágicos, 50% dos filhos também fumam. Acrescenta ainda que o tabagismo dos irmãos se torna mais influente no consumo tabágico dos adolescentes do que o dos pais (Silva, 2011). Precioso (2006) revela que é um fator de risco adicional ao início do consumo tabágico: se alguém em casa fumar; quando ambos os pais fumam, uma vez que os filhos têm duas vezes mais probabilidade de virem a ser fumadores do que se nenhum destes fumasse; quando os pais fumam em casa, já que o maior grupo de jovens fumadores pertence ao grupo de pais que fumam em casa (comparativamente com os pais que não fumam em casa ou não fumam) (Precioso, J, 2006).

Os adolescentes, para pertencerem a um grupo, apresentam comportamentos semelhantes entre si, pelo que a pressão dos pares revela grande influência na iniciação do consumo tabágico. Vários estudos confirmam que se o jovem que tem um “melhor amigo” fumador aumenta a probabilidade de este também ser (Precioso, et al., 2009).

Alguns estudos revelam que quanto aos estilos de vida e atividades sociais dos adolescentes, ir à discoteca, ao cinema ou sair à noite com os amigos, encontram-se associados aos hábitos tabágicos (Silva H. , 2011).

No entanto continua a ser na escola que a maioria dos jovens inicia o seu consumo, cerca de 60% dos alunos portugueses tiveram a sua primeira experiência tabágica na escola, e cerca de metade (50%) receberam ofertas de cigarro na escola (Macedo & Precioso, 2006).

Neste âmbito, as políticas de restrição do tabaco, a existência de programas de educação para a saúde, o comportamento e as relações estabelecidas no ambiente escolar (entre professor e aluno) são aspetos que podem influenciar a decisão do jovem quanto à adoção destes comportamentos (Silva H. , 2011).

Num estudo sobre o uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e os seus fatores associados, o local referido como mais frequentemente usado pelos alunos para fumar, foi a escola, quer pelos adolescentes que apenas experimentam (36,7%), quer pelos que fumam habitualmente (43,6%) (Fraga, S; Ramos, E; Barros, H, 2006).

O papel de exemplo dos professores, dos pais e dos restantes jovens, relativamente ao consumo de tabaco assume, também, uma particular importância.

Nesse sentido é necessário sensibilizar os pais e os professores fumadores para que evitem fumar na presença de crianças e jovens e tomem a decisão de parar de fumar (OMS, 2008; OMS, 2007; U.S. Department of Health and Human Services, 2012).

A restrição total de fumar em casa contribui para reduzir o consumo entre os adolescentes. Restrições parciais parecem não ter o mesmo efeito (U.S. Department of Health and Human Services, 2012; Vitória, P; Silva, S; Vries, H, 2011).

Um estudo efetuado em estudantes universitários portugueses revelou que a maioria dos alunos fumadores referiu ter começado a fumar durante o ensino básico e secundário. Fê-lo por curiosidade, por desejo de experimentar ou devido à influência dos amigos (Precioso, J;, 2004).

É na adolescência que se verificam grandes modificações a nível físico, psicológico e social, pelo que o jovem apresenta maior vulnerabilidade ou suscetibilidade à iniciação de hábitos tabágicos, estando esta iniciação, muitas vezes, associada à necessidade de afirmação e obtenção de independência, de integração social ou mesmo reforço da autoestima (Vitória P. , 2009). Assim sendo, torna-se preponderante desenvolver a autoconfiança dos jovens e capacitá-los para adquirirem resistência à pressão social (Precioso, J, 2006).

Segundo Milton e colaboradores (2004) o processo da passagem da fase de experimentação para a fase de consumo de tabaco regular, contem 5 estádios sucessivos, que são:

- Fase de Preparação: aquisição de conhecimentos e formação de crenças e expectativas sobre o uso do tabaco;

- Fase de iniciação: consumo dos primeiros cigarros;

- Fase de experimentação: período de uso repetido, irregular, que pode ocorrer apenas em situações ocasionais ao longo do período de tempo variável;

- Fase de consumo regular: desenvolvimento de um padrão de consumo repetido e regular;

- Fase de dependência: consumo regular, normalmente diário, mediado pela necessidade compulsiva de consumir e pelo aparecimento de síndrome de abstinência (Milton, et al., 2004).

Neste âmbito torna-se importante investir no conhecimento dos riscos e consequências que o consumo do tabaco tem.

Nas idades mais jovens, muita das vezes, não existe uma verdadeira consciência do poder aditivo do tabaco, nem a perceção de que poderá haver dificuldades na interrupção do consumo (Precioso, J, 2006).

1.3 Medidas Preventivas

Existe uma enorme preocupação por parte das entidades governamentais, no que diz respeito ao aumento do Tabagismo, pelo aumento do número de problemas de saúde por parte da população consumidora (DGS, 2012).

A prevenção e controlo do tabagismo, requerem múltiplas iniciativas e medidas, pois são diversos os fatores responsáveis por este, desde de carácter cultural, económico, social, a genético, comportamental e neurobiológico. Assim sendo, estas medidas devem ser centradas na prevenção do início do consumo, na promoção da cessação tabágica, na proteção da exposição ao fumo ambiental e na criação de um clima social, cultural e económico favorável à adoção de estilos de vida considerados saudáveis (OMS, 2008).

Para que este controlo seja possível, é também necessário criar medidas legislativas no combate ao tabagismo: a nível da prevenção, no que diz respeito à educação para a saúde; ao nível da proibição, em relação à idade mínima de compra e aos locais onde é proibido fumar, e ainda a criação de espaços sem fumo (DGS, 2012).

Segundo o artigo 4.° do Decreto-Lei nº 37/2007, foram diversos os locais onde se tornou proibido fumar, entre os quais: locais destinados a menores de 18 anos; nas instalações do metropolitano; nos parques de estacionamento; estabelecimentos onde sejam prestados cuidados de saúde; estabelecimentos de ensino, independentemente da idade dos alunos. Esta norma visa particularmente a proteção à exposição involuntária ao fumo do tabaco. Nos estabelecimentos que integrem o sistema de ensino superior, existe exceções, sendo admitido fumar em áreas ao ar livre, bem como locais que não sejam frequentados por menores de 18 anos, sempre em áreas adequadas para o efeito (Diário da República, 2007).

De acordo com o Artigo 15.° do Decreto-Lei 37/2007, é proibida a venda de produtos de tabaco, a menores de 18 anos a comprovar, quando necessário, por qualquer documento identificativo com fotografia (Diário da República, 2007). Essa venda é proibida através de máquinas de vendas automáticas, sempre que não reúnam os seguintes requisitos:

- Contenham um dispositivo eletrónico ou outro sistema bloqueador que impeça o seu acesso a menores de 18 anos;

- Não esteja dentro do estabelecimento, de maneira a que o responsável as consiga visualizar;

Ainda dentro das proibições, são proibidas todas as formas de publicidade e promoção ao tabaco e aos produtos do tabaco, incluindo publicidade oculta, subliminar ou dissimulada e nas máquinas de venda automática. A distribuição gratuita, a sua venda promocional ou a preço reduzido são também proibidas, assim como a atribuição de prémios ou a realização de concursos (DGS, 2012).

Resultados do ano 2013, mostram que o consumo de tabaco diminuiu ligeiramente, menos de um ponto percentual, apesar da legislação cada vez mais restritiva, do aumento dos preços e das sucessivas campanhas contra o tabagismo.

Um relatório sobre a prevenção e controlo do tabagismo, concluí que, entre 2005/2006 e 2014, o consumo do tabaco baixou de 20,9% para 20% da população com 15 ou mais anos, uma diminuição que se ficou a dever sobretudo ao elevado número de pessoas que conseguiram deixar de fumar neste período (DGS, 2016). Na prática, isto significa que há três anos havia menos 87 mil fumadores do que em 2005/2006 (dados dos últimos dois inquéritos nacionais de saúde, em contraste com a tendência para o aumento entre as mulheres (mais 74 mil fumadoras) (DGS, 2016).

Pelo lado positivo, destaca-se no relatório da DGS a percentagem de ex-fumadores, que aumentou quase 6%, passando de 16,1 para 21,7% neste período. Ou seja, quase meio milhão de pessoas conseguiu largar o tabaco em nove anos, mas apenas 3,6% teve apoio médico ou tomou medicamentos para deixar de fumar (DGS, 2016).

A nível da União Europeia, a prevenção e o controlo do tabagismo constituem, desde há vários anos, um objetivo prioritário no âmbito das políticas da saúde pública.

A OMS identificou as seis estratégias mais efetivas para prevenir e controlar o consumo de tabaco nos próximos anos (OMS, 2008), sendo elas:

-monitorizar o consumo de tabaco e as suas repercussões na saúde;

-proteger da exposição ao fumo ambiental do tabaco;

-oferecer ajuda na cessação tabágica;

-avisar, informar e educar sobre os riscos associados ao consumo de tabaco;

-proibir totalmente a publicidade, a promoção e o patrocínio dos produtos do tabaco;

-aumentar impostos sobre os produtos do tabaco;

É, portanto, relevante que a prevenção da iniciação do consumo de tabaco seja feita junto dos mais jovens, tentando assim o controlo do aumento do consumo tabágico.

1.4 Prevenção e Promoção da Cessação Tabágica nos Jovens

Quanto mais cedo ocorrer a iniciação, mais grave será a dependência, cujos sintomas surgem logo após os primeiros cigarros, maior será a dificuldade para deixar de fumar, mais longo será o percurso de fumador e mais graves serão os danos à saúde (Colby, Tiffany, Shiffman, & Niaura, 2000).

Assim, programas de prevenção do tabagismo dirigidos aos adolescentes são relevantes, uma vez que evitam ou atrasam a iniciação e a aquisição do comportamento tabágico regular.

As ações preventivas para contrair a procura de cigarros pelos jovens deverão ser implementadas em meio escolar (dirigidas direta ou indiretamente aos alunos) e também na comunidade (Precioso, J, 2006).

Em meio escolar, entre as atividades e iniciativas preventivas do consumo de tabaco dirigidas diretamente aos alunos, encontram-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" e o Programa "Querer é poder I e II), e a promoção de estilos de vida saudáveis, através do desenvolvimento de um currículo transversal de Educação para a Saúde (Precioso, J, 2000; Precioso, J;, 2004; Vitória, P; Raposo, C; Peixoto, F; Clemente, M; Romeiro, A, 2001).

Entre as iniciativas e atividades extracurriculares que podem atingir indiretamente os alunos encontram-se a criação de um ambiente escolar que reforce as ações educativas exercidas diretamente sobre os alunos, a criação de turmas sem fumadores e a comemoração de eventos relacionados (ex: Dia Nacional do Não Fumador; Dia Mundial contra o Tabaco) (ESFA, 1998; Savolainen, 1998; Wiborg & Hanewinkel, 1999).

Entre as iniciativas e atividades preventivas implementadas na comunidade que podem atingir indiretamente os alunos encontram-se: o envolvimento dos pais dos alunos, a monitorização e o reforço do investimento na prevenção primária. As campanhas nos *media* poderão ter também algum impacto importante na prevenção do consumo, assim como a criação de espaços de lazer alternativos (espaços verdes), que afastem os jovens de locais de maior risco de virem a fumar como são os cafés, os bares, os salões de jogos, etc (Precioso, J, 2006).

Existem já implementadas, atividades curriculares com programas específicos de prevenção do consumo de tabaco no 7º ano e sessões de reforço nos anos seguintes.

O Programa "Não fumar é o que está a dar": é um programa intensivo, 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 7ºano de escolaridade (que são os alunos em maior risco de começar a fumar) e a ser aplicadas nas diversas disciplinas. As

sessões deste programa estão agrupadas em seis componentes: informações sobre o fumo do tabaco; construir uma atitude sobre fumar; tomar uma decisão sobre o futuro do uso do tabaco; corrigir a perceção exagerada do número de amigos fumadores e resistir às influências sociais para fumar (Precioso, J, 2006).

O programa que lhe serve de reforço designado “Aprende a cuidar de ti”, é para ser aplicado no ano seguinte, aos alunos do 8º ano. Para além de constituir um reforço do programa principal, pretende simultaneamente desenvolver no aluno a intenção de optar por um estilo de vida saudável (Precioso, J, 2006).

Um estudo realizado entre 1997-2000 mostrou que o programa, conseguiu alcançar resultados francamente positivos (pelo menos a curto prazo) no que respeita ao controlo de alguns fatores de risco relacionados com o começo de fumar e à prevenção do consumo de tabaco. Constata-se que melhorou o nível de conhecimento dos alunos; diminuiu a perceção 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; incrementou uma atitude desfavorável relativamente ao consumo de tabaco e reduziu a perceção exagerada da percentagem de colegas fumadores. O programa teve um efeito positivo em prevenir o consumo de tabaco, Não obstante, a nota mais saliente é o facto de o programa ter conseguido resultados apreciáveis em prevenir o consumo de tabaco diário (Precioso, 1999).

Ainda no campo da prevenção tabágica, o European Smoking Prevention Framework Aproach (ESFA), foi um projeto experimental de investigação-ação que teve a duração de 5 anos (1997-2001) e no qual participaram seis países da Comunidade Europeia: Portugal, Finlândia, Espanha, Reino Unido, Holanda e Dinamarca. Teve por objetivo específico a redução em 10% da prevalência de consumidores regulares de tabaco com idades entre 12 e 15 anos (Vries, et al., 2006).

O programa baseou-se no modelo atitude, influência social e autoeficácia, que integra os modelos da Aprendizagem Social, da Ação Refletida, do Comportamento Planeado e da comunicação persuasiva. Estes modelos postulam que o comportamento é determinado pela intenção, por outras variáveis proximais ou psicossociais (atitudes, a influência social e a autoeficácia) e por variáveis, mas distais (biológicas, demográficas). O destaque do projeto foi a implementação de um programa multidimensional, abrangendo os adolescentes com atividades realizadas em nível individual (turma), escolar, familiar e comunitário (Vries, et al., 2006).

Estudo sobre o Projeto ESFA concluíram que os resultados ficaram abaixo do esperado, apenas em Portugal, Espanha e Finlândia conseguiram resultados positivos (Vries, et al., 2006).

Tendo em conta a importância destes programas para o controlo do tabagismo, foi necessário estudar e melhorar a sua efetividade. Assim, foi efetuada uma investigação que apresenta a avaliação do Projeto ESFA em Portugal, aprofundando a avaliação já publicada sobre o projeto no conjunto dos seis países participantes, desenvolvendo mais atividades do programa do que no estudo europeu, e incluindo mais variáveis psicossociais para avaliar melhor o primeiro impacto dessa exposição e a evolução do comportamento (Vitória, P; Silva, S; Vries, H, 2011).

A média de idade dos participantes foi de 13 anos, dos quais 57% eram meninas, 81% viviam com ambos os pais, 83% não podiam fumar em casa e 71% não manifestaram outros comportamentos de risco (Vitória, P; Silva, S; Vries, H, 2011).

Os resultados do projeto ESFA em Portugal, sugerem que as efetividades dos programas de prevenção do tabagismo dependem da realização de quantidade razoável de aulas curriculares, com metodologias interativas e treino de competências sociais com várias finalidades, incluindo o reforço da autoeficácia para recusar fumar. O programa diminuiu a iniciação e o tabagismo regular. Os resultados surgiram no segundo ano e melhoraram no terceiro (Vitória, P; Silva, S; Vries, H, 2011).

Estes programas preventivos aplicados nas escolas aos alunos têm mostrado elevada eficácia preventiva, diminuindo a iniciação do consumo de tabaco. Conclui-se ainda com estes estudos que a efetividade de programas de prevenção do tabagismo depende de implementação continuada ao longo da adolescência e da integração de medidas dirigidas diretamente aos adolescentes e indiretamente, por via do seu contexto social (escola, família e comunidade), devendo por isso continuar a ser utilizados como estratégia para este problema de saúde pública (Vitória, P; Silva, S; Vries, H, 2011).

Em Portugal o ESFA abrangeu alunos do 7º ano de escolaridade de quatro concelhos: Loures, Barreiro, Seixal e Moita. Deste projeto resultou a criação de um programa de prevenção “Querer é poder” (Vitória, P; Raposo, C; Peixoto, F; Clemente, M; Romeiro, A, 2001).

Programa “Querer é poder” I e II: Este programa desenvolvido chama-se, “Querer é poder I” e “Querer é poder II”, é constituído por um conjunto de seis sessões e destina-se a jovens dos 12 aos 14 anos (Vitória, P; Raposo, C; Peixoto, F; Carvalho, A; Clemente, M, 2006).

Tal como outros programas, este é composto por quatro componentes: componente informativa que proporciona aos alunos a compreensão das consequências negativas de fumar para a saúde; uma componente que ajuda os alunos a identificar a procedência das influências para fumar; uma componente de treino em habilidades sociais para resistir às pressões dos companheiros para fumar e um componente em que os alunos se comprometem

publicamente a não fumar e as razões que os levam a tomar essa decisão (Vitória, P; Raposo, C; Peixoto, F; Clemente, M; Romeiro, A, 2001).

O programa "QP I" é mais superficial e abrangente do que o "QP II". No "QP I" são explorados os seguintes temas:

- ✓ Efeitos de fumar e de não fumar, a curto e longo prazo para o organismo, para as pessoas e para a sociedade;
- ✓ Motivos para não fumar e para começar a fumar; motivos para continuar a fumar mesmo quando se quer parar (o tabagismo como uma dependência);
- ✓ Pressões diretas e indiretas do meio para fumar (publicidade, normais sociais, pressão do grupo e dos amigos);
- ✓ Competências sociais para gerir situações de pressão social (alternativas para dizer "não", dizer "não" de modo assertivo, registos para promover autoconhecimento);
- ✓ Orientação de intenções relativamente a fumar no futuro.

O "QP II" tem como tema de fundo a exposição ao fumo ambiental de modo a se tornar mais evidente que este problema diz respeito a todos. Pretende-se sensibilizar os alunos para um problema que os afeta, mesmo que não fumem. Pretende-se também mobilizá-los para uma participação ativa na gestão e controlo deste problema nos meios em que se inserem: a escola, a família e a comunidade. E por último, espera-se ainda um benefício, importante para todos, que é a sensibilização da comunidade em geral para os efeitos nocivos do fumo passivo. É urgente melhorar as medidas de proteção dos não fumadores, em especial quando se trata de bebés, crianças, grávidas e idosos (Vitória, P; Raposo, C; Peixoto, F; Clemente, M; Romeiro, A, 2001).

O Programa "Querer é poder II", é um programa complementar de reforço para ser aplicado no 8º ano de escolaridade. A função das sessões de recapitulação é manter o efeito do programa nos alunos a que foi aplicado. Estas sessões constituem fundamentalmente uma recapitulação as noções fornecidas durante a implementação do programa "Querer é poder I" (com as limitações impostas pelo tempo) e aborda a problemática do fumo passivo (Vitória, P; Raposo, C; Peixoto, F; Clemente, M; Romeiro, A, 2001).

Ações Extracurriculares – "Turma sem fumadores": Em alguns países, incluindo em Portugal, existem ações extracurriculares, para adotar estratégias para promover a cessação tabágica, como por exemplo a "Smoke Free Class" (Turma sem fumadores), que consiste num concurso de âmbito nacional e europeu, em que os alunos de uma determinada turma, comprometem-se a estar sem fumar um determinado período de tempo e a desenvolver determinadas atividades sobre o tabaco. Aqueles que estiverem esse período de tempo sem fumar receberão um prémio e poderão submeter-se a um concurso nacional e

internacional. É uma estratégia que utiliza incentivos (prémios) e que orienta e manipula a pressão do grupo para a manutenção da abstenção de fumar. Neste caso, a pressão do grupo é dirigida a encorajar os alunos a não fumarem, contrariamente ao que é habitual (Savolainen, 1998; Wiborg & Hanewinkel, 1999).

Outras iniciativas extracurriculares, como as competições sem-tabaco ou sessões de informação e formação para a comunidade escolar, devem ser mantidas e melhoradas (Precioso, J, 2006).

