

X
21/01/13

Cristina Isabel Moniz Monteiro

Nº16582



“FACTORES SOCIAIS QUE LEVAM À INICIAÇÃO DO TABAGISMO NA ADOLESCÊNCIA”

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

CEA
ANALOGICA

LEITURA
INTERNA

Cristina Isabel Moniz Monteiro

Nº16582

“FACTORES SOCIAIS QUE LEVAM À INICIAÇÃO DO TABAGISMO NA ADOLESCÊNCIA”

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Cristina Isabel Moniz Monteiro

Nº16582

“FACTORES SOCIAIS QUE LEVAM À INICIAÇÃO DO TABAGISMO NA ADOLESCÊNCIA”

Aluno

Cristina Monteiro

Trabalho apresentado à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para obtenção do grau de Licenciatura em
Enfermagem

“A força não provém da capacidade física e sim de uma vontade indomável”

Mahatma Gandhi

Sumário

Este trabalho pretende descrever a actualidade dos factores sociais que levam à iniciação de consumo de tabaco na adolescência e as suas consequências, aplicado à realidade nacional e internacional. É analisado o papel desempenhado pelos diversos intervenientes na vida dos fumadores (profissionais de saúde, família, escola, comunidade...) para travar a progressão da epidemia tabágica. A saída da infância é um momento de risco onde há maior probabilidade de iniciar hábitos tabágicos, que poderão prolongar-se por toda a vida. Junto com factores individuais, não há dúvida de que o consumo de tabaco possui características específicas que reflectem a influência de factores sociais como a escola, a família, o grupo de amigos, o ambiente e a cultura. Relativamente à forma de travar a progressão da epidemia tabágica, é essencial observar que é necessário compreender quando, onde e porquê as crianças e adolescentes se tornam fumadores, para que, perante as respostas obtidas se possam desenhar intervenções de forma a resolver o problema. Deste modo, foi atribuída importância à enfermagem sobre a prevenção dos hábitos tabágicos.

Abstract

This paper aims to describe the current social factors that lead to the initiation of tobacco habits in adolescence and its consequences, applied to national and international reality. It examines the role played by the various intervenient in the life of smokers (health professionals, family, school, community ...) to halt the progression of the smoking epidemic. The end of childhood is a time of risk where there is most likely to start smoking, which may last for a lifetime. Along with individual factors, there is no doubt that tobacco use has specific characteristics that reflect the influence of social factors such as school, family, group of friends, the environment and culture. On the way to halt the progression of the smoking epidemic, it is essential to note that you must understand when, where and why children and teenagers become smokers. This is important to design interventions in order to solve the problem. Thus, importance was given to nursing on the prevention of smoking.

Agradecimentos

A presente monografia é um percurso que foi trilhado com perseverança, privações e sacrifícios, alternando momentos de desalento com a satisfação da obra conseguida de que pode beneficiar no processo da sua construção. Não obstante, é fruto do contributo de muitas pessoas a quem profundamente agradecemos e muito nos honra destacar.

Faço especial e sincero agradecimento à Professora Orientadora Maria Filomena Cardoso pela dedicação e disponibilidade que sempre evidenciou ao longo destes meses.

Quero, ainda, agradecer aos meus pais, irmã e namorado, pelo incansável apoio e compreensão por todos os momentos subtraídos à sua presença.

Agradeço, também, a todas as pessoas não mencionadas que directa ou indirectamente, me apoiaram, contribuíram e tornaram possível a concretização deste trabalho.

A todos o meu muito obrigado, por me ajudarem a levar a bom porto a realização deste trabalho.

Bem Hajam

Lista de Siglas e Abreviaturas

Siglas

ACTH – Hormona adrenocorticotrópica ou adrenocorticotrofina

APA – American Psychological Association

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CO – Monóxido de carbono

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FSH – Hormona foliculoestimulante

HBSC - Health Behaviour of School-aged Children

INS – Inquéritos Nacionais da Saúde

LDL – Lipoproteína de Baixa Densidade (*low density lipoprotein*)

LH – Hormona Luteinizante

OMS – Organização Mundial da Saúde

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

URL – Uniform Resource Locator

www - World Wide Web

Abreviaturas

et al. – et alli

% - Percentagem

Índice

I.	Introdução.....	10
II.	Evolução histórica do consumo de tabaco.....	13
III.	Consequências do tabaco na saúde.....	14
IV.	Adolescência: uma nova etapa	20
1.	Influências na iniciação do consumo de tabaco.....	23
i.	As relações inter-pessoais: que influência na iniciação do consumo de tabaco?	23
a)	Grupo de pares.....	24
b)	Família/pais fumadores	27
ii.	Influências socioculturais na iniciação do consumo de tabaco na adolescência	30
V.	Consequências da interrupção do consumo de tabaco.....	35
VI.	A importância da enfermagem para a prevenção do consumo de tabaco.....	43
VII.	Conclusão	52
VIII.	Bibliografia.....	58
1.	Referências bibliográficas	58
2.	Referências consultadas pela internet.....	61

I. Introdução

Este trabalho de pesquisa e investigação está subordinado ao tema “Factores sociais que influenciam a iniciação de consumo de tabaco na adolescência”, enquadrando-se no Projecto de Graduação, do 4º ano, da Licenciatura de Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa, sob a orientação da Professora Maria Filomena Cardoso.

Este documento tem como objectivo descrever a pesquisa e compilação de bibliografia no que respeita aos Factores Sociais que levam à iniciação de Consumo de Tabaco na Adolescência, aplicado à realidade actual, em todo o mundo. Será, assim, pertinente abordar esta problemática, visto que os hábitos tabágicos têm vindo a aumentar, tendo implicações directas tanto no indivíduo consumidor, como na saúde pública.

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde, 2008) apesar de o tabagismo ser a causa de morte mais fácil de prevenir em todo o mundo é, no entanto, responsável por uma em cada dez mortes em adultos. De referir que 29% da população mundial é fumadora, que em 2005 o tabaco causou 5,4 milhões de mortes, a uma média de 1 a cada 6 segundos e que no século XX o tabaco foi responsável por 100 milhões de mortes (metade dos seus consumidores usuais). O tabaco pode, então, definir-se “*como a principal causa de doenças evitáveis e incapacidades prematuras e prevê-se que seja a primeira causa de morte no século XXI*” (Monteiro, Neves, Marques e Lopes, 2004).

Nunes (2002) afirma que o consumo de tabaco é hoje, nos Países desenvolvidos, a principal causa de doença e de mortes evitáveis, sendo responsável por cerca de 20% do total de óbitos verificados anualmente nestes países e Simões, Matos e Foguet (2006) salientam que a adopção de padrões de hábitos tabágicos, tem um importante impacto na morbidade e mortalidade das populações. Estima-se que em 2030, mantendo-se o ritmo actual, será atingido o valor de 8 milhões de mortes anualmente e um total de 1 bilião até ao fim do século XXI, relacionadas com o consumo de tabaco (OMS, 2008).

Esmond (2005) considera que é na adolescência que existe uma maior probabilidade de os jovens experimentarem o seu primeiro cigarro e iniciarem hábitos tabágicos que se poderão prolongar por toda a vida. O autor acrescenta que, na maioria das vezes, a escolha é livre mas muito influenciada pelo desejo de se tornar adulto, além de que é nesta idade que os jovens são mais susceptíveis de se tornarem dependentes da nicotina

muito rapidamente, tendo uma maior probabilidade de fumar se os pais, irmãos mais velhos e amigos também o fizerem.

Martinet e Bohadana (2003), defendendo a ideia acima explicitada, afirmam que assim se explica que o adolescente seja o alvo preferencial dos industriais do tabaco. A tendência natural do adolescente é orientar-se pelo prazer, tornando-se, portanto, necessário compreender os mecanismos que levam a comportamentos de adição, não tomando as consequências como causas, mesmo que estas sejam as preocupações imediatas, a combater numa primeira abordagem da problemática.

O consumo de tabaco é um fenómeno social que tem disputado, ao longo dos últimos anos, grande interesse por parte de investigadores, políticos, legisladores e meios de comunicação social, uma vez que, se apresenta como um grave problema a nível social, psicológico, jurídico e com repercussões na saúde pública (Borges e Filho, 2004).

Os factores que determinam e explicam este fenómeno derivam, fundamentalmente, do impacto que esta conduta tem sobre os indivíduos consumidores e sobre a sociedade em que estão inseridos. Sem esquecer a importância dos factores individuais, não há dúvida de que o consumo de tabaco, na actualidade, possui características específicas e reflecte a influência de factores sociais como a escola, família, grupo de amigos, ambiente e cultura.

O presente trabalho pretende cumprir os objectivos que de seguida estão descritos.

Objectivos gerais:

- Conhecer o estado da arte da temática dos factores sociais que levam à iniciação de consumo de tabaco na adolescência;
- Conhecer os factores que influenciam a iniciação do consumo de tabaco na adolescência.

Objectivos específicos:

- Fazer um levantamento de resultados de investigações realizadas nos últimos anos no que respeita aos factores sociais que levam à iniciação de consumo de tabaco na adolescência;
- Pesquisar a existência de uma relação entre os factores sociais e a iniciação do consumo de tabaco na adolescência;

- Identificar os diferentes factores sociais que possam influenciar a iniciação do consumo de tabaco na adolescência;
- Descrever os principais motivos que levam à iniciação do consumo de tabaco;
- Pesquisar a possibilidade de existir uma relação entre os factores sociais (grupo de pares, família...) e a iniciação do consumo de tabaco na adolescência;
- Conhecer as medidas adoptadas para a promoção da saúde nesta área e prevenção da iniciação do consumo de tabaco.

Para a realização deste documento foi utilizado o método descritivo-narrativo, com recurso a pesquisa cibernética e uma vasta pesquisa bibliográfica, diversificando ao máximo as referências usadas.

No que respeita a organização desta monografia, expõe-se a presente introdução na qual é feita uma apresentação geral ao tema e o corpo do trabalho que se divide em oito partes: na primeira parte encontra-se uma pequena abordagem à evolução histórica do consumo de tabaco; na segunda parte fala-se sobre as consequências do consumo de tabaco para a saúde; na terceira parte faz-se referência aos factores sociais relacionados com a iniciação do consumo de tabaco na adolescência; na quarta parte abordam-se as consequências da interrupção do consumo de tabaco; na quinta parte, após reflectir sobre as partes anteriores, faz-se uma pequena abordagem sobre a importância do papel da Enfermagem na prevenção do consumo de tabaco; na sexta parte realizam-se as reflexões e as conclusões finais e por último toda bibliografia utilizada.

Este trabalho foi elaborado tendo por base o Manual de Elaboração de Trabalhos Científicos (Manual de Estilo), adoptado e preconizado pela UFP-FCS, seguindo-se, ainda, e relativamente a normas bibliográficas, foi aplicado pelo Método de Harvard, com as devidas adaptações inerentes à Língua Portuguesa.

As dificuldades que se prevêem para a elaboração deste trabalho prendem-se com a compilação e selecção do conteúdo da bibliografia a integrar ou não no presente documento, após análise de toda a pesquisa necessária, de forma a tornar clara e objectiva a presente revisão bibliográfica.

II. Evolução histórica do consumo de tabaco

Segundo Simões (2006), o tabaco é o produto resultante do tratamento de uma planta pertencente à família das *Solináceas*. Este vegetal pode chegar aos 2 metros de altura e as suas folhas podem medir entre 60 e 70 centímetros, existindo várias espécies que são utilizadas para fins ornamentais e outras, como a *Nicotiana tabacum* e a *Nicotiana rústica*, que têm como fim a comercialização.

A existência de diferentes variedades desta planta possibilita a criação de diversos tipos de tabaco, sendo estas seleccionadas e trabalhadas com o objectivo de refinar a qualidade do respectivo produto final. Após a colheita, as folhas da planta são secas e fermentadas para, de seguida, lhe serem adicionadas determinadas substâncias que acentuam o aroma e lhe conferem a combustibilidade e o paladar desejados.

A planta do tabaco foi utilizada durante milénios pelos índios americanos que fumavam folhas secas e enroladas, às quais chamavam *petum* ou tabaco, sendo-lhes atribuída uma conotação medicinal. Em 1492, aquando das grandes descobertas marítimas, os espanhóis e os portugueses entraram em contacto com esta planta e disseminaram a sua produção e utilização pelo mundo inteiro (Borges e Filho, 2004).

Hoje em dia, o tabaco utilizado comercialmente é muito diferente do utilizado nos séculos XVI e XVII, uma vez que, a partir do século XIX, foram desenvolvidas duas espécies de tabaco que actualmente dominam o comércio mundial, a *Virgínia tobacco* (tabaco curado artificialmente em estufas aquecidas) e a *Burley tobacco* (curado ao ar livre).

Simões (2006) refere que o consumo desta planta (comercializada em várias formas, como cigarros, charutos, tabaco para cachimbo, entre outros) é o hábito que tem mais seguidores actualmente e um hábito que faz parte do quotidiano de muitos milhões de pessoas em todo o planeta.

O tabaco é, segundo o mesmo autor, a planta psicoactiva mais consumida pela população mundial, sendo que o seu consumo é a principal causa de morte evitável, na actualidade, em todo o mundo.

III. Consequências do tabaco na saúde

“Durante o século XX, a epidemia do tabaco matou 100 milhões de pessoas no mundo inteiro. No decorrer do século XXI pode matar 1 bilião” (OMS, 2008), sendo um dos principais flagelos, em termos de saúde, que atinge, actualmente, toda a população mundial.

Segundo Borges e Filho (2004), actualmente, a maior parte dos fumadores consome tabaco sob a forma de cigarros. Da sua composição fazem parte mais de 4000 substâncias cujo efeito, de algumas, ainda não foram totalmente estudados (2550 substâncias resultam do processamento não adulterado do tabaco e as restantes representam aditivos, pesticidas, e outros compostos orgânicos e metálicos). Entre elas destacam-se: nicotina, que gera dependência física e é a responsável pela maior parte dos efeitos do tabaco; substâncias irritantes, como a acroleína, os fenóis, o peróxido de nitrogénio, o ácido cianídrico, o amoníaco, entre outros e provocam vasoconstricção, a estimulação das glândulas secretoras da mucosa e da tosse e a alteração dos mecanismos de defesa do pulmão; alcatrão e outros agentes cancerígenos como o alfabenzopireno.

Estes compostos orgânicos são muitas vezes associados a neoplasias, uma vez que destroem alguns órgãos importantes ao mesmo tempo que fragilizam o organismo em relação a certos vírus e a doenças oportunistas.

Desta forma, o risco de contrair uma doença aumenta, proporcionalmente, relativamente ao número de cigarros fumados e à duração dos hábitos tabágicos, dependendo, também, do grau de dependência da nicotina, da precocidade de início do consumo, e da profundidade da inalação (Morais e Robalo, s.d.).

São os componentes do alcatrão que dão a cor preta ao filtro dos cigarros e que mancham a pele dos dedos e os dentes e é o monóxido de carbono que provoca a diminuição da capacidade de transporte de oxigénio por parte dos glóbulos vermelhos, devido a apresentar maior afinidade para a hemoglobina que o oxigénio. A absorção da nicotina, por sua vez, depende do seu pH, e alcança o cérebro entre 10 e 19 segundos após a sua inalação através do fumo. (Borges e Filho, 2004)

De acordo com Mota (2006), o cancro, nos fumadores, deve-se ao facto de existirem, no cigarro, cerca de 60 substâncias cancerígenas e mutagénicas. A acção destas substâncias

no organismo, o tempo e a dose de exposição do indivíduo a essas substâncias, e também a susceptibilidade individual (predisposição genética) são factores chave para o aparecimento do cancro. Assim, defende que o consumo de tabaco é a primeira causa evitável de cancro, principalmente do cancro do pulmão, da cavidade oral, da faringe, da laringe, do esófago, do pâncreas e do estômago. A mortalidade por cancro nos fumadores é duas vezes superior do que nos não fumadores e é quatro vezes mais elevada nos grandes fumadores.

Mota (2006) também defende que o consumo de tabaco é o principal factor de risco evitável de doença cardiovascular, sendo que o risco aumenta consoante o número de cigarros fumados e a duração do consumo de tabaco.

O tabaco actua no organismo, lesando directamente a parede endotelial, provocando taquicardia, hiperlipidemia (elevação do colesterol LDL), aumento dos neutrófilos circundantes e da coagulabilidade (produção de factor activador plaquetário, aumento de factor de *von Willebrand*, entre outros), causando assim um risco acrescido de sofrer de enfarte do miocárdio. Provoca ainda aterosclerose pois induz o processo inflamatório no organismo que é fulcral na iniciação e evolução desta, sendo que o aumento dos leucócitos e dos níveis de proteína C-reativa são um factor de risco acrescido na doença coronária, podendo levar ainda a um AVC (o fumador tem um risco acrescido de 50%) e morte súbita.

Fumar provoca, também, um aumento agudo da resistência vascular periférica e, conseqüentemente, da pressão arterial, originados pela exposição à nicotina. O acto de fumar está associado a uma diminuição do fluxo sanguíneo ao nível coronário e a necessidades de oxigénio aumentadas pelo miocárdio, e, ainda, ao compromisso da oxigenação dos tecidos, devido aos factores vasomotores e ao aumento dos níveis de carboxi-hemoglobina (Mota, 2006).

Nunes (2006) é da opinião que o fumo do tabaco tem interferência sobre a estrutura e funções das vias aéreas, tanto centrais como periféricas, bem como nos alvéolos, interstício e capilares, tendo, ainda, interferência nos mecanismos de defesa do sistema imunitário no pulmão, pois o fumo do tabaco promove o processo inflamatório e diminuição da resposta imunológica do pulmão, levando ao comprometimento da função muco-ciliar. Estas complicações provocam, desta forma, uma queda dos débitos aéreos expiratórios resultante do consumo acumulado de tabaco, levando ao

aparecimento de DPOC (cerca de 90% das mortes estão relacionadas com o consumo de tabaco). Devido às infecções respiratórias, há um risco acrescido de desenvolver tuberculose, pneumonia, doenças respiratórias agudas, de sintomas respiratórios em adultos, designadamente tosse, pieira, expectoração dispneia, e uma maior dificuldade no controlo da asma.

Para além dos cancros do sistema gastrointestinal, Mota (2006), associa o consumo de tabaco ao refluxo gastroesofágico pois diminui a pressão do esfíncter esofágico inferior e aumenta a produção de radicais livres e de vasopressina, inibindo também a secreção de muco gástrico, a produção de prostaglandinas citoprotectoras e a secreção de bicarbonato pancreático e na mucosa duodenal, diminuindo, por consequência, o fluxo sanguíneo na mucosa gástrica, que está também associado ao aparecimento úlcera péptica gástrica e duodenal. O consumo de tabaco pode potenciar uma evolução clínica mais grave da Doença de *Chron*.

Para Martinet e Bohadana (2003), fumar tem muitos efeitos nas secreções endócrinas, devido à acção da nicotina e de outras substâncias presentes no fumo como o tiocianato. Também actua sobre a tiróide, constituindo assim um factor de risco para a doença de Graves, de oftalmopatia de Graves e de alterações das hormonas tiroideias. A tiroidite auto-imune e bócios de pequenas dimensões têm uma maior incidência em fumadores.

O consumo de tabaco estimula a libertação de hormonas hipofisárias como a prolactina, ACTH, hormona do crescimento e arginina vasopressina, mas sem grandes alterações na TSH, LH e FSH. Nas fumadoras crónicas pode levar a uma diminuição da fertilidade e da probabilidade de poder realizar aleitamento materno, devido à diminuição da prolactina. Altera também os níveis de hormonas esteróides, sendo que o cortisol plasmático pode estar elevado. Os níveis de catecolaminas estão também elevados em indivíduos fumadores, e a sua excreção urinária é maior.

A resistência à insulina é um maior risco de osteoporose em mulheres pós-menopausicas também pode estar relacionado com o consumo de tabaco. A eficácia da pílula contraceptiva pode também ser afectada em mulheres fumadoras, principalmente pelo efeito anti-estrogénico do tabaco, uma vez que estes efeitos diminuem a fertilidade e reduzem a idade da menopausa. Devido a este efeito anti-estrogénico algumas doenças relacionadas com os estrogénios (cancro do endométrio, e a endometriose) podem ver ligeiramente diminuída a probabilidade da ocorrência (Martinet e Bohadana, 2003)

Nunes (2006) relaciona o consumo de tabaco com afecções mentais, pois menciona que a prevalência do consumo de tabaco é superior em indivíduos com problemas de saúde mental e em doentes psiquiátricos institucionalizados, comparativamente à população em geral. A dependência à nicotina é por si só uma perturbação da saúde mental, mas nem todos os fumadores desenvolvem este tipo de subordinação.

Para Ferreira-Borges (2002) a natureza da adição à nicotina é desconhecida para muitos especialistas da saúde, sendo ainda para muitos médicos difícil de considerar o uso do tabaco e a dependência da nicotina como uma doença. Contudo, a dependência de nicotina está classificada como uma doença de acordo com a Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde (CID 10, código F 17.2) (WHO, 1992 *in* Ferreira-Borges (2002)) e com o *Manual de Diagnóstico e Estatística* da Associação de Psiquiatria Americana (DSM-IV) (APA, 2002), devendo por isso ser diagnosticada e tratada enquanto tal. Existem muitas similaridades entre a adição à cocaína e a dependência de nicotina. A nicotina afecta o estado de humor e a *performance*, reduzindo a fome e acelerando o metabolismo do corpo. Também à semelhança de outras drogas, a exposição repetida à nicotina provoca neuroadaptação, sendo o síndrome de abstinência caracterizada por sintomas típicos de abstinência de outras drogas aditivas, como irritabilidade, dificuldade de concentração, ansiedade, fome, ganho de peso, perturbações do sono, *craving*, etc. Por tais razões, Ferreira-Borges (2002) indica que parece importante não só diagnosticar a dependência de nicotina, como também tratá-la de forma adequada. Estudos recentes parecem demonstrar que existe uma multiplicidade de tratamentos efectivos que podem duplicar ou até triplicar as taxas de abstinência a longo prazo, que alguns são mais apropriados para serem utilizados na prestação de cuidados primários de saúde, que outros apresentam uma melhor relação custo-eficácia e que a sua utilização e impacto podem ser melhorados com políticas de saúde (Fiore *et al.*, 2000 *in* Ferreira-Borges (2002)).

Para Nunes (2006), a relação entre o consumo de tabaco e a depressão é bastante conhecida, sendo que 60% dos fumadores têm história clínica de depressão, estando esta relacionada com níveis de consumos elevados.

Cerca de 90% dos doentes esquizofrénicos são fumadores, colocando-se a hipótese de que o consumo de tabaco estimule o funcionamento do córtex pré-frontal, através da libertação de dopamina, diminuindo os sintomas da doença (Nunes, 2006).

A avaliação do consumo de tabaco em doentes com perturbações da saúde mental é de elevada importância, não só devido à sua eminente relevância nestes doentes e possíveis associações etiológicas, mas também pela interferência do tabaco no sucesso terapêutico.

Como já acima foi referido, a mulher tem uma maior susceptibilidade ao fumo do tabaco. Para Mota (2006) esta susceptibilidade ocorre devido aos seus efeitos anti-estrogénios, que aumentam o risco de infertilidade, as dificuldades em engravidar e dificultam as tentativas de fertilização assistida, diminuindo, também, a probabilidade de poderem amamentar. Em conjugação com contraceptivos orais combinados amplia o risco de doença coronária, aumentando, também, o risco de AVC em sete vezes.

Nunes (2006) refere que fumar pode estar associado a dismenorreia e a irregularidades menstruais. O autor afirma que, durante a gravidez, o consumo de tabaco, constitui um grave risco para a mãe e para o feto, e é responsável pelo atraso do crescimento intra-uterino, baixo peso ao nascer, ruptura precoce das membranas, descolamento da placenta e de gravidez pré-termo. Existe, também, um ligeiro risco de gravidez ectópica e de aborto espontâneo.

O risco de mortalidade perinatal e de morte súbita do latente é mais elevado nos filhos de grávidas e mães fumadoras. Se as mulheres deixarem de fumar antes ou durante a gravidez os riscos associados ao consumo do tabaco são diminuídos.

A menopausa, nas fumadoras, é antecipada em média dois anos. O risco de sofrer de osteoporose e fractura do colo do fémur é superior ao das mulheres não fumadoras. No homem fumador, existe uma diminuição da qualidade e quantidade do esperma e a resposta a tratamentos de fertilidade pode diminuir. Existe também relação entre fumar e a disfunção eréctil que pode melhorar com a cessação tabágica.

Numerosas perturbações cutâneas são associadas ao consumo do tabaco, como é defendido por Martinet e Bohadana (2003), das quais se destacam o envelhecimento e formação precoce de rugas, possivelmente do efeito fototóxico, à má oxigenação dos tecidos devido a carboxi-hemoglobina e pelo stress oxidativo inerente ao consumo.

Associado ao consumo de tabaco está também o risco acrescido de carcinoma pavimento celular, psoríase e hidradenite supurativa.

A dificuldade de cicatrização também está associada a este consumo, tal como o agravamento de lesões da pele associadas à diabetes, ao lúpus e à SIDA. Grande parte

dos fumadores aparenta uma idade superior à real, sendo que na maioria dos casos é possível reconhecer um fumador pela cor amarelo-acizentada da pele e pelas rugas periorais e temporais.

As perturbações oculares são também frequentes e a catarata é a principal causa de cegueira. O risco desta patologia se desenvolver é mais acentuado nos grandes fumadores.

É sugerido que existe uma relação entre o consumo de tabaco e a degenerescência macular atrófica e macular exsudativa relacionada com a idade. Existe também relação entre consumo de tabaco e a oftalmopatia de Graves. Na saúde oral além do cancro do lábio e da cavidade oral, também está relacionado com a periodontite e a cárie localizada a nível da raiz do dente (Martinet e Bohadana, 2003).

IV. Adolescência: uma nova etapa

Mais do que uma mera fase de transição, a adolescência, dura aproximadamente uma década, abrangendo o período que vai dos 11 aos 20 anos sendo um ciclo importante da vida, onde ocorrem modificações psicossociológicas, que se prolongam por vários anos (Papalia e Olds, 2000). Assim, a adolescência é uma fase instável da vida, marcada pela busca de um estatuto de adulto, levando a uma procura máxima de liberdade, que obriga o adolescente a romper os seus laços de dependência infantil, suscitando uma mudança no seu modo de se relacionarem com os outros (Martinet e Bohadana, 2003).

Embora a adolescência seja a fase do apogeu da saúde, muitos hábitos negativos e prejudiciais são estabelecidos nesta fase, podendo permanecer ao longo da vida (Figueira, Ferreira, Araújo, Oliveira, Andrade, Andrade *et al*, 2000).

Para Simões, Matos e Foguet (2006), a adolescência é considerada como um período de saúde, pela menor vulnerabilidade dos jovens à doença, sendo, ao mesmo tempo, um período crítico na cronologia da saúde, porque é nesta fase da vida que as escolhas com impacto na saúde são feitas.

Precioso (2006) afirma que é na adolescência que a maioria dos fumadores começa a fumar. São vários os estudos que comprovam que a adopção do hábito de fumar constitui um ritual de passagem da infância para a adolescência, sendo que muitos destes adolescentes acham que, a curto prazo, fumar oferece vantagens como o aumento da auto-estima e formação de novas amizades.

Nas fases do desenvolvimento, o adolescente apresenta comportamentos que possibilitam a descoberta da identidade. Um desses comportamentos é o consumo de tabaco, cujo início é cada vez mais precoce. Para Nunes (2004), a adolescência é uma etapa vulnerável no que se refere ao consumo de tabaco, uma vez que representa um período de socialização e aquisição de valores, atitudes e hábitos.

Na Europa o consumo de tabaco nos adolescentes entre os 12 e 19 anos é de 28,8%, dos quais 22,6% fumam regularmente (Pestana, 2006). Segundo Batista, Menezes, Paula, Falcão, Flores, Malta *et al* (2007), Portugal é um dos países com maior taxa de consumo de tabaco, 38% estando atrás de Espanha com 42%, sendo a idade média de início do hábito de fumar por volta dos 13,6 anos no sexo masculino.

Fraga, Sousa, Santos, Mello, Lunet, Padrão *et al* (2005), referem que a prevalência de fumadores regulares é superior no sexo feminino (4,2% nas raparigas e 3,0% nos rapazes). Em Portugal, como na Finlândia e no Reino Unido, as raparigas são mais frequentemente fumadoras regulares que os rapazes, em alunos em que a média de idade é de 13,5 anos. Outro dado que prova que o sexo feminino apresenta uma prevalência de fumadores superior ao do sexo masculino, foi um estudo realizado em 1996 em escolas secundárias do Porto, onde mostra que (26,8%) das meninas já tinha experimentado fumar e (19,5%) dos meninos, 4,0% das meninas já fumavam regularmente, enquanto nos rapazes a percentagem era de 1,9% (Fraga, Sousa, Santos, *et al*, 2005).

Já um estudo da Health Behaviour of School-Aged Children (HBSC) realizado em Portugal em 1997/1998, em alunos do 6º, 8º e 10 anos de escolaridade, utilizando abordagens quantitativas e qualitativas, permitiu obter, para além de prevalências de fumadores, informação mais rica quanto a variáveis explicativas associadas ao consumo de tabaco (Matos, Gaspar, Vitória e Clemente 2003). Assim, segundo o mesmo autor a prevalência durante a vida obtida foi de 30,9% (ligeiramente mais elevada no sexo masculino: 50,9% do que no feminino: 49,1%). Já a prevalência de fumadores regulares foi de 8,1% e a de fumadores ocasionais de 5% sendo as principais características associadas ao consumo de tabaco os comportamentos agressivos, a insatisfação escolar e familiar, os sentimentos de infelicidade e o consumo de outras substâncias ilícitas e de bebidas alcoólicas.

Inquéritos Nacionais da Saúde (INS) já realizados em Portugal (nos anos 1987, 1996 e 1999) revelam o aumento da prevalência de mulheres fumadoras nos grupos etários mais jovens, a qual atinge valores superiores a 10% entre os 15 e os 24 anos (Matias e Graça, 2003). Segundo a Direcção Geral da Saúde, (2005) num estudo realizado em meio escolar, abrangendo o grupo etário entre os 11 e os 19 anos de idade, obteve prevalências de fumadores de 9,4% no sexo masculino e 9,5% no sexo feminino.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) (APA, 2002) indica que os sujeitos começam geralmente a usar nicotina no início da adolescência, e 95% dos que continuam a fumar tornam-se fumadores diários. Segundo a mesma fonte, o risco de fumar está aumentado 3 vezes se um familiar biológico de primeiro grau fumar. Os estudos de gémeos e de adopção indicam que os factores genéticos contribuem para o início e continuação da utilização do tabaco.

É durante a adolescência que o tabagismo tem um maior impacto, sendo que a sua instalação é feita em quatro fases: fase de preparação, fase de iniciação, fase de aquisição e por último a fase da manutenção (Martinet e Bohadana, 2003). A primeira fase inicia-se ainda na infância, tendo a opinião dos pais e o impacto dos meios de comunicação um papel decisivo para a potencialização da iniciação do tabagismo. É a chamada fase de preparação. A fase da iniciação acontece quando o jovem adolescente entra em contacto com o cigarro, normalmente às escondidas dos pais. Esta atitude resulta da curiosidade pela idade adulta, tratando-se de um desejo de reconhecimento social. Nesta fase o adolescente sofre a influência de vários factores entre os quais: a curiosidade, o uso de tabaco pelos pais, o impacto da promoção publicitária. Nunes (2004) considera que a idade média de experimentação é de 12,03 anos para o sexo feminino e de 11,6 anos para o sexo masculino. A passagem para a fase seguinte acontece quando passam de fumadores ocasionais a fumadores regulares, tornando-se assim dependentes. Por último a fase de manutenção surge com a passagem à vida adulta, sendo esta marcada pela manutenção do hábito tabágico (Martinet e Bohadana, 2003).

A fase da adolescência inicia-se assim com instalação da maturidade física e termina quando o indivíduo organiza a sua personalidade, alcançando o seu nível intelectual do adulto. Deste modo, a adolescência já não é apenas vista como uma transição entre a infância e a idade adulta mas como um período em que as características do indivíduo favorecem mais o início do consumo de tabaco e inclusive, a tendência para a dependência, podendo o estímulo partir do seio familiar (pais que fumam) ou do meio social, como por exemplo, do grupo de amigos.

Para Precioso, Macedo e Rebelo (2007), o tabagismo dos pais e as suas atitudes, são constantemente associados com o tabagismo nos jovens, sendo que um jovem inserido numa família com elementos fumadores, especialmente pais, se torna mais vulnerável para a aquisição de hábitos tabágicos.

Assim com a tendência crescente do consumo de tabaco entre os jovens, em especial do sexo feminino, é essencial a escolha de populações em idade escolar como alvo prioritário de programas de prevenção primária, com a finalidade de impedir o aumento e diminuir da carga de doenças associadas ao consumo de tabaco no médio e no longo prazo, com a conseqüente diminuição de anos de vida potenciais perdidos (Matias, Rabiais e Falcão, 2006).

1. Influências na iniciação do consumo de tabaco

Segundo a OMS (2002) em muitos países a idade média em que se inicia o consumo de tabaco é inferior a 15 anos. O aumento da prevalência de fumadores regulares ocorre entre os 12 e 15 anos e 90% dos fumadores dizem ter começado a fumar regularmente antes dos 21 anos.

A OMS (2002) também assinala que a iniciação tabágica em idades jovens, não só aumenta o risco de morrer de uma doença relacionada com o consumo de tabaco como antecipa a idade em que estes riscos ocorrem. Tudo isto torna mais difícil a desabituação.

Papalia e Olds (2000) caracterizam a adolescência como o período da vida em que o jovem desperta para a procura de um sentido de identidade pessoal, através das relações interpessoais com os grupos de pares e com a figura dos líderes dentro da família.

Martinet e Bohadana (2003) acrescentam que os factores comportamentais pesam fortemente na adolescência, período de transição complexo antes da maturação física e psicológica, sendo que os adolescentes são vulneráveis a toda uma série de actividades e de comportamentos perigosos, principalmente ao uso do tabaco, que parecem, aos seus olhos, ajudá-los na sua fase de transição.

i. As relações inter-pessoais: que influência na iniciação do consumo de tabaco?

Segundo Antunes (2003), entende-se por relações interpessoais o conjunto de procedimentos que, facilitando a comunicação e a linguagem, estabelecem laços sólidos nas relações humanas.

A interacção com as pessoas leva a conhecer os seus verdadeiros hábitos e costumes, onde se verificam as afinidades através da interacção com a sua cultura. Conhecer o outro é tão complicado quanto conhecer-se a si próprio, e neste jogo da vida as relações interpessoais influenciam, em grande escala, os aspectos sociais (Silva, 2008)

A interacção é inata ao Ser Humano, sendo que, portanto, esta vertente da sua existência é crucial ao seu desenvolvimento e adaptação a si mesmo, e, acima de tudo à sociedade

onde de insere. O centro das relações interpessoais é o ser humano bem como a sua actuação na sociedade como responsável pela sua dignidade e pela construção de uma cidadania mais perspicaz (Silva, 2008).

a) Grupo de pares

O grupo de pares surge como uma referência, quando o adolescente se desprende dos pais e procura a sua autonomia e liberdade, servindo como um lugar privilegiado de confidencialidade, troca de afectividade e oportunidade de afirmação. Quando se passa pela fase adolescência sente-se bem a vulnerabilidade inerente ao convívio com o grupo de pares. Num grupo existe um conjunto de atitudes e comportamentos de forma a identificar a sua própria identidade. Assim torna-se quase vital adquirir os mesmos hábitos e costumes para sermos aceites pelos restantes membros do grupo. Silva (2004), salienta que o grupo é usado como uma ponte para fazer a transição necessária no mundo exterior, no sentido de alcançar a individualização adulta. É através do grupo que o adolescente tira dúvidas, troca informações, experimenta vivências novas e diferentes maneiras de ser. Imita os amigos, faz dissociações, projecções e identificações. São experiências necessárias para o seu desenvolvimento, mas que, por ocorrerem no grupo e não na estrutura familiar, são menos carregadas de sentimento de culpa.

O grupo é uma entidade de socialização, na qual os adolescentes vão adquirir certos valores e competências e que estes podem servir de moldura para o seu comportamento (Pereira, Pedro, Amaral, Martins e Peixoto, 2000).

Matos e Carvalhosa (2003) defendem que o grupo de pares é um dos factores que condiciona o uso de substâncias psicoactivas pelo adolescente, principalmente, quando o grupo é constituído por elementos consumidores de substâncias. E, segundo Davidoff (2001), os membros do grupo tendem a ser homogéneos em etnia, gostos, capacidades e proficiências.

Na fase da adolescência o grupo de pares é extremamente importante para o desenvolvimento/crescimento dos adolescentes, sendo que exerce influência sobre estes. O adolescente procura soluções ou opiniões no seio do grupo. Os mecanismos de identificação colectiva criam-se à custa da partilha de experiências várias, sentindo-se

mais seguros e mais fortes. No seio do grupo, assumem posições, linguagem e modos de vestir comuns, permitindo a sua identificação com o grupo que integram.

O grupo proporciona experiências emocionais positivas, através da aceitação e reconhecimento do indivíduo, como alguém que contribui para as finalidades de existência do próprio grupo, ao mesmo tempo e em contrapartida, o indivíduo ganha no sentido da pertença, da solidariedade entre os membros do grupo, confirmando assim a parcela do auto-conceito que deriva da partilha de uma identidade grupal. (Pereira, Pedro, Amaral, Martins e Peixoto, 2000).

O ambiente que o grupo proporciona, permite que o adolescente consiga atenuar aquilo que o aflige, a sua ansiedade desregulada, os seus complexos de inferioridade ou de culpa, criando oportunidades para vivenciar situações que, sozinho, seriam impossíveis de encarar.

De acordo com Pais (2005) os grupos formados na escola podem constituir uma forma de participação social, no sentido da adesão a determinadas actividades e da construção de grupos de grande valor simbólico. Também Pereira *et al* (2000) referem que a escola é um local privilegiado para a formação de grupos pares visto que os adolescentes passam a maior parte do tempo em contexto escolar.

Desta forma, o adolescente, numa fase de procura da sua própria identidade, tenta relacionar-se com outros, estando inserido numa turma, na qual forma, quase instantaneamente, um primeiro contacto, convivendo depois, dia após dia, criando laços de amizade e vínculos. Vê, nos seus amigos, um prolongamento de si mesmo, uma vez que encontra neles uma grande sintonia de sentimentos e pensamentos. Sente-se compreendido, seguro e solidário nas suas lutas. Saem juntos, estudam juntos, conversam sobre assuntos de interesse mútuo, decidem o que fazer e que atitudes devem assumir perante os outros (Pais, 2005).

Numa perspectiva epidemiológica, existem dois factores que são postos em evidência quando se tenta perceber o papel desempenhado pelos grupos pares na influência de consumo de aditivos: a identificação do adolescente a um comportamento que ele vê nos grupos pares ou o estímulo que ele pode encontrar junto destes para tentar fazer as suas primeiras experiências, sobretudo a percepção de que os elementos do grupo de pares utilizam drogas ou têm uma atitude favorável em relação a este comportamento (Precioso, 2006). O mesmo autor corrobora esta ideia salientando que existe evidência

científica segura para poder afirmar que a escola é o local de iniciação do comportamento de fumar para a maioria (60%) dos alunos portugueses (embora as raparigas tenham começado frequentemente noutros lugares) e que percentagens de alunos da amostra superiores a 50% receberam ofertas de cigarros na escola. Refere, ainda, que os adolescentes iniciam os seus hábitos tabágicos no seio dos amigos, sendo para eles uma actividade social. A aprovação dos companheiros é um processo importante para a continuação do hábito, pois sentem receio de cair no ridículo pela não adopção de um comportamento generalizado no grupo.

A relação com o grupo de pares é a preferência, quando os pais são substituídos como principal influência no processo de socialização. Portanto, o adolescente acaba por se expor a factores de risco como a iniciação ao tabaco e/ou consumo de aditivos embora não exista uma causalidade única que explique esta conduta.

Perante isto, o papel desempenhado pelos pares na iniciação de hábitos de consumo de tabaco ou outras substâncias, é de extrema importância. Como refere Precioso (2006), *“...quase todos os jovens não fumadores têm amigos que também não fumam.”*, o que leva a pensar que uma pressão ou comportamentos adoptados pelo grupo, é também adoptado pelo adolescente. Desta forma, também será importante referir que uma pressão positiva poderá levar à adopção de comportamentos saudáveis.

Segundo Pinto e Ribeiro (2007) o primeiro contacto com o cigarro foi realizado com frequência com os amigos, sendo a percentagem de 44,7% a ocorrência da experimentação e de 11% o uso actual do tabaco. Ainda Segundo estes autores, os adolescentes referem comprar pessoalmente os cigarros, considerando que 52,2% dos experimentadores e 68,7% dos fumadores diários nunca receberam qualquer recusa no momento da compra de cigarros por parte dos vendedores. Segundo Ganeri (2002) há várias explicações, na ideologia do adolescente, para a iniciação e, também, manutenção de hábitos tabágicos: *“É sociável”, “Todos os amigos/as o fazem”, “Os amigos deram-me um cigarro, provei, gostei e continuei”*), que podem assentar em representações sociais e estéticas do consumo de tabaco: *“É porreiro fumar”, “É chique”, “Transmite segurança”, “Mantém a magreza”, “Provoca relaxamento, descanso e descontração”*; na curiosidade: *“queria ver como era”* e em conflitos intergeracionais: *“os meus pais não queriam que eu fumasse, por isso experimentei”*.

b) Família/pais fumadores

Segundo a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) (2002), família é um conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo colectivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais e relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo mais do que os indivíduos e as suas relações pelo sangue, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas, que constituem as partes do grupo, sendo que desempenha um papel importante na vida de qualquer adolescente.

Esta unidade social vai acabar por influenciar os comportamentos do adolescente face ao tabaco, visto que, segundo Precioso, Macedo e Rebelo (2007), o consumo do mesmo por parte dos pais, bem como as suas atitudes em relação a este, têm sido fortemente associados com o tabagismo dos jovens. Na infância, a família é o mais importante e, quase sempre, o único grupo de referência do indivíduo. É o espaço privilegiado onde tem lugar as suas interações com outras pessoas (Ferreiros, 2003).

Com a adolescência esse espaço alarga-se e estende-se a toda a sociedade, principalmente, a grupos de amizade e à subcultura juvenil. Esta emancipação da família, como elemento de aquisição da independência ou da autonomia, é o momento fundamental da adolescência. O desenvolvimento dessa independência apresenta características próprias de adolescente para adolescente em função de uma série de variáveis pessoais e ambientais, mas se não existir uma definição da natureza dessa transição.

Já de acordo com Precioso, Macedo e Rebelo (2007), *“as crianças criadas em ambientes familiares em que os adultos não fumam e os pais desaprovam o consumo de tabaco têm menos probabilidades de se tornar fumadores habituais.”*. Crianças que se desenvolvem em ambientes familiares em que os adultos fumam têm mais hipóteses se adquirirem o hábito.

No seguimento deste raciocínio, Ruíz (2005) afirma que, os factores familiares podem ser uma das variáveis para o primeiro contacto com as drogas, e que, os hábitos e conflitos que o jovem presencia, podem contribuir para uma introdução aos hábitos e costumes sociais.

Mais uma vez a família é aqui nomeada como um dos factores desencadeantes do início do consumo de drogas pelo adolescente, e sendo o tabaco considerado uma droga, esta influencia também o início do consumo do tabaco.

Os pais servem como modelo de identificação dos filhos, havendo vários factores de risco presentes no ambiente familiar que predispõem os adolescentes ao início do consumo de tabaco (Ruíz, 2005).

Segundo Pestana (2006) o posicionamento dos pais face ao tabaco é muito importante, sendo que estes devem aconselhar o filho a não fumar e perceber que determinados comportamentos o podem impedir de adquirir tal hábito. Devem dar reforço positivo ao estatuto de não-fumador, não usar artigos com promoção ao tabaco em casa, manter o lar e o carro livres de tabaco, e nunca fumar em frente aos filhos.

Martinet e Bohadana (2003) referem que o estilo educativo influencia o adolescente, pois quanto mais os pais probem de fumar, mais o consumo deles aumenta.

Precioso, Macedo e Rebelo (2007) afirmam que *“a percentagem de alunos fumadores diários e semanais é maior no grupo de alunos cujos pais fumam do que no grupo de alunos filhos de pais que não fumam, sendo as diferenças estatisticamente significativas”*. Verifica-se também que o consumo de tabaco pelas mães é mais importante que o consumo de tabaco pelos pais, sendo que a percentagem de alunos fumadores cujas mães são fumadoras é superior à percentagem de alunos fumadores cujos pais são fumadores.

O consumo de tabaco por parte dos pais exerce uma acção negativa no comportamento tabágico dos adolescentes, pois quando um dos pais fuma, 50% dos adolescentes também fumam (Martinet e Bohadana, 2003).

No dizer de Matias, Rabiais e Falcão (2006), um outro aspecto revelado pelo INS (Instituto Nacional de Saúde) é o da exposição dos jovens ao tabaco no seio da família. A prevalência de jovens não fumadores com idade entre os 15 e os 17 anos que vivem com pelo menos um fumador era, em 1999 de 39,7% nos rapazes e 44,0% nas raparigas.

Medalho (2002) realizou um estudo que concluiu que não existe relação entre o consumo do tabaco por parte dos pais e o consumo de tabaco por parte dos adolescentes. Esta ideia é, no entanto, contrariada por muitos outros autores, que já, acima, foram citados. Confirmando o referido, Precioso, Macedo e Rebelo (2007), afirmam que o facto de os pais fumarem ou não em casa influencia o consumo do

tabaco pelo adolescente, verificando-se que este aumenta no grupo de alunos cujos pais fumam diária ou ocasionalmente em casa. Observam-se, assim, opiniões distintas que são muito importantes para o lançamento de discussões servindo como incentivo à realização de estudos mais profundos e fidedignos.

O nível económico e a baixa escolaridade dos pais também influenciam a capacidade para levarem a cabo a orientação e transmissão de valores aos seus filhos. (Ruiz 2005). Esta ideia também é partilhada por Martinet e Bohadana (2003) que refere que adolescentes que vivem ou provêm de famílias desfavorecidas, com baixo nível de rendimentos e também um fraco nível educacional, estão mais expostos ao tabagismo.

Da mesma forma, o estilo educativo e a constituição da célula familiar influenciam, claramente, o adolescente. O facto de os pais o proibirem de fumar pode suscitar a necessidade de transgressão, potenciando o início do consumo do tabaco. A separação dos progenitores, resultante de um divórcio ou falecimento poderá revelar-se um factor influenciador ao consumo de tabaco. Os filhos de pais emigrantes são também um grupo de risco. (Ruíz, 2005).

A comunicação com os pais influencia os comportamentos do adolescente. Grande parte dos jovens que têm dificuldade em comunicar com