

**Sílvia Marlene Cunha Sorte**

**Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto**

**Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde**

**Porto, 2008**



**Sílvia Marlene Cunha Sorte**

**Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto**

**Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde**

**Porto, 2008**

Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

**Sílvia Marlene Cunha Sorte**

**Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto**

---

(assinatura)

Monografia apresentada à  
Universidade Fernando Pessoa  
como parte dos requisitos para a  
obtenção do grau de Licenciatura  
em Enfermagem.

## SUMÁRIO

O consumo de tabaco está difundido por todo o mundo e constitui um dos maiores problemas actuais de saúde pública. Segundo Pestana (2006, p.52), “O consumo de tabaco associa-se a um elevado número de doenças, entre elas o cancro, as doenças respiratórias e cardiovasculares”. Se as actuais tendências se mantiverem, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2025 haja dez milhões de mortes por ano, o que significa que morrerá uma pessoa a cada três segundos.

Como cidadã e futura enfermeira acompanho esta situação de perto e, como tal, leva-me a questionar quais os conhecimentos que os jovens adultos fumadores têm acerca dos malefícios do consumo de tabaco. Desta forma, as questões a investigar para este estudo são: quais os conhecimentos que os jovens adultos fumadores possuem acerca dos malefícios do tabaco e quais as fontes de informação a que os jovens adultos recorrem acerca dos malefícios do tabaco.

Para dar resposta a estas questões optou-se por uma população de jovens adultos fumadores. Desta população foram inquiridos 50 jovens adultos fumadores que frequentam um Café do Distrito do Porto. Foi escolhido o estudo de carácter descritivo- exploratório, com abordagem quantitativa. Através da metodologia e objectivos que foram traçados, o instrumento de colheita de dados que aplicamos nos participantes foi o questionário.

Depois da recolha e análise dos dados obtidos, verificámos que, de uma forma geral, esta amostra identifica e reconhece os malefícios associados ao tabagismo. Tendo sido assinalado que as patologias são uma consequência do hábito tabágico maioritariamente como “frequentemente” e “sempre”. Por outro lado, o enfermeiro e o médico não são as referências principais de informação para os inquiridos.

A elaboração desta monografia teve fulcral importância, uma vez que permitiu alargar os conhecimentos na investigação, nomeadamente, sobre os malefícios do hábito tabágico e assim contribuir para os conhecimentos na área de Enfermagem.

**ABREVIATURAS E SIGLAS**

OMS – Organização Mundial de Saúde

SPSS – Statistical Package of Social Science

Pp. – páginas

P. – Página

Cit. – Citado

% - Percentagem

**DEDICATÓRIAS**

Dedico esta monografia aos meus pais por sempre me apoiarem e me terem ajudado a tornar este sonho possível.

## **AGRADECIMENTOS**

Foram muitos os apoios que recebi para conseguir elaborar a presente monografia:

- Ao enfermeiro Carlos Silva, pela sua orientação, incentivo, disponibilidade e paciência;
- Aos indivíduos que acederam participar neste estudo;
- Aos meus amigos por terem estado presentes ao longo de todo este processo de aprendizagem e que de algum modo se envolveram na realização deste trabalho disponibilizando tempo, experiência, ajuda e sabedoria.

A todos o meu MUITO OBRIGADO!

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

Não fumo, quero viver

Cigarro é prazer efémero  
Que te mata lentamente;  
Lembra-te do coração,  
Da garganta, do pulmão,  
Não queiras ser dependente.

Será que ao fumar não pensas  
Que a vida te vai escapando?  
Tens a mania que és forte,  
Que só tens medo é da morte,  
Mas continuas fumando.

Um dia ouvi-te dizer  
Que o cigarro é um companheiro,  
Então procura outro amigo,  
Que esse acaba contigo  
E acaba com o teu dinheiro.

E até se beijas alguém  
Não ficas envergonhado?  
Mesmo num beijo de amor  
Será diferente o sabor  
Se tu não tiveres fumado.

Se estás a tempo, recua,  
Deus só nos deu uma vida;  
Mesmo que te dê prazer  
Pára p'ra poderes viver  
Essa vida bem vivida.

E tu que nunca fumaste,  
Nunca penses em fazê-lo,  
Bem alto podes dizer:  
Sou feliz, quero viver,  
Tabaco, nem quero vê-lo.

José Correia, 2002

## ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO .....	16
I- FASE CONCEPTUAL .....	19
1. Enquadramento Teórico .....	19
1.1 Classificação da planta Tabaco .....	20
1.1.1 Breve história do Tabaco.....	21
1.1.2 Substâncias Tóxicas do Tabaco.....	23
1.2 Hábito tabágico.....	27
1.3 Os Malefícios associados ao hábito tabágico .....	29
1.3.1 Cardiovasculares.....	29
1.3.2 Digestivo.....	31
1.3.3 Neoplasias.....	31
1.3.4 Respiratório .....	36
1.3.6 Efeitos do tabaco na mulher e no feto .....	37
1.3.7 Sexualidade.....	38
1.3.8 Dependência .....	38
1.3.9 Fumadores passivos.....	40
1.4 Prevenção do consumo de tabaco.....	41
1.4.1 Papel do enfermeiro na prevenção do hábito tabágico .....	42
II. FASE METODOLÓGICA .....	45
2.1 Questões éticas de investigação.....	45
2.2. Tipo de Estudo.....	46
2.3 Meio.....	47
2.4. População .....	47
2.5 Processo de Amostragem .....	48
2.6 Amostra .....	48
2.7 Problema de Investigação.....	48
2.7.1 Questões de investigação.....	49
2.7.2 Objectivos.....	49
2.8 Variáveis.....	50
2.9 Instrumento de colheita de dados .....	50
2.10 Pré-teste .....	51
2.11 Tratamento e análise dos dados.....	51
III. RESULTADOS .....	53

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

V. DISCUSSÃO .....	69
V. CONCLUSÃO.....	75
BIBLIOGRAFIA .....	78
ANEXOS.....	81

Anexo I. Instrumento de Recolha de Dados

**ÍNDICE DE QUADROS**

<b>Quadro 1.</b> Distribuição da amostra segundo a variável “género”.	53
<b>Quadro 2.</b> Distribuição da amostra segundo a variável “idade”.	54
<b>Quadro 3.</b> Distribuição da amostra segundo a variável “estado civil”.	55
<b>Quadro 4.</b> Distribuição da amostra segundo a variável “habilitações literárias”.	55
<b>Quadro 5.</b> Distribuição da amostra segundo a variável “anos de consumo tabágico”.	56
<b>Quadro 6.</b> Distribuição da amostra segundo a variável “o consumo de tabaco pode originar cancro do pulmão”.	57
<b>Quadro 7.</b> Distribuição da amostra segundo a variável “A impotência sexual masculina pode ser uma das consequências do hábito tabágico”.	57
<b>Quadro 8.</b> Distribuição da amostra segundo a variável “o consumo de tabaco interfere com a gravidez”.	58
<b>Quadro 9.</b> Distribuição da amostra segundo a variável “a longo prazo, o consumo de tabaco pode provocar a menopausa precoce”.	58
<b>Quadro 10.</b> Distribuição da amostra segundo a variável “a capacidade física de um fumador é inferior quando comparada com um não fumador”.	59
<b>Quadro 11.</b> Distribuição da amostra segundo a variável “o envelhecimento acelerado da pele é uma consequência do consumo de tabaco”.	59
<b>Quadro 12.</b> Distribuição da amostra segundo a variável “o enfisema pulmonar é uma consequência do hábito tabágico”.	60
<b>Quadro 13.</b> Distribuição da amostra segundo a variável “o consumo de tabaco é a principal causa de”.	60

- Quadro 14.** Distribuição da amostra segundo a variável “a obstrução das veias do coração é uma consequência do consumo de tabaco”. 61
- Quadro 15.** Distribuição da amostra segundo a variável “o consumo de tabaco interfere com a circulação de oxigénio no sangue”. 62
- Quadro 16.** Distribuição da amostra segundo a variável “com o consumo de tabaco aumenta o risco de ocorrer um enfarte agudo do miocárdio”. 62
- Quadro 17.** Distribuição da amostra segundo a variável “qual das seguintes patologias não é consequência do consumo de tabaco”. 63
- Quadro 18.** Distribuição da amostra segundo a variável “o tabaco causa dependência física e psicológica”. 64
- Quadro 19.** Distribuição da amostra segundo a variável “os fumadores passivos correm riscos de doença após exposição ao fumo do tabaco”. 64
- Quadro 20.** Distribuição da amostra segundo a variável “quando a mãe fuma durante a amamentação, as substâncias tóxicas e a nicotina passam através do leite e são absorvidas pela criança”. 65
- Quadro 21.** Distribuição da amostra segundo a variável “quais as fontes a que recorre para obter os conhecimentos que tem acerca dos malefícios do hábito tabágico”. 66
- Quadro 22.** Distribuição da amostra segundo a variável “outras fontes a que recorre para obter os conhecimentos que tem acerca dos malefícios do hábito tabágico”. 67
- Quadro 23.** Distribuição da amostra segundo as variáveis “está a pensar deixar de fumar”; “sim, Motivo” e “não, motivo”. 68

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1</b> – Histograma de frequências para a variável “Idade”.	54
<b>Gráfico 2.</b> Distribuição da amostra segundo a variável “O consumo de tabaco é a principal causa”.	61
<b>Gráfico 3.</b> Distribuição da amostra segundo a variável “qual das seguintes patologias não é consequência do consumo de tabaco”.	63
<b>Gráfico 4.</b> Distribuição da amostra segundo as variáveis “Quais as fontes a que recorre para obter os conhecimentos que tem acerca dos malefícios do hábito tabágico”.	67

## 0 – INTRODUÇÃO

A evolução em enfermagem faz-se através da aquisição de novos conhecimentos, desenvolvendo-se novas competências, aumentando assim, a área de saberes específicos. Esta constante actualização deve-se à frequente alteração científica, ética e profissional que se verifica no Homem, enquanto ser humano em constante interacção com o meio ambiente.

A investigação em Enfermagem contribui para a sua afirmação como profissão independente, com saberes autónomos, constituindo por isso uma forma privilegiada de construir novos conhecimentos na área do empenho profissional, surgindo como estratégia de aprendizagem, que permitirá aos alunos e profissionais de Enfermagem manterem-se actualizados, contribuindo desta forma para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados ao doente, família e comunidade.

Assim, a investigação em enfermagem “(...) desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática dos cuidados [...] diz respeito ao estudo sistemático de fenómenos que conduzem à descoberta e ao incremento de saberes próprios da disciplina” (Fortin, 1999, p.31).

Partindo do pressuposto de que novos conhecimentos são adquiridos e desenvolvidos pela investigação, é considerada um instrumento indispensável à evolução da nossa profissão, que surge como a razão de ser deste trabalho.

É com este objectivo que a investigação faz parte dos conteúdos programáticos das escolas e faculdades de enfermagem. Neste sentido e inserido na unidade curricular de Projecto de Investigação II e Monografia da Licenciatura em Enfermagem, do 4º ano da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade de Ciências da Saúde foi proposto a realização de um estudo nesta área.

Desta forma surgiu o tema **os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto**.

A razão pela qual decidimos estudar esta temática está relacionada com o facto do tabagismo constituir uma problemática actual e pertinente com consequências para a saúde pública,

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

nomeadamente aos jovens adultos, uma vez que, a grande concentração de fumadores está na faixa etária, entre 20 a 49 anos de idade, com vista a uma eventual intervenção dirigida à redução/abstinência do consumo tabágico.

Vários estudos tem demonstrado que o hábito de fumar tem aumentado significativamente, segundo a (OMS *cit. In* Nunes e Jólluskin, 2007, p.269) o consumo de tabaco “ (...) generalizou-se de forma preocupante, sobretudo desde o aparecimento do cigarro. Mundialmente, cinco milhões de pessoas perdem a vida anualmente devido a doenças relacionadas com o tabagismo. Na Europa, 14% do total de mortes anuais estão associadas a problemas devidos ao consumo tabágico. Estima-se que o número de mortos por patologia associada ao consumo de tabaco possa ascender aos dez milhões, se as actuais tendências se mantiverem.

Como refere Alegria (2003, p.10), “O facto da epidemia continuar leva-nos a concluir que ainda não se disse o bastante, suficientemente alto e com o ênfase necessário”. As distintas medidas tomadas pelos governos nas últimas décadas demonstraram claramente que a epidemia do tabagismo é grave, sendo necessário implementar adequadas acções legislativas, informativas e preventivas.

Esperámos com este estudo que, e especialmente os jovens, reflectam nos malefícios do tabagismo, de forma a pudermos construir, num futuro próximo, uma nova mentalidade acerca do tabagismo, acreditando que poderá ser possível uma sociedade sem fumo e mais saudável.

Para o desenvolvimento deste estudo foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Quais os conhecimentos que os jovens adultos fumadores possuem acerca dos malefícios do tabaco?
  
- Quais as fontes que os jovens adultos recorrem para obter informação acerca dos malefícios do tabaco?

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

Para responder às questões é necessário elaborar objectivos. Assim sendo, os objectivos que nos propomos atingir neste estudo são:

- Determinar os conhecimentos que os jovens adultos fumadores possuem acerca dos malefícios do tabaco;
- Identificar as fontes de informação que os jovens adultos recorrem acerca dos malefícios do tabaco.

Como **objectivos académicos** para além de servir como um momento de avaliação no decurso de toda esta etapa académica, deseja-se também interligar todos os conhecimentos adquiridos nas disciplinas leccionadas durante o curso e aprofundar os conhecimentos na área do hábito tabágico e na área da investigação, sendo capazes de aplicar a metodologia científica, no sentido de elaborar uma monografia para finalizar a licenciatura em Enfermagem.

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal de abordagem quantitativa, no qual foi utilizado como instrumento de colheita de dados um questionário. O questionário foi aplicado a 50 jovens adultos fumadores presentes num café da Região do Porto.

Os dados colhidos foram tratados através do programa estatístico SPSS ( Statistical Package for Social Sciences).

Neste sentido, o presente estudo é constituído primeiramente por uma explicação teórica essencial para melhorar a compreensão sobre o tema abordado; seguidamente apresentamos a metodologia utilizada e por fim enunciamos os resultados, a discussão e as conclusões obtidas.

Esperamos com este estudo dar um contributo nesta área, podendo-se assim aprofundar e enriquecer os nossos conhecimentos, para assim melhorar a relação educativa, nesta recta final, como alunos e futuramente como profissionais de saúde.

## **I- FASE CONCEPTUAL**

Conceptualizar refere-se a um processo, ou a uma forma ordenada de formular e documentar ideias acerca de um assunto preciso com a finalidade de chegar a uma concepção clara e organizada do objectivo em estudo (Fortin, 2000, p.39).

Esta fase é dotada de grande importância, pois é nesta fase que se perspectiva a investigação. Esta fase serve como base/suporte de investigação.

### **1. Enquadramento Teórico**

O enquadramento teórico é indispensável num trabalho de investigação, tal como afirma Fortin (1999, p.93):

(...) uma generalização abstracta que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo, em função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação, fornece parâmetros para um estudo, no qual os conceitos importantes e as suas relações mutuas serão definidas.

Para melhor conhecimento e compreensão dos aspectos teóricos relacionados com os malefícios do hábito tabágico, foram seleccionados alguns assuntos considerados relevantes para a análise desta temática. De forma sequencial encontram-se distribuídos por 7 capítulos:

1. Classificação da planta tabaco;
2. Breve história do tabaco;
3. Substâncias Tóxicas do Tabaco;
4. Hábito tabágico;
5. Os malefícios associados ao hábito tabágico;
6. Prevenção do consumo de tabaco;
7. Papel do enfermeiro na prevenção do hábito tabágico.

## 1.1 Classificação da planta Tabaco

O tabaco, em termos botânicos, é uma planta dicotiledónea da grande família das Solanáceas, da qual fazem parte outras plantas, tais como a batata, o tomate, a beringela e o pimento (Martinet e Bohadana, 2003).

Existem mais de sessenta variedades de tabaco no mundo e pertencem ao género *Nicotiana*, designação atribuída por Liébault em homenagem a Jean Nicot (1530-1600).

Segundo Andrade (1990, p.13),

Estão distribuídas por três grandes espécies: a *Nicotiana rustica* originária da América do Sul, da qual se cultivam ainda algumas subespécies; a *Nicotiana tabacum* também originária da América do Sul, e que correntemente é utilizada na cultura do tabaco; finalmente a *Nicotiana glauca*, originária da América do Sul e Pacífico. A *Nicotiana tabacum*, espécie mais difundida no mundo, é uma planta florida, de pétalas cor-de-rosa, vermelhas ou brancas, dotada de robustas folhas e que chega a atingir os 2 metros de altura.

Andrade (1990, p.13) refere que,

O fabrico destes produtos faz-se a partir de folhas colhidas de plantas adultas que são secas ao sol ou, pelo fogo, em secadores especiais e, em seguida, cortadas em tiras de largura e tamanho diferentes, conforme os tipos de tabaco a que se destinam. As folhas, depois de secas, são remetidas para os centros de fermentação, deixando de ser consideradas, a partir desta altura, como produto agrícola para serem submetidas aos diferentes processos de tratamento industrial do tabaco.

“Os produtores de cigarros procuram seleccionar novas plantas de tabaco, a fim de controlar, em especial, a concentração de nicotina” (Martinet e Bohadana, 2003, p. 78).

Ainda as mesmas autoras (Martinet e Bohadana, 2003, p. 77), afirmam que “O tabaco é principalmente fumado, mas pode também ser inalado ou mascarado. Pode ser encontrado sob a forma de cigarros, 90 % a 95 %, sob a forma de charutos, 2% a 3%, sob a forma de tabaco para cachimbo 1% a 2% e como rapé (aspirar) ou tabaco para mascar, 1% a 2%”.

### 1.1.1 Breve história do Tabaco

É originária da Ilha do Tobago, América, onde era usada, antes da descoberta deste continente, pelos seus efeitos alucinogéneos.

Para Andrade (1990, p.8),

Foi Luís de Góis que, após a descoberta do Brasil, trouxe, para serem cultivadas em Portugal, as primeiras sementes do tabaco o qual se tornou objecto de uma predilecção obsessiva, servindo de panaceia para todos os males.

Embora começasse por ser divulgada devido às suas capacidades terapêuticas, a expansão exponencial do tabaco deve-se sobretudo, segundo Andrade (1990, p.9), ao seu “(...) efeito euforizante, adicionado à sensação de prazer e efeito de dependência provocados por uma das substâncias que o compõem: a nicotina”.

A partir do século XVIII, surgiu um crescimento gradual do consumo de tabaco. O cultivo e a comercialização do tabaco acabaram por triunfar transformando-se numa fonte de riqueza para a maior parte dos governos que, através dos impostos sobre ele lançados, passaram a auferir lucrativos proveitos.

Necker *cit. in* Andrade, 1990, p.10, considerava o imposto sobre o tabaco “(...) a mais suave e imperceptível de todas as contribuições, situada, com razão, entre as hábeis invenções fiscais”.

Progressivamente, o tabaco passou a ser a cultura não alimentar mais difundida no globo.

O charuto e o cigarro surgiram em meados deste século, desenvolvendo-se por essa altura o hábito de fumar tabaco em cigarros confeccionados pelo próprio fumador e até mesmo charutos, que o próprio consumidor picava e envolvia em compridos rolos.

Mas foi a partir do século XX que se aperfeiçoaram as técnicas de fabrico mecânico do cigarro, com o incremento da industrialização e o aparecimento dos fósforos.

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

Andrade (1990, p.11) refere que,

A mecanização, para além de conservar as propriedades intrínsecas inerentes ao tabaco, contribuiu para valorizar muitas delas, realçando determinados aromas e atenuando outros quando a sua aspereza era considerada excessiva, sem que, no entanto, lhe fosse retirado o paladar.

Os Estados Unidos da América e a Inglaterra dominavam 80% do mercado mundial de tabaco. O primeiro cigarro moderno foi introduzido no mercado em 1913 com a marca Camel. O cigarro fascinou multidões, foi divulgado como símbolo de rebeldia, e em 1914 iniciou-se uma máquina publicitária que favorecia a boa e bem sucedida imagem do cigarro. As mulheres, na sua luta pela igualdade de direitos, foram subtil e arditamente associadas ao cigarro. A rádio e o cinema aliaram-se à campanha de divulgação do cigarro, o qual adquiriu uma imagem ligada à autonomia, à liberdade e à afirmação, num estilo bem cinematográfico (Simões *cit. in* Nunes e Jólluskin, 2007, p.272).

O hábito de fumar passou a estar ao alcance de todos e de, praticamente, todas as bolsas, tendo-se verificado um aumento a partir da 1ª Guerra Mundial.

A evolução tecnológica da cultura do tabaco, permitiu a selecção dos diferentes tipos da planta do tabaco, consoante o solo, o clima e a região em que era produzida.

Actualmente, a produção de tabaco é automatizada pelos processos mais sofisticados, limitando-se a requerer a presença de especialistas que procedam aos controlos de qualidade dos diferentes lotes, bem como de técnicos preparados para assegurar o funcionamento das máquinas. Segundo Andrade (1990, p.13), “A total automatização destes equipamentos permite que actualmente seja produzida uma média de 40 cigarros por minuto”.

Ainda citando Andrade (1990, p.14),

A produção mundial de tabaco [...] cobre actualmente cerca de 4 milhões de hectares e fornece mais de 6 milhões de folhas secas. Os principais países produtores são a China, os Estados Unidos, a Índia, a Rússia e o Brasil. Na Europa, a produção é menor: a Grécia e a Turquia vão à frente seguindo-se-lhes a Bulgária, a Itália, a França, a Espanha, a Polónia e a Jugoslávia. Portugal produz apenas um terço do seu consumo importando o restante dos Estados Unidos e da Europa.

### 1.1.2 Substâncias Tóxicas do Tabaco

Na opinião de Andrade (1990, p.21), “Quando se aspira o fumo do cigarro, são, directamente, introduzidas na corrente sanguínea partículas estranhas mais densas e mais tóxicas do que as de qualquer atmosfera poluída, urbana ou industrial”.

As folhas do tabaco, além da celulose, são compostas por numerosas substâncias orgânicas e inorgânicas, cuja toxicidade tem vindo a ser comprovada através de investigações e experiências laboratoriais.

Foi através destas investigações e experiências laboratoriais que hoje conhecemos, segundo Andrade (1990, p.19), as “(...) substâncias tóxicas que constituem o cigarro [...] os gases e produtos resultantes da combustão [...] o qual é composto por mais de 4000 elementos diferentes, quer no estado sólido quer no estado gasoso”.

A combustão tem especial importância na medida em que permite que as substâncias químicas do cigarro, charuto ou o tabaco de cachimbo cheguem até ao fumador e aqueles que o rodeiam.

A combustão é formada por duas correntes ou componentes: a principal e a secundária.

Segundo Alegria (2003, p.19),

A corrente principal é a que o fumador introduz na sua «árvore respiratória» em cada aspiração. A corrente secundária ou lateral é a que se origina na ponta acesa do cigarro ou do charuto (que está a uma temperatura entre 600° e 900° C) quando está a ser consumido normalmente.

Alegria (2003, p.19) refere ainda que,

Podemos dividir os 4720 compostos identificados no cigarro em combustão em dois grupos: partículas e gases. Entre as partículas destaca-se a água, a nicotina e o conjunto de hidrocarbonetos aromáticos policíclicos chamados alcatrões. São cerca de 500 os gases do fumo de tabaco, dos quais os mais importantes são: o azoto (50%), o oxigénio (10%), o dióxido de carbono (15%), o monóxido de carbono (6%) e outros.

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

São incluídos na corrente principal vários componentes gasosos (anidrido carbónico, vapor de água, monóxido de carbono, amónia, ácido cianídrico, formaldeído, acetona, nitrogénio, nitrosaminas – poderosos agentes cancerígenos, etc), e ainda partículas (entre as quais se destacam a nicotina, fenol, queresol, tolueno e outros alcalóides; hidrocarbonetos alifáticos e aromáticos policíclicos, todos de forte acção cancerígena; alguns metais como o alumínio, cobre, arsénio, crómio, níquel, cálcio, sódio e potássio; alguns herbicidas, adubos e pesticidas).

Na corrente secundária destacam-se a nicotina, o monóxido de carbono, os hidrocarbonetos e as nitrosaminas.

Seguidamente serão abordados com mais pormenor a nicotina, o monóxido de carbono e o alcatrão, visto serem os mais tóxicos para o organismo humano presentes na composição do fumo do cigarro (Andrade, 1990).

### Nicotina

Para Alegria (2003, p.20), “É um alcalóide não azotado que se sintetiza nas raízes da planta e emigra até às folhas, onde se deposita. Quando o tabaco se queima, destrói-se 35%, liberta-se 55% e na beata ficam cerca de 10%”.

O excesso de nicotina provoca uma intoxicação cujos sintomas são vómitos, diarreia, entre outros; que servem como sinal de alarme. As mortes esporádicas em fumadores de cachimbo surgem porque a nicotina ficou aí depositada e fermentou, por falta de limpeza do cachimbo (Jarvik e Schneider, 1992).

Andrade (1990, p.21) afirma que,

A nicotina é um poderoso agente farmacológico, desencadeando um conjunto de acções a vários níveis do sistema nervoso e hormonal que vão desempenhar um papel determinante na aquisição e manutenção da dependência relativamente ao tabaco. A sua acção é imperceptível e dissimulada, desencadeando nos fumadores não apenas uma simples apetência para fumar mas também uma verdadeira habituação psicológica e mais tarde

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

fisiológica que os torna incapazes de renunciar ao tabagismo e até de substituir os seus cigarros habituais por cigarros com baixo teor de nicotina.

A nicotina passa para a circulação sanguínea através de duas vias, conforme a acidez do fumo. Citando Alegria (2003, p.21), “Com o cachimbo ou com os charutos, mais alcalinos, ela é quase toda absorvida pela mucosa da boca. Com os cigarros, mais ácidos, é absorvida nos pulmões”.

Uma vez no sangue, a nicotina atinge todas as partes do organismo humano, inclusive o cérebro.

Alegria (2003, p.21) refere ainda que,

A sua concentração máxima no sangue (50 ng/ml) atinge-se passado 10 minutos de fumar um cigarro e desce para metade em 30 minutos (chega ao cérebro em menos de 10 segundos depois da primeira «fumadela».

A nicotina é bastante nociva para o fumador pois, segundo Andrade (1990, p.21), “ (...) aumenta o trabalho cardíaco, contrai os vasos sanguíneos dificultando a irrigação dos órgãos vitais e desempenha um potencial muito forte na indução da dependência”.

### Monóxido de Carbono (CO)

Na opinião de Andrade (1990, p.22), o monóxido de carbono é o:

(...) produto da combustão incompleta de muitos dos constituintes do tabaco que, ao bloquear as funções da hemoglobina, impede a oxigenação dos tecidos, dificulta a função respiratória e reduz as capacidades da circulação do sangue.

Esta substância é produzida na ponta do cigarro devido à decomposição térmica e à combustão do tabaco.

Ainda citando Andrade (1990, p.22), a “(...) afinidade com a hemoglobina é cerca de 300 vezes superior à do oxigénio”. Por esta razão reduz a capacidade de oxigenação dos tecidos e

interfere nos sistemas enzimáticos e, ainda, aumenta a viscosidade do sangue e provoca lesões nas veias e artérias.

Alegria (2003, p.22), afirma que “ (...) o efeito patológico principal do monóxido de carbono é a diminuição da oxigenação dos tecidos (hipoxia)”.

Assim, esta situação desgasta o sistema vascular e os vários órgãos que se encontram em situação crónica de deficiência em oxigénio, o que vai originar, segundo Alegria (2003, p.22), “ (...) cansaço, fadiga fácil, atordoamento, diminuição da agilidade e da concentração mentais e outros efeitos idênticos que facilmente se deduzem”.

### Alcatrões

Os alcatrões são substâncias untosas de cor escura, odor forte e sabor amargo, desprendem-se fundamentalmente na combustão do papel do cigarro e em menor quantidade no tabaco (Beconã, Garcia & Palomares, 1994).

Alegria (2003, p.23), refere que “(...) o principal efeito patogénico dos alcatrões e compostos relacionados é a carcinogénese (indução de tumores)”.

O alcatrão e os outros agentes cancerígenos, são substâncias capazes de se ligarem ao ácido desoxirribonucleico (DNA), formando alterações de DNA. Estas alterações não são reconhecidas durante o processo de replicação de DNA o que provoca o aparecimento de erros, sendo estes os responsáveis pelo surgimento de células cancerígenas que originam e espalham o cancro em diversos locais anatómicos.

De uma maneira geral, a nicotina e o monóxido de carbono estão implicados nas doenças cardiovasculares, enquanto que o alcatrão é responsável pelas neoplasias.

## 1.2 Hábito tabágico

O hábito de fumar ou tabagismo é o acto voluntário de inalar o fumo da queima do tabaco, independentemente da qualidade, quantidade ou frequência, e é considerado pela OMS como a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Cerca de 5 milhões de pessoas morrem em todo o mundo pela acção do tabaco. A OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilião e 200 milhões de pessoas sejam fumadores. Estima-se que aproximadamente 47% dos homens e 12% das mulheres no mundo fumem. Ultimamente nos países ocidentais o consumo estabilizou-se graças à acção de campanhas sanitárias, mas aumentou no Terceiro Mundo (Gomes, 2003; David et al., 2006).

Na opinião de Alegria (2003, p.69), “ (...) existe uma tendência para a diminuição da percentagem de fumadores nos países desenvolvidos e para o aumento nos países em «vias de desenvolvimento»”.

A tendência a nível mundial do consumo de tabaco é de aumentar nos países em desenvolvimento (em média cerca de 50% dos homens fumam) e de diminuir nos países industrializados (apenas 41% dos homens fumam). Os homens fumam um maior número de cigarros por dia e inalam mais fumo. Porém, existe um maior numero de ex-fumadores entre o sexo masculino do que entre o sexo feminino. (OMS, 1995 *cit. in* Pereira, 1997)

A prevalência do consumo tabágico tem sofrido algumas alterações ao longo do tempo, verificando-se uma redução de fumadores do sexo masculino, com simultâneo aumento de consumidores do sexo feminino (Matias *cit in* Nunes e Jólluskin, 2007).

São vários os factores que contribuem para o início do tabagismo nos jovens e estes precedem o consumo do primeiro cigarro, contribuindo para esse contacto inicial, bem como para as repetições dessa experiência. A fig.1 revela os factores implicados nessa fase de iniciação tabágica.

Fig.1 Factores implicados na aquisição da conduta de fumar.

1. Factores predisponentes

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

- A. Normas e valores do grupo de pares e da família, face ao tabaco
  - B. Pessoais
    - a) Inclinação para comportamentos problemáticos
    - b) Antecipação do estado adulto
    - c) Extroversão
    - d) Crenças sobre a relação tabaco/saúde
  - C. Sociais: aceitação social do tabagismo
2. Factores sócio-demográficos
    - A. Sexo
    - B. Idade
    - C. Classe social
    - D. Ocupação
    - E. Nível de estudos
  3. Disponibilidade da substância
  4. Custo da substância
  5. Publicidade e pressão social no sentido do consumo
  6. Factores cognitivos e expectativas relativamente ao tabaco
  7. Carência de estratégias de confronto face ao aborrecimento e ao controlo do peso corporal
  8. Efeitos fisiológicos dos primeiros cigarros
    - A. Efeitos psicofarmacológicos da nicotina
    - B. Factores de reforço (Becoña, Palomares e Garcia *cit. in* Nunes e Jólluskin, 2007, p.284).

Segundo Alegría (2003, p.73),

(...) a pressão social e outros factores fazem que o tabagismo seja considerado parte do tecido social dos adultos, ao qual os adolescentes querem chegar queimando etapas. Acreditam, por isso, que fumando as queimarão mais depressa e chegarão antes.

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

Para Andrade (1990, p.17),

(...) a imagem do cigarro como um luxo acessível [...] a publicidade às marcas de cigarros revelou-se um meio de extraordinária eficácia para fomentar o consumo de tabaco, sobretudo entre as camadas jovens, o sexo feminino e os estratos sociais mais baixos.

Assim sendo, o tabagismo tem-se espalhado por todo o mundo e por todas as classes sociais, revelando-se uma verdadeira epidemia.

Esta epidemia silenciosa deve-se, segundo Andrade (1990, p.17), ao “ (...) aparentemente inofensivo, pessoalmente gratificante, socialmente implementado, historicamente enraizado consumo de tabaco pelas populações”.

### **1.3 Os Malefícios associados ao hábito tabágico**

São inúmeros os malefícios provocados pelo tabagismo e, segundo Andrade (1990, p.23), “(...) nos países onde aumentou o consumo de cigarros se verificou um crescimento no número de cancro do pulmão e das bronquites crónicas, bem como um aumento assustador das doenças cardiovasculares”.

Andrade (1990, p.23) refere que,

Nos países do Ocidente, o uso de tabaco está relacionado com, pelo menos, 85% de todas as mortes causadas pelo cancro do pulmão, 75% das mortes causadas por bronquite e enfisema e 25% das mortes devidas a doenças cardiovasculares.

Assim sendo e tendo como base os resultados referidos por Andrade, iremos abordar apenas as principais patologias e consequências do hábito tabágico.

#### **1.3.1 Cardiovasculares**

As perturbações cardiovasculares são atribuídas sobretudo ao monóxido de carbono e à nicotina.

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

Para Kindersley (1992, p.30),

(...) a nicotina do tabaco aumenta a pulsação e eleva a pressão arterial, ao passo que o monóxido de carbono reduz a quantidade de oxigénio que pode ser transportado pelo sangue. O coração trabalha mais mas recebe menos oxigénio.

Assim, o fumador corre o risco de sofrer de hipertensão e, devido a diminuição da concentração de oxigénio, os sistemas do organismo correm o risco de isquemia. Se esta for pouco intensa, aparece a angina do peito, mas se a sua intensidade aumenta pode produzir um enfarte do miocárdio (Law, Morris e Wald, 1997).

Segundo Alegria (2003, p.41), “ (...) o que mais contribui para os acidentes vasculares cerebrais é a hipertensão”. Visto que o tabaco provoca hipertensão e, caso o indivíduo tenha antecedentes de aterosclerose e outros factores de risco, corre o risco de ocorrer um Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Existe vários mecanismos através dos quais o tabaco pode desencadear uma síndrome coronária aguda: aumento do consumo de oxigénio pelo miocárdio; aumento da concentração sérica de monóxido de carbono, interferindo com o transporte de oxigénio; aumento da viscosidade do sangue, predispondo para a hipercoagulabilidade; aumento das catecolaminas em circulação, induzindo coronariospasmo e arritmias (Pestana, 2006, p. 86).

Alegria (2003, p.41) refere ainda que,

O tabaco também contribui, sobretudo na população jovem, para o aparecimento da hemorragia subaracnoideia nas mulheres. O consumo de contraceptivos aumenta consideravelmente o risco desta complicação nas mulheres fumadoras (até seis vezes mais que nas não fumadoras).

Alegria (2003, p.54) refere ainda que podem surgir palpitações e a taquicardia, perante o menor esforço e, que existe menor tolerância ao exercício. Pestana (2006, p.95) afirma que a fadiga e a dispneia diminuem após algum tempo de cessação do hábito tabágico.

No momento actual a doença coronária é a primeira causa de morte nos países desenvolvidos, especialmente na população com idades entre os 35 a 64 anos. O tabaco tem um papel bastante activo neste tipo de doença (Law, Morris e Wald, 1997).

Ainda segundo Kindersley (1992, p.30), “ (...) os fumadores de cigarros têm uma taxa de mortalidade devido a doença das coronárias 70 por cento mais elevada do que a dos não fumadores”.

### **1.3.2 Digestivo**

A úlcera péptica, que se mostra frequente na sociedade surge devido a múltiplos factores, entre os quais, o tabagismo.

Estudos mostram que fumar aumenta a possibilidade de contrair úlcera e dificultam a cura das mesmas.

Para Alegria (2003, p.51), esta possibilidade deve-se ao

(...) efeito inibidor que a nicotina tem sobre a síntese de bicarbonato e prostaglandinas, substâncias que neutralizam o ácido que se produz no estômago. Não tendo este travão, o ácido aumenta e provoca a irritação da mucosa do estômago e a úlcera.

Andrade (1990, p.28) refere que “(...) no estômago, o tabaco começa por causar náuseas, depois aumenta a secreção de ácido, podendo favorecer o aparecimento de lesões ulcerosas”.

### **1.3.3 Neoplasias**

Kindersley (1992, p.44) afirma que,

O fumo de cigarro inalado pode dar início a alterações cancerosas nos pulmões. Os carcinogénios do tabaco também entram na corrente sanguínea, aumentando o risco de cancro em outras partes do corpo. Os carcinogénios entram na urina, contribuindo assim para o cancro da bexiga. Além disso, o fumo de cigarro e cachimbo que não é inalado – bem como tabaco mascado – pode causar cancro na boca, no lábio, na garganta, no esófago e na laringe.

A ligação entre o tabaco e o risco acrescido para contrair cancro está estabelecido para algumas localizações do organismo, tais como, os pulmões, a boca, a garganta, a faringe, a

laringe, o esófago e a bexiga. Suspeita-se de um risco ainda maior em relação ao cancro do pâncreas, rim e estômago, mas as provas em relação a estes casos não são conclusivas.

Kindersley (1992, p.46) refere ainda que, “ (...) nos EUA morrem por ano 350 000 pessoas de doenças relacionadas com o tabaco e, destas, cerca de 135 000 morrem de cancro”.

O risco de contrair cancro em consequência do hábito tabágico depende do número de cigarros fumados por dia, da idade em que se começa a fumar, da quantidade de alcatrão dos cigarros, da profundidade da inalação e de outros factores.

Assim, podemos ter várias neoplasias devido ao tabagismo, que serão abordadas a seguir de uma forma resumida.

### Cancro do Pulmão

O cancro do pulmão, também conhecido por carcinoma bronquial, é uma das primeiras causas de morte nos homens com mais de 45 anos e a primeira entre as mortes por cancro (Pershagen, 1996).

Segundo Kindersley (1992, p.22), “ (...) pelo menos, 85% de todos os cancros do pulmão são atribuíveis ao fumo do cigarro”.

As pessoas que fumam cigarros com filtro e de baixo teor de alcatrão incorrem num risco menor, embora este seja bastante superior ao dos não fumadores. A inalação passiva de fumo aumenta também o risco de contrair cancro do pulmão.

Segundo o relatório de 2004 do U.S. Surgeon General, o adenocarcinoma do pulmão é, presentemente, o tipo histológico mais frequente nos fumadores, provavelmente devido a alterações na composição do tabaco em termos de carcinogéneos ocorrida nos últimos 50 anos (Pestana, 2006, p. 89).

O risco de contrair esta neoplasia começa a diminuir mal cesse a exposição ao fumo, isto é, segundo Kindersley (1992, p.122), “ (...) quando se deixa de fumar ou quando as pessoas que nos rodeiam o fizerem; ao fim de dez anos, o risco quase iguala o dos não fumadores”.

O motivo pelo qual o cancro do pulmão é tantas vezes mortal, reside no facto de ser diagnosticado quando a doença se alastrou para além dos pulmões.

Kindersley (1992, p.123) refere ainda que,

(...) apenas 13% de todos os doentes diagnosticados de cancro de pulmão vivem cinco anos ou mais. No entanto, a taxa de sobrevivência aos cinco anos eleva-se de 33% para cerca de 80% nos casos detectados antes da disseminação.

### Cancros Orais

A relação entre cancro da cavidade oral e tabaco foi estabelecida há muito tempo. É uma doença muito rara em comunidades em que não se fuma. Os fumadores de um ou mais maços por dia tem um risco 24 vezes maior de morrerem por esta causa que os não fumadores. Este risco aumenta se para além de fumar se consumir álcool. Os fumadores de cachimbo e cigarros puros também mostram uma maior incidência de cancro da cavidade oral (Pershagen, 1996).

O factor de risco mais significativo é o tabagismo e, segundo Pestana (2006, p. 90) “ O risco de neoplasia aumenta com o número de cigarros fumados e com a duração do consumo”.

Pode surgir em qualquer parte da cavidade bucal, incluindo as gengivas, os lábios, o palato e a parte inferior da boca, a língua, as amígdalas, as glândulas salivares e a parte posterior da garganta ou faringe. Como nos diz Kindersley (1993, p.129): “O factor de risco mais significativo é o tabaco e [...] o cancro pode surgir em qualquer parte da cavidade oral, incluindo [...] a parte de trás da garganta ou faringe”.

Na opinião de Kindersley (1992, p.129), “ (...) a taxa de sobrevivência aos cinco anos, na generalidade dos casos, é de cerca de 50%. Todavia, vai desde mais de 90%, para o cancro do lábio, a cerca de 30%, para o cancro da garganta”.

### Cancro do Pâncreas

Esta neoplasia tem uma taxa de mortalidade muito alta e surge mais nos homens que nas mulheres.

“Estima-se que 24% das neoplasias do pâncreas nos homens e 19% nas mulheres possam ser atribuídos ao tabaco” (Pestana, 2006, p.90).

Segundo Kindersley (1992, p.131), “ (...) o tabaco é um factor de risco da maior importância. A incidência nos grandes fumadores é dupla em relação aos não fumadores”.

Esta patologia não afecta as células produtoras de insulina mas sim o tecido glandular produtor de enzimas digestivas ou os tecidos dos canais que as conduzem para o duodeno.

### Cancro do Rim

Kindersley (1992, p.132) refere que,

(...) alguns dos carcinogénios do fumo do tabaco são absorvidos nos pulmões para a corrente sanguínea, sendo excretados através da urina; conseqüentemente, o cancro do rim é duas ou três vezes mais provável nos fumadores do que nos não fumadores.

Ainda citando Kindersley (1992, p.133), “ (...) a taxa de sobrevivência aos cinco anos, para a totalidade dos casos, é de 30 a 50%. Para um tumor refinado ao rim e tratado cirurgicamente, a taxa de sobrevivência aos cinco anos é de cerca de 60%”.

### Cancro do Estômago

As causas ainda não são bem conhecidas mas os investigadores atribuem as culpas aos factores dietéticos. Segundo Kindersley (1992, p.133), a neoplasia do estômago “ (...) aparece com frequência em certas famílias, o que pode indicar uma predisposição genética ou nada mais que a partilha dos riscos ambientais, tais como padrões de alimentação, bebidas e tabaco”.

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

Esta patologia pode atacar o revestimento interior do estômago, quer em áreas ulceradas quer em pólipos existentes. As neoplasias que não se disseminam estão confinadas à mucosa estomacal que, quando ulcerada, pode provocar dores e hemorragia.

Para Kindersley (1992, p.133), “ (...) a taxa de sobrevivência aos cinco anos para os doentes de cancro do estômago depende da fase em que se encontra e situa-se entre os 5 e os 85%”.

### Cancro do Esófago

Existem vários factores de risco para contrair cancro do esófago mas, segundo Kindersley (1992, p.137), “ (...) o uso excessivo de álcool e de tabaco e, particularmente, dos dois em conjunto aumenta o risco de cancro do esófago”.

A maioria dos tumores malignos ocorre no terço médio e inferior do esófago. Podem surgir metástases do esófago para o estômago ou vice-versa.

### Cancro da Laringe

Kindersley (1992, p.136) declara que,

O fumo do tabaco é a principal causa do cancro da laringe; a incidência de cancro da laringe em muitos países anda a par com a do cancro do pulmão. Se se deixar de fumar, o risco de cancro da laringe começa a decrescer dentro de cinco anos após o abandono e pode atingir o nível de risco de um não fumador em toda a vida após dez anos sem fumar.

### Leucemias

“Existem actualmente conclusões sólidas acerca da relação causa-efeito entre o tabagismo e a leucemia mielóide aguda, a evidência vai no sentido de que o risco aumenta com o número de cigarros fumados e a duração dos hábitos tabágicos” (Pestana, 2006, p.91).

Também está relacionado para, Pestana (2006, p. 91), com “ (...) o risco de desenvolvimento de leucemia linfoblástica aguda nas crianças, provavelmente em correlação com o tabagismo materno durante a gravidez”.

### **1.3.4 Respiratório**

O tabagismo afecta de várias formas o aparelho respiratório. Segundo Kindersley (1993, p.50),

O fumo do tabaco mata as células que limpam os resíduos que ficam nos pulmões e paralisa os cílios que revestem e protegem as vias respiratórias. O fumo altera ainda a actividade enzimática dos pulmões, destruindo os seus alvéolos e provocando o enfisema.

A mortalidade atribuída ao tabaco neste tipo de doenças respiratórias é de 80%. O risco de morte por bronquite crónica e enfisema é de 3 a 20 vezes superior no fumador que nos não fumadores, consoante a quantidade de tabaco e a idade do fumador (Eysenck, 1994).

#### Bronquite Crónica

Segundo Kindersley (1993, p.101), “O fumo dos cigarros é a causa primária da bronquite crónica. [...] o único tratamento para a bronquite crónica é deixar de fumar”.

As pessoas que sofrem desta patologia apresentam acessos de tosse acompanhada por expectoração típica mais frequentemente ao acordar e após fumar o primeiro cigarro do dia. É o chamado catarro de fumador.

Os indivíduos que tenham esta patologia apresentam respiração sibilante e caracterizam-se por acusarem gradualmente a diminuição da capacidade para executar exercícios físicos.

Para Kindersley (1993, p.101), “A falta de ar torna-se cada vez mais acentuada, chegando ao ponto de não poderem dar mais do que alguns passos sem recorrer ao uso de um inalador de oxigénio”.

### Enfisema Pulmonar

O enfisema caracteriza-se, segundo Kindersley (1993, p.102), pela “ (...) alteração permanente na estrutura dos pequenos sacos de ar, ou alvéolos pulmonares, onde se processa a troca de oxigénio e dióxido de carbono”.

O mesmo autor (1993, p.102) refere que “Fumar provoca, regra geral, o enfisema”.

Os componentes do fumo do tabaco actuam sobre as estruturas do pulmão, produzindo um dano progressivo que leva a um aumento anormal e permanente do volume dos espaços aéreos. Devido a isto, a árvore bronquial não pode ventilar-se de forma adequada, pelo que o ar acumula-se no interior produzindo o enfisema pulmonar ou tórax inchado. Com o tempo os sacos alveolares ficam maiores, forçando o organismo a ir buscar oxigénio (produz-se insidiosamente uma insuficiência respiratória). Um não fumador gasta em média 5% de energia ao respirar, um fumador poderá gastar até 80% (Beconã, 1993).

Alegria (2003, p.48) afirma que “A deterioração das mucosas que revestem a árvore respiratória, devido à contínua agressão do fumo, acaba em enfisema”. E que “Existe uma relação muito directa [...] entre a quantidade de cigarros fumados e o aparecimento do enfisema”(Alegria, 2003, p.49).

#### **1.3.6 Efeitos do tabaco na mulher e no feto**

Segundo Andrade (1990, p.29), “ (...) se a mulher é fumadora, o tabaco pode ser causa de esterilidade, de partos prematuros ou de abortos, de crianças de baixo de peso ou de casos de intoxicação nos recém-nascidos”.

Toda a mulher devia saber que durante a gravidez o cigarro é sempre fumado por duas pessoas: a mãe e o bebé. O sangue da mãe fumadora transporta nicotina e monóxido de carbono, que penetra a placenta e actua directamente no sangue do feto (Andrade, 1990).

Pestana (2006, p.94) afirma que “(...) existe evidência suficiente da relação entre o tabagismo e a ruptura prematura de membranas, a placenta prévia e o descolamento da placenta”.

Pode-se produzir a hipoxia fetal, que determina o crescimento intrauterino fetal e atrasa as trocas placentárias, sendo esta responsável da patologia obstétrica do consumo do tabaco (Beconã, Palomares e Garcia, 1994).

Alegría (2003, p.53) refere que, “ (...) as mães que fumam e amamentam administram aos seus filhos com o leite diversos produtos prejudiciais do tabaco”. Nestes casos, é possível encontrar nicotina na urina dos lactantes.

Kindersley (1993, p.51) refere que “ (...) as fumadoras têm a menopausa mais cedo do que as não fumadoras”.

### **1.3.7 Sexualidade**

Segundo Cota (2008, p.1) “O tabagismo é um factor de risco independente para a indução de impotência sexual vasculogênica., especialmente se associado a outros factores (hipertensão arterial, diabetes e alcoolismo crônico). O fumante tem uma chance de 1,5 vez maior de desenvolver a impotência sexual quando comparado ao homem não fumante .

O mesmo autor (2008, p.1) refere que “A causa desta disfunção erétil seria por lesões arterioscleróticas nas artérias que levam o sangue ao pénis. O fumo induziria ainda a inibição do relaxamento da musculatura lisa endotelial e uma diminuição da liberação de mediadores neuromusculares, agravados pelo efeito tóxico directo da nicotina e do monóxido de carbono no endotélio vascular. Por estes efeitos, o aparecimento da impotência sexual em fumantes é mais precoce (10 anos) que em não fumantes”.

### **1.3.8 Dependência**

A dependência poderia definir-se como o fenómeno em virtude do qual, como resultado da administração de uma droga ou da repetição de um comportamento, se desencadeia uma série de forças fisiológicas, bioquímicas, sociais e ambientais que predispõem à sua utilização de forma continuada.

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

Existem dois tipos de dependência: a física e a psicológica. A dependência física caracteriza-se, essencialmente, pela manifestação de uma síndrome de abstinência, a qual inclui o desejo imperativo de fumar, acompanhado da sensação de perda que o indivíduo vive quando é privado de tabaco. A dependência psicológica é a resultante desse reforço positivo alcançado pelos comportamentos ritualísticos associados ao acto de fumar, pelo prazer retirado desse comportamento, pela melhoria das funções cognitivas, pela aparentemente mais fácil gestão do stress e, também, pelo controlo de apetite e do peso corporal (Moreira *cit. in* Nunes e Jólluskin, 2007, p.274).

Para Alegria (2003, p.58), “A Organização Mundial de Saúde e a American Psychiatric Association incluíram o tabaco na categoria das drogas capazes de criar uma forte dependência, quer psicológica quer farmacológica”.

Segundo Moron et al., (1997, p.12), os vícios baseiam-se em três pontos:

- “O desejo;
- A tolerância;
- A dependência”.

Para estes autores (1997, p.13), “O desejo incita ao consumo, nasce de uma esperada sensação de bem-estar que a droga possa produzir ou da esperança de conseguir esse bem-estar com certos comportamentos”.

Deste modo, a intensidade do desejo pode ser tão grande que consista numa verdadeira compulsão interna.

Referem ainda que (1997, p.13), “A tolerância é uma questão fisiológica: o organismo «habitua-se» a certos estímulos e deixa de notar os seus efeitos”.

Assim, para conseguir um efeito de certa intensidade são necessárias doses cada vez mais elevadas de estímulo. A tolerância pode desenvolver-se de uma maneira relativamente rápida.

### 1.3.9 Fumadores passivos

O fumo do tabaco que sai directamente da ponta do cigarro para o ambiente é a mais importante fonte de poluição porque não é filtrada, contendo os principais constituintes tóxicos do tabaco em elevadas concentrações. As pessoas não fumadoras expostas a esta poluição são os denominados fumadores passivos.

Para Alegria (2003, p.61), “Fumador passivo é todo o indivíduo que, não sendo fumador, inspira involuntariamente o fumo que outros fumadores produzem à sua volta”.

Os não fumadores expostos ao fumo do cigarro absorvem nicotina, monóxido de carbono e outras substâncias da mesma forma que os fumadores. A quantidade de tóxicos absorvidos depende da extensão e da intensidade da exposição, além da qualidade da ventilação do ambiente onde se encontra a pessoa.

Alegria (2003, p.62) declara também que,

A importância do tabagismo passivo deve-se a dois factos. O primeiro é que o fumo do tabaco que é inalado pelo fumador passivo provém da corrente secundária, [...] que é tão tóxica ou mais que a principal [...] (por exemplo, a concentração de nicotina e alcatrão é três vezes maior, e a do monóxido de carbono é cinco vezes maior que na principal). [...] O segundo motivo é que o fumador passivo pode estar exposto ao fumo do tabaco durante períodos prolongados de tempo (...).

Deste modo, dependendo da densidade de fumo e da ventilação do espaço fechado, Alegria (2003, p.62) afirma que, “ (...) cada hora que se respira num ambiente cheio de fumo equivale a fumar três cigarros”.

Kindersley (1993, p.51) afirma que o fumo passivo constitui um grave perigo para a saúde dos indivíduos, nomeadamente, “Os filhos de fumadores, no primeiro ano da sua vida, têm duas vezes mais probabilidades de serem hospitalizados em consequência de bronquites e pneumonias do que os filhos dos não fumadores”.

Os fumadores passivos tem o dobro da possibilidade de desenvolver quadros respiratórios obstrutivos e cancro do pulmão se conviverem diariamente com fumadores (Pershagen, 1996).

### **1.4 Prevenção do consumo de tabaco**

Segundo Nunes e Jólluskin (2007, p.329) prevenir significa: “ (...) impedir o desenvolvimento de um problema antes que se verifique a sua instalação, através da introdução de medidas que interrompam ou atrasem a progressão desse problema”.

Estas mesmas autoras consideram que a prevenção a nível do tabagismo deve incidir em dois tipos de abordagem: a individual, tendo em vista a modificação do sujeito face ao tabaco, e a global, visando a redução geral do consumo de tabaco.

Destacam-se como medidas preventivas eficazes as seguintes:

- a) Proibição total da publicidade ao tabaco, directa ou indirecta;
- b) Obrigatoriedade de avisos nos maços de tabaco;
- c) Obrigatoriedade de indicação nos maços de tabaco, a respeito do conteúdo de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono emitidos pelo fumo;
- d) Controlo do contrabando de tabaco;
- e) Restrições à venda de tabaco;
- f) Restrições ao consumo de tabaco em locais públicos e de trabalho;
- g) Aumento dos preços do tabaco.

Quanto às estratégias consideradas como mais adequadas à prevenção do consumo de tabaco, podem salientar-se as seguintes:

- a) Fiscalização e fixação de preços;
- b) Definição legal do direito a um ambiente livre de fumo;
- c) Proibição de fumo em determinados locais;
- d) Proibição de publicidade e de promoção dos produtos de tabaco;
- e) Proibição do patrocínio de eventos por parte da indústria tabaqueira;
- f) Medidas educativas e informativas;

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

- g) Controlo da presença de alcatrão e nicotina;
- h) Proibição da venda de tabaco a menores;
- i) Desenvolvimento de estudos epidemiológicos, a respeito;
- j) Organização de acontecimentos «livres de tabaco» (Raposo *cit. in* Nunes e Jólluskin, 2007, p.329-330).

Actualmente, assiste-se em todo o mundo uma grande campanha anti-tabaco e muitas das medidas acima mencionadas foram adoptadas em Portugal.

A mais recente medida foi adoptada no dia 1 de Janeiro de 2008. Entraram em vigor as novas regras da Lei do Tabaco, aprovada pelo Decreto de Lei n.º 37/2007, de 14 de Agosto onde foi instituída a proibição do consumo de tabaco em locais públicos e de trabalho e a venda a menores e através de meios automáticos. Além disso, vem regulamentar as informações a prestar sobre as substâncias tóxicas, à embalagem e etiquetagem, à sensibilização e educação para a saúde, à proibição da publicidade a favor do tabaco, promoção e patrocínio, às medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do consumo (DR, 2007).

Estas medidas tentam contribuir para a diminuição dos riscos ou efeitos negativos que o uso de tabaco acarreta para a saúde.

### **1.4.1 Papel do enfermeiro na prevenção do hábito tabágico**

Segundo Pestana (2006, p. 247), “A prevenção é pois uma tarefa que os profissionais de saúde – médicos, enfermeiros e outros técnicos – devem promover em relação ao indivíduo e à comunidade”.

Assim, é de extrema importância o trabalho em equipa e, além disso, têm de ser aplicados os cuidados preventivos, isto é, é preciso investir na prevenção primária e na promoção da saúde, de forma que os jovens não iniciem o tabagismo.

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

Stanhope e Lancaster (1999, p.37), definem prevenção primária como,

(...) actividades delineadas para prevenir o aparecimento da doença; reduzir a probabilidade de ocorrência de uma doença específica, incluindo protecção activa contra ameaças ou factores de tensão desnecessários, isto é actividades de promoção de saúde”.

Os enfermeiros detêm um papel privilegiado na promoção da saúde do homem pelo contacto duradouro e próximo que com ele estabelece. A educação para a saúde pode ser considerada como um dos contributos mais importantes para a saúde.

A educação para a saúde pode ser definida como qualquer actividade planeada que promova a aprendizagem relacionada com a saúde ou a doença: isto é, qualquer alteração relativamente permanente na competência ou disposição de um indivíduo (Tones e Tilford, 1994)

Assim, um enfermeiro tem maior oportunidade de intervir quer na prevenção do tabagismo ao longo do ciclo de vida dos indivíduos, sendo mais importante na adolescência, uma vez que o tabagismo inicia-se principalmente nesta faixa etária (Martinet e Bohadana, 2003) e visto que, para Hagen (2004, p.193), “Dez por cento dos actuais fumantes adultos começaram a fumar entre nove e dez anos e metade dos adolescentes que começam a fumar inicia por volta dos 14 anos”.

Segundo o mesmo autor (2006, p.219), “ (...) a promoção de saúde entre os alunos dos diferentes níveis de ensino passa seguramente pela informação, discussão activa e apoio à aquisição de hábitos de vida saudáveis”.

A problemática do tabagismo insere-se no contexto da promoção da saúde, como já foi referido anteriormente, em que as alterações do comportamento do homem são essenciais, mas dependentes de uma decisão voluntária e consciente, que integra as suas experiências de vida.

A motivação de um fumador para parar de fumar é claramente um factor crítico para se prever se o indivíduo vai deixar ou não.

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

A partir do momento em que se sabe que uma pessoa fuma, é necessário avaliar o percurso de vida que levou à instalação do tabagismo, pois só conhecendo a gênese do problema podemos definir estratégias de intervenção adequadas à especificidade da pessoa e da sua situação. De facto, as intervenções devem ser adequadas ao grau de motivação e à dependência do fumador. Assim, a motivação é fundamental. Mesmo nas tentativas mais apoiadas, é o próprio fumador que decide deixar de fumar, nenhum profissional de saúde o pode fazer por ele. Por isso, é a própria pessoa que toma esta decisão e que faz uma tentativa nesse sentido (Trota et al., 2001).

Entre o acto de fumar e o ambiente criam-se associações que se convertem em laços estreitos; o desejo de fumar provocado pelo ambiente é uma manifestação do condicionamento” (Martinet e Bohadana 2003, p.102). Por outro lado, isto poderá estar relacionado com vários factores, entre eles os factores pessoais, familiares, ambientais e sociais. Muitos fumadores têm o vício da nicotina tão intenso que continuam a fumar, apesar de conhecerem os perigos dessa substância (Burroughs, 1995).

O abandono do hábito de fumar é um processo e não um acto único. As estratégias de aconselhamento variam, pois os fumadores têm diferentes motivos para deixar de fumar: preocupação de saúde, dispêndio de dinheiro com cigarros e pressões sociais encabeçam a lista (Norris, 1994).

Os fumadores podem ter um desejo verdadeiro de abandonar o seu hábito, mas, se quiserem ter êxito, precisam de ajuda e de apoios práticos. Segundo Deakins (1992, p.19):

Muitas pessoas que fumam gostariam de deixar de o fazer. Na verdade, um grande número delas tentou – talvez várias vezes- e não conseguiu. Continuam a fumar porque não sabem como parar nem onde encontrar auxílio.

A divulgação da informação entre todos os profissionais de saúde e o público em geral é muito importante. É também necessário formar profissionais de saúde para o aconselhamento e o tratamento do uso e da dependência do tabaco.

## **II. FASE METODOLÓGICA**

Para a elaboração de uma pesquisa científica é necessário a adopção de uma metodologia de trabalho, que é definida por Fortin (2000, p.372), como “(...) um conjunto de métodos e de técnicas que conduzem a elaboração do processo de investigação científica”.

Nesta investigação a metodologia está estruturada inicialmente pelas questões éticas da investigação, seguidamente pelo tipo de estudo, meio onde se desenvolve o estudo, população, o processo de amostragem e a amostra. Posteriormente, será abordado a pergunta de partida, as questões de investigação e os objectivos. De seguida falaremos sobre as variáveis, instrumento de colheita de dados e método de aplicação, pré-teste e por fim, tratamento de dados e análise dos resultados.

### **2.1 Questões éticas de investigação**

Qualquer investigação suscita o surgimento de questões morais e éticas, assim sendo, é necessário proteger os direitos e liberdade dos indivíduos que participam no estudo, para tal é necessário a existência de alguns princípios éticos, que visam efectuar essa mesma protecção, tal como nos diz Fortin (1999, p.116):

A investigação aplicada aos seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdade da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar as disposições necessárias para proteger os direitos e as liberdades das pessoas que participam nas investigações. Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética.

Fortin (1999) considera que:

“O direito à autodeterminação baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino”(Fortin, 1999, p.116). Foi explicado aos participantes no estudo o seu direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não na investigação.

“O direito à Intimidade faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre extensão da informação a dar ao participar numa investigação, e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas” (Fortin, 1999, p.116). Este direito foi respeitado dado que os participantes não foram obrigados a responder a todas as questões, apesar de ser desejável que o faça.

O direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo investigador. Os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação (Fortin, 1999, p.117). Todos os dados que possam eventualmente levar à identificação dos inquiridos foram desde o início ocultados por estes. Para tal, foram solicitados que não se identificassem de forma implícita em local algum do documento, pois este não contém qualquer item que o exija.

“O direito à protecção contra o desconforto e prejuízo corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem” (Fortin, 1999, p.118). O questionário foi, apenas e só, para uso neste estudo, não sendo as informações nele contidas utilizadas para qualquer outro fim.

“O direito a um tratamento justo e leal refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo” (Fortin, 1999, p.119). Antes do preenchimento do questionário todos os intervenientes foram devidamente informados e esclarecidos sobre o seu propósito, bem como sobre os métodos utilizados, e o término previsto da investigação em curso.

### **2.2. Tipo de Estudo**

Quando se investiga um problema, a escolha do tipo de estudo que se vai realizar é fundamental. Por isso, para atingir os objectivos propostos neste trabalho, optamos por realizar um estudo descritivo-exploratório, uma vez que, segundo Fortin (1999, p.137), “A exploração e descrição dos fenómenos [...] visam denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação”.

O método de investigação é o quantitativo porque, segundo Fortin (1999, p.22), “ (...) é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. [...] a objectividade, a predição [...] são características inerentes a esta abordagem”.

Em relação à dimensão temporal, o estudo é transversal porque envolve “(...) a coleta de dados em um ponto do tempo. Os fenómenos sobre o estudo são obtidos durante um período de coleta de dados (...)” (Polit, 2004, p.180).

### **2.3 Meio**

Para Fortin (1999, p.132), “Os estudos conduzidos fora dos laboratórios, tomam o nome de estudos em meio natural, o que significa que eles se efectuam em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios”.

Visto que este estudo foi realizado num Café do Distrito do Porto, podemos afirmar que foi desenvolvido em meio natural.

### **2.4. População**

Fortin (1999, p.373) define população como sendo um “ (...) conjunto de todos os sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido tendo em comum uma ou varias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação”.

Fortin (1999, p.202) refere ainda que “Uma população particular que é submetida a um estudo é chamada população alvo”.

Assim, a população alvo deste estudo são os jovens adultos fumadores.

Segundo Levinson *cit. in* Potter e Perry, 1990, p.503, jovem adulto caracteriza-se pela “Transição adulta precoce (idades 18 a 20 anos) [...] entrada no mundo adulto (idades de 21 a 27 anos)”.

Neste estudo apenas foram incluídos os jovens adultos que tenham idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos de idade inclusive e, obrigatoriamente, têm de ser fumadores e recorreram a um Café no Distrito do Porto durante o segundo trimestre de 2008.

## **2.5 Processo de Amostragem**

A amostra seleccionada para este estudo baseou-se no método não probabilístico porque é um “ (...) procedimento segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra” (Fortin, 1999, p.208).

O tipo de amostragem é a acidental que é “(...) formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, [...] os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado” ( Fortin, 1999, p.208).

## **2.6 Amostra**

De acordo com Fortin (2000, p.202) uma amostra é “(...) um subconjunto da população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”.

A amostra a estudar foi constituída por um grupo de 50 jovens adultos fumadores que recorreram a um Café no Distrito do Porto durante o segundo trimestre de 2008.

## **2.7 Problema de Investigação**

Um problema de investigação é uma condição essencial para se iniciar um trabalho de investigação, este constitui o ponto de partida para a elaboração do estudo.

Deste modo, segundo Fortin (2000), o investigador deve ter em conta certos pontos para a definição do seu problema de investigação, dos quais se destaca:

- A actualidade da questão

- A exequibilidade do projecto
- O significado e importância da questão para a disciplina
- A operacionalização da questão

De acordo com isto definiu-se para este estudo, o seguinte problema de investigação: **Quais os conhecimentos dos jovens adultos fumadores sobre os malefícios do tabaco?**

### **2.7.1 Questões de investigação**

Fortin (1999, p.101) alega que a formulação de questões de investigação é deveras importante porque especificam aspectos a estudar, constituindo assim, “(...) um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar”.

Após a selecção deste tema e no sentido de orientar o estudo, foram nomeadas questões que aumentam gradualmente a pertinência e a necessidade de obter respostas, sendo elas:

- Quais os conhecimentos que os jovens adultos fumadores possuem acerca dos malefícios do tabaco?
- Quais as fontes que os jovens adultos recorrem para obter informação acerca dos malefícios do tabaco?

### **2.7.2 Objectivos**

Segundo Fortin (1999) “(...) o objectivo de um estudo indica o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio da questão”.

Para este estudo definimos os seguintes objectivos:

- Determinar os conhecimentos que os jovens adultos fumadores possuem acerca dos malefícios do tabaco;

- Identificar as fontes de informação que os jovens adultos recorrem acerca dos malefícios do tabaco.

## **2.8 Variáveis**

Fortin (1999, p.216, 36) diz que “Uma variável é uma propriedade observável que varia e à qual são atribuídos valores”. e “ (...) são qualidades, propriedades ou características de objectos, pessoas ou situações que são estudadas numa investigação”.

Assim as variáveis definidas neste estudo são:

- Género;
- Idade;
- Estado civil;
- Habilitações literárias;
- Anos de consumo tabágico;
- O conhecimento que os jovens adultos possuem acerca dos malefícios do tabaco;
- As fontes de informação a que os jovens adultos recorrem;
- Está a pensar deixar de fumar.

## **2.9 Instrumento de colheita de dados**

Para efectuar uma colheita de dados capaz de validar o conhecimento e a compreensão da realidade de um estudo, através de um método científico, é necessário a utilização de um instrumento de dados.

Tendo em conta as características deste estudo e da população, o instrumento que melhor se adequa é o questionário (Anexo I), está dividido em quatro partes, sendo a primeira

constituída por cinco questões fechadas onde se faz a caracterização da amostra. A segunda parte é constituída por quinze questões fechadas, onde se pretende determinar os conhecimentos sobre os malefícios do hábito tabágico. A terceira parte é constituída por uma questão fechada, onde se procura conhecer quais as fontes que recorrem para obter os conhecimentos que tem acerca dos malefícios do hábito tabágico. Por fim, a quarta parte é constituída por uma pergunta fechada e uma pergunta aberta onde se pretende determinar a motivação para abandonar o tabaco.

### **2.10 Pré-teste**

Para avaliar a exequibilidade do questionário e a possibilidade de surgirem dúvidas aos jovens adultos fumadores, foi efectuado um pré-teste. Este consiste “(...) no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada, a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. Permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões” (Fortin, 1999, p.253).

Deste modo, os questionários foram aplicados a oito jovens adultos fumadores que se encontravam num café no Distrito do Porto e não integraram a amostra do estudo.

A realização do pré-teste foi bastante pertinente, na medida em que, no momento da administração dos questionários, foram detectadas algumas dificuldades por parte por inquiridos, no que respeita à clareza de questões relativas aos malefícios do hábito tabágico. Desta forma, as questões que se apresentavam na negativa foram alteradas para a forma positiva.

### **2.11 Tratamento e análise dos dados**

Para o tratamento dos dados foi criada uma base de dados no programa estatístico SPSS, versão 15.0, pois trata-se de um estudo quantitativo.

A análise dos dados obtidos neste estudo, será iniciada pela utilização de estatísticas descritivas através do cálculo da média, mediana, moda, amplitude e desvio padrão.

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

Esta estatística vai permitir-nos descrever as características da nossa amostra e dos valores obtidos através da medição das variáveis.

A apresentação dos resultados será feita através de quadros e gráficos com a respectiva descrição permitindo assim facilitar a sua leitura ao realçar os dados mais significativos.

### III. RESULTADOS

No presente capítulo, serão apresentados os dados obtidos neste trabalho, em forma de narrativa, quadros e gráficos, encontrando-se dividido em quatro partes. A primeira parte, respeitante à caracterização da amostra onde se analisa o género dos jovens adultos fumadores em estudo; a idade; o estado civil; as habilitações literárias e os anos de consumo tabágico. A segunda parte é referente aos conhecimentos dos inquiridos sobre os malefícios do hábito tabágico. A terceira parte refere-se às fontes a que os jovens adultos recorrem para obter os conhecimentos que tem acerca dos malefícios do hábito tabágico. Por fim, a quarta parte é respeitante à motivação para abandonar o tabaco.

#### Parte I – Caracterização da amostra

##### 1 – Género

**Quadro 1.** Distribuição da amostra segundo a variável “género”.

<b>Género</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Masculino	32	<b>64,0</b>
Feminino	18	36,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

A População é constituída por 50 jovens adultos fumadores. Trinta e dois (64%) destes são do género masculino e 18 (36%) são do género feminino, como se pode observar no quadro 1.

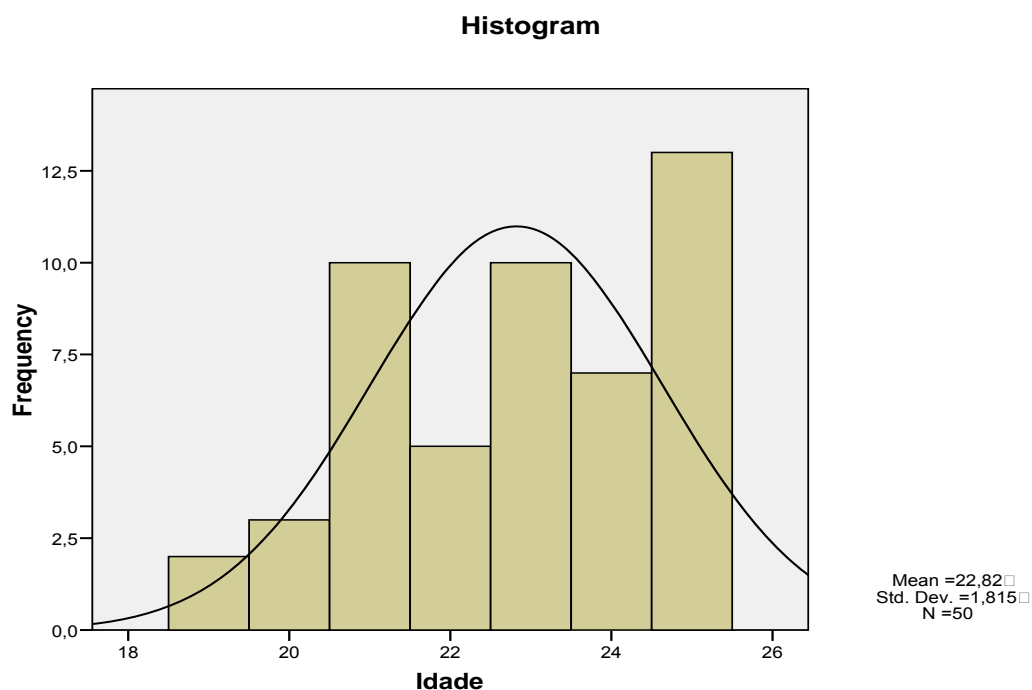
## 2 – Idade

**Quadro 2.** Distribuição da amostra segundo a variável “idade”.

	Média	Desvio Padrão	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
<b>Idade</b>	<b>22,82</b>	<b>1,815</b>	23,00	25	<b>19</b>	<b>25</b>

A média de idades é 22,82 anos e o desvio padrão corresponde a 1,815. A idade mediana dos jovens adultos fumadores é de 23,00 anos (mínimo de 19 e máximo de 25 anos) tendo-se obtido como moda, 25 anos (Quadro 2).

**Gráfico 1** – Histograma de frequências para a variável “Idade”.



Analisando o gráfico 1, constata-se que o valor percentual mais elevado está situado nos 25 anos de idade, correspondendo a 26%.

### 3 – Estado Civil

**Quadro 3.** Distribuição da amostra segundo a variável “estado civil”.

<b>Estado Civil</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Solteiro (a)	47	<b>94,0</b>
Casado (a)	1	2,0
Divorciado (a)	1	2,0
União de Facto	1	2,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Como se pode observar no quadro 3, em relação à variável “Estado Civil”, os sujeitos da nossa amostra são maioritariamente (94%) solteiros, com a mesma percentagem, 2%, são casados, divorciados e que vivem em união de facto.

### 4 – Habilitações Literárias

**Quadro 4.** Distribuição da amostra segundo a variável “habilitações literárias”.

<b>Habilitações Literárias</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
1º Ciclo	0	0,0
2º Ciclo	7	14,0
3º Ciclo	5	10,0
Ensino Secundário	20	<b>40,0</b>
Bacharelato	0	0,0
Licenciatura	18	36,0
Mestrado	0	0,0
Outros	0	0,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Verificamos, que os jovens adultos fumadores, 40% possuem o Ensino Secundário, 36,0% são Licenciados, 14,0% têm o 2º ciclo e 10,0% têm o 3º ciclo (Quadro 4).

## 5 – Anos de consumo tabágico

**Quadro 5.** Distribuição da amostra segundo a variável “anos de consumo tabágico”.

<b>Anos de Consumo tabágico</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Menos de 1 ano	1	2,0
Entre 1 a 2 anos	6	12,0
Entre 3 a 4 anos	19	38,0
Há 5 anos ou mais	24	<b>48,0</b>
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

Como se pode verificar no Quadro 5, 48,0% (24 inquiridos) são fumadores há 5 anos ou mais e 38,0% (19 inquiridos) fumam num espaço de 3 a 4 anos. Somente 6 elementos consomem tabaco entre 1 a 2 anos (12,0%) e 1 fumam há menos de 1 ano (2,0%).

## Parte II – Malefícios do hábito tabágico

### 1 – O consumo de tabaco pode originar cancro do pulmão?

**Quadro 6.** Distribuição da amostra segundo a variável “o consumo de tabaco pode originar cancro do pulmão”.

Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
0	0,0%	1	2,0%	13	26,0%	29	<b>58,0%</b>	7	14,0%

Ao analisarmos o quadro 6, verificamos que nenhum inquirido respondeu que “nunca” o consumo de tabaco pode originar cancro do pulmão, apenas 2,0% dos inquiridos assinalou “raramente”, 26,0% considerou “às vezes”, 14,0% como “sempre” e a maioria, 58,0% consideram que “frequentemente”.

### 2 – A impotência sexual masculina pode ser uma das consequências do hábito tabágico?

**Quadro 7.** Distribuição da amostra segundo a variável “A impotência sexual masculina pode ser uma das consequências do hábito tabágico”.

Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1	2,0%	10	20,0%	31	<b>62,0%</b>	8	16,0%	0	0,0%

Quando se trata da impotência sexual masculina, a percentagem de jovens adultos fumadores que considera que “nunca” é consequência do consumo de tabaco é de 2,0%, 16,0% pensa que “frequentemente” é consequência, 20,0% assinalou “raramente” e a maioria (62,0%) refere como “às vezes”.

### 3 – O consumo de tabaco interfere com a gravidez?

**Quadro 8.** Distribuição da amostra segundo a variável “o consumo de tabaco interfere com a gravidez”.

Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
0	0,0%	1	2,0%	7	14,0%	15	30,0%	27	<b>54,0%</b>

No que diz respeito ao quadro 8, verificamos que apenas 2,0% dos inquiridos considerou que “raramente” o consumo de tabaco interfere com a gravidez 14,0% pensa “às vezes”, 30,0% como “sempre” e a maioria, 58,0% considerou que “frequentemente”.

### 4 – A longo prazo, o consumo de tabaco pode provocar a menopausa precoce?

**Quadro 9.** Distribuição da amostra segundo a variável “a longo prazo, o consumo de tabaco pode provocar a menopausa precoce”.

Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
1	2,0%	7	14,0%	32	<b>64,0%</b>	10	20,0%	0	0,0%

Em relação à menopausa precoce, uma percentagem ligeiramente reduzida, 2,0%, considera que “nunca” o consumo de tabaco pode provocar esta consequência, 14,0% dos inquiridos assinalou que “raramente” é originada pelo hábito tabágico, 20,0% pensa em “frequentemente” e por fim, 64,0% como “às vezes”.

### 5 – A capacidade física de um fumador é inferior quando comparada com um não fumador?

**Quadro 10.** Distribuição da amostra segundo a variável “a capacidade física de um fumador é inferior quando comparada com um não fumador”.

Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
0	0,0%	1	2,0%	6	12,0%	17	34,0%	26	<b>52,0%</b>

Ao analisarmos o quadro 10, verificamos que apenas 2,0% dos inquiridos assinalou que “raramente” a capacidade física de um fumador é inferior quando comparada com um não fumador 12,0% considerou “às vezes”, 34,0% como “frequentemente” e a maioria, 52,0% de “sempre”.

### 6 – O envelhecimento acelerado da pele é uma consequência do consumo de tabaco?

**Quadro 11.** Distribuição da amostra segundo a variável “o envelhecimento acelerado da pele é uma consequência do consumo de tabaco”.

Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
0	0,0%	0	0,0%	11	22,0%	32	<b>64,0%</b>	7	14,0%

De acordo com o quadro 11, verifica-se que para 14,0% dos jovens adultos são da opinião de que “sempre” o envelhecimento acelerado da pele é uma consequência do consumo de tabaco, 22,0% pensa que “às vezes” tem esse efeito sobre a pele, por fim, 64,0% assinalou que “frequentemente” é uma consequência.

**7 – O enfisema pulmonar (dilatação anormal dos alvéolos pulmonares) é uma consequência do hábito tabágico?**

**Quadro 12.** Distribuição da amostra segundo a variável “o enfisema pulmonar é uma consequência do hábito tabágico”.

Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
0	0,0%	0	0,0%	15	30,0%	27	<b>54,0%</b>	8	16,0%

Segundo a percepção de 16,0% dos fumadores, o enfisema pulmonar é “sempre” consequência do hábito tabágico, 30,0% considerou “às vezes” e a maioria, 54,0%, afirma que causa “frequentemente”.

**8 – O consumo de tabaco é a principal causa de?**

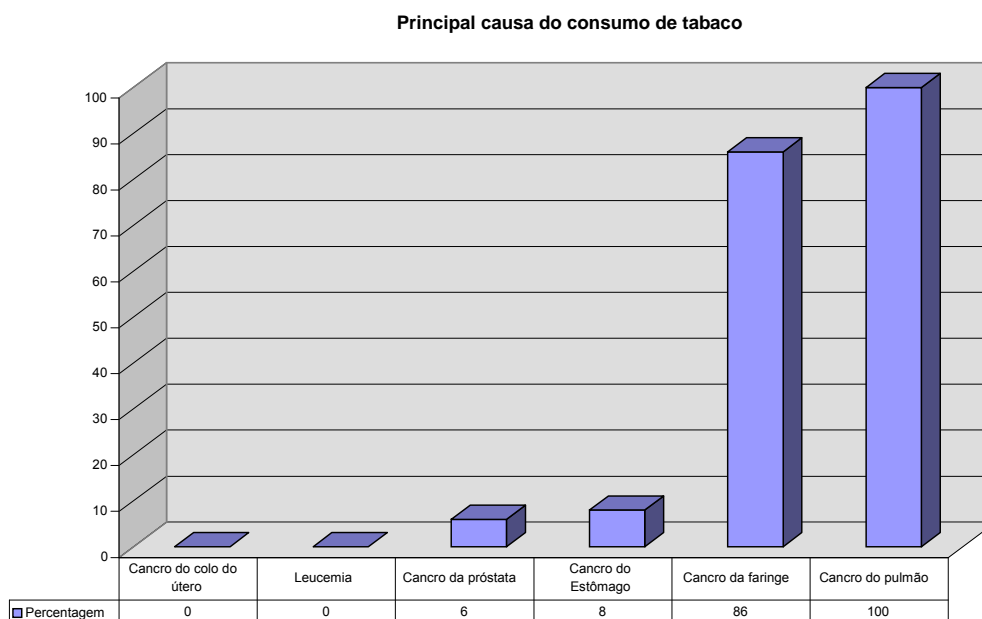
**Quadro 13.** Distribuição da amostra segundo a variável “o consumo de tabaco é a principal causa de ”.

O consumo de tabaco é a principal causa de:	Frequência
Cancro do colo do útero	0
Leucemia	0
Cancro da faringe	43
Cancro da próstata	3
Cancro do estômago	4
Cancro do pulmão	<b>50</b>
<b>Total</b>	<b>100</b>

Ao analisarmos o quadro 13, observou-se que nenhum dos inquiridos considerou que o Cancro do colo do útero e a Leucemia são uma das principais causas do consumo de tabaco, apenas 3 dos inquiridos respondeu Cancro da próstata, 4 inquiridos assinalou Cancro do estômago e a maioria, 50 inquiridos considerou o Cancro do pulmão.

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

**Gráfico 2.** Distribuição da amostra segundo a variável “O consumo de tabaco é a principal causa”.



Observando o gráfico 2, nenhum inquirido assinalou como a principal causa do consumo de tabaco o cancro do Colo do útero e a Leucemia, 6% considerou o Cancro da próstata, 8% dos inquiridos assinalou Cancro do Estômago, 86% de Cancro da faringe e por último 100% considerou o Cancro do pulmão como a principal causa do consumo de tabaco.

### 9 – A obstrução das veias do coração é uma consequência do consumo de tabaco?

**Quadro 14.** Distribuição da amostra segundo a variável “a obstrução das veias do coração é uma consequência do consumo de tabaco”.

Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
2	4,0%	4	8,0%	19	38,0%	25	50,0%	0	0,0%

Em relação ao facto do consumo de tabaco provocar a obstrução das veias do coração, 4,0% da amostra considera que “nunca” existe associação, 8,0% considerou “raramente” é consequência do hábito tabágico, 38,0% respondeu “às vezes” e a maioria, 50,0%, respondeu “frequentemente”.

### 10 – O consumo de tabaco interfere com a circulação de oxigénio no sangue?

**Quadro 15.** Distribuição da amostra segundo a variável “o consumo de tabaco interfere com a circulação de oxigénio no sangue”.

Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
0	0,0%	1	2,0%	6	12,0%	19	<b>38,0%</b>	24	48,0%

Quando se trata do consumo de tabaco interferir com a circulação de oxigénio no sangue, apenas 2,0% assinalou que “raramente” interfere, 12,0% dos inquiridos assinalou “às vezes”, 38,0% considerou “frequentemente” e 48,0% respondeu que “sempre” interfere.

### 11 – Com o consumo de tabaco aumenta o risco de ocorrer um enfarte agudo do miocárdio (ataque cardíaco)?

**Quadro 16.** Distribuição da amostra segundo a variável “com o consumo de tabaco aumenta o risco de ocorrer um enfarte agudo do miocárdio”.

Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
0	0,0%	1	2,0%	12	24,0%	25	<b>50,0%</b>	12	24,0%

Quanto ao facto de o consumo de tabaco aumentar o risco de ocorrer um enfarte agudo do miocárdio, apenas 2,0% indicou que “raramente” existe relação, a partilhar a mesma percentagem, com 24,0% considerou “às vezes” e “sempre” e por fim, 50,0% considerou que “frequentemente” é causa do consumo de tabaco.

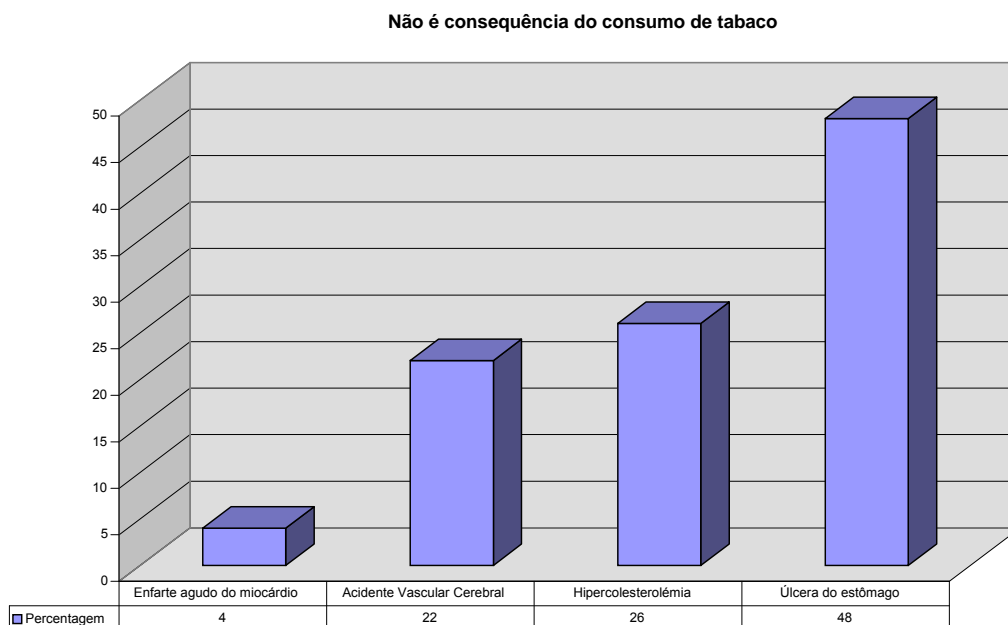
**12 – Qual das seguintes patologias não é consequência do consumo de tabaco?**

**Quadro 17.** Distribuição da amostra segundo a variável “qual das seguintes patologias não é consequência do consumo de tabaco”.

<b>Qual das seguintes patologias não é consequência do consumo de tabaco</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
Hipercolesterolemia	13	26,0
Enfarte agudo do miocárdio	2	4,0
Úlcera do estômago	24	<b>48,0</b>
Acidente Vascular Cerebral	11	22,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>

De acordo com o quadro 17 e o gráfico 3, 4,0% dos inquiridos assinalou Enfarte agudo do miocárdio como patologia que não é consequência do tabaco, 22,0% assinalou Acidente Vascular Cerebral, 26,0% de Hipercolesterolemia e a maioria, 48,0% assinalou Úlcera do estômago.

**Gráfico 3.** Distribuição da amostra segundo a variável “qual das seguintes patologias não é consequência do consumo de tabaco”.



### 13 – O tabaco causa dependência física e psicológica?

**Quadro 18.** Distribuição da amostra segundo a variável “o tabaco causa dependência física e psicológica”.

Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
0	0,0%	0	0,0%	9	18,0%	21	<b>42,0%</b>	20	40,0%

Ao analisarmos o quadro 18, verificamos que 18,0% dos inquiridos assinalou “às vezes” o tabaco causa dependência física e psicológica, 40,0% afirma “sempre” e 42,0% respondeu que “frequentemente” o tabaco provoca esta dependência.

### 14 – Os fumadores passivos correm riscos de doença após exposição ao fumo do tabaco?

**Quadro 19.** Distribuição da amostra segundo a variável “os fumadores passivos correm riscos de doença após exposição ao fumo do tabaco”.

Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
0	0,0%	5	10,0%	14	28,0%	14	28,0%	17	<b>34,0%</b>

Segundo a percepção de 10,0% dos fumadores, os fumadores passivos “raramente” correm riscos de doença após exposição ao fumo do tabaco, a partilhar a mesma percentagem, com 28,0% consideraram “às vezes” e “frequentemente” correm esse risco e por fim, 34,0% afirma que “sempre” existe risco de doença.

**15 – Quando a mãe fuma durante a amamentação, as substâncias tóxicas e a nicotina passam através do leite e são absorvidas pela criança?**

**Quadro 20.** Distribuição da amostra segundo a variável “quando a mãe fuma durante a amamentação, as substâncias tóxicas e a nicotina passam através do leite e são absorvidas pela criança”.

Nunca		Raramente		Às vezes		Frequentemente		Sempre	
Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
0	0,0%	2	4,0%	4	8,0%	21	42,0%	23	<b>46,0%</b>

No que diz respeito ao quadro 20, apenas 4,0% indicou que “raramente” quando a mãe fuma durante a amamentação, as substâncias tóxicas e a nicotina passam através do leite e são absorvidas pela criança, 8,0% assinalou “às vezes”, 42,0% respondeu “frequentemente” e por fim, 46,0% como “sempre”.

**Parte III – Fontes de informação**

**1 – Quais as fontes a que recorre para obter os conhecimentos que tem acerca dos malefícios do hábito tabágico?**

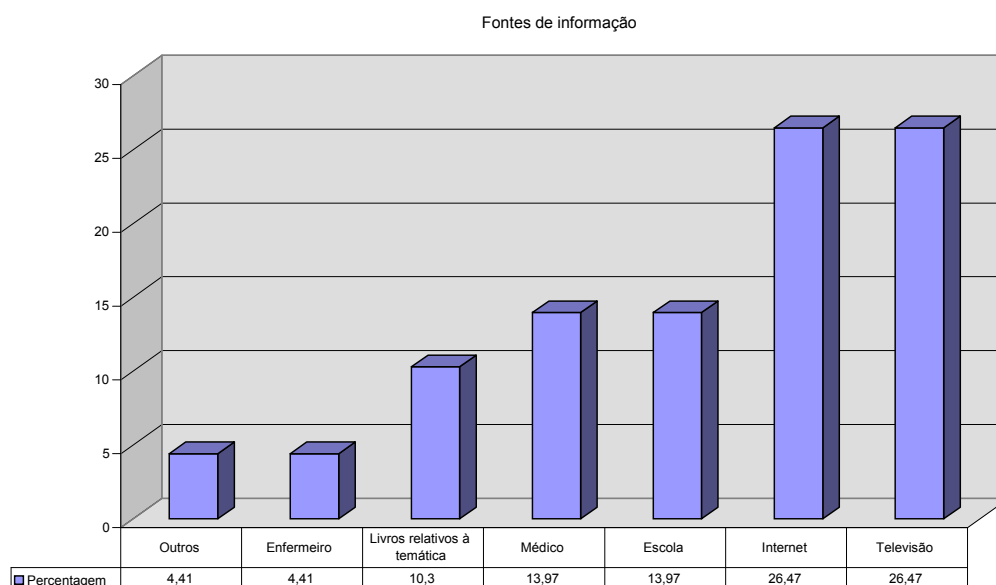
**Quadro 21.** Distribuição da amostra segundo a variável “quais as fontes a que recorre para obter os conhecimentos que tem acerca dos malefícios do hábito tabágico”.

<b>Quais as fontes a que recorre para obter os conhecimentos que tem acerca dos malefícios do hábito tabágico</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Livros relativos à temática	14	10,30
Internet	36	<b>26,47</b>
Televisão	36	<b>26,47</b>
Escola	19	13,97
Enfermeiro	6	4,41
Médico	19	13,97
Outros	6	4,41
<b>Total</b>	<b>136</b>	<b>100,0</b>

De acordo com o quadro 21 e o gráfico 4, verificamos que com a mesma percentagem, 4,41% dos inquiridos assinalaram que recorrem ao Enfermeiro e a Outras fontes não mencionadas, 10,3% refere os Livros relativos à temática como fontes de informação, também a partilhar a mesma percentagem, 13,97% dos inquiridos consideram a Escola e o Médico como as fontes de informação, por fim, com a mesma percentagem, 26,47% dos inquiridos assinalaram a Internet e a Televisão como as fontes de informação.

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

**Gráfico 4.** Distribuição da amostra segundo as variáveis “quais as fontes a que recorre para obter os conhecimentos que tem acerca dos malefícios do hábito tabágico”.



**Quadro 22.** Distribuição da amostra segundo a variável “outras fontes a que recorre para obter os conhecimentos que tem acerca dos malefícios do hábito tabágico”

Outras fontes que recorre para obter conhecimentos que tem acerca dos malefícios do hábito tabágico	Frequência	Porcentagem
Conversas com amigos	2	33,3
Jornais	1	16,7
Maço de tabaco	1	16,7
Revistas	2	33,3
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100,0</b>

Ao analisarmos o quadro 22, observou-se que com a mesma percentagem, 16,7% dos inquiridos que respondeu que recorre a outras fontes de informação (frequência=6) considerou os “Jornais” e o “Maço de tabaco” as outras fontes e também a partilhar a mesma percentagem, 33,3% destes inquiridos considerou as “Conversas com os amigos” e as “Revistas”.

**Parte IV – Reflexão****1 – Está a pensar deixar de fumar?****Quadro 23.** Distribuição da amostra segundo as variáveis “está a pensar deixar de fumar”; “Sim, Motivo” e “Não, motivo”.

<b>Está a pensar deixar de fumar</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Sim	34	<b>68,0</b>
Não	16	32,0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100,0</b>
<b>Sim, Motivo</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Custos	7	20,59
Saúde	13	<b>38,23</b>
Saúde e Custos	7	20,59
Sem Motivo	7	20,59
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>Não, Motivo</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Dependência	4	<b>25,0</b>
Falta de vontade	3	18,75
Alívio do Stress	1	6,25
Prazer social	2	12,5
Sem Motivo	6	37,5
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

Ao analisar ao Quadro 23, verifica-se que, 68,0% assinalaram que estão a pensar deixar de fumar, enquanto que, 32,0% assinalou que não está a pensar deixar de fumar. Respectivamente à questão, motivo se respondeu sim, com a mesma percentagem 20,59% responderam como motivo para deixar de fumar “custos”; “saúde e custos” e “sem motivo”, 38,23% responderam “saúde”. Respectivamente à questão, motivo se respondeu não, 6,25% respondeu como motivo para não deixar de fumar “Alívio de Stress”, 12,5% respondeu “Prazer Social”, 18,75% respondeu “Falta de Vontade”, 25,0% respondeu “Dependência” e por fim, 37,5% “sem motivo” para não deixar de fumar.

## V. DISCUSSÃO

Este capítulo é dedicado à discussão e reflexão dos resultados mais significativos do presente estudo. Como tal, iremos confrontar esses mesmos resultados com os resultados dos diferentes autores, no sentido de dar resposta aos objectivos definidos para o presente estudo.

Através da análise dos resultados, podemos dizer que a amostra foi constituída por um grupo de 50 jovens adultos fumadores que recorreram a um Café no Distrito do Porto

Estima-se que aproximadamente 47% dos homens e 12% das mulheres no mundo fumem. (Gomes, 2003). Embora a prevalência do consumo tabágico tenha sofrido algumas alterações ao longo do tempo, verificando-se uma redução de fumadores do género masculino, com simultâneo aumento de consumidores do género feminino (Matias cit in Nunes e Jóluskin, 2007). Neste estudo verificamos que predomina o género masculino (64,0%) sobre o género feminino (36,0%).

No que concerne à distribuição dos sujeitos segundo a idade, verificamos que esta está compreendida entre os 19 e 25 anos sendo a média de 22,82 e o desvio padrão de 1,815 anos.

No presente trabalho, observa-se que a percentagem de solteiros é superior (94,0%) e que a grande maioria dos elementos da população possui um nível secundário ou superior (76,0%).

O tabagismo inicia-se principalmente durante a adolescência (Martinet e Bohadana, 2003) e para Hagen (2004, p.193), “Dez por cento dos actuais fumantes adultos começaram a fumar entre nove e dez anos e metade dos adolescentes que começam a fumar inicia por volta dos 14 anos”. Este estudo vai de encontro ao nosso, uma vez que a maior parte dos jovens adultos (48,0%) começaram a fumar há 5 anos ou mais e visto que nesta amostra os participantes têm uma média de 22,82 anos surgem evidencias que os inquiridos deste estudo iniciaram o hábito tabágico muito cedo. Pode-se desde já concluir que surge a necessária intervenção precoce do Enfermeiro, durante a adolescência, através da informação e orientação dos jovens para a promoção de estilos de vida saudáveis.

Relativamente aos malefícios associados ao tabagismo, a maioria dos participantes da amostra consideraram que “frequentemente” o consumo de tabaco pode originar cancro do pulmão. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Kindersley (1992, p.122) que nos diz: “Pelo menos, cerca de 85% de todos os cancros do pulmão são atribuíveis ao fumo de cigarros”. Para Pershagen, (1996) o cancro do pulmão, também conhecido por carcinoma bronquial, é uma das primeiras causas de morte nos homens com mais de 45 anos e a primeira entre as mortes por cancro. Alegria (2003, p.23), refere que “(...) o principal efeito patogénico dos alcatrões e compostos relacionados é a carcinogénese (indução de tumores)”. De facto, o cancro do pulmão está intimamente ligado ao tabagismo, no entanto é de salientar que 2,0% dos inquiridos respondeu que este “raramente” é causado pelo consumo de tabaco, apesar da crescente informação que existe há cerca desta temática.

Quanto à impotência sexual masculina e a menopausa precoce como resultantes do hábito tabágico a maioria dos inquiridos considerou que “às vezes” são consequência do tabagismo. Segundo Cota (2008) “(...) o aparecimento da impotência sexual em fumantes é mais precoce (10 anos) que em não fumantes” e para Kindersley (1993, p.51) “As fumadoras têm a menopausa mais cedo do que as não fumadoras”.

Relativamente à questão da gravidez e da amamentação a maioria respondeu que “sempre” o consumo de tabaco interfere com a gravidez (54%) e que as substâncias tóxicas passam para a criança durante a amamentação (46%), o que é sustentado por Pestana (2006, p.94) quando afirma que “(...) existe evidência suficiente da relação entre o tabagismo e a ruptura prematura de membranas, a placenta prévia e o descolamento da placenta”. Beconã, Palomares e Garcia (1994) refere que pode-se produzir a hipoxia fetal, que determina o crescimento intrauterino fetal e atrasa as trocas placentarias, sendo esta responsável da patologia obstétrica do consumo do tabaco. O sangue da mãe fumadora transporta nicotina e monóxido de carbono, que penetra a placenta e actua directamente no sangue do feto (Andrade, 1990). Para Alegria (2003, p.53) “ (...) as mães que fumam e amamentam administram aos seus filhos com o leite diversos produtos prejudiciais do tabaco”.

Da mesma forma, também a maioria dos inquiridos reconheceu que o fumador tem uma diminuição da capacidade física, o que é apoiado por Pestana (2006, p.95) quando afirma que a fadiga e a dispneia diminuem após algum tempo de cessação do hábito tabágico.

Alegria (2003, p.54) refere que podem surgir palpitações e a taquicardia, perante o menor esforço e, que existe menor tolerância ao exercício.

Quanto à questão do envelhecimento acelerado da pele, cerca de 64% dos participantes considerou que “frequentemente” o tabagismo tem esse efeito sobre a pele. Neste aspecto, Alegria (2003, p.55) refere que o aparecimento de rugas nos fumadores tem cinco vezes mais probabilidades de acontecer do que nos não fumadores da mesma idade.

A maioria dos inquiridos respondeu que “frequentemente” o enfisema pulmonar é uma consequência do hábito tabágico. Como afirma Kindersley (1993, p.102) “Fumar provoca, regra geral, o enfisema”. e, Alegria (2003, p.49) diz que “Existe uma relação muito directa [...] entre a quantidade de cigarros fumados e o aparecimento do enfisema”.

Quanto às causas de morte associadas ao tabagismo, a amostra, revela, como já foi referido anteriormente, conhecimento sobre o cancro do pulmão (100%). Quanto à leucemia e ao cancro do colo do útero, nenhum dos inquiridos referiu existir associação possível com o tabaco. Estes resultados contrariam a o estudo de Pestana (2006, p.91), em que diz que “Existem actualmente conclusões sólidas acerca da relação causa-efeito entre o tabagismo e a leucemia mielóide aguda, a evidência vai no sentido de que o risco aumenta com o número de cigarros fumados e a duração dos hábitos tabágicos”. Apenas 6,0% consideraram o cancro da próstata como principal causa. Em relação ao cancro do estômago, 8,0% afirmaram que é uma consequência do tabagismo. Para Kindersley (1992, p.133), a neoplasia do estômago “ (...) aparece com frequência em certas famílias, o que pode indicar uma predisposição genética ou nada mais que a partilha dos riscos ambientais, tais como padrões de alimentação, bebidas e tabaco”. Quanto ao cancro da faringe, 86,0% afirmaram que tem associação com o tabagismo e, mais uma vez, vai em concordância com Kindersley (1993, p.129) que diz que “O factor de risco mais significativo é o tabaco e [...] o cancro pode surgir em qualquer parte da cavidade oral, incluindo [...] a parte de trás da garganta ou faringe”.

A maioria dos inquiridos respondeu que “frequentemente” são consequência do hábito tabágico: a obstrução das veias do coração, que há alteração da circulação de oxigénio no sangue e que aumenta o risco de ocorrer um enfarte agudo do miocárdio. Estes resultados vão de acordo com Andrade (1990, p.26) que afirma que “Por cada cigarro que se fuma, as

concentrações de monóxido de carbono absorvidas pelo sangue suplantam o oxigénio [...] conduzir a uma paragem cardíaca com morte imediata (enfarte do miocárdio)”. Para Kindersley (1992, p.30), “ (...) a nicotina do tabaco aumenta a pulsação e eleva a pressão arterial, ao passo que o monóxido de carbono reduz a quantidade de oxigénio que pode ser transportado pelo sangue. O coração trabalha mais mas recebe menos oxigénio”. Pestana (2006, p. 86) refere que “Existe vários mecanismos através dos quais o tabaco pode desencadear uma síndrome coronária aguda: aumento do consumo de oxigénio pelo miocárdio; aumento da concentração sérica de monóxido de carbono, interferindo com o transporte de oxigénio; aumento da viscosidade do sangue, predispondo para a hipercoagulabilidade; aumento das catecolaminas em circulação, induzindo coronariospasmos e arritmias”.

Quanto à questão sobre patologia que não é considerada como consequência do hábito tabágico, é de salientar que a maioria (48,0%) da amostra identificou a úlcera do estômago. O que vai contra o que diz Andrade (1990, p.28) “(...) no estômago, o tabaco começa por causar náuseas, depois aumenta a secreção de ácido, podendo favorecer o aparecimento de lesões ulcerosas”.; 26,0% considerou a hipercolesterolemia e 22,0% dos inquiridos revelaram ainda falta de conhecimento do contributo do tabaco para a ocorrência de um acidente vascular cerebral, segundo Alegria (2003, p.41) “Dentro dos factores de risco, o que mais contribui para os acidentes vasculares cerebrais é a hipertensão”. Visto que a hipertensão é potenciada pelo consumo de tabaco, podemos considerar o tabagismo um factor de risco na ocorrência de AVC.

Relativamente à questão sobre dependência física e psicológica, 42,0% e 40,0% responderam, respectivamente, “frequentemente” e “sempre” como sendo resultante do consumo de tabaco. Era de esperar que a maioria respondesse nesta questão que o tabaco provoca “sempre” dependência, o que leva a inferir que os indivíduos não reconhecem todos os malefícios associados ao tabagismo. Para Alegria (2003, p.58), “A Organização Mundial de Saúde e a American Psychiatric Association incluíram o tabaco na categoria das drogas capazes de criar uma forte dependência, quer psicológica quer farmacológica”.

A maioria dos inquiridos (62%) reconheceu que os fumadores passivos correm riscos de doença após exposição ao fumo do tabaco, o que é apoiado por (Pershagen, 1996) que refere

que os fumadores passivos tem o dobro da possibilidade de desenvolver quadros respiratórios obstrutivos e cancro do pulmão se conviverem diariamente com fumadores, também Kindersley (1993, p.51) afirma que o fumo passivo constitui um grave perigo para a saúde dos indivíduos, nomeadamente, “Os filhos de fumadores, no primeiro ano da sua vida, têm duas vezes mais probabilidades de serem hospitalizadas em consequência de bronquites e pneumonias do que os filhos dos não fumadores”.

Em relação às fontes de informação, a maioria da amostra deu especial ênfase à internet (26,47%) e à televisão (26,47%), seguindo-se a escola (13,97%) e o médico (13,97%). A televisão é um meio de comunicação bastante amplo e difundido, que transmite informação dos mais variados temas e a internet que, hoje em dia, está acessível a quase toda a gente, talvez por isso, foram assinaladas como as principais fontes. É de salientar que só apenas 4,41% dos inquiridos mencionaram o Enfermeiro como fonte de informação. O que significa que os Enfermeiros têm de investir mais e numa fase precoce, na educação para a saúde, sensibilizando as pessoas dos malefícios do fumo da tabaco para a saúde.

Muitas pessoas que fumam gostariam de deixar de o fazer (Deakins, 1992), o que é reflectido neste estudo, cerca de 68% dos inquiridos está a pensar deixar de fumar contra 32% dos inquiridos que não pretende deixar o hábito tabágico.

Para Trota et al. (2001) a motivação é fundamental. Mesmo nas tentativas mais apoiadas, é o próprio fumador que decide deixar de fumar, nenhum profissional de saúde o pode fazer por ele. Por isso, é a própria pessoa que toma esta decisão e que faz uma tentativa nesse sentido. Os fumadores têm diferentes motivos para deixar de fumar: preocupação de saúde, dispêndio de dinheiro com cigarros e pressões sociais encabeçam a lista (Norris, 1994). Neste trabalho, responderam como motivos para abandonar o tabaco a “saúde” (38,23%), “custos” (20,59%) e simultaneamente a “saúde e custos” (20,59%).

Relativamente aos motivos para não deixar de fumar os mais relevantes foram a “Dependência” (25,0%), a “Falta de vontade” (18,75%) e o “Prazer social” (12,5%). Isto poderá estar relacionado com vários factores, entre eles os factores pessoais, familiares, ambientais e sociais. Muitos fumadores têm o vício da nicotina tão intenso que continuam a fumar, apesar de conhecerem os perigos dessa substancia ( Burroughs, 1995). A nicotina

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

desempenha um papel importante na aquisição e manutenção da dependência relativamente ao tabaco. A sua acção é imperceptível e dissimulada, desencadeando nos fumadores não apenas uma simples apetência para fumar mas também uma verdadeira habituação psicológica e mais tarde fisiológica (Andrade, 1990). Por outro lado, “ Entre o acto de fumar e o ambiente criam-se associações que se convertem em laços estreitos; o desejo de fumar provocado pelo ambiente é uma manifestação do condicionamento” (Martinet e Bohadana 2003, p.102).

Embora o consumo de tabaco seja, de um modo geral, percebido pelos jovens adultos fumadores da amostra como estando associado “frequentemente” e “sempre” aos malefícios apresentados, no entanto, destaca-se a necessidade de desenvolver programas de prevenção de consumo de tabaco.

## V. CONCLUSÃO

Chegando ao final deste trabalho, seguem-se algumas considerações pertinentes sobre o tema, resultados obtidos, objectivos propostos e ao que ele representa e que poderá vir a representar para estudos futuros.

Os objectivos que delineamos foram atingidos com sucesso na medida em que foi-nos possível identificar os conhecimentos e as fontes dos jovens adultos fumadores no que diz respeito aos malefícios do tabaco. Podemos assim concluir que, nesta amostra, a maioria reconheceram as patologias e as consequências do tabagismo e, infelizmente para nós, como futuros profissionais, não mencionaram o enfermeiro como a fonte de informação das mais frequentes. Deste modo, sugerimos que a Enfermagem deve ter um papel mais presente nesta temática.

Um aspecto particularmente relevante dos nossos resultados é o facto de o consumo de cigarros se ter iniciado na adolescência, o que levanta algumas questões quanto às estratégias para prevenir a adesão ao hábito de fumar. Fumar continua a ser um comportamento com valor para os jovens, uma vez que é associado à afirmação junto dos pares. Desta forma, a adolescência é um período particularmente importante na promoção da saúde, devido aos comportamentos de risco dos jovens. O papel do Enfermeiro é precioso nesta etapa de vida, devendo apostar na educação para a saúde, informando sobre os malefícios do fumo do tabaco para a saúde e prevenir precocemente possíveis comportamentos inadequados. Também os professores devem informar os jovens sobre os comportamentos de risco, assim como a educação deve passar pela própria família e sociedade.

A investigação em Enfermagem é uma tarefa árdua e difícil, no entanto, apesar desta monografia ser o primeiro trabalho de investigação, com um certo grau de complexidade, temos plena consciência do esforço e dedicação despendidas neste trabalho pois só desta forma nos foi possível ultrapassar as dificuldades sentidas, fruto da inexperiência em trabalhos de investigação. Assim, e sem qualquer pretensão da nossa parte, pensamos ter atingido de forma satisfatória os objectivos académicos.

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

Este trabalho também procura fornecer sugestões para a implementação de resultados na prática profissional, nomeadamente nos Enfermeiros, onde estes devem centrar-se na prevenção e na promoção da saúde da sociedade em geral.

A escola não tem de ser vista apenas como um lugar onde se adquirem aprendizagens, mas um local privilegiado para adquirir normas sociais, aprendizagens afectivas e atitudes necessárias para evitar o consumo de tabaco. A prevenção passa por informar, orientar e capacitar os adolescentes acerca de estratégias protectoras, por promover atitudes saudáveis, em idades mais precoces, a fim de evitarem ter que modificar posturas prejudiciais mais tarde. A nível do ensino secundário, poderão ser organizados debates e campanhas, com o envolvimento de toda a comunidade educativa e com a participação de técnicos especializados, de modo a proporcionar um melhor esclarecimento.

Foi gratificante elaborar esta monografia devido à actualidade do tema, permitindo assim alargar e enriquecer os conhecimentos nesta área, o que nos permitirá melhorar a qualidade dos cuidados que prestamos, tanto ao indivíduo, como à comunidade.

A saúde deve ser encarada como um fenómeno que não depende apenas do indivíduo, mas de um conjunto de factores integrados e que vão para além da educação. Os aspectos económicos, sociais, ambientais e legislativos constituem factores determinantes da saúde para a criação de contextos favoráveis ao desenvolvimento individual de comportamentos de saúde adequados.

È importante referir que um estudo desta natureza nunca está terminado e pode apresentar sempre uma nova abordagem que lhe dará continuação. Tornar-se num instrumento valioso para a execução de futuras investigações, uma vez que permite criar bases para que futuramente se proceda à investigação, melhorando assim a Enfermagem enquanto ciência.

Sugerimos realizar um estudo correlacional, que aborde os factores de risco para o desenvolvimento do hábito tabágico, de forma a podermos inferir quais as relações existentes para esse consumo, uma vez que, no estudo que elaborámos, constatámos que os jovens

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

adultos têm conhecimentos suficientes para reconhecer a gravidade do tabagismo mas, mesmo assim, são fumadores activos.

Com este estudo pretendemos dar o nosso humilde contributo de forma a alertar as pessoas para os danos nefastos que o tabagismo provoca.

**BIBLIOGRAFIA**

Alegria, E. E. (2003). *Saúde para Todos: Tabagismo e Doença*. Rio de Mouro, Everest Editora.

Andrade, M. I. (1990) . *O prazer de não fumar ou... como dizer sim à vida*. Porto, Porto Editora.

Beconã, E.(1993). *Programa para deixar de fumar*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela.

Beconã, E., Palomares, A., e Garcia, M. (1994). *Tabaco y Salud*. Madrid: Edições pirâmide.

Burroughs, A. (1995). *Cuidados de Saúde durante a gestação*. In: Burroughs, A. Uma introdução à Enfermagem Materna. 6ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas.

Cota, M. (2008). *A saúde masculina e o tabagismo*. [Em linha]. Disponível em <<http://www.sitemedico.com.br/sm/materias/index.php?mat=1571>>. [consultado em 03/08/2008].

David, H., Matos, H., Silva, T. e Dias, M. (2006). *Tabagismo e saude da mulher: uma discussão sobre as campanhas de controle do tabaco*. Revista de Enfermagem UERI. Rio de Janeiro.

Deakins, B. (1992). *Deixar de fumar*. Nursing – revista técnica de enfermagem. Ano 5, nº 54, Julho, Edição portuguesa.

DR. (2007). *Diário da República*. [Em linha]. Disponível em <[www.makro.pt/servlet/PB/show/1075917/Tabaco%20-%20Janeiro2008.pdf](http://www.makro.pt/servlet/PB/show/1075917/Tabaco%20-%20Janeiro2008.pdf)>. [consultado em 30/03/2008].

Fortin, M.(1999) *O Processo de Investigação*. Loures, Lusociência

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Gomes, F. (2003). *Consequências do tabagismo para a saúde*. Brasília, Consultoria Legislativa.

Hagen, P. (2004). *Guia de cuidados pessoais com a saúde: respostas e cuidados para problemas comuns*. Rio de Janeiro, Editora Anima.

Hapetaim, I. (1997). *Famílias – entender a toxicodependência*. Lisboa, Editorial verbo.

Jarvik, M.E., e Scheneider, N.G. (1992). Nicotine. In J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman, e J. G. Langrod (Eds.), *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook* (2.ªed.). Baltimore: Williams & Wilkins.

Kindersley, D. (1992). *Biblioteca Médica da Família: Combater o Cancro*. Editora Civilização.

Kindersley, D. (1992). *Biblioteca Médica da Família: o Coração*. Editora Civilização.

Kindersley, D. (1993). *Biblioteca Médica da Família: o Sistema Respiratório*. Editora Civilização.

Law, M.R., Morris, J.K., e Wald, N.J.(1997). *Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease*. Evaluation of the Evidence.

Martinet, Y e Bohadana, A. (2003). *O Tabagismo – Da Prevenção à Abstinência*. 1ªed. Lisboa, Climepsi Editores.

Morón, M. et al. (1997). *Saúde e qualidade de vida – vencer os vícios: como evitar as dependências que destroem a saúde*. Círculo de leitores.

## Os malefícios do hábito tabágico no jovem adulto

Norris, A. (1994). *Abandonar o hábito de fumar*. Nursing – revista técnica de enfermagem. Ano 7, nº73, Edição Portuguesa.

Nunes, L. M. e Jólluskin, G. (2007). *Drogas e Comportamentos de Adição: Um manual para estudantes e profissionais de saúde*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa.

Pereira, H. (1997). *Hábito de fumar nos profissionais de saúde-atribuições de causalidade*. Tese de mestrado. Porto, Artes gráficas, Lda.

Pershagen, G.(1996).*British Medical Bulletin*. Sweden.

Pestana, E. (2006). *Tabagismo – do Diagnóstico ao Tratamento*. Lousã, Lidel.

Polit, D. F. e Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 2ªed. Porto Alegre, Artes Médicas.

Stanhope, M. e Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa, Lusociência.

Tones, K. e Tilford, S. (1994). *Health education. Effectiveness, efficiency and equity*. London, Chapman e Hall.

Trota, R. et al. (2001). *Guias de Educação e Promoção da Saúde – Guia para ajudar as pessoas a deixarem de fumar*. Lisboa, Ministério da Saúde – Direcção Geral da Saúde.

**ANEXOS**

**Anexo I – Instrumento de Recolha de Dados**