Ainda como projetos de prevenção do consumo de tabaco, durante o ano letivo 2013/2014 e 2014/2015, teve início nas escolas do concelho de Palmela um projeto piloto, chamado E-STOP´S (Escolas Sem Tabaco, Olhar a Promoção da Saúde), assegurado exclusivamente pela Equipa de Saúde Escolar de Palmela, havendo a colaboração pontual de professores (Santos J. , 2015).

O presente projeto emergiu da necessidade de trabalhar os determinantes de saúde ligados aos comportamentos aditivos de substâncias psicoativas, nomeadamente a prevenção do consumo de tabaco. Pretendia-se ao longo do primeiro ano, dar enfoque ao próprio conceito de saúde e aos contextos em que ela se insere e como a poderemos desenvolver enquanto potencial para o nosso desenvolvimento, aprendendo a fazer escolhas, bem como os problemas ligados ao consumo de tabaco a curto prazo, a noção de dependência, e de como lidar com a pressão/preferência dos pares (Santos J. , 2015).

Existem poucos dados em relação à conclusão deste estudo, mas podemos referir que ao fim do primeiro ano letivo, os alunos afirmaram que tinham adquirido uma nova forma de ler o Mundo (competências), aumentaram o conhecimento em relação ao tabagismo e o exercício de confiança teve resultados particularmente positivos na compreensão de um conceito tão abstrato como o da assertividade (Santos J. , 2015).

Segundo um estudo de Psicologia e Educação, com o objetivo de identificar o processo de experimentação e hábitos tabágicos dos jovens, bem como a perceção e o uso do tabaco no contexto familiar, no sentido de poder atuar de forma mais eficaz na Prevenção Primária e verificar a necessidade de uma intervenção a nível da Desabituação Tabágica entre os jovens fumadores, em 710 alunos, indicaram que 6,9% eram fumadores, que 7,4% dos alunos haviam experimentado fumar em idades entre os 7 e os 16 anos, sendo a idade mais crítica aos 13 anos, na sua grande maioria na companhia de amigos (Ferraz, Pereira, Simões, & Quental, 2011).

No âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis nos adolescentes, este estudo reforça a importância de abranger também os diversos contextos sociais e familiares dos jovens estudantes, a fim de garantir uma diminuição significativa na experimentação e aquisição de hábitos tabágicos (Ferraz, Pereira, Simões, & Quental, 2011).

Sugeriu-se assim, a cada uma das escolas envolvidas, bem como a todas as escolas a nível nacional, uma intervenção mais abrangente, que inicie desde a escola primária e se estenda a todos os ciclos, tendo em conta não só os professores como também os psicólogos escolares, que podem atuar na mudança de comportamentos a nível da ajuda à Desabituação Tabágica, o que para tal, necessitaria de uma formação específica, bem como a utilização de um programa de intervenção muito bem delineado por uma equipa multidisciplinar. Os resultados do presente estudo permitiram para além da caracterização, a elaboração de um programa de intervenção complexo e multidisciplinar adaptado a nível do ensino básico e secundário (Quental & Ferraz, 2002). A intervenção do psicólogo escolar a nível da Desabituação Tabágica no grupo de jovens fumadores que demonstraram desejo em deixar de fumar foi uma estratégia de intervenção resultante deste projeto que envolveu a fase diagnóstica e de intervenção (Ferraz, Pereira, Simões, & Quental, 2011).

Segundo o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, a análise da efetividade das diferentes estratégias de prevenção do consumo de tabaco entre os jovens revela que o aumento dos preços é uma das medidas mais efetivas, seguida da eliminação de todas as formas de publicidade e de promoção dos produtos do tabaco. As campanhas informativas e os avisos de saúde com imagens nos maços de tabaco, bem como a proibição total de fumar em escolas e locais públicos contribuem, de igual modo, para prevenir a iniciação do consumo, na medida em que diminuem a aceitabilidade social do tabaco (DGS, 2013).

Está demonstrado que os programas preventivos aplicados na escola aos alunos têm mostrado elevada eficácia preventiva e devem por isso fazer parte dessa estratégia global de prevenção do consumo tabágico (Precioso, J, 2006).

1.5 Intervenção Farmacêutica no Tabagismo

Para Wiliams (2009), "*os farmacêuticos são considerados a chave fundamental no ato de promover a cessação tabágica e alterar comportamentos entre os pacientes, complementando o trabalho de outros clínicos/especialistas*" (Williams, 2009).

As farmácias são o estabelecimento de saúde mais frequentado pelos portugueses, tendo assim, os farmacêuticos uma grande possibilidade de oferecer aconselhamento a cada pessoa que se dirige aos seus serviços. De acordo com um estudo realizado em 2002, cerca de 85% dos Portugueses tinham visitado uma farmácia nos últimos 12 meses na condição de doente, ao invés dos 45,6% que visitaram um hospital e 65,6% que visitaram um centro de saúde, fazendo da farmácia o estabelecimento de saúde mais visitado pelos Portugueses (Ordem dos Farmacêuticos, 2002).

Esta situação coloca os farmacêuticos com uma responsabilidade acrescida na abordagem do tabagismo, encontrando-se numa posição estratégica de educadores para a saúde com elevado potencial de impacto social. Sendo o farmacêutico o profissional com formação adequada para intervir a nível da otimização da farmacoterapia, promover o bem-estar e prevenir as doenças, torna-se ainda mais importante o seu papel junto da população mais jovem, neste caso, na prevenção do tabagismo e cessação tabágica (Ordem dos Farmacêuticos, 2002).

Apesar de existirem diferenças nos sistemas de saúde, o papel do farmacêutico na cessação tabágica tem aumentado significativamente em toda a UE. Em França, os farmacêuticos são reconhecidos como líderes na cessação tabágica e na República Checa 42% dos fumadores com intenções de abandonar o consumo de tabaco, revelam estar interessados em receber aconselhamento de cessação em farmácia comunitária (Goniewicz, et al., 2010).

Assim sendo, o Farmacêutico assume um papel importante na intervenção breve de cessação, tendo esta cinco passos:

- Abordar o doente sobre se usa ou não tabaco;
- Aconselhar a deixar de usar;
- Avaliar a vontade de fazer uma tentativa de abandono;
- Ajudar os que querem fazer uma tentativa de abandono – Plano de Cessação Tabágica;
- Acompanhar através de consultas de seguimento – Prevenção de recidiva.

Para se construírem estratégias terapêuticas é necessário por parte do utente a perceção da gravidade e da complexidade da dependência, para que se realize a cessação tabágica. Para que seja possível selecionar o método a utilizar nesta terapêutica, aspetos como a motivação e o grau de dependência são importantes (Beers, 2011).

A avaliação do grau de motivação para deixar de fumar torna-se extremamente importante, e para isso utiliza-se um teste com algumas questões.

O teste de Richamond que classifica o grau de motivação tem demonstrado ser fiável e útil. O score total qualifica a motivação para parar de fumar do seguinte modo: 0-6 motivação baixa; 7-9 motivação moderada; 10 motivação elevada (Pamplona, 2007).

A avaliação do grau de dependência do tabagismo torna-se necessário avaliar, pois o tabagismo, como dependência exige que se atue sobre os fatores que nela influem. Esta avaliação é feita através de distintos testes e questionários (Santos, Cunha, & Ferreira, 2008).

O teste Fagerstrom é uma ferramenta útil para avaliar a dependência física de nicotina, podendo assim orientar a escolha do tratamento farmacológico.

É o teste quantitativo mais utilizado, sendo que das 6 perguntas efetuadas é calculado um score em que zero corresponde a dependência baixa e 10 dependência elevada. As duas questões mais importantes dizem respeito ao número de cigarros fumados por dia e o tempo de demora a consumir o primeiro cigarro após acordar (Pamplona, 2007).

Por altura das comemorações do Dia Mundial sem Tabaco, em 2006, a ANF deu início a uma Campanha de Cessação Tabágica. Este estudo teve como objetivo avaliar o impacto da Campanha de Cessação Tabágica, realizada em todos os utentes com idade igual ao superior a 18 anos, no que respeita à efetividade ao nível da cessação tabágica por parte dos fumadores envolvidos. A intervenção nas farmácias consistiu: na identificação dos fumadores que queriam deixar de fumar; na avaliação do grau de dependência e do monóxido de carbono no ar expirado; no acordar de um plano para deixar de fumar; na prestação de toda a informação necessária à cessação tabágica; no apoio e acompanhamento à implementação do plano, com recolha de informação nas diversas visitas programadas; na referência às consultas médicas especializadas, se necessário (Santos, et al., 2006).

A taxa de abstinência, considerando os ex-fumadores com avaliação aos 3 meses, foi de 69,3%. Estes resultados demonstram que a intervenção farmacêutica na cessação tabágica tem um impacto positivo ao nível da decisão de deixar de fumar, bem como da manutenção da cessação aos 3 meses (Santos, et al., 2006).

Maioritariamente os utentes das farmácias portuguesas são pessoas de meia-idade e de idade avançada, com doenças crónicas, sendo baixa a frequência com que os mais jovens se dirigem a este espaço de saúde. A grande maioria dos adolescentes não tem uma verdadeira consciência da gravidade do tabaco e tem a ideia de que é possível interromper o consumo sem dificuldade. Alguns estudos, mostram que muitos dos jovens fumadores, tem a intenção de deixar de fumar, mas como já se encontram dependentes, não são capazes de o fazer por si sós (Ferraz, Pereira, Simões, & Quental, 2011). Assim sendo, torna-se necessária

a deslocação dos farmacêuticos, a locais de ensino, para que exista uma intervenção por parte destes, junto dos adolescentes.

A literatura é inexistente quanto à intervenção do farmacêutico na prevenção do tabagismo junto da população jovem, e visto ser dever do farmacêutico salvaguardar a saúde pública e educar a população no sentido da promoção da saúde, assume-se relevante a integração destes profissionais de saúde na prevenção do tabagismo e na cessação tabágica nas escolas.

1.6 Benefícios da Cessação Tabágica

O apoio farmacológico para a cessação tabágica está disponível há mais de duas décadas, assumindo um papel crescente no melhoramento dos sintomas da abstinência tabágica (Mitrouska, Bouloukaki, & Siafakas, 2007).

O consumo do tabaco pode conduzir a uma dependência de nicotina, e por sua vez a graves problemas de saúde. Assim sendo, a cessação tabágica traduz-se numa melhoria do estado de saúde. Segundo o relatório, do U.S Departamento of Health and Human Services, de 2004, sobre as consequências para a saúde associadas ao consumo do tabaco, os benefícios para a saúde decorrentes da cessação tabágica, são os seguintes (US Departament of Health and Human Services, 2004):

Tabela 1- Benefícios para a saúde decorrentes da cessação tabágica

20 minutos depois, a pressão arterial e a pulsação voltam ao normal
8 horas depois, os níveis de monóxido de carbono no sangue normalizam
24 horas depois, o risco de enfarte do miocárdio diminui
48 horas depois, ocorrem melhoras do paladar e do olfato
72 horas depois, o relaxamento dos brônquios permite respirar melhor e os níveis de energia aumentam
2 semanas a 3 meses depois, a circulação sanguínea melhora e a função pulmonar aumenta cerca de 30%
1 a 9 meses depois, a ocorrência de tosse, congestão nasal, fadiga e dispneia diminuem. Os cílios recuperam a sua função normal no revestimento do epitélio respiratório, aumentando a sua capacidade de eliminar o muco e reduzindo a possibilidade de infeções respiratórias.
1 ano depois, ocorre a diminuição em 50% do risco de doença cardíaca coronária
5 anos depois, o risco de acidente vascular cerebral iguala o de um não fumador
10 anos depois, o risco de cancro de pulmão é cerca de metade do de um não fumador
15 anos depois, o risco de doença coronária é igual ao de um não fumador

O farmacêutico deve também comunicar ao utente as vantagens pessoais, sociais, económicas e ambientais em deixar de fumar (Le Foll & George, 2007).

Os farmacêuticos têm assim a possibilidade de oferecer aconselhamento a cada pessoa que se dirige aos seus serviços, oferecendo uma intervenção breve. Existem três tipos de intervenção, consoante o fumador:

1. Aos fumadores que desejam fazer de imediato uma tentativa de abandono, sendo então fornecido tratamento adequado;
2. Aos fumadores que não desejam fazer para já uma tentativa de abandono, tendo o farmacêutico como objetivo promover a motivação;
3. Aos recentes ex-fumadores deverá ser feita a prevenção de recidiva.

Os fumadores que queiram deixar de fumar, em particular os que têm consumos superiores a 10 cigarros por dia, devem ser encorajados a usar terapêutica farmacológica, uma vez que o sucesso da abstinência tabágica aumenta de forma significativa, relativamente aos fumadores que param de fumar sem apoio (Direção-Geral de Saúde, 2007).

Os benefícios em deixar de fumar, como já foi referido a cima são muitos, para além dos colocados na tabela, não nos podemos esquecer dos económicos, sensoriais, estéticos e a melhoria da autoestima. Quanto mais cedo se verificar esta cessação, maiores são os benefícios, no entanto este processo é bastante complexo, envolvendo diferentes fases de mudanças comportamentais.

1.7 Tratamento do Tabagismo

Para o Tratamento do Tabagismo ser mais eficaz, requer vários componentes.

O tratamento farmacológico deve ser disponibilizado a todos os fumadores que pretendem deixar de fumar, exceto nos casos em que existem contraindicações, como é o caso das grávidas.

As intervenções a nível de aumentar a cessação tabágica, são das mais importantes, uma vez que os tratamentos oferecidos aos fumadores, além de melhorarem a saúde atual, reduzem o risco de morte prematura, o desenvolvimento de certas doenças, melhorando assim a saúde futura (Nunes, E, 2003).

Este tratamento, como vamos ver ao longo deste capítulo, pode ser através de Medidas Farmacológicas e Não Farmacológicas.

1.7.1 Medidas Não-Farmacológicas

Alguns fumadores, por contraindicação ao tratamento farmacológico optam por algumas técnicas, tais como:

- Tratamento Psicológico – Atua principalmente sobre os aspetos comportamentais. Este tipo de terapêutica estende-se para além da retirada do tabaco, para que seja possível alcançar longos períodos de abstinência para prevenção de recaídas (MCRobbie, H; Lee, M; Juniper, Z, 2005);
- Hipnoterapia – Além de ser promovida para a cessação tabágica, os estudos realizados até ao momento não mostram evidências de que é eficaz, mesmo assim sugerem que tenha maiores taxas de sucesso do que não fazer nenhum tratamento. Julga-se que atuará em impulsos para enfraquecer o desejo de fumar ou fortalecer a vontade de parar de fumar (Lynn, Green, Accardi, & Cleere, 2010)**;**
- Acupuntura – Tem como objetivo neste tratamento, reduzir os sintomas de abstinência. O mecanismo possível para a cessação tabágica passa pela estimulação regular de pontos apropriados que afetam a rede nervosa que regula os neurotransmissores (White, Rampes, & Champbell, 2006);
- Exercício Físico – O exercício físico atenua o desejo de fumar, tensão, baixa concentração e ainda reduz os níveis dos sintomas de abstinência durante e após o exercício (Taylor & Katoremi, 2007).

1.7.2 Medidas Farmacológicas

A utilização de fármaco visa promover, a cessação tabágica, assim como a manutenção continuada da abstinência, o impedimento de recidivas, a redução dos sintomas da abstinência e ainda a diminuição do prazer associado ao ato de fumar.

São três os tipos de farmacoterapia que têm mostrado serem eficazes na cessação tabágica, a terapêutica de substituição da Nicotina, a Bupropiona e a Vareniclina (Reichert, et al., 2008).

A Terapêutica de Substituição de Nicotina (TSN) define-se como a administração de Nicotina por uma via diferente da do consumo de tabaco, em quantidade suficiente para diminuir os sintomas de abstinência, mas insuficiente para causar dependência (Fagerstrom & Jinémez Ruiz, 2004).

São diversas as formas farmacêuticas de substitutos de nicotina, sendo eles, gomas para mascar, os comprimidos para chupar, os comprimidos sublinguais e os sistemas transdérmicos (Fisterra Atencion Primaria en la Red, 2017). Estas formas farmacêuticas diferem pelas características farmacocinéticas, sendo elas o que determina as suas indicações.

- Gomas para mascar – Estão disponíveis em formulações de 2mg e 4mg de nicotina, sendo que as de 2mg são destinadas a fumadores com baixa dependência (até 19 cigarros por dias), e as de 4mg para fumadores com alta dependência (mais de 20 cigarros por dia) (Stead, et al., 2012)**.** Normalmente não são utilizadas em monoterapia, mas sim usadas em combinação com sistemas transdérmicos. Têm como principal indicação tratar os sintomas de abstinência e ansiedade. O nível máximo de nicotina no sangue ocorre passado 20 minutos após o início da mastigação, mas mais lentamente que quando se fuma um cigarro. A mastigação deve ser lenta até que se note um sabor picante, altura em que se para e se coloca a goma junto à bochecha. Em seguida, recomeça-se a mastigar lentamente, até deixar de existir sabor (Stead, et al., 2012).
- Comprimidos para chupar – Libertam nicotina de forma constante e uniforme. Devem ser chupados e não mastigados ou deglutidos. A libertação de nicotina nos comprimidos para chupar é 25% superior à das gomas para mascar (Martindale, 2007). A técnica de dissolução é idêntica à das gomas, e tal como essas não devem ser ingeridas com alimentos ou bebidas ácidas quinze minutos antes ou durante a sua utilização.
- Comprimidos sublinguais – Devem ser colocados debaixo da língua, onde serão dissolvidos lentamente durante aproximadamente 30 minutos. Estes comprimidos sublinguais contêm 2 ou 4mg de nicotina (Reichert, et al., 2008).

- Sistemas Transdérmicos (ST) – A absorção de nicotina aqui é feita através da pele, com uma libertação lenta e constante. Os Sistemas Transdérmicos são compostos por três camadas, uma camada inferior que permite a adesão à pele, uma intermédia que é o reservatório de nicotina e por último, uma camada superior com resistência que protege todo o sistema (MCRobbie, Whittaker, & Bullen, 2006). A facilidade da sua utilização proporciona uma boa adesão à terapêutica.

Estão disponíveis em várias dosagens e vão libertando nicotina durante um período de 16 ou 24h, resultando em níveis de nicotina no plasma semelhantes aos obtidos quando se fuma (Stead, et al., 2012), esse período depende se o fumador necessita da libertação durante a noite ou não. O regime padrão de utilização de ST recomenda a utilização diária durante 8 semanas de 21mg a cada 24h, ou de 15mg em 16h (Fisterra Atencion Primaria en la Red, 2017). Devem ser colocados de manhã, sobre a pele limpa, seca e numa área sem pelos, sendo retirados ao deitar (16horas) ou na manhã seguinte (24horas). O local de colocação do sistema deve ser rotativo, evitando irritação cutânea, caracterizada normalmente por prurido e eritema.

A Vareniclina liga-se com elevada afinidade e seletividade aos recetores nicotínicos neuronais $\alpha_4\beta_2$ da acetilcolina. A sua atividade a nível deste recetor pode ajudar o fumador a deixar de fumar reduzindo os sintomas de abstinência e a satisfação de fumar (Garrison & Dugan, 2009; Keating & Lyseng-Williamson, 2010).

A Bupropiona é um antidepressivo da classe das cetoaminas, que mostrou ser eficaz e bem tolerada no uso da cessação tabágica. Atua inibindo a recaptação da noradrenalina e da dopamina, aumentando os níveis extracelulares destas catecolaminas. Este fármaco reduz os sintomas de abstinência e o desejo compulsivo de fumar (Tonnesen, et al., 2013).

De acordo com o Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, os medicamentos Champix (Vareniclina) e Zyban (Bupropiona), para deixar de fumar, são comparticipados pelo Estado em 37%. Estes medicamentos sujeitos a receita médica estão comparticipados no escalão C (37%) desde 1 de janeiro de 2017 (SNS, 2017).

A medida integra uma estratégia de prevenção do tabagismo anunciada no dia 26 de novembro de 2016. Ao Infarmed caberá prosseguir com a estratégia integrada de cessação tabágica, promovendo o acesso e comparticipando os medicamentos.

O objetivo será garantir que o preço destes medicamentos não seja um obstáculo ao tratamento de uma faixa da população mais carenciada (SNS, 2017).

II. Materiais e Métodos

2.1 Tipo de estudo

Com o objetivo de avaliar a intervenção educacional do farmacêutico em meio escolar, para a prevenção do tabagismo, realizou-se um estudo quasi-experimental, com avaliação antes e após a intervenção em duas escolas do distrito de Lisboa, com contextos sociodemográficos distintos. Os estudos quasi-experimentais caracterizam-se por não necessitarem de longos períodos de observação e recolha de dados e a escolha da amostra, ou grupo sobre o qual vai incidir o estudo não é aleatória. Os modelos quasi-experimentais consistem essencialmente no mesmo que o modelo experimental com a exceção do facto de as pessoas não serem atribuídas aleatoriamente para as diferentes condições do estudo ou investigação (MLE, 2013).

O estudo baseia-se numa metodologia quantitativa, recolhendo e analisando os dados de forma sistemática, estabelecendo relações entre variáveis no intuito de determinar o impacto da intervenção.

2.2 População e amostra

O meio escolar constitui um local de excelência de aprendizagem reunindo num só espaço um grande número de adolescentes viabilizando o acesso a esta população.

Considerando que a maioria dos fumadores inicia o consumo de tabaco durante a adolescência estudou-se uma população constituída pelos alunos do 9º ano com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos a frequentarem escolas, em 2 áreas distintas da Grande Lisboa – Alvalade e Cacém.

A amostra foi constituída pelos alunos das EB 2,3 Eugénio dos Santos e EB 2,3 Rainha D. Leonor de Lencastre que manifestaram, voluntariamente, interesse e disponibilidade para participar no estudo, sendo por isso uma amostra de conveniência (não-probabilística).

Os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos para o estudo são:

- Critérios de inclusão
  - Jovens do 9ºano de escolaridade;
  - Ter mais de 13 anos e menos de 18 anos, de qualquer nacionalidade;
- Critérios de Exclusão
  - Jovens com idade inferior a 13 anos e superior a 18;
  - Não terem interesse nem disponibilidade em participar no estudo;
  - Pertencerem ao 5º, 6º, 7º, 8º ano de escolaridade;

2.3 Procedimento

Em primeiro lugar procedeu-se ao pedido de autorização à Direção das Escolas para a utilização dos questionários, e de seguida, identificaram-se as turmas de 9º ano onde seria possível fazer o estudo.

A intervenção consistiu em 3 fases distintas e que se caracterizaram por:

I. Fase 1 - aplicação do questionário, aos alunos antes da sessão educativa;
II. Fase 2 – sessão educativa sobre o tabagismo. A sessão foi realizada turma a turma, com base numa apresentação desenhada para este efeito e que incluía conteúdos sobre o que é o tabagismo, doenças associadas, fatores que levam as pessoas a fumar, o que é um fumador passivo, benefícios da cessação tabágica, mitos sobre o consumo de tabaco e ainda um vídeo (anexo II). Durante a sessão promoveu-se a interação com os alunos, e a resposta às suas perguntas, de maneira a que toda a informação transmitida fosse bem consolidada.
III. Fase 3 – 20 dias após a sessão educativa foi novamente aplicado o questionário, no mesmo grupo de alunos em ambas as escolas.

Os questionários e a intervenção farmacêutica foram realizados durante a disciplina de Educação Física das turmas selecionadas. O questionário foi aplicado no início da aula, sendo recolhidos após o seu preenchimento.

2.4 Instrumento de recolha de dados

Para a recolha de dados desenhou-se um questionário com perguntas abertas e fechadas, o qual foi aplicado nas duas escolas, localizadas na zona de Lisboa e Sintra.

Os itens do questionário foram desenvolvidos a partir de uma detalhada revisão dos fatores e variáveis que afetam as atitudes e os comportamentos dos jovens em relação ao tabagismo e os conhecimentos destes em relação ao tabaco.

O questionário desenhado está estruturado em 5 componentes:

1. Caracterização demográfica e hábitos tabágicos - As questões iniciais pretendem caraterizar a amostra quanto à idade, género e hábitos tabágicos, tais como, “fumas há quanto tempo”, “fumas quantos cigarros por dia” e “que idade tinhas quando fumaste o primeiro cigarro” (perguntas 1 a 7 da parte I).
2. Caracterização do contexto social e familiar dos alunos – Os pais funcionam como modelos para os adolescentes, podendo assim influenciar de modo positivo ou negativo nas suas atitudes e comportamentos. Além dos pais, os professores e os restantes jovens, relativamente ao consumo de tabaco

assumem, também, uma particular importância. É de elevada relevância perceber então, o estado civil e a escolaridades dos pais, assim como os hábitos tabágicos das pessoas que vivem com os adolescentes, dos amigos e dos professores (perguntas 1 a 10 da parte II).

3. Atitudes em relação ao tabagismo - Por atitude entende-se a adaptação ativa do indivíduo ao meio ambiente como resultado de processos afetivos, cognitivos e comportamentais. (Eagly & Chaiken, 1993) A formação das atitudes está associada ao processo de socialização do indivíduo. Este processo inicia-se na infância sob influência dos pais, continuando a desenvolver-se posteriormente sob influência dos amigos e com os educadores na escola. As atitudes também sofrem forte influência dos meios de comunicação social (perguntas 8 da parte I e 8 da parte III).
4. Comportamentos em relação ao tabagismo - A adolescência é uma fase de grande abertura às influências sociais e ambientais. Neste contexto, a influência social surge com naturalidade como a variável que mais se tem destacado na explicação do comportamento tabágico. A relação entre estas duas variáveis surge logo nos estudos pioneiros sobre a iniciação do comportamento tabágico, cujas conclusões indicaram que os adolescentes começam a fumar por influência da pressão direta exercida por pessoas relevantes do seu meio social, com destaque para o grupo de pares (perguntas 9, 10 e 11 da Parte I e 10 da parte III) (Evans, 1976; U.S. Department of Health and Human Services, 2012)
5. Conhecimentos sobre tabagismo – Estes conhecimentos, devem ser adquiridos, pois os jovens com hábitos tabágicos tendem a desvalorizar e a apresentar conhecimento insuficiente face aos riscos inerentes do consumo do tabaco, referindo ainda que a curto-prazo podem obter vantagem significativas para a sua autoestima e conquista de novas amizades (perguntas 1 a 7 e 9 da parte III). (Precioso, J, 2006)

2.5 Variáveis

No presente estudo foram consideradas as seguintes variáveis:

i. Atitude face ao tabagismo:

- Antes da intervenção: opções de respostas assinaladas compatíveis com atitudes positivas em saúde (perguntas 8 da parte I e 8 da Parte III);

- 20 dias após a intervenção: opções de respostas assinaladas compatíveis com atitudes positivas em saúde (perguntas 8 da parte I e 8 da Parte III);

ii. Comportamento sobre o tabagismo:

- Antes da intervenção: opções de respostas assinaladas compatíveis com comportamentos positivos em saúde (perguntas 9, 10 e 11 da Parte I e 10 da Parte III);

- 20 dias após a intervenção: opções de respostas assinaladas compatíveis com comportamentos positivos em saúde (perguntas 9, 10 e 11 da Parte I e 10 da Parte III);

iii. Grau de conhecimentos sobre o tabagismo:

- Antes da intervenção: corresponde ao número de respostas corretas às perguntas 1 a 7 e 9 da Parte III do questionário;

- 20 dias após a intervenção: corresponde ao número de respostas corretas às perguntas 1 a 7 e 9 da Parte III do questionário.

2.6 Análise de dados

Numa primeira fase, os dados foram inseridos no programa informático e posteriormente foram tratados recorrendo-se a estatística descritiva e obtendo-se gráficos e quadros com as frequências das variáveis. Apenas as questões referentes às atitudes, comportamentos e conhecimentos foram analisadas em dois tempos do estudo, antes e depois da intervenção. As questões que dizem respeito à caracterização da amostra e dos seus hábitos tabágicos e a caracterização do contexto social e familiar, visto serem respostas inalteradas com a intervenção, foram analisadas apenas uma vez.

As estatísticas descritivas foram aplicadas a todos os dados e consistiram na aplicação de médias, com um nível de confiança de 95%, para variáveis contínuas e distribuição de frequências para variáveis ordinais e nominais. Foi utilizado o software estatístico (SPSS 24; Chicago, IL: SPSS) para realizar a análise geral. Os testes de qui-quadrado, Mcnemar, t-student, Somer´s d e Eta foram utilizados para avaliação estatística e os valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos. Todas as respostas foram codificadas.

III. Resultados

3.1 Caracterização e hábitos tabágicos da amostra

A base de amostragem conta com 319 questionários. Contudo, este estudo integra apenas os questionários completamente preenchidos, ficando a amostra composta por 176 indivíduos.

No estudo da representatividade da amostra por "Estabelecimento de Ensino" notámos que os valores percentuais não apresentam uma disparidade elevada: 45,5% dos alunos frequentam um estabelecimento no *centro de Lisboa* e 54,5% um estabelecimento na *periferia de Lisboa*.

Tabela 2 - Distribuição da amostra - "Estabelecimento de Ensino"

	Número de alunos	Percentagem
Centro da cidade de Lisboa	80	45.5%
Periferia de Lisboa	96	54.5%
Total	176	100%

A diferença registada na Tabela 2, na distribuição por "Estabelecimento de Ensino", não é significativa e valida-se uma distribuição uniforme ($\chi^2_{(2)} = 1{,}455;\ p = 0{,}228$).

A idade média dos participantes foi de $15{,}50 \pm 1{,}67\ anos$, sendo 56,8% alunos do sexo feminino e 43,2% do sexo masculino. Por estabelecimento de ensino, a média mais elevada ($15{,}83 \pm 1{,}62\ anos$) constatou-se no localizado na periferia de Lisboa, no género feminino e a mais baixa ($15{,}12 \pm 1{,}60\ anos$) no centro da cidade e igualmente no género feminino (Tabela 3). A maior dispersão na idade (1,91) verifica-se no sexo masculino, na escola da periferia.

Tabela 3 - Distribuição da amostra "Género"

		Género	Contagem	Percentagem	Idade (média)	Idade (DP)
Estabelecimento de Ensino	Centro da cidade de Lisboa	Feminino	41	51,25%	15,12	1,60
		Masculino	39	48,75%	15,28	1,50
	Total		80	100%		
	Periferia de Lisboa	Feminino	59	61,46%	15,83	1,62
		masculino	37	38,54%	15,62	1,91
	Total		96	100%		

É visível (Figura 3) que a diferença entre os indivíduos do género masculino e feminino na periferia $(61{,}46\% \; vs \; 38{,}54\%)$ é superior à existente no centro de Lisboa $(51{,}25\% \; vs \; 48{,}75\%)$ (Figura 3).

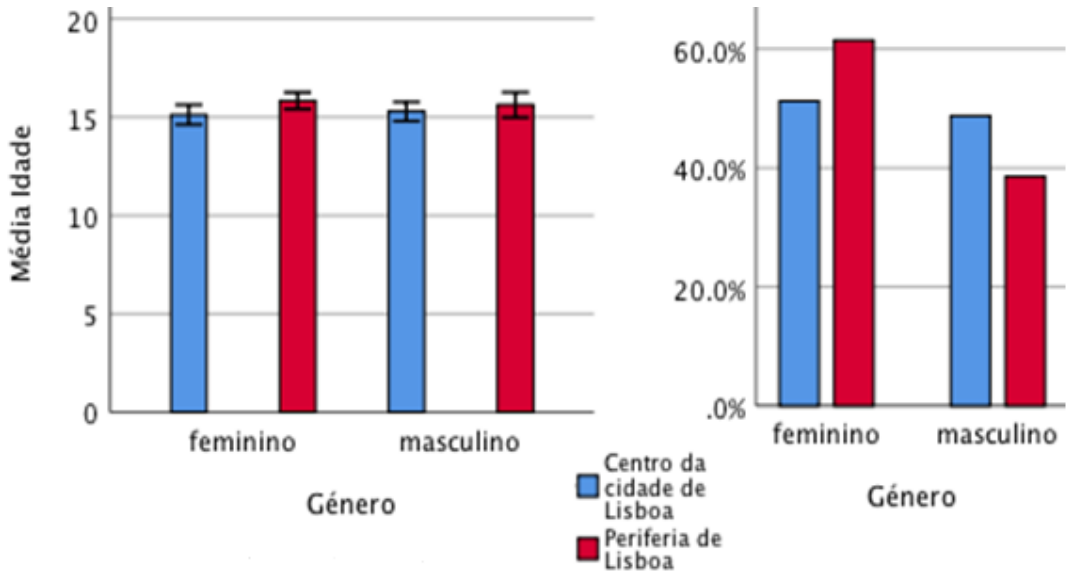


Figura 2 - Género/Média Idade - Estabelecimento de Ensino

Figura 3 - Género - Estabelecimento de Ensino

3.1.1 Fumas há quanto tempo?

A análise da variável "*Fumas há quanto tempo?*", na escola localizada no centro da cidade, determinou que a percentagem acumulada nas categorias "Não fumo" e "Não fumo, mas já experimentei" é aproximadamente 40%. Contudo, 60% dos alunos afirma que fuma e, nesta situação, a percentagem mais elevada (22,5%) diz respeito aqueles que fumam "Entre 1 e 2 anos".

A escola localizada na periferia apresenta uma percentagem acumulada mais elevada (43,8%) nas categorias "Não fumo" e "Não fumo, mas já experimentei", apresentando-se como mais positiva. Mas, 25% dos alunos assegura que fuma há "Mais de 2 anos", revelando-se uma percentagem superior ao outro estabelecimento (20%) (Tabela 4).

Tabela 4 - "Fumas há quanto tempo?"

"*Fumas há quanto tempo?*"		n	%
Centro da cidade de Lisboa	Não fumo	11	13.8
	Não fumo, mas já experimentei	21	26.3
	Menos de 1 ano	14	17.5
	Entre 1 e 2 anos	18	22.5
	Mais de 2 anos	16	20.0
Total		80	100%
Periferia de Lisboa	Não fumo	12	12.5
	Não fumo, mas já experimentei	30	31.3
	Menos de 1 ano	16	16.7
	Entre 1 e 2 anos	14	14.6
	Mais de 2 anos	24	25.0
Total		96	100%

A desigualdade encontrada não é confirmada pela aplicação do teste estatístico do Qui quadrado $(\chi^2_{(4)} = 2{,}431;\ p = 0{,}657 > 0{,}05)$. Assim, concluímos que não se verifica diferença estatística na distribuição por estabelecimento em relação ao "há quanto tempo o aluno fuma".

3.1.2 Fumas quantos cigarros por dia?

A leitura da Tabela 5 não expõe diferenças percentuais, aparentemente, significativas. Da análise da variável "*Fumas quantos cigarros por dia?*", constatamos que em ambas as escolas as percentagens mais dispares se centram nas categorias "menos de 5 cigarros" e "mais de 20 cigarros". É na escola localizada na periferia onde a percentagem de alunos que fuma "mais de 20 cigarros" é superior (22,9%), sendo também nesta escola onde a percentagem dos que fuma "menos de 5 cigarros" é maior (18,8%).

Tabela 5 - "Quantos cigarros fumas por dia?"

"Fumas quantos cigarros por dia?"		N	%
Centro da cidade de Lisboa	0 cigarros	11	13,8
	Menos de 5 cigarros	9	11,3
	de 5 a 10 cigarros	13	16,3
	de 10 a 15 cigarros	13	16,3
	de 15 a 20 cigarros	19	23,8
	Mais de 20 cigarros	15	18,8
	Total	80	100%
Periferia de Lisboa	0 cigarros	12	12,5
	Menos de 5 cigarros	18	18,8
	de 5 a 10 cigarros	15	15,6
	de 10 a 15 cigarros	15	16,6
	de 15 a 20 cigarros	14	14,6
	Mais de 20 cigarros	22	22,9
	Total	96	100%

A aplicação do teste Qui quadrado ($\chi^2_{(5)} = 3{,}990;\ p = 0{,}551 > 0{,}05$) comprova que não se verifica diferença estatística entre os estabelecimentos em relação ao "número de cigarros fumados por dia".

3.1.3 Que idade tinhas quando fumaste o primeiro cigarro?

Nesta questão, a percentagem mais elevada (26,2%) recai, em ambas escolas, na idade de 12 anos e a mais baixa (13,1%) na idade de 13 anos, na escola da periferia. Esta

informação é um indicador de que os alunos iniciam muito jovens as experimentações tabágicas (Tabela 6).

O número de alunos que "nunca fumou" é muito semelhante em ambas as escolas, representando apenas 13,75% e 12,5% dos alunos a frequentar as escolas do centro e da periferia, respetivamente (Tabela 6).

Tabela 6 - "Que idade tinhas quando fumaste o primeiro cigarro?"

Que idade tinhas quando fumaste o primeiro cigarro?	Idade	média	DP	n	%
Centro da cidade de Lisboa	nunca fumou			11	------
	12	13,78	1,454	17	24,6
	13			17	24,6
	14			12	17,4
	15			10	14,5
	16			13	18,8
Periferia de Lisboa	nunca fumou			12	------
	12	13,86	1,424	22	26,2
	13			11	13,1
	14			22	26,2
	15			15	17,9
	16			14	16,7

Não existem evidências estatísticas para se afirmar que a média de idade, quando o aluno fumou o primeiro cigarro, numa das escolas do estudo é diferente da média da idade dos alunos da outra escola ($t_{(151)} = -0{,}319;\ pvalue = 0{,}750$).

Conclui-se, assim, que a localização da escola não tem influência na idade quando se fuma o primeiro cigarro.

3.1.4 **Os pais/pessoas com quem vives, sabem que fumas?**

Face à situação do aluno ser fumador, os dados obtidos revelam diferenças percentuais no conhecimento dos hábitos tabágicos, por parte dos educadores, em ambas as escolas. A percentagem de educadores que sabe que o aluno fuma é superior na escola

localizada na periferia (59,52%), sendo que na do centro a percentagem é 10% inferior (49,28%) (Tabela 7).

Tabela 7 - "Os pais/pessoas com quem vives, sabem que fumas?"

Os pais/pessoas com quem vives, sabem que fumas?		N	%
Centro da cidade de Lisboa	Sim	34	49,28
	Não	35	50,72
Periferia de Lisboa	Sim	50	59,52
	Não	34	40,48

Embora se tenham encontrado diferenças, entre as duas escolas, nas percentagens dos pais que sabem que os seus educandos fumam, esta diferença não se apresenta estatisticamente diferente, ao ponto de se afirmar que a média do número de educadores que conhece os hábitos tabágicos do seu educando depende da localização da escola que o aluno frequenta ($\chi^2_{(2)} = 1{,}607;\ pvalue = 0{,}205$).

3.1.5 Os teus pais/familiares preocupam-se por fumares?

A informação prestada pelos alunos (Tabela 8) reflete que a preocupação dos pais/familiares parece ser maior na escola da periferia (34,38% vs. 23,75%). Contudo, é preocupante que 39,58% dos alunos, que frequenta a escola da cidade, refira que desconhece a postura dos pais/familiares sobre a problemática do "fumar" e que 40% dos que frequenta a outra escola suspeita que "talvez" eles se preocupem.

Tabela 8 - "Os teus pais/familiares preocupam-se por fumares?"

Os teus pais/familiares preocupam-se por fumares?		n	%
Centro da cidade de Lisboa	não sei	29	36,25%
	talvez	32	40,00%
	sim	19	23,75%
Periferia de Lisboa	não sei	38	39,58%
	talvez	25	26,04%
	sim	33	34,38%

Nas dissemelhanças encontradas, segundo os alunos, na preocupação dos pais sobre a problemática em estudo, não há evidência estatística para se afirmar que a média do número de educadores que se preocupa pelos hábitos tabágicos do seu educando depende da localização da escola ($\chi^2_{(2)} = 4{,}512;\ pvalue = 0{,}105$).

3.2 Caracterização do Contexto Social e Familiar

3.2.1 Como ocupas o teu tempo livre?

A Tabela 9 expõe diferenças na ocupação dos tempos livres dos alunos nas diferentes preferências, em função da escola. Os dados denotam que 22,5% dos alunos da escola do centro se dedica à prática de algum desporto e que esta opção apenas tem 7,29% de preferência dos alunos da escola da periferia. Outra situação que se destaca é a audição de música. Pois, a escola do centro tem apenas 8,75% de alunos com esta ocupação, tendo a escola da periferia 18,75% de adeptos, a segunda mais escolhida.

Tabela 9 - "Como ocupas o teu tempo livre?"

Como ocupas o teu tempo livre?		n	%
Centro da cidade de Lisboa	a ouvir música	7	8,75%
	a ler ou a estudar	10	12,50%
	com os amigos	13	16,25%
	a praticar desporto	18	22,50%
	saídas (café, bar, discotecas, festas)	13	16,25%
	clube de jovens	9	11,25%
	a trabalhar	10	12,50%
Periferia de Lisboa	a ouvir música	18	18,75%
	a ler ou a estudar	14	14,58%
	com os amigos	13	13,54%
	a praticar desporto	7	7,29%
	saídas (café, bar, discotecas, festas)	14	14,58%
	clube de jovens	19	19,79%
	a trabalhar	11	11,46%

A análise estatística das disparidades apontadas assegura, pelo teste de Qui quadrado, $(\chi^2_{(6)} = 12{,}653;\ pvalue = 0{,}049)$ que a localização geográfica da escola parece influenciar a forma como o aluno ocupa o seu tempo livre.

3.2.2 Estado Civil dos Pais

O estado civil dos pais é muito semelhante em ambas as escolas, não se destacando nenhuma das situações (Tabela 10).

Tabela 10 - "Qual o estado civil dos teus pais?"

Estado Civil dos pais		N	%
Centro da cidade de Lisboa	Casados	29	36,25%
	Separados	28	35,00%
	outra situação	23	28,75%
Periferia de Lisboa	Casados	35	36,46%
	Separados	31	32,29%
	outra situação	30	31,25%

Dada a semelhança de situações, procurámos averiguar se o número de cigarros fumados pelos alunos seria diferente face ao estado civil dos pais (Tabela 11).

Tabela 11 - "Número de cigarros fumados diariamente""Estado civil dos pais"*

Número de cigarros fumados diariamente*Estado Civil dos Pais			N	%
Centro da cidade de Lisboa	0 cigarros	casados	6	54,55%
		separados	3	27,27%
		outra situação	2	18,18%
	Menos de 5 cigarros	casados	2	22,22%
		separados	4	44,44%
		outra situação	3	33,33%
	de 5 a 10 cigarros	casados	2	15,38%
		separados	7	53,85%
		outra situação	4	30,77%
	de 10 a 15 cigarros	casados	4	30,77%
		separados	6	46,15%

		outra situação	3	23,08%
	de 15 a 20 cigarros	casados	9	47,37%
		separados	5	26,32%
		outra situação	5	26,32%
	Mais de 20 cigarros	casados	6	40,00%
		separados	3	20,00%
		outra situação	6	40,00%
Periferia de Lisboa	0 cigarros	casados	5	38,46%
		separados	4	30,77%
		outra situação	3	23,08%
	Menos de 5 cigarros	casados	4	22,22%
		separados	7	38,89%
		outra situação	7	38,89%
	de 5 a 10 cigarros	casados	8	53,33%
		separados	4	26,67%
		outra situação	3	20,00%
	de 10 a 15 cigarros	casados	7	46,67%
		separados	5	33,33%
		outra situação	3	20,00%
	de 15 a 20 cigarros	casados	4	28,57%
		separados	6	42,86%
		outra situação	4	28,57%
	Mais de 20 cigarros	casados	7	31,82%
		separados	5	22,73%
		outra situação	10	45,45%

Com base no teste Eta, concluímos que apenas 2% da variação do número de cigarros fumados diariamente pelo aluno se deve ao estado civil dos pais, o que denota uma associação fraca entre ambas as variáveis.

À semelhança do verificado na escola do centro da cidade, também na escola da periferia, aproximadamente 1% da variação do número de cigarros fumados se deve à situação marital dos pais.

3.2.3 Habilitações Académicas dos Pais

As habilitações académicas dos pais apresentam, percentualmente, distribuições semelhantes em ambas as escolas. Contudo, observamos que ao nível académico do 2º Ciclo se regista uma maior diferença, sendo a escola do centro da cidade a que apresenta uma maior percentagem de pais (28,75%) com esta habilitação (Tabela 12). Contudo, entre o "Pai" e a "Mãe", não se encontram diferenças estatísticas dignas de realce, em qualquer uma das escolas.

Constatamos ainda que a percentagem mais elevada de pais com Curso Superior (*"Pai" = 16,67%* e *"Mãe" = 15,63%*) se encontra na amostra de alunos que frequentam a escola da periferia. Sendo ainda de referir que a maior diferença, entre escolas neste nível académico, se centra na figura do "Pai" (*16,67% vs.8,75%*).

Tabela 12 - "Habilitações Académicas dos Pais"

Habilitações Académicas dos pais		Pai		Mãe	
		n	%	n	%
Centro da cidade de Lisboa	Básico	23	28,75%	23	28,75%
	2º Ciclo	10	12,50%	11	13,75%
	3º Ciclo	27	33,75%	20	25,00%
	Secundário	13	16,25%	15	18,75%
	Ensino Superior	7	8,75%	11	13,75%
Periferia de Lisboa	Básico	14	14,58%	19	19,79%
	2º Ciclo	24	25,00%	16	16,67%
	3º Ciclo	22	22,92%	25	26,04%
	Secundário	20	20,83%	21	21,88%
	Ensino Superior	16	16,67%	15	15,63%

As diferenças apresentam-se estatisticamente significativas $(\chi^2_{(4)} = 12{,}116;\ pvalue = 0{,}017)$, apenas na figura do "Pai". O que denota que é o "Pai" dos alunos que frequentam a escola da periferia os que apresentam as habilitações académicas mais altas.

No que concerne à maior incidência de fumadores no agregado familiar, quando tomados como referência as Habilitações Académicas do pai e o estabelecimento de ensino

que o aluno frequenta, verifica-se ao nível do 2º Ciclo, em ambos os estabelecimentos de ensino (100% vs. 62,5%) (Tabela 13).

Tabela 13 - Distribuição da amostra "Alguma das pessoas que vive contigo fuma?""Habilitações Académicas do Pai"*

"Alguma das pessoas que vive contigo fuma? "* "Habilitações Académicas do pai"			n	%
Centro da cidade de Lisboa	Básico	sim	14	60,87%
		não	9	39,13%
	2º Ciclo	sim	10	100,00%
		não	0	0,00%
	3º Ciclo	sim	15	55,56%
		não	12	44,44%
	Secundário	sim	5	38,46%
		não	8	61,54%
	Ensino Superior	sim	5	71,43%
		não	2	28,57%
Periferia de Lisboa	Básico	sim	5	35,71%
		não	9	64,29%
	2º Ciclo	sim	15	62,50%
		não	9	37,50%
	3º Ciclo	sim	11	50,00%
		não	11	50,00%
	Secundário	sim	7	35,00%
		não	13	65,00%
	Ensino Superior	sim	8	50,00%
		não	8	50,00%

Na escola localizada no centro da cidade, a associação entre as "habilitações académicas do pai" e o "pai ser fumador" é fraca, na medida em que apenas 12,32% $(0{,}351^2)$ da variação de ser fumador se deve às habilitações académias.

Na escola situada na periferia, a associação entre as variáveis ainda se revela mais baixa, apenas 4,45% da explicação do pai ser fumador se deve às suas "habilitações académicas".

Ao tomarmos como referência as Habilitações Académicas da mãe e o estabelecimento de ensino onde o aluno estuda, a maior percentagem de fumadoras situa-se ao nível do 1º Ciclo no estabelecimento localizado no centro (69,5%) e no outro estabelecimento são as detentoras de grau académico superior (60,0%) (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição da amostra "Alguma das pessoas que vive contigo fuma?""Habilitações Académicas da Mãe"*

"Alguma das pessoas que vive contigo fuma? "* "Habilitações Académicas da mãe"			N	%
Centro da cidade de Lisboa	Básico	Sim	16	69,57%
		não	7	30,43%
	2º Ciclo	Sim	7	63,64%
		não	4	36,36%
	3º Ciclo	Sim	13	65,00%
		não	7	35,00%
	Secundário	Sim	6	40,00%
		não	9	60,00%
	Ensino Superior	Sim	7	63,64%
		não	4	36,36%
Periferia de Lisboa	Básico	Sim	8	42,11%
		não	11	57,89%
	2º Ciclo	Sim	9	56,25%
		não	7	43,75%
	3º Ciclo	Sim	11	44,00%
		não	14	56,00%
	Secundário	Sim	9	42,86%
		não	12	57,14%
	Ensino Superior	Sim	9	60,00%
		não	6	40,00%

A associação entre as "habilitações académicas da mãe" e a "mãe ser fumadora", à semelhança da situação referente ao "pai", também se revelam fracas em ambas as escolas, 4,62% e 2,01%, na escola do centro e da periferia, respetivamente.

3.2.4 "Os teus pais estão empregados? " - Situação profissional do "Pai"

No que concerne à situação profissional do "Pai", constatamos uma proximidade de valores percentuais em todas as situações, destacando-se que aproximadamente, em ambas as escolas, apenas 60% dos pais tem emprego. Embora, seja na escola da periferia que se verifica um valor mais elevado na empregabilidade (64,44%). Não existe dependência entre a situação profissional do "pai" e a escola que o aluno frequenta ($\chi^2_{(1)} = 0{,}071;\ pvalue = 0{,}965$).

Tabela 15 - "Os teus pais estão empregados?" - Situação Profissional do Pai

Os teus pais estão empregados? – situação profissional do "Pai"		N	%
Centro da cidade de Lisboa	Não	32	40,00%
	Sim	48	60,00%
Periferia de Lisboa	Não	38	42,22%
	Sim	58	64,44%

3.2.5 "Os teus pais estão empregados? "- Situação profissional da "Mãe"

Reconhecemos que na situação profissional da "Mãe" (Tabela 16), a situação de estar empregada tem valor contrário à do "Pai", em ambas as escolas, na medida em que a percentagem de empregadas apresenta-se inferior à percentagem de desempregadas. Constatamos ainda que, na escola da periferia, a percentagem de desempregadas é superior à da escola do centro da cidade (64,58% vs. 52,50%). Apesar de se verificarem diferenças entre as situações, também aqui não se verificam diferenças dignas de realce ($\chi^2_{(1)} = 2{,}688;\ pvalue = 0{,}261$).

Tabela 16 - "Os teus pais estão empregados?" - Situação Profissional da Mãe

Os teus pais estão empregados? – situação profissional da mãe		N	%
Centro da cidade de Lisboa	não	42	52,50%
	sim	38	47,50%
Periferia de Lisboa	não	62	64,58%
	sim	34	35,42%

3.2.6 Diariamente, quanto tempo estás em casa sem a presença dos teus pais ou outro adulto?

As respostas obtidas a esta questão (Tabela 17) encontram-se com valores percentuais muitos próximos, em ambas as escolas. Contudo, dentro dos tempos definidos, o intervalo "uma a duas horas" é o que apresenta maior diferença, sendo que são os alunos que frequentam a escola da periferia os que apresentam a percentagem mais elevada (38,89% vs. 33,75%).

Tabela 17 - "Diariamente, quanto tempo estás em casa sem a presença dos teus pais ou outro adulto?"

Diariamente, quanto tempo estás em casa sem a presença dos teus pais ou outro adulto?		n	%
Centro da cidade de Lisboa	menos de uma hora	25	31,25%
	uma ou duas horas	27	33,75%
	mais de duas horas	28	35,00%
Periferia de Lisboa	menos de uma hora	31	34,44%
	uma ou duas horas	35	38,89%
	mais de duas horas	30	33,33%

Embora, aparentemente, não se tenha notado discrepâncias assinaláveis nos valores percentuais, nos diferentes intervalos, cruzámos o tempo que os alunos passam em casa sem a presença de um adulto com o número de cigarros fumados por dia.

Tabela 18 - "Diariamente, quanto tempo estás em casa sem a presença dos teus pais ou outro adulto?""Quantos cigarros fumas por dia?"*

"Diariamente, quanto tempo estás em casa sem a presença dos teus pais ou outro adulto? " * "Quantos cigarros fumas por dia? "			n	%
Centro da cidade de Lisboa	menos de uma hora	0 cigarros	2	8,00%
		Menos de 5 cigarros	3	12,00%
		de 5 a 10 cigarros	5	20,00%
		de 10 a 15 cigarros	6	24,00%
		de 15 a 20 cigarros	5	20,00%
		Mais de 20 cigarros	4	16,00%
	uma ou duas horas	0 cigarros	4	14,81%
		Menos de 5 cigarros	1	3,70%

		de 5 a 10 cigarros	4	14,81%
		de 10 a 15 cigarros	6	22,22%
		de 15 a 20 cigarros	10	37,04%
		Mais de 20 cigarros	2	7,41%
	mais de duas horas	0 cigarros	5	17,86%
		Menos de 5 cigarros	5	17,86%
		de 5 a 10 cigarros	4	14,29%
		de 10 a 15 cigarros	1	3,57%
		de 15 a 20 cigarros	4	14,29%
		Mais de 20 cigarros	9	32,14%
Periferia de Lisboa	menos de uma hora	0 cigarros	4	12,90%
		Menos de 5 cigarros	6	19,35%
		de 5 a 10 cigarros	4	12,90%
		de 10 a 15 cigarros	4	12,90%
		de 15 a 20 cigarros	4	12,90%
		Mais de 20 cigarros	9	29,03%
	uma ou duas horas	0 cigarros	5	14,29%
		Menos de 5 cigarros	7	20,00%
		de 5 a 10 cigarros	4	11,43%
		de 10 a 15 cigarros	6	17,14%
		de 15 a 20 cigarros	6	17,14%
		Mais de 20 cigarros	7	20,00%
	mais de duas horas	0 cigarros	3	10,00%
		Menos de 5 cigarros	5	16,67%
		de 5 a 10 cigarros	7	23,33%
		de 10 a 15 cigarros	5	16,67%
		de 15 a 20 cigarros	4	13,33%
		Mais de 20 cigarros	6	20,00%

Ao analisarmos a dependência das duas variáveis, verificamos que na escola da cidade, há uma associação fraca entre as variáveis e esta não é estatisticamente significativa ($Somer´s\ d = 0{,}013;\ pvalue = 0{,}909$). Assim, não há relação entre o tempo que o aluno passa diariamente sem a presença de um adulto e o número de cigarros que fuma por dia.

Na escola da periferia também se confere que existe uma associação fraca, negativa e que não é estatisticamente significativa entre o tempo que o aluno passa diariamente sem a presença de um adulto e o número de cigarros que fuma por dia ($Somer´s\ d = -0{,}031;\ pvalue = 0{,}741$).

3.2.7 Podes fumar em tua casa, se quiseres?

A maior percentagem dos alunos fumadores, nas duas escolas (Tabela 19), desconhece qual é a posição dos adultos, com quem vive, sobre o facto de poder fumar em casa (46,38% vs. 39,29%).

Tabela 19 - "Podes fumar em tua casa, se quiseres?"

Podes fumar em tua casa, se quiseres?		n	%
Centro da cidade de Lisboa	não fumo	11	----------
	sim	14	20,29%
	não	23	33,33%
	não sei	32	46,38%
Periferia de Lisboa	não fumo	12	----------
	Sim	19	22,62%
	Não	32	38,10%
	não sei	33	39,29%

O facto de se ter notado divergências importantes nos valores percentuais, dentro de cada escola, importou perceber se a possibilidade de fumar em casa está associada ao número de cigarros consumidos por dia.

Tabela 20 - "Podes fumar em tua casa, se quiseres?""Quantos cigarros fumas por dia?"*

"Podes fumar em tua casa, se quiseres? "* "Quantos cigarros fumas por dia? "			N	%
Centro da cidade de Lisboa	não fuma	0 cigarros	11	100,00%
		Menos de 5 cigarros	0	0,00%
		de 5 a 10 cigarros	0	0,00%
		de 10 a 15 cigarros	0	0,00%
		de 15 a 20 cigarros	0	0,00%

		Mais de 20 cigarros	0	0,00%
	Sim	0 cigarros	0	0,00%
		Menos de 5 cigarros	1	7,14%
		de 5 a 10 cigarros	0	0,00%
		de 10 a 15 cigarros	2	14,29%
		de 15 a 20 cigarros	7	50,00%
		Mais de 20 cigarros	4	28,57%
	Não	0 cigarros	0	0,00%
		Menos de 5 cigarros	4	17,39%
		de 5 a 10 cigarros	7	30,43%
		de 10 a 15 cigarros	5	21,74%
		de 15 a 20 cigarros	4	17,39%
		Mais de 20 cigarros	3	13,04%
	não sei	0 cigarros	0	0,00%
		Menos de 5 cigarros	4	12,50%
		de 5 a 10 cigarros	6	18,75%
		de 10 a 15 cigarros	6	18,75%
		de 15 a 20 cigarros	8	25,00%
		Mais de 20 cigarros	8	25,00%
Periferia de Lisboa	não fuma	0 cigarros	12	100,00%
		Menos de 5 cigarros	0	0,00%
		de 5 a 10 cigarros	0	0,00%
		de 10 a 15 cigarros	0	0,00%
		de 15 a 20 cigarros	0	0,00%
		Mais de 20 cigarros	0	0,00%
	Sim	0 cigarros	0	0,00%
		Menos de 5 cigarros	4	21,05%
		de 5 a 10 cigarros	4	21,05%
		de 10 a 15 cigarros	0	0,00%
		de 15 a 20 cigarros	3	15,79%
		Mais de 20 cigarros	8	42,11%
	Não	0 cigarros	0	0,00%
		Menos de 5 cigarros	9	28,13%
		de 5 a 10 cigarros	5	15,63%
		de 10 a 15 cigarros	8	25,00%

		de 15 a 20 cigarros	6	18,75%
		Mais de 20 cigarros	4	12,50%
	não sei	0 cigarros	0	0,00%
		Menos de 5 cigarros	5	15,15%
		de 5 a 10 cigarros	6	18,18%
		de 10 a 15 cigarros	7	21,21%
		de 15 a 20 cigarros	5	15,15%
		Mais de 20 cigarros	10	30,30%

Comprova-se que, na escola do centro da cidade, os valores apurados apresentam uma associação entre as duas variáveis. Embora, esta seja fraca e positiva, ela é estatisticamente significativa $(Somer´s\ d = 0{,}266;\ pvalue = 0{,}011)$, indicando que 28,7% da situação "número de cigarros fumados por dia" é explicada pelo facto de "poder fumar em casa".

Na escola localizada na periferia da cidade, também os valores apurados, apresentam uma associação fraca, positiva e estatisticamente significativa $(Somer´s\ d = 0{,}312;\ pvalue = 0{,}002)$. O que significa que 32,1% da situação "número de cigarros fumados por dia" é explicada pelo facto de "poder fumar em casa".

3.2.8 Alguma das pessoas que vive contigo fuma?

Pela interpretação da Tabela 21, comprovamos que 61,25% dos alunos que frequentam a escola do centro da cidade referem que vivem com alguma pessoa que fuma, sendo que, esta situação, é apenas referida por 47,92% dos alunos da escola da periferia.

Tabela 21 - "Alguma das pessoas que vive contigo fuma?"

Algumas das pessoas que vive contigo fuma?		N	%
Centro da cidade de Lisboa	sim	49	61,25%
	não	31	38,75%
Periferia de Lisboa	sim	46	47,92%
	não	50	52,08%

Apesar da situação referida mostrar uma elevada diferença, esta não apresenta diferença assinalável, do ponto de vista estatístico ($\chi^2_{(1)} = 3{,}123;\ pvalue = 0{,}077$).

Contudo, as diferenças observadas em cada escola, impeliram-nos a verificar a sua significância estatística. Assim, concluímos que existe uma diferença estaticamente significativa na escola localizada no centro da cidade ($\chi^2_{(1)} = 4{,}050;\ pvalue = 0{,}044$). O que nos indica que há uma diferença de representatividade, ou seja, a percentagem de fumadores é significativamente diferente, superior, da percentagem dos não fumadores.

Como entendemos ser influente a convivência dos alunos com um fumador no seu agregado familiar (pai ou mãe), optámos por analisar os dados obtidos. Assim, ficaram distribuídos de acordo com a Tabela 22. A observação da referida Tabela, permite verificar que a maior diferença se produz na escola da periferia e na classe dos fumadores. Aqui verifica-se um desfasamento percentual entre o "pai" e a "mãe" fumadores: o "pai" exibe a percentagem mais baixa (16,67%) e a mãe apresenta a mais elevada (31,25%).

Tabela 22 - "Alguma das pessoas que vive contigo fuma?" - Percentagem de Pais fumadores

Alguma das pessoas que vive contigo fuma?			n	%
Centro da cidade de Lisboa	Sim	Mãe	27	33,75%
		Pai	22	27,50%
	Não	Mãe	14	17,50%
		Pai	17	21,25%
Periferia de Lisboa	Sim	Mãe	30	31,25%
		Pai	16	16,67%
	Não	Mãe	29	30,21%
		Pai	21	21,88%

Confirmamos que a única situação, estatisticamente digna de realce, é nos pais "fumadores" da escola da periferia ($\chi^2_{(1)} = 4{,}261;\ pvalue = 0{,}039$). Nesta escola destaca-se a "Mãe" como o mais fumador do casal.

Ainda no estudo desta variável, pretendemos saber se o número de cigarros fumados diariamente depende de viver com alguma pessoa que fuma (Tabela 23).

Tabela 23 - "Alguma das pessoas que vive contigo fuma?""Número de cigarros fumados por dia"*

Algumas das pessoas que vive contigo fuma?*Número de cigarros fumados por dia			N	%
Centro da cidade de Lisboa	sim	0 cigarros	4	8,16%
		Menos de 5 cigarros	4	8,16%
		de 5 a 10 cigarros	10	20,41%
		de 10 a 15 cigarros	10	20,41%
		de 15 a 20 cigarros	13	26,53%
		Mais de 20 cigarros	8	16,33%
	não	0 cigarros	7	22,58%
		Menos de 5 cigarros	5	16,13%
		de 5 a 10 cigarros	3	9,68%
		de 10 a 15 cigarros	3	9,68%
		de 15 a 20 cigarros	6	19,35%
		Mais de 20 cigarros	7	22,58%
Periferia de Lisboa	sim	0 cigarros	3	6,52%
		Menos de 5 cigarros	11	23,91%
		de 5 a 10 cigarros	9	19,57%
		de 10 a 15 cigarros	5	10,87%
		de 15 a 20 cigarros	7	15,22%
		Mais de 20 cigarros	11	23,91%
	não	0 cigarros	9	18,00%
		Menos de 5 cigarros	7	14,00%
		de 5 a 10 cigarros	6	12,00%
		de 10 a 15 cigarros	10	20,00%
		de 15 a 20 cigarros	7	14,00%
		Mais de 20 cigarros	11	22,00%

Embora se confiram algumas desigualdades de valores nas diferentes categorias, o certo é que não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2_{(5)} = 8{,}018$; $pvalue = 0{,}155$). O que significa, ao contrário do que se esperava, o número de cigarros fumados diariamente não depende se se vive com alguma pessoa que fuma, nem da localização geográfica da escola.

A Tabela 24, estabelece o enquadramento dos alunos no contexto do agregado familiar, estabelecendo-se uma comparação entre o facto de ser fumador/ não fumador e viver num ambiente com um fumador/ não fumador.

Dada a falta de homogeneidade entre fumador e não fumador, nos alunos, analisaremos ambos comportamentos particularmente.

Tabela 24 - "Fumas?""Alguma das pessoas que vive contigo fuma?"*

		Alguma das pessoas que vive contigo fuma?		Total
		Sim	Não	
Fumador	Não	7	16	23
		7.4%	19.8%	13.1%
	Sim	88	65	153
		92.6%	80.2%	86.9%
Total		95	81	176
		100.0%	100.0%	100.0%

Assim, segundo a estatística de teste e o valor da significância obtida ($\chi^2_{(1)} = 4{,}458$; $pvalue = 0{,}063$), após aplicação do teste qui quadrado, concluímos que não há uma relação de dependência entre o facto do aluno ser fumador e viver com um elemento do agregado familiar fumador.

3.2.9 Os teus amigos fumam?

Verificamos que há semelhança de valores (Tabela 25), em ambas as escolas, nas diferentes categorias em que se desdobra a variável, destacando-se apenas a categoria "bastantes" na escola do centro (33,75% vs. 26,04%).

Mas, é na escola da periferia onde os alunos têm mais amigos fumadores. Destacamos, nesta escola, a opção "quase todos", a mais selecionada, que nos indica que 28,13% dos alunos tem quase todos os amigos que fumam.

Tabela 25 - "Os teus amigos fumam?"

Os teus amigos fumam?		N	%
Centro da cidade de Lisboa	nenhum	20	25,00%
	alguns	15	18,75%
	bastantes	27	33,75%
	quase todos	18	22,50%
Periferia de Lisboa	nenhum	19	19,79%
	alguns	25	26,04%
	bastantes	25	26,04%
	quase todos	27	28,13%

Não existe uma dependência direta entre a localização da escola e a circunstância dos amigos fumarem ($\chi^2_{(3)} = 2{,}973$; $pvalue = 0{,}396$). Também não se verificaram diferenças de representatividade nas diferentes categorias, em cada uma das escolas.

3.2.10 Já viste algum professor fumar?

Aparentemente, nenhum dos grupos referenciados na Tabela 26, em cada uma das escolas, se destaca. Comentar, apenas, que na escola do centro da cidade o valor percentual mais elevado refere-se a 30% dos alunos que assegura que quase todos os seus professores fumam. Em contrapartida, na escola da periferia, a percentagem mais elevada (31,25%) pertence aos alunos que garantem que nenhum dos seus professores fuma.

Tabela 26 - "Já viste algum dos teus professores fumarem?"

Já viste algum dos teus professores fumarem?		N	%
Centro da cidade de Lisboa	Nenhum	20	25,00%
	Alguns	13	16,25%
	bastantes	23	28,75%
	quase todos	24	30,00%
Periferia de Lisboa	nenhum	30	31,25%
	alguns	20	20,83%

	bastantes	21	21,88%
	quase todos	25	26,04%

Podemos afirmar que existe homogeneidade na representatividade dos grupos, em cada uma das escolas ($\chi^2_{(3)} = 3{,}700$; $pvalue = 0{,}296$; $\chi^2_{(3)} = 2{,}583$; $pvalue = 0{,}460$). Concluímos ainda, que a existência de professores fumadores é independente da localização geográfica da escola ($\chi^2_{(3)} = 2{,}159$; $pvalue = 0{,}540$).

3.3 Caracterização das Atitudes da amostra face ao tabagismo

3.3.1 Eu fumo porque...

Antes da intervenção farmacêutica, o motivo que mais se destaca na escola do centro da cidade é o facto dos familiares fumarem (30,4%), sendo que na escola da periferia se destaca o motivo "os meus amigos fumam" (27,4%) (Tabela 27).

Após a intervenção, na escola do centro da cidade, a opção mais escolhida foi "deixa-me calmo" (24,64%), sendo que na escola da periferia destaca-se o motivo "faz-me parecer mais interessante" (26,19%) (Tabela 27).

Tabela 27 - "Eu fumo porque..."

Eu fumo porque…		Antes		Depois	
		n	%	N	%
Centro da cidade de Lisboa	deixa-me calmo	10	14,5%	17	24,64%
	os meus amigos fumam	13	18,8%	14	20,29%
	os meus familiares fumam	21	30,4%	14	20,29%
	faz-me parecer mais interessante	13	18,8%	10	14,49%
	apenas gosto de fumar	12	17,4%	14	20,29%
Periferia de Lisboa	deixa-me calmo	11	13,1%	18	21,43%
	os meus amigos fumam	23	27,4%	17	20,24%
	os meus familiares fumam	20	23,8%	13	15,48%
	faz-me parecer mais interessante	13	15,5%	22	26,19%
	apenas gosto de fumar	17	20,2%	14	16,67%

As justificações referenciadas pelos alunos, embora se revelem diferentes dentro de cada uma das escolas, não se apresentam estatisticamente diferentes em nenhuma delas ($\chi^2_{(4)} = 5{,}130;\ pvalue = 0{,}274;\ \chi^2_{(4)} = 5{,}762;\ pvalue = 0{,}218$).

Situação semelhante ocorre, quando comparamos os valores obtidos, em cada escola, após a intervenção ($Wilcoxon\ Z = -0{,}083;\ p = 0{,}934;\ Wilcoxon\ Z = -0{,}745;\ p = 0{,}456$). O que significa que, embora se tenham verificado alterações percentuais nos diferentes tipos de motivação, esta alteração não é estatisticamente significativa.

3.3.2 As pessoas começam a fumar porque...

No referente à questão "qual o motivo que leva as pessoas a começar a fumar", antes da intervenção farmacêutica, patente na Tabela 28, constatamos que ambas as escolas apresentam valores percentuais semelhantes (46,25% vs. 48,96%) na motivação que consideram mais adequada ao que observam "não têm nada para fazer…". A categoria que apresenta o segundo valor percentual mais elevado (36,25% vs. 28,13%) é "pensam que não vão ficar viciadas". A pontuação obtida por esta categoria, pode ser um reflexo do seu comportamento perante o ato de fumar.

Após a intervenção, a resposta com maior percentagem à questão "qual o motivo que leva as pessoas a começar a fumar", na escola do centro de Lisboa, foi "foram influenciadas por alguém ou pela publicidade" (38,75%), ou seja, modificou. Enquanto na escola da periferia, manteve-se a mesma resposta, "não têm nada para fazer" (43,75%).

Tabela 28 - "As pessoas começam a fumar porque..."

"As pessoas começam a fumar porque…"		Antes		Depois	
		n	%	n	%
Centro da cidade de Lisboa	não têm nada para fazer…	37	46,25%	22	27,50%
	foram influenciadas por alguém ou pela publicidade	14	17,50%	31	38,75%
	pensam que não vão ficar viciadas	29	36,25%	27	33,75%
Periferia de Lisboa	não têm nada para fazer…	47	48,96%	42	43,75%
	foram influenciadas por alguém ou pela publicidade	22	22,92%	30	31,25%
	pensam que não vão ficar viciadas	27	28,13%	24	25,00%

Quando tomamos em consideração a comparação dos dois momentos (antes e depois), a apreciação que sofreu um aumento percentual no segundo momento, em ambas as escolas, foi "*foram influenciadas por alguém ou pela publicidade*" (38,75% vs. 31,25%)

(Tabela 28). Contudo, esta mudança de postura não se revelou estatisticamente significativa (Wilcoxon Z=-1,173; p=0,241; Wilcoxon Z=-0,041; p=0,967),

3.4 Caracterização dos Comportamentos da amostra no âmbito do tabagismo

3.4.1 Normalmente quanto tempo passa entre a altura que te levantas da cama e fumar o primeiro cigarro?

O tempo que decorre entre o aluno se levantar e fumar o primeiro cigarro do dia, na avaliação inicial, tem a sua maior expressão na categoria “menos de 30 minutos”, sendo a percentagem igualmente relevante (36,23% vs. 27,38%) em ambas as escolas. Contudo, percentualmente, este valor é mais proeminente, comparativamente com as outras percentagens, na escola do Centro (Tabela 29).

No segundo momento de avaliação, verificamos que, em ambas as escolas, a situação se alterou consideravelmente, nomeadamente no período “menos de 30 minutos”, onde a percentagem baixou abruptamente (4,35% vs. 2,38%) (Tabela 29).

Tabela 29 - "Normalmente quanto tempo passa entre a altura que te levantas da cama e fumas o primeiro cigarro?"

Normalmente quanto tempo passa entre a altura que te levantas da cama e fumar o primeiro cigarro?		Antes		Depois	
		n	%	N	%
Centro da cidade de Lisboa	menos de 30 minutos	25	36,23%	3	4,35%
	entre 30 minutos e 60 minutos	11	15,94%	20	28,99%
	entre 1 hora e 2 horas	18	26,09%	29	42,03%
	mais de 2 horas	15	21,74%	17	24,64%
Periferia de Lisboa	menos de 30 minutos	23	27,38%	2	2,38%
	entre 30 minutos e 60 minutos	19	22,62%	27	32,14%
	entre 1 hora e 2 horas	20	23,81%	30	35,71%
	mais de 2 horas	22	26,19%	25	29,76%

A diferença previamente identificada, no intervalo de tempo referido, revelou-se estatisticamente significativa em ambas as escolas ($Wilcoxon\ (Z) = -4{,}202;\ pvalue = 0{,}000;\ Wilcoxon\ (Z) = -3{,}568;\ pvalue = 0{,}000$). Assim, podemos afirmar que o tempo que

passa entre a altura que o aluno se levanta da cama e fumar o primeiro cigarro não depende da localização geográfica do estabelecimento de ensino que frequenta, mas parece ser influenciada pela intervenção.

3.4.2 Estás a pensar deixar de fumar?

Quando os alunos são confrontados com a questão "Estás a pensar deixar de fumar?", as respostas apresentam-se desiguais, em termos percentuais. São os alunos da escola da periferia os que revelam menos incerteza (28,57% vs. 47,83%) e mais afirmam (40,48% vs. 27,54%) que não estão a pensar deixar de fumar (Tabela 30).

Tabela 30 - "Estás a pensar deixar de fumar?"

Estás a pensar deixar de fumar?		Antes		Depois	
		n	%	n	%
Centro da cidade de Lisboa	sim	17	24,64%	17	24,64%
	não	19	27,54%	19	27,54%
	não sei	33	47,83%	33	47,83%
Periferia de Lisboa	sim	26	30,95%	30	35,71%
	não	34	40,48%	35	41,67%
	não sei	24	28,57%	19	22,62%

A intervenção efetivada não ocasionou alterações estatisticamente significativas, em nenhuma das escolas ($Wilcon_{(Z)} = 0{,}000$; $pvalue = 1{,}000$; $Wilcon_{(Z)} = -1{,}732$; $pvalue = 0{,}083$).

A importância de se sensibilizar um aluno a repudiar o hábito de fumar, conduziu ao cruzamento da variável "Estás a pensar deixar de fumar" com a variável "Eu fumo porque...", no sentido de estabelecermos uma ordem nos fatores que podem ser mais sensíveis ao fumador e fortalecer a determinação de rejeitar este hábito.

O fator dominante na justificação de fumar, naqueles que pretendem abandonar, é a imitação do ato de fumar. Contudo, o ato de fumar dos amigos (33,3%) apresenta um peso menor que o dos familiares (24,4%).

Tabela 31 - "Estás a pensar deixar de fumar?""Eu fumo porque?"*

	Estás a pensar deixar de fumar?						Total
	sim		não		não sei		
	n	%	n	%	n	%	
deixa-me calmo	7	33.3%	6	28.6%	8	38.1%	21
os meus amigos fumam	12	33.3%	13	36.1%	11	30.6%	36
os meus familiares fumam	10	24.4%	14	34.1%	17	41.5%	41
faz-me parecer mais interessante	8	30.8%	11	42.3%	7	26.9%	26
apenas gosto de fumar	6	20.7%	9	31.0%	14	48.3%	29
Total	43	28.1%	53	34.6%	57	37.3%	153

Embora não se consiga estabelecer uma relação estatisticamente significativa ($\chi^2_{(8)} = 4{,}511$; $pvalue = 0{,}808$) entre "Estás a pensar deixar de fumar" e "Eu fumo porque", podemos comentar que é o ato de imitar o que se apresenta mais frágil, sendo o ato de fumar, por parte dos familiares, mais forte que o dos amigos.

3.4.3 Já alguma vez lestes os avisos das caixas de tabaco?

Em termos percentuais verifica-se uma proximidade de valores (56,25% vs. 51,04%), em ambas as escolas, no que se refere à percentagem de alunos que não lê os avisos nas caixas de tabaco e, consequentemente, na percentagem dos que lê (43,75% vs. 48,96%). Embora, exista semelhança nas respostas dadas, são os alunos que frequentam a escola da periferia que aparentam mostrar mais interesse pelas informações prestadas sobre os malefícios do ato de fumar (Tabela 32).

Tabela 32 - "Já alguma vez leste os avisos nas caixas de tabaco?"

Já alguma vez leste os avisos nas caixas de tabaco?		Antes		Depois	
		n	%	n	%
Centro da cidade de Lisboa	Sim	35	43,75%	44	55,00%
	Não	45	56,25%	36	45,00%
Periferia de Lisboa	Sim	47	48,96%	61	63,54%
	Não	49	51,04%	35	36,46%

No entanto, após a sessão de esclarecimento constatamos que houve mudanças estatisticamente significativas na sensibilização dos alunos em relação aos avisos nas caixas de tabaco, na escola da periferia ($Wilcon_{(Z)} = -2{,}111$; $pvalue = 0{,}035$).

3.4.4 Se quisesses deixar de fumar, onde recorrerias?

Os alunos ao serem confrontados com esta questão escolhem, em ambas as escolas, a "Farmácia" como o local mais recomendado para deixar de fumar, sendo os alunos da escola da periferia os que mais confiam nos serviços farmacêuticos (53,13% vs. 47,50%). No referente à opção "Consultas de Cessação Tabágica", curiosamente, é escolhida por 37,5% dos alunos, antes da intervenção, em cada uma das escolas, revelando-se como a primeira opção depois da intervenção (60,42% vs. 65%) (Tabela 33).

Tabela 33 - "Se quisesses deixar de fumar, onde recorrerias?"

Se quisesses deixar de fumar, onde recorrerias?		Antes		Depois	
		n	%	N	%
Centro da cidade de Lisboa	Hospital	12	15,00%	7	8,75%
	Farmácia	38	47,50%	21	26,25%
	Consultas de cessação tabágica	30	37,50%	52	65,00%
	Noutro sítio	0	0,00%	0	0,00%
Periferia de Lisboa	Hospital	9	9,38%	11	11,46%
	Farmácia	51	53,13%	27	28,13%
	Consultas de cessação tabágica	36	37,50%	58	60,42%
	Noutro sítio	0	0,00%	0	0,00%

Embora seja visível a existência de desigualdades nas escolhas em cada uma das escolas, não se verifica uma diferença estatisticamente significativa entre as escolas ($\chi^2_{(2)} = 1{,}430$; $pvalue = 0{,}489$).

No referente à existência de diferenças estatisticamente significativas, após a sensibilização efetuada, concluímos que os alunos ficaram significativamente mais conhecedores da diligência, em ambas as escolas, que devem efetuar se pretenderem deixar de fumar (Wilcoxon Z=-3,951; p=0,000; Wilcoxon Z=-2,608; p=0,009).

3.5 Caracterização dos Conhecimentos da amostra sobre o tabagismo

3.5.1 O Tabagismo é . . .

Em todas as questões patentes na Tabela 34, a intervenção foi esclarecedora e elucidativa, na medida em que o *p value* obtido, pela aplicação do teste estatístico de McNemar, foi sempre inferior a 0,05.

Tabela 34 - Conhecimentos sobre a ação direta do tabagismo

"O Tabagismo é uma doença?"						
Estabelecimento de Ensino		Antes		Depois		Teste McNemar
		n	%	n	%	*pvalue*
Centro da cidade de Lisboa	sim	50	62,50%	31	38,75%	$0{,}000^b$
	não	30	37,50%	49	61,25%	
Periferia de Lisboa	sim	50	52,08%	29	30,21%	$0{,}000^b$
	não	46	47,92%	67	69,79%	
"Achas que deixar de fumar faz engordar?"						
Centro da cidade de Lisboa	sim	43	53,75%	26	32,50%	$0{,}000^b$
	não	37	46,25%	54	67,50%	
Periferia de Lisboa	sim	53	55,21%	27	28,13%	$0{,}000^b$
	não	43	44,79%	69	71,88%	
"Achas que o fumo do cigarro das outras pessoas é perigoso para ti?"						
Centro da cidade de Lisboa	sim	50	62,50%	59	73,75%	$0{,}004^b$
	não	30	37,50%	21	26,25%	
Periferia de Lisboa	sim	57	59,38%	65	67,71%	$0{,}008^b$
	não	39	40,63%	31	32,29%	

A leitura da Tabela 35 leva-nos à conclusão de que, a maior percentagem, nas duas escolas, era a resposta correta. No entanto, essa percentagem subiu após a intervenção, sendo significativa estatisticamente em ambas as escolas.

Tabela 35 - "O tabagismo é..."

O Tabagismo é.…		Antes		Depois		Teste Qui quadrado	
		n	%	N	%	χ^2	*pvalue*
Centro da cidade de Lisboa	O fumador passivo	16	20,00%	13	16,25%	62,234	0,000
	O hábito de fumar	35	43,75%	46	57,50%		
	É o estudo dos malefícios do tabaco	29	36,25%	21	26,25%		
Periferia de Lisboa	O fumador passivo	18	18,75%	19	19,79%	69,953	0,000
	O hábito de fumar	43	44,79%	53	55,21%		
	É o estudo dos malefícios do tabaco	35	36,46%	24	25,00%		

3.5.2 O tabaco é uma droga porque provoca dependência. A substância que provoca dependência é...

Também nesta questão, se notou um aumento significativo na percentagem de respostas corretas, após a intervenção (Tabela 36).

Tabela 36 - "O tabaco é uma droga porque provoca dependência. A substância que provoca dependência é..."

O tabaco é uma droga porque provoca dependência. A substância que provoca dependência é.…		Antes		Depois		Teste Qui quadrado	
		n	%	n	%	χ^2	*Pvalue*
Centro da cidade de Lisboa	alcatrão	18	22,50%	12	15,00%	58,648	0,000
	nicotina	29	36,25%	45	56,25%		
	Monóxido de carbono	33	41,25%	23	28,75%		
Periferia de Lisboa	alcatrão	25	26,04%	21	21,88%	55,701	0,002
	nicotina	41	42,71%	46	47,92%		
	Monóxido de carbono	30	31,25%	29	30,20%		

3.5.3 Os fumadores passivos são as pessoas que...

Nas respostas a esta questão, registamos que os alunos da escola do centro da cidade, revelavam uma percentagem mais baixa de respostas corretas (33,75%) do que os

alunos da outra escola (35,42%). Apresentando-se todas as opções com valores percentuais muito semelhantes entre elas e em ambas as escolas (Tabela 37).

Após a intervenção a percentagem de respostas corretas elevou-se para 58,75% e 55,21% na escola da cidade e periferia, respetivamente.

Tabela 37 - "Os fumadores passivos são as pessoas que..."

Os fumadores passivos são as pessoas que...		Antes		Depois		Teste Qui quadrado	
		n	%	n	%	χ^2	*pvalue*
Centro da cidade de Lisboa	Só fumam em condições muito especiais	26	32,50%	19	23,75%	79,762	0,001
	Involuntariamente inalam fumo	27	33,75%	47	58,75%		
	Deixaram de fumar	27	33,75%	24	30,00%		
Periferia de Lisboa	Só fumam em condições muito especiais	29	30,21%	18	18,75%	103,021	0,000
	Involuntariamente inalam fumo	34	35,42%	53	55,21%		
	Deixaram de fumar	33	34,38%	25	26,04%		

3.5.4 O tabaco é um dos maiores inimigos da saúde porque...

Nesta questão, à semelhança da anterior, também se registou um aumento significativo das respostas corretas: de 35% para 51,25% e de 35,42% para 51,04%, na escola da cidade e na da periferia, respetivamente (Tabela 38).

Nas duas escolas, as variações observadas, são dignas de relevo estatístico, sendo, mais uma vez, importante registar a importância da ação de sensibilização.

Tabela 38 - "O tabaco é um dos maiores inimigos da saúde porque..."

"O tabaco é um dos maiores inimigos da saúde porque..."		Antes		Depois		Teste Qui quadrado	
		N	%	n	%	χ^2	*pvalue*
Centro da cidade de Lisboa	As pessoas gastam muito dinheiro	26	32,50%	24	30,00%	71,660	0,000
	Provoca doenças graves	28	35,00%	41	51,25%		

	Prejudica o ambiente	26	32,50%	15	18,75%		
Periferia de Lisboa	As pessoas gastam muito dinheiro	25	26,04%	25	26,04%	118,625	0,000
	Provoca doenças graves	34	35,42%	49	51,04%		
	Prejudica o ambiente	37	38,54%	22	22,92%		

3.5.5 A impotência sexual masculina pode ser uma das consequências do hábito tabágico?

Os alunos, quando confrontados com esta questão, antes e após a intervenção, as respostas apresentam percentagens dispares. A maior diferença nota-se na resposta “nunca” na escola da periferia, tendo baixado de 33,33% para 25% (Tabela 39).

Tabela 39 - "A impotência sexual masculina pode ser uma das consequências do hábito tabágico?"

"A impotência sexual masculina pode ser uma das consequências do hábito tabágico?"		Antes		Depois	
		n	%	N	%
Centro da cidade de Lisboa	Nunca	21	26,25%	16	20,00%
	às vezes	16	20,00%	18	22,50%
	muitas vezes	29	36,25%	32	40,00%
	Sempre	14	17,50%	14	17,50%
Periferia de Lisboa	Nunca	32	33,33%	24	25,00%
	às vezes	23	23,96%	25	26,04%
	muitas vezes	21	21,88%	27	28,13%
	Sempre	20	20,83%	20	20,83%

As diferenças observadas revelam-se significativas em ambas as escolas ($Wilcoxon\ Z = -2{,}070;\ p = 0{,}038;\ Wilcoxon\ Z = -2{,}640;\ p = 0{,}008$). Esta situação leva-nos a afirmar que se registou uma melhoria considerável nos conhecimentos dos alunos nesta temática, após a intervenção.

3.5.6 O consumo de Tabaco interfere com a gravidez?

Verificou-se uma redução da percentagem nas opções “nunca” e “às vezes”, incrementando-se o valor nas opções “muitas vezes” e “sempre” (Tabela 40).

Tabela 40 - "O consumo de tabaco interfere com a gravidez?"

O consumo de Tabaco interfere com a gravidez		Antes		Depois	
		n	%	n	%
Centro da cidade de Lisboa	nunca	22	27,50%	11	13,75%
	às vezes	19	23,75%	17	21,25%
	muitas vezes	22	27,50%	26	32,50%
	sempre	17	21,25%	26	32,50%
Periferia de Lisboa	nunca	31	32,29%	27	28,13%
	às vezes	20	20,83%	18	18,75%
	muitas vezes	24	25,00%	19	19,79%
	sempre	21	21,88%	32	33,33%

As modificações notadas são dignas de destaque, do ponto de vista estatístico ($Wilcoxon\ Z = -3{,}796;\ p = 0{,}000;\ Wilcoxon\ Z = -2{,}980;\ p = 0{,}003$).

Também, nesta análise se constatou uma melhoria das perceções dos alunos, mais concretamente no concernente aos malefícios do tabaco durante a gravidez.

3.5.7 A capacidade física de um fumador é inferior quando comparada com um não fumador?

As opções “nunca” e “às vezes” sofreram um ligeiro decréscimo no pós-teste, verificando-se uma ligeira subida nas percentagens nas opções “muitas vezes” e “sempre” (Tabela 41). A maior alteração notou-se na escola da periferia.

Tabela 41 - "A capacidade física de um fumador é inferior quando comparada com um não fumador?"

"A capacidade física de um fumador é inferior quando comparada com um não fumador?"		Antes		Depois	
		N	%	n	%
Centro da cidade de Lisboa	nunca	21	26,25%	18	22,50%
	às vezes	18	22,50%	18	22,50%
	muitas vezes	20	25,00%	23	28,75%
	sempre	21	26,25%	21	26,25%
Periferia de Lisboa	nunca	24	25,00%	20	20,83%
	às vezes	24	25,00%	24	25,00%
	muitas vezes	27	28,13%	31	32,29%
	sempre	21	21,88%	21	21,88%

As alterações percebidas são apenas estatisticamente significativas na escola da periferia ($Wilcoxon\ Z = -2{,}000;\ p = 0{,}046$). Entendendo-se que a melhora do entendimento, dos alunos, sobre a ação do tabaco na capacidade física, não foi percebida na escola do centro da cidade ($Wilcoxon\ Z = -1{,}732;\ p = 0{,}083$).

3.5.8 O envelhecimento acelerado da pele é uma consequência do consumo do tabaco?"

Nesta questão os alunos manifestaram uma maior mudança na sua postura. Verificou-se um aumento mais expressivo nas opções “muitas vezes” e “sempre” (Tabela 42).

Tabela 42 - "O envelhecimento acelerado da pele é uma consequência do consumo do tabaco?"

" O envelhecimento acelerado da pele é uma consequência do consumo do tabaco?"		Antes		Depois	
		n	%	n	%
Centro da cidade de Lisboa	Nunca	22	27,50%	16	20,00%
	às vezes	18	22,50%	15	18,75%
	muitas vezes	26	32,50%	29	36,25%
	Sempre	14	17,50%	20	25,00%
Periferia de Lisboa	Nunca	34	35,42%	22	22,92%
	às vezes	22	22,92%	22	22,92%
	muitas vezes	16	16,67%	21	21,88%
	Sempre	24	25,00%	31	32,29%

As alterações percebidas são estatisticamente significativas em ambas as escolas. Interpretando-se que existiu uma compreensão sobre a ação negativa do tabaco na pele ($Wilcoxon\ Z = -2{,}913;\ p = 0{,}004;\ Wilcoxon\ Z = -3{,}250;\ p = 0{,}001$).

3.5.9 "O tabaco causa dependência física e psicológica?"

À semelhança das outras questões, também esta variável sofreu uma descida percentual nas opções “nunca” e “às vezes” (Tabela 43) e acréscimo nas outras opções, indicando que houve uma sensibilização para a dependência causada pela nicotina, tanto física como psicológica.

Tabela 43 - "O tabaco causa dependência física e psicológica?"

O tabaco causa dependência física e psicológica?		Antes		Depois	
		N	%	N	%
Centro da cidade de Lisboa	Nunca	15	18,75%	11	13,75%
	às vezes	25	31,25%	21	26,25%
	muitas vezes	22	27,50%	25	31,25%
	Sempre	18	22,50%	23	28,75%
Periferia de Lisboa	Nunca	22	22,92%	18	18,75%
	às vezes	27	28,13%	22	22,92%
	muitas vezes	25	26,04%	32	33,33%
	sempre	22	22,92%	24	25,00%

As alterações percebidas são significativas do ponto de vista estatístico, em ambas as escolas: $Wilcoxon\ Z = -2{,}322;\ p = 0{,}020$ e $Wilcoxon\ Z = -2{,}319;\ p = 0{,}020$, respetivamente escola do centro e escola da periferia. Esta situação significa que os alunos compreenderam os malefícios do tabaco e a dependência que ele causa.

IV. Discussão

O objetivo deste estudo foi descrever as atitudes, os comportamentos e os conhecimentos, dos adolescentes sobre o tabagismo, antes e após uma intervenção educacional de um farmacêutico. Os resultados demonstraram que: há um predomínio do ato de fumar entre os adolescentes participantes neste estudo, sendo elevada a taxa de exposição ao fumo em casa e baixa a taxa dos alunos que experimentaram, mas abandonaram; a experiência de fumar, em qualquer idade identificada, não está relacionada com o nível académico dos pais; no questionário, as opções selecionadas sobre os efeitos do tabagismo, antes da sessão de sensibilização, pelos alunos demonstraram que existe uma falta de conhecimento sobre o tema; além disso, esta falta de conhecimentos sobre os efeitos negativos na saúde poderá ser um dos motivos porque os alunos começam a fumar, embora também não se tenham registadas pressões externas ao nível do contexto social e da família, pois uma elevada percentagem (70,5%) dos alunos desconhece qual o nível de preocupação dos pais quanto ao ato de fumarem.

A média da idade dos participantes foi de 15,5 anos (DP=1,67), sendo 56,8% alunos do género feminino e 43,2% do género masculino. Cerca de 26,2% (escola centro de lisboa) dos alunos responderam ter fumado o primeiro cigarro com 12 anos, recaindo a percentagem mais baixa (13,1%) na idade de 13 anos, na escola da periferia. Esta informação é um indicador de que os alunos iniciam muito jovens as experimentações tabágicas. Estes resultados estão de acordo com os apresentados pela European Comission (2012), que conclui que 22% dos fumadores portugueses iniciaram o consumo de tabaco antes dos 15 anos (European Comission, 2012).

No presente estudo, 29% dos participantes experimentaram fumar, pelo menos uma vez, e 64% são atualmente fumadores. Estas taxas são mais elevadas do que as apresentadas no relatório de investigação *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007), onde as taxas correspondentes foram de 32% e 17,5% e no estudo de Warren et al (2006), em que as taxas foram 19,7% e 8,9%, respetivamente, em alunos de idade compreendida entre 13 e 15 anos.

A maioria dos alunos fumadores, do nosso estudo, e aqueles que só experimentaram fumar, são do género feminino. Resultados contrários foram relatados na investigação que envolvia alunos entre os 13 e os 15 anos pela *OMS* (2007) e outro com alunos de 14 e 15 anos por Hedman et al (2007), em que a maior percentagem de fumadores eram do género masculino.

Os dados obtidos indicaram que 46% dos alunos que frequentam a escola no centro da cidade e 54,5% dos que frequentam a escola na periferia, encontram-se expostos ao fumo

do cigarro em casa. Dados semelhantes foram identificados pelo GYTS (2007), que reportou a existência de 42,2% de alunos que tinham pelo menos uma pessoa fumadora com quem viviam. Constata-se, assim, que não só a exposição ao fumo se tornou um risco real para a saúde dos adolescentes, mas ter um fumador no agregado familiar, aumenta a probabilidade de que ele comece a fumar. No nosso estudo, 86% dos jovens que têm uma experiência de tabagismo mencionaram que pelo menos uma pessoa com quem vive é fumador. Este dado pode ser um indicador da importância do risco de os adolescentes começarem a fumar.

No estudo de Malcon e Menezes (2002), entre os fatores de risco apontados para o tabagismo na adolescência está a separação dos pais. No presente estudo, apenas 2% da variação do número de cigarros fumados diariamente pelo aluno se deve ao estado civil dos pais, o que denota uma associação fraca entre ambas as variáveis (Malcon & Menezes, 2002).

Segundo a DGS, no que se refere às prevalências do consumo de tabaco, pela idade e pelo sexo, em função dos anos de escolaridade, verificou-se que, nos homens com menos de cinco anos de escolaridade, a prevalência de consumo (32,5%) foi superior à encontrada nos homens com mais de doze anos de escolaridade (24,1%). No sexo feminino, pelo contrário, as mulheres com menos de cinco anos de escolaridade apresentaram uma prevalência de consumo (7,3%) inferior à encontrada nas mulheres com mais de doze anos de escolaridade (14,5%) (DGS, 2016). Os dados recolhidos no presente estudo, foram semelhantes aos dados indicados pela DGS, mostrando-nos que, nos pais (homens) a incidência de fumadores, encontra-se em homens com o 2º Ciclo de escolaridade (seis anos de escolaridade) em ambos os estabelecimentos (100% vs. 62,5%). No sexo feminino (mães), na escola do centro da cidade, o número de mulheres fumadoras, têm o 1º Ciclo de escolaridade (69,5%), enquanto que na periferia, são as mães com grau académica (mais de doze anos de escolaridade) que mais fumam (60%).

Silva (2011) refere que quando um dos pais tem hábitos tabágicos, 50% dos filhos também fumam (Silva H. , 2011). Dados semelhantes foram encontrados neste estudo, em que o total de alunos fumadores foi de 153 adolescentes, e destes, 88 dos alunos, tem alguém que vive com ele que fuma, e 65 diz que não tem ninguém que fume, dando-nos uma percentagem de 57,5% dos alunos que fumam e têm alguém que vive com eles com hábitos tabágicos.

É na escola da periferia onde os alunos têm mais amigos fumadores. Destacamos, nesta escola, a opção “quase todos”, a mais selecionada, que nos indica que 28,13% dos alunos tem quase todos os amigos que fumam. Na escola do centro de Lisboa, a opção mais selecionada foi “bastantes”, que indica que 33,75% dos alunos tem muitos amigos que fumam. Segundo Precioso, os adolescentes, para pertencerem a um grupo, apresentam comportamentos semelhantes entre si, pelo que a pressão dos pares revela grande influência

na iniciação do consumo de tabaco (Precioso, et al., 2009). Assim sendo, é preocupante que os jovens tenham uma percentagem elevada de amigos que fumem, pois, vários estudos indicam que se este tem um "melhor amigo" fumador, a probabilidade de este também ser aumenta (Precioso, et al., 2009).

O motivo que mais se destaca na escola do centro da cidade para a pergunta "eu fumo porque…" é o facto dos familiares fumarem (30,4%), sendo que na escola da periferia se destaca o motivo dos amigos fumarem (27,4%). Situação semelhante ocorre, quando comparamos os valores obtidos, em cada escola, após a intervenção. O que significa que, embora se tenham verificado alterações percentuais nos diferentes tipos de motivação, esta alteração não é significativa. No presente estudo, 19% dos alunos afirma que pode "fumar em casa" e 37% "não sabe se pode fumar em casa". De acordo com Vitória, a restrição total de fumar em casa, contribui para reduzir o consumo entre os adolescentes, e que restrições parciais parecem não ter o mesmo efeito (Vitória, P; Silva, S; Vries, H, 2011).

Os dados recolhidos pelo Eurobarómetro, revelaram que, 82% dos inquiridos portugueses, com idade adulta, disseram ter começado a fumar devido ao facto de os amigos fumarem; 19% por gostarem do cheiro ou do sabor do tabaco; 10% por este ser economicamente acessível; 6% por terem pais fumadores, 3% por gostarem de cigarros com determinado sabor, e 1 % por gostarem da embalagem dos cigarros (European Commission, 2012). Constata-se assim que os pais e os amigos funcionam como modelos para os adolescentes, podendo assim influenciar de modo positivo ou negativo nas suas atitudes e comportamentos (Silva H. , 2011).

A importância de se sensibilizar um aluno a repudiar o hábito de fumar, conduziu ao cruzamento da variável "Estás a pensar deixar de fumar" com a variável "Eu fumo porque...", no sentido de estabelecermos uma ordem nos fatores que podem ser mais sensíveis ao fumador e fortalecer a determinação de rejeitar este hábito. O fator dominante na justificação de fumar, naqueles que pretendem abandonar, é a imitação do ato de fumar. Contudo, o ato de fumar dos amigos (33,3%) apresenta um peso menor que o dos familiares (24,4%).

No referente à questão qual o motivo que leva as pessoas a começarem a fumar, constatamos em ambas as escolas valores semelhantes (46,25% vs 48,96%) na motivação que consideram mais adequada ao que observam "não têm nada para fazer". A categoria que apresenta o segundo valor percentual mais elevado (36,25% vs 28,13%) é "pensam que não vão ficar viciadas". A pontuação recolhida por esta categoria, pode ser um reflexo do seu comportamento perante o ato de fumar e também falta de conhecimentos.

Quando tomamos em consideração a comparação dos dois momentos (antes e depois da intervenção), a apreciação que sofreu um aumento percentual no segundo

momento, em ambas as escolas, foi “foram influenciados por alguém ou pela publicidade” (38,75% vs 31,25%).

Estudo do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, que teve como objetivo conhecer a prevalência do tabagismo nos adolescentes que recorrem ao serviço de urgência pediátrica (SUP) com aplicação o teste de Fagerström de dependência física à nicotina, numa amostra de 217 adolescentes, dos 12 aos 17 anos, concluíram que apenas 6,2% destes jovens fuma nos primeiros 5 minutos após acordar, que 21,9% fuma até 30 minutos depois de acordar, 43,8% até 1hora e 28,1% após 1 hora de acordar (Macedo, M, 2017). A escala de dependência de nicotina de Fagerström é utilizada e recomendada pela DGS, pelo que foi aplicada à amostra de adolescentes que são fumadores ativos.

No nosso estudo, analisando os comportamentos destes adolescentes, foi importante perceber o tempo que passa entre a altura que se levantam da cama e fumam o primeiro cigarro. Na avaliação inicial, a opção que tem maior expressão foi, “menos de 30 minutos”, sendo a percentagem igualmente relevante em ambas as escolas (36,23% vs 27,38%). Estas percentagens são semelhantes ao que foi encontrado no estudo acima, sendo de elevada importância e preocupação, pois valores como estes, nesta questão do teste de Fagerström, podem significar um grau de dependência alto.

No segundo momento da avaliação, verificamos que, em ambas as escolas, a situação se alterou consideravelmente, nomeadamente no período “menos de 30 minutos”, onde a percentagem baixou abruptamente (4,35% vs 2,38%). Assim, podemos afirmar que neste estudo, esta alteração de resposta entre o tempo que passa entre a altura que o aluno se levanta da cama e fumar o primeiro cigarro não depende da localização geográfica do estabelecimento de ensino que frequenta, mas possivelmente da intervenção efetuada.

Quando os alunos são confrontados com a questão “Estás a pensar deixar de fumar?”, as respostas apresentam-se desiguais. São os alunos da escola da periferia os que revelam menos incerteza (28,57% vs 47,83%) e mais afirmam (40,48% vs 27,54%) que não estão a pensar deixar de fumar. A intervenção efetivada não ocasionou alterações significativas.

Verifica-se uma proximidade de valores (56,25% vs 51,04%), em ambas as escolas, no que se refere à percentagem de alunos que não lê os avisos nas caixas de tabaco e, consequentemente, na percentagem dos quem leem (43,75% vs 48,96%). Embora, exista semelhança nas respostas dadas, são os alunos que frequentam a escola da periferia que aparentam mostrar mais interesse pelas informações prestadas sobre os malefícios do ato de fumar. No entanto, após a sessão de esclarecimento, constatamos que houve mudança significativa na sensibilização dos alunos em relação aos avisos nas caixas de tabaco, na escola da periferia.

Os alunos ao serem confrontados com a questão “se quisesses deixar de fumar, onde recorrerias?”, em ambas as escolas, escolhem a Farmácia, como o local mais recomendado para deixar de fumar, sendo os alunos da escola da periferia os que mais confiam nos cuidados farmacêuticos (53,13% vs 47,50%). No referente à existência de diferenças significativas, após a intervenção efetuada, concluímos que os alunos ficaram mais conhecedores da diligência, em ambas as escolas, que devem efetuar se pretenderem deixar de fumar.

Num estudo publicado em 1997, (Emri *et al*, 1997) que envolvia alunos de idades compreendidas entre 7 e 13 anos, o cancro de pulmão, entre outros malefícios do tabaco, foram comumente associados ao tabagismo. Contudo, no nosso estudo, a proporção de alunos que associou doenças e outros malefícios ao tabaco foi mais baixa, considerando-se, como negativo, o facto de a maioria dos participantes (65%) no nosso estudo dar uma resposta inadequada à questão sobre o conceito de fumador passivo.

Hayes & Plowfield (2007), num estudo qualitativo descritivo, realizado nos Estados Unidos da América, os inquiridos não-fumadores relataram como os principais motivos para não começar a fumar: os malefícios para a saúde, o cigarro ser um “objeto” repelente e o desagradável cheiro emanado pela combustão das folhas de tabaco e outras substâncias existentes no cigarro. Num outro estudo (Pechmann & Reibling, 2006), que contou com alunos de idade média igual a 16 anos, os investigadores mencionaram que 30,9% dos alunos não fumam porque os seus pais ou os seus professores os advertiram sobre os efeitos nocivos do tabagismo, 9,2% porque os seus pais são fumadores adictos e eles não gostam e 7,8% porque tinham medo de fumar, em virtude de familiares e amigos da família terem falecido devido a doenças relacionadas com o tabaco.

Em todas as questões de conhecimentos sobre o tabagismo, a intervenção foi esclarecedora e elucidativa na medida em que se obtiveram diferenças estatísticas significativas.

A análise das conjunturas reportadas pelos alunos, a apreciação do conteúdo das respostas e os resultados obtidos nos estudos referidos, sugerem que a inclusão destes argumentos, em sessões educativas, semelhante à que desenvolvemos nas duas escolas, pode impedir alguns alunos de começar a fumar ou ajudar os outros a abandonar a prática de fumar, contrariando comportamentos, atitudes e atitudes irrefletidas.

Constatámos a existência de algumas limitações no nosso estudo: os dados refletem apenas as repostas de alunos do 3º ciclo, não sendo representativos do período da adolescência. A amostra contempla duas escolas do concelho de Lisboa, de modo que os resultados podem não ser generalizáveis para outras regiões. Os resultados são baseados em autorrelatos de alunos sobre seu próprio comportamento e atitudes sobre o tabagismo, e

os conhecimentos e a mudança de atitudes e comportamentos face ao consumo de tabaco são avaliados 20 dias após a intervenção.

V. Conclusão

Na linha do nosso estudo, consideramos que os fatores psicossociais, geralmente, representam preditores valiosos de comportamentos futuros, considerando-se assim que algumas respostas enfatizadas pelos adolescentes, em questionários escritos ou orais, podem ajudá-los a distanciar-se do ato de fumar, na medida em que a perceção dos adolescentes é diferente da dos adultos (Smith, 2007).

Concluímos que a intervenção surtiu efeitos positivos, principalmente nos conhecimentos dos adolescentes em relação ao tabagismo, melhorando também as suas atitudes e os seus comportamentos.

Este estudo fornece informações, que consideramos, importantes sobre o envolvimento social, familiar e escolar dos adolescentes e que podem contribuir na produção de estratégias para a educação contra o tabagismo e manter os adolescentes afastados da curiosidade de "experimentar".

Sugere-se assim, a cada uma das escolas envolvidas, bem como a todas as escolas a nível nacional, uma intervenção mais abrangente, que devem concentrar-se nas auto descrições dos adolescentes, a fim de compreender as razões para os comportamentos de risco e poder delinear, conjuntamente com os alunos, linhas de atuação. Estas intervenções devem iniciar na escola primária e estender-se a todos os ciclos, tendo em conta que também os farmacêuticos podem atuar na mudança de comportamentos e atitudes, assim como no aumento de conhecimentos sobre o tabagismo, fora de uma farmácia comunitária.

Esta elevada percentagem de alunos fumadores deve motivar a integração de programas de cessação tabágica nas farmácias, extensíveis a adolescentes, com abordagem para este grupo etário.

Referências

Aguiar, M., Todo-Bom, F., Felizardo, M., Caeiro, F., & Sotto-Mayor, R. (Mar/Abr de 2009). Casuística de quatro anos de uma consulta de apoio ao fumador. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, pp. XV (2): 179-197.

American Academy of Pediatrics. (2009). Tobacco use: A Pediatric Disease. *American Academy of Pediatrics*, (124):1474-1487. Obtido de American Academy of Pediatrics: http://pediatrics.aappublications.org/content/124/5/1474

Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (7 de Outubro de 2016). *III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral.* Obtido de Coleção Estudos: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/

Beers, M. (2011). *Diagnóstico e Tratamento.* São Paulo: Merk.

Borges, M. (2009). Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15:952-1004.

Colby, S., Tiffany, S., Shiffman, S., & Niaura, R. (2000). Are adolescent smokers dependent on nicotine? A riview of th evidence. *Drug Alcohol Depend*, 59(1):83-95.

DGS. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 - Ministério da Saúde.* Direcção Geral de Saúde.

DGS. (05 de 09 de 2012). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Obtido de Direção Geral de Saúde: www.dgs.pt

DGS. (2013). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016 .* Lisboa: Direção Geral de Saúde.

DGS. (2014). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo.* Direcção Geral de Saúde.

DGS. (2016). *Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números - 2015.* Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Diário da República. (2007). Decreto-Lei nº37/2007; Artigo nº15. *Diário da República nº156/2007*. Lisboa.

Diário da República. (2007). Decreto-Lei nº37/2007; Artigo nº4. *Diário da República nº156/2007*. Lisboa.

Eagly, A., & Chaiken, S. (1993). *The Psychology of Atitudes.* Florida: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

ESFA. (1998). Towards a smoke-free school: a step-by-step guide on how to create a smoke-free school.

European Comission. (2010). *Tobacco: Special Eurobarometer 332.* Brussels: TNS Opinion & Social.

European Comission. (2012). *Atitudes of Europeans towards tobacco: Report. Special Eurobarometer 385.* Brussels: TNS Opinion & Social.

European Commission. (2007). *Atitudes of Europeans towards tobacco: Report: Special Eurobarometer 272.* Brussels: TNS Opinio & Social.

European Commission. (2012). *Atitudes of Europeans towards tobacco: Report Special Eurobarometer 385.* Brusels: TNS Opinion & Social.

Evans, R. (1976). Smoking in children: developing a social psychological strategy of deterrence. *Preventive Medicine*, (5):122-127.

Fagerstrom, K., & Jinémez Ruiz, C. (2004). Tratamiento substitutivo com nicotina - Tabaquismo. *NeumoMadrid*, 101-110.

Feijão, F., Lavado, E., & Calado, V. (9 de Janeiro de 2011). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas. .* Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT). Obtido de Inquérito Nacional em Meio Escolar 2011.

Ferraz, L., Pereira, A., Simões, M., & Quental, J. (2011). Identificação dos hábitos tabágicos em estudantes do ensino básico. (1,2):66-74.

Ferreira-Borges, C. (2004). *Tabagismo.* Lisboa: Climepsi Editores.

Fiore, M., Jaén, C., Baker , T., Bailey, W., Bennett, G., & Bnowitz, N. (2008). A Clinical Practice Guideline for Treating Tabacco Use and Dependence . *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 158-176.

Fisterra Atencion Primaria en la Red. (23 de Junho de 2017). Obtido de https://www.fisterra.com/medicamentos/

Fraga, S., Sousa, S., Santos, A., Mello, M., Lunet, N., & Padrão, P. (2005). Tabagismo em Portugal. *Arquimed*, pp. 19 (5-6): 207-229.

Fraga, S; Ramos, E; Barros, H. (2006). Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40(4):620-626.

Garrison, G., & Dugan, S. (Mar de 2009). Varenicline: a first line treatment option for smoking cessation. *Clin Ther*, pp. 31(3): 463-491.

Goniewicz, M., Lingas, E., Czogala, J., Koszowski, B., Zielinska-Danch, W., & Sobczak, A. (2010). The role of pharmacists in smoking cessation in Poland. *Eval Health Prof.*, 33(1):81-95.

IHME. (2015). *Institute for health metrics and evaluation.* Obtido de GBD Compare: http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare

INCA. (30 de Outubro de 2017). *Tabagismo - Um grave problema de saúde pública.* Obtido de INCA: http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/t_Tabagismo.pdf

(2008). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.* Lisboa: INS, IP/NE.

INSA IP. (2008). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006.* Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

INSA IP. (2015). *1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico.* Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.

Keating, G., & Lyseng-Williamson, K. (Set de 2010). Pharmacoeconomic spotlight on varenicline as an aid to smoking cessation dagger. *CNS Drugs*, pp. 24(9): 797-800.

Le Foll, B., & George, T. (Nov de 2007). Treatment of tobacco dependence: integrating recent progress into practice. *CMAJ*, pp. 177 (11):1373-1380.

Lima, J. (2002). Gravidez e Tabagismo. *Bol. Soc-Port-Hemorreol-Microcircul*, 17(2):35.

Lopez, A., Hollinshaw, N., & Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control*, (3):242-247.

Lynn, S., Green, J., Accardi, M., & Cleere, C. (2010). Hypnosis and smoking cessation: the state of the science. *Am J Clin Hypn*, 52(3): 177-181.

Macedo, M. (2017). Estuda da prevalência e aplicação da escala de Fagerstrom a adolescentes que recorrem ao SUP do HFF. *Serviço de Urgência Pediátrica* (p. 29). Lisboa: Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca.

Macedo, M., & Precioso, J. (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-Agel Children (HBSC). *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 525-538.

Malcon, M., & Menezes, A. (2002). Tabagismo na adolescência. Em *Pediatria* (pp. 81-82). São Paulo.

Martindale. (2007). *The complete Drug Reference.* London: Pharmaceutical Press.

Martins, M. (2012). Validação de uma intervenção motivacional. *ANTES QUE TE QUEIMES… PÁRA DE FUMAR*, 27.

Matos, M. (2003). Comportamenos e atitudes sobre o tabaco em adolescentes portugueses fumadores. *Psicologia, Saúde e Doenças*, (4):205-219.

Matos, MG. (2008). *Consumo de substâncias: estilo de vida? À procura de uma estilo?* Lisboa: Instituto da droga e da Toxicodependência.

Matos, MG. (2012). *A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010.* Lisboa: Aventura Social e Saúde.

MCRobbie, H., Whittaker, R., & Bullen, C. (2006). Using nicotine replacement therapy to assist in reducing cigarette consumption before quitting: another strategy for smoking cessation. *Disease Management and Health Outcomes*, 335-340.

MCRobbie, H; Lee, M; Juniper, Z. (2005). Non-nicotine Pharmacotherapies for Smoking Cessation. *Respiratory Medicine*, 1203-1212.

Mendonza, R., Pérez, M., & Foguet, J. (1994). *Conductas de los escolare españoles relacionadas com la salud (1986-1990).* Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Milton, M., Maule, C., Yee, S., Backinger, C., Malarcher, A., & Husten, C. (2004). *US. Youth tobacco cessation. A guide making informed decisions. .* Atlanta: Departament of Health and Human Services - Centers for Disease Control and Prevention.

Mitrouska, I., Bouloukaki, I., & Siafakas, N. (2007). Pharmacological approaches to smoking cessation. *Pulmonary Pharmacology & Therapeutics*, (20): 220-232.

MLE. (2013). *Types of Evaluation Designs*. Obtido de Measurement, Learning & Evaluation Project for the Urban Reproductive Health Initiative: https://www.urbanreproductivehealth.org/toolkits/measuring-success/types-evaluation-designs#block-views-toolkit-page-resources-block

Nunes, E. (2003). *Consumo de tabaco - Estratégias de Prevenção e Controlo.* Obtido de Direção Geral de Saúde: file:///C:/Users/M%C3%A1rcia/Downloads/i005996%20(2).pdf

OMS. (2004). *Tobacco and Poverty. A vicious circle.* Obtido de Organização Mundial de Saúde: http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2004/en/wntd2004_brochure_en.pdf

OMS. (2004). *Tobacco and poverty. A viciouscircle.* Geneva: Organização Mundial de Saúde.

OMS. (2007). *Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. olicy recommendations.* Geneva: Organização Mundial de Saúde.

OMS. (2008). *Report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package.* Obtido de Organização Mundial de Saúde: http://www.who.int/tobacco/mpower/2008/en/

OMS. (2008). *Report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package.* Geneva: Organização Mundial de Saúde.

OMS. (10 de Dezembro de 2016). *Global Youth Tobacco Survey .* Obtido de Organização Mundial de Saúde: www.who.int/tobacco/surveillnce/gyts/en

Ordem dos Farmacêuticos. (2002). O que os portugueses pensam dos serviços de Saúde. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, (47):1-45.

Ordem dos Farmacêuticos. (25 de 10 de 2017). *Geração Saudável*. Obtido de Ordem dos Farmacêuticos: https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/projetos/geracao-saudavel/

Pamplona, P. (2007). Fumador internado? - A intervenção apropriada. *Rivasta Protuguesa de Pneumologia*, 13(6):801-826.

Pascoal, I. (Ago de 2005). Cessação Tabágica: Consulta especializada. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, pp. (11):137-143.

Precioso. (1999). *Não fumar é o que está a dar: caracterização e avaliação preliminar de um programa de prevenção do consuo de tabaco dirigido a alunos do 3º ciclo.* Braga: Departamento de Metodologias da Educação - Universidade do Minho.

Precioso, J. (2000 de 2000). Não fumar é o que está a dar: guia para o professor. 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., Calheiros, J., Pereira, D., Campos, H., Antunes, H., Rebelo, L., & Bonito, J. (2009). Estado atual e evolução da epidemia tabágica em Portugal e na Europa. *Acta Médica Portuguesa*, (22):335-348. Obtido de Acta Médica Portuguesa.

Precioso, J., Samorinha, C., Macedo, M., & Antunes, H. (2012). Prevalência do consumo de tabaco em adolescentes escolarizados portugueses por sexo: Podemos estar optimistas? *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 18(4):182-187.

Precioso, J;. (2004). Quando e porquê começa os estudantes universitários a umar: Implicações para a prevenção. *Análise Psicológica*, 3(XXII):499-506.

Quental, J., & Ferraz, L. (2002). *Relatório de Atividades do Grupo de Prevenção e Desabituação Tabágica.* Coimbra: Delegação Centro da Fundação Portuguesa de Cardiologia.

Ravara, S. (2004). Curso de Tabagismo - intervenção Breve. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 33-40.

Reichert, J., Araújo, A., Gonçalves, C., Godoy, I., Chatkin, J., Sales, M., & Santos, S. (2008). Diretrizes para cessação tabágica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*.

Resende, I., Fonseca, G., Guedes, A., & Martins, V. (Set/Out de 2009). Caracterização dos fumadores e factores que influenciam a motivação para a cessação tabágica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, pp. 15(5):783-802.

Santos, H., Cunha, I., & Ferreira, P. (2008). Cuidados Farmacêuticos no Tabagismo. *Revista Profissional da Farmácia - Farmácia Distribuição*, (203):16-17.

Santos, H., Cunha, I., & Ferreira, P. (Setembro de 2008). Farmácia de Distribuição nº203. *Cuidados Farmacêuticos no Tabagismo - Manual de Atuação Farmacêutica*.

Santos, J. (2015). *Projeto de Prevenção do Consumo de Tabaco* . Palmela.

Santos, R., Costa, S., Mendes, Z., Crisóstomo, S., Pádua, F., Morais de Almeida, M., & Segorbe Luís, A. (2006). Não fume. Nós ajudamos - Campanha de Cessação Tabágica nas Farmácias Portuguesas. *Programa de Cuidados Farmacêuticos*.

Savolainen, S. (1998). *The smokerfree class competition: a european school-based anti-smoking campaing: na overvie of the 1977/78 round in seven countries.* Helsinki: European of Network and Young People and Tobacco. National Public Health Intitute. Departament of Epidemiology and Health Promotion.

Shaham, J., Ribak, J., & Green, M. (1992). The consequences of passive smoking: an overview. *Public Health Rev*, 20(1-2):15-28.

Silva, H. (2011). *Hábitos tabágicos dos alunos do 4ºano da Licenciatura de Enfermagem da UFP.* Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Silva, M., Silva, R., & Botelho, C. (2008). Fatores associados à experimentação do cigarro em adolescentes. *Revista Brasileira de Pneumologia*, 34(11):928.

SNS. (2017). Obtido de Cessação Tabágica: https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/01/04/cessacao-tabagica-3/

Stead, L., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., Hartmann-Boyce, J., Cahill, K., & Lancaster, T. (2012). Nicotine replacement therapy for smoking cessation.

Talhout, R., Schulz, T., Florek, E., Benthem, J., Wester, P., & Opperhuizen, A. (2011). Hazardous Compouds in Tobacco Smoke. *Public Health*, 613-628.

Taylor, A., & Katoremi, M. (2007). Walking reduces cue-elicited cigarette cravings and withdrawal symptoms, and delays ad libitum smoking. *Nicotine Tob Res*, 9(11):1183-1190.

Tonnesen, P., Tonstad, S., Hijalmarson, A., Lebargy, F., Van Spiegel, P., & Hider, A. (2013). A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, 1-year study of bupropion SR for smoking cessation. *J Intern Med.*, 254(2):184-192.

U.S. Departament of Health and Human Services. (1994). *Preventing Tobacco Use Among Young People - A report of the Surgeon General.* Centers for Disease Control and Prevention.

U.S. Department of Health and Human Services. (2012). *Preveting tobacco use among young and young adults: a report of the Surgeon General.* Atlanta: U.S. Departament of Health and Human Services.

US Departament of Health and Human Services. (2004). *The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General.* Washington D.C: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevntion and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

Van Schayck, O., Pinnock, H., Ostrem, A., Litt, J., Tomlins, R., & Williams, S. (2008). IPCRG Consensus statement: Tackling the smoking epidemic - practical guidance for primary care. *Prim Care Resp J.*, 17(3): 185-193.

Vitória, P. (2009). O impacto da influência social na intenção de fumar e no comportamento tabágico dos adolescentes portugueses. *Tese para obtenção do grau de Doutor em Psicoloia Social e Organizacional*. Lisboa.

Vitória, P., Raposo, C., Peixoto, F., Carvalho, A., & Clemente, M. (Setembro de 2006). *Programas Escolas Livres de Tabaco*. Obtido de Querer é poder I: https://pt.slidehare.net/Profmaria/querer-poder-i

Vitória, P; Raposo, C; Peixoto, F; Carvalho, A; Clemente, M. (Setembro de 2006). *Programa Escolas Livres de Tabaco*. Obtido de Querer é poder II: https://pt.slidehare.net/Profmaria/querer-poder-ii

Vitória, P; Raposo, C; Peixoto, F; Clemente, M; Romeiro, A. (2001). *Querer é poder II.* Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo.

Vitória, P; Silva, S; Vries, H. (2011). Avaliação Longitudinal de programa de prevenção do tabagismo para adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 45(2):343-54.

Vries, H., Mudde, A., Leijs, I., Charlton, A., Vartiainen, E., & Buijs, G. (2006). The European Smoking Prevention Framework Approch (ESFA): Effects after 24 and 30 months. *Health Edu Res.*, 21(1):116-132.

White, A., Rampes, H., & Champbell, J. (2006). Acupuncture and related interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.*

Wiborg, G., & Hanewinkel, R. (1999). Smokefree class competition: a school-based prevention programme in Europe. *Interaction*, (12):15-16.

Williams, D. (2009). Praparing pharmacy students and pharmacists to provide tobacco cessation counselling. *Australasian Professional Society on Alcohol and Other Drugs*, (28): 533-540.

Anexos

Anexo 1 - Documento de consentimento informado

Formulário de consentimento informado

Este estudo tem com objetivo avaliar em que medida os conhecimentos e as atitudes dos jovens inqueridos melhoram com a intervenção educativa de uma farmacêutica na escola. Por outro lado, pretende ainda estudar-se se os fatores sócio demográficos têm alguma influência no início do tabagismo.

Eu, _____

_____

_____

1. Li o questionário;

2. Tive oportunidade de colocar questões sobre o estudo e esclarecer as minhas dúvidas;

3. Recebi informação que considero suficiente sobre o estudo;

4. Falei com _____;

Concordo que esta intervenção seja aplicada nesta escola.

Assinatura do responsável da instituição:

_____

Assinatura do investigador: _____

Data: ___/___/_____

Anexo 2 - Questionário

O presente questionário é constituído por um conjunto de perguntas, divididas em três partes, sendo elas, a caracterização da amostra, sociodemográfica e de conhecimentos.

Não deixes nenhuma pergunta sem resposta. Lê cuidadosamente cada uma das questões, assinalando com uma (X) a opção de resposta que consideras mais adequada à tua opinião.

O questionário é anónimo e confidencial, a tua participação é muito importante.

Obrigada pela tua colaboração!

Parte I – Caracterização da amostra

1. Género
   1.1 _____ Masculino
   1.2 _____ Feminino

2. Idade _____

3. Fumas há quanto tempo?
   3.1 _____ Não Fumo (se assinalaste esta resposta passa para a pergunta 6)
   3.2 _____ Não fumo, mas já experimentei (se assinalaste esta resposta passa para a pergunta 6)
   3.3 _____ Menos de 1 ano
   3.4 _____ Entre 1 e 2 anos
   3.5 _____ Mais de 2 anos

4. Fumas quantos cigarros por dia?
   4.1 ____ Menos de 5 cigarros
   4.2 ____ De 5 a 10 cigarros
   4.3 ____ De 10 a 20 cigarros
   4.4 ____ Mais de 20 cigarros

5. Que idade tinhas quando fumaste o primeiro cigarro?
   _____ anos.

6. Os pais/ familiares/ pessoas com quem vives, sabem que fumas?
   6.1. _____ sim
   6.2. _____ não

7. Os teus pais/ familiares preocupam-se por tu fumares?

   7.1. _____ sim

   7.2. _____ não

8. Eu fumo porque ...

   6.1. _____ deixa-me calmo

   6.2. _____ os meus amigos fumam

   6.3. _____ os meus familiares fumam

   6.4. _____ faz-me parecer mais interessante

   6.5. _____ apenas gosto de fumar

9. Normalmente, quanto tempo passa entre a altura que te levantas da cama e fumar o primeiro cigarro?

   7.1. _____ menos de trinta minutos

   7.2. _____ entre trinta minutos e uma hora

   7.3. _____ entre uma hora e duas horas

   7.4 _____ mais de 2 horas

10. Estás a pensar deixar de fumar?

    Sim ___ Não ___

11. Já alguma vez leste os avisos nas caixas de tabaco?

    ____sim

    ____não

Parte II – Caracterização do Contexto Social e Familiar

1. Como ocupas o teu tempo livre?

__ a ouvir música

__ a ler ou a estudar

__ com os amigos

__ a praticar desporto

__ saídas (café, bar, discotecas, festas)

__ clube de jovens

__ a trabalhar

2. Qual o estado civil dos teus pais?
   __ Casados
   __ Separados
   __ Outra Situação

3. Quais as habilitações académicas do teu pai?
   __ Básico
   __ 2º Ciclo
   __ 3º Ciclo
   __ Secundário
   __ Ensino Superior

4. Quais as habilitações académicas da tua mãe?
   __ Básico
   __ 2º Ciclo
   __ 3º Ciclo
   __ Secundário
   __ Ensino Superior

5. Os teus pais estão empregados?
   Mãe ___ Sim ___ Não
   Pai ___ Sim ___ Não

6. Diariamente, quanto tempo estás em casa sem a presença dos teus pais ou outro adulto?
   ___ menos de uma hora
   ___uma a duas horas
   ___mais de duas horas

7. Podes fumar em tua casa, se quiseres?
   __ sim
   __ não
   __ não sei

8. Alguma das pessoas que vive contigo fuma?
   ___ Sim ___ Não

   Se sim, quem? ___

9. E os teus amigos fumam?
   ____ nenhum
   ____ alguns
   ____ bastantes
   ____ quase todos

10. Já viste algum dos teus professores fumarem?
    ____ nenhum
    ____ alguns
    ____ bastantes
    ____ quase todos

Parte III– Conhecimentos sobre o tabagismo

Assinala a resposta que para ti está correta.

1. O tabagismo é uma doença?
   Sim ___ Não ___

2. O tabagismo é:

__ o fumo passivo

__ o hábito de fumar

__ é o estudo dos malefícios do tabaco

3. O tabaco é uma droga porque provoca dependência. A substância que provoca dependência é:
   Alcatrão ___
   Nicotina ___
   Monóxido de carbono ___

4. Achas que deixar de fumar faz engordar?
   Sim ____ Não____

5. Os fumadores passivos são as pessoas que:
   __ que só fumam em ocasiões especiais;

   __ involuntariamente inalam o fumo;

   __ deixaram de fumar;

6. Achas que o fumo do cigarro das outras pessoas é perigoso para ti?
   _____ sim
   _____ não

7. O tabaco é um dos maiores inimigos da saúde porque:
   ___ as pessoas gastam muito dinheiro;

   ___ provoca doenças graves;

   ___ prejudica o ambiente;

8. As pessoas começam a fumar porque:

__ não têm nada para fazer;

__ foram influenciadas por alguém ou pela publicidade;

__ pensam que não vão ficar viciadas.

9. Assinala a opção mais correta para ti, com um X.

	Nunca	Às vezes	Frequente mente	Sempre
A impotência sexual masculina pode ser uma das consequências do hábito tabágico?				
O consumo do tabaco interfere com a gravidez?				
A capacidade física de um fumador é inferior quando comparada com um não fumador?				
O envelhecimento acelerado da pele é uma consequência do consumo do tabaco?				
O tabaco causa dependência física e psicológica?				

10. Se quisesses deixar de fumar, onde recorrerias?

___Hospital

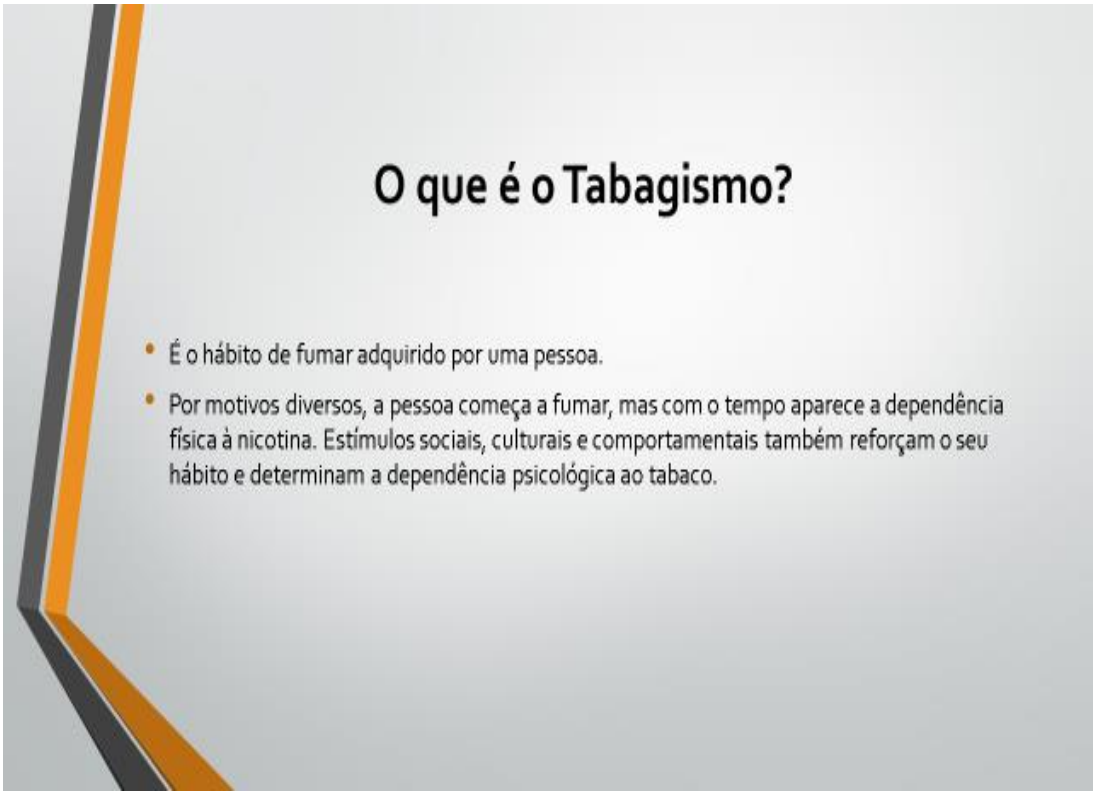
___Farmácia

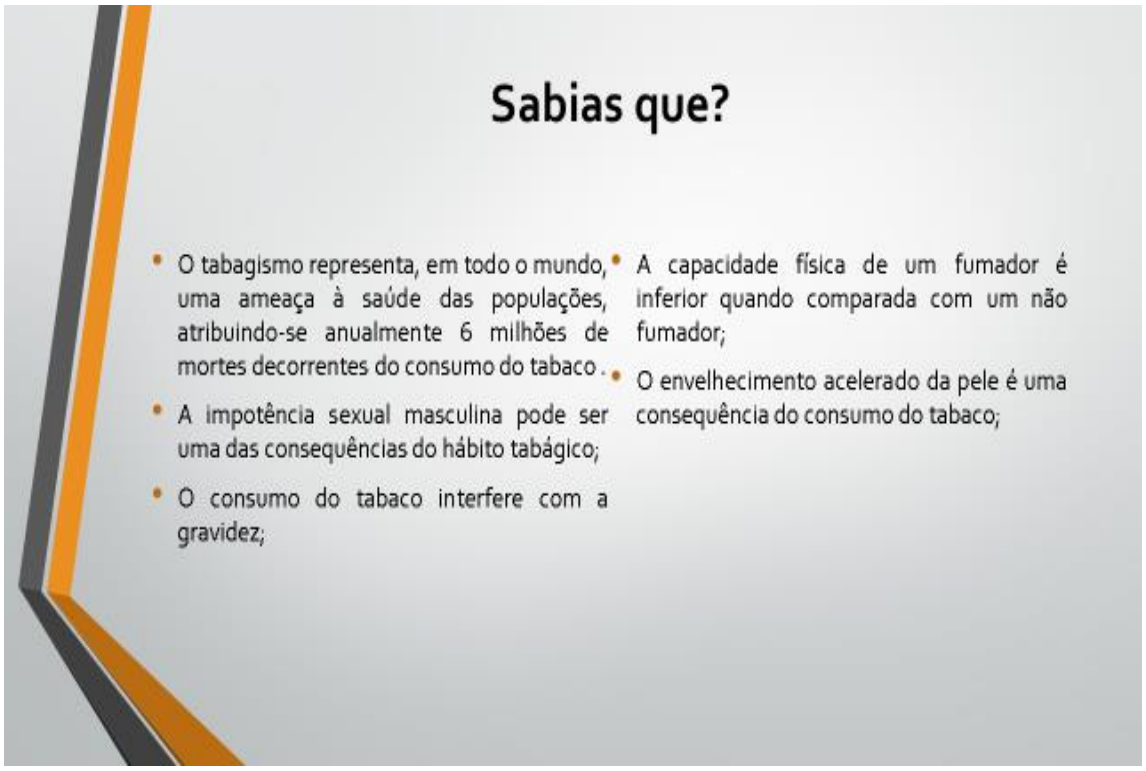
___Consultas de cessação tabágica

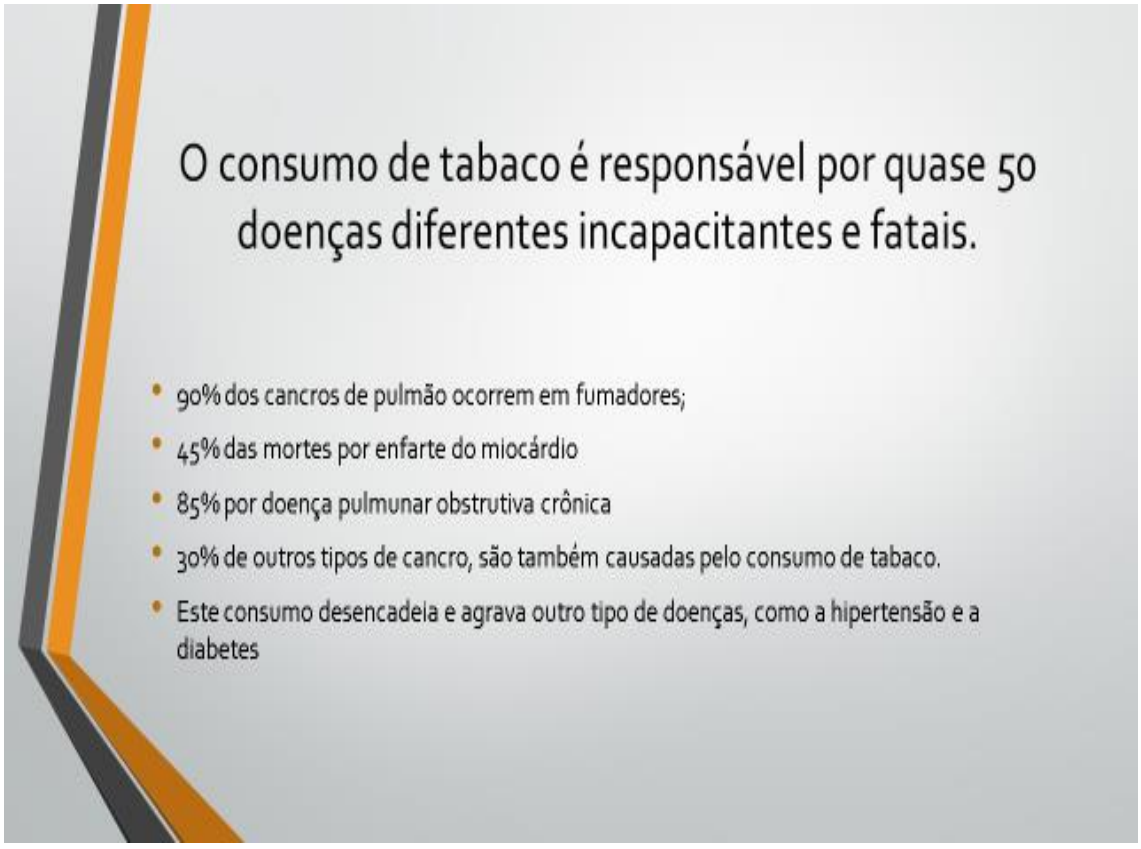
___Se for noutro sítio, refere em qual ___

Anexo 3 – Power Point da intervenção farmacêutica






Sabias que?
O tabagismo representa, em todo o mundo, uma ameaça à saúde das populações, atribuindo-se anualmente 6 milhões de mortes decorrentes do consumo do tabaco
A impotência sexual masculina pode ser uma das consequências do hábito tabágico;
O consumo do tabaco interfere com a gravidez;
A capacidade física de um fumador é inferior quando comparada com um não fumador;
O envelhecimento acelerado da pele é uma consequência do consumo do tabaco;


O consumo de tabaco é responsável por quase 50 doenças diferentes incapacitantes e fatais.
90% dos cancros de pulmão ocorrem em fumadores;
45% das mortes por enfarte do miocárdio
85% por doença pulmunar obstrutiva crônica
30% de outros tipos de cancro, são também causadas pelo consumo de tabaco.
Este consumo desencadeia e agrava outro tipo de doenças, como a hipertensão e a diabetes



Não fumas, mas sabias que podes ser considerado fumador?

- As pessoas que aspiram involuntariamente o fumo libertado pelos cigarros dos fumadores são designados por fumadores passivos;
- Os fumadores passivos sofrem os efeitos imediatos da poluição tabágica ambiental, tais como irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaleia, aumento de seus problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias;
- Outros efeitos a médio e longo prazos são a redução da capacidade funcional respiratória, aumento do risco de ter arteriosclerose e aumento do número de infecções respiratórias em crianças.



Benefícios Cessação Tabágica

20 minutos - a pressão arterial e a pulsação voltam ao normal

24 horas - o risco de enfarte do miocárdio diminui

72 horas - o relaxamento dos brônquios permite respirar melhor e os níveis de energia aumentam

2 semanas a 3 meses - a circulação sanguínea melhora e a função pulmonar aumenta cerca de 30%

1 a 9 meses - a ocorrência de tosse, congestão nasal, fadiga e dispneia diminuem.

1 ano - ocorre a diminuição em 50% do risco de doença cardíaca coronária

5 anos - o risco de acidente vascular cerebral iguala o de um não fumador

10 anos - o risco de cancro de pulmão é cerca de metade do de um não fumador

15 anos - o risco de doença coronária é igual ao de um não fumador



Mitos

- PARAR DE FUMAR ENGORDA? **Falso**

- Justificação para o aumento de peso:

- Há uma melhora do paladar e do olfato;

- Ex-fumadores sentem falta da sensação de ter algo para fazer com a boca e com as mãos. Comer ou beliscar é semelhante a ação repetitiva de fumar;

- Utilizar o alimento do mesmo modo que utilizava-se os cigarro ao lidar com o stress, escapar do tédio, da tensão, passar o tempo ou como ajuda na integração social;

Mas se é tão óbvio que parar de fumar só traz benefícios à saúde, por que muita gente não consegue largar o cigarro?

- Basta vontade - **Falso**

- A vontade de parar é o mais importante, mas nem todos conseguem interromper esse vício sem ajuda. O hábito de fumar envolve inúmeras situações do dia a dia, que desencadeiam o desejo, além da dependência química da nicotina propriamente dita.

- Apoio profissional é importante – **Verdade**

- A interrupção desse comportamento pode ser muito difícil, por isso o apoio de profissionais pode ser de grande ajuda, seja para tirar dúvidas, incentivar, sugerir mudanças na rotina ou mesmo associar medicamentos. É importante lembrar que esse tratamento é oferecido de forma gratuita em hospitais, farmácias e centros de saúde.


Obrigada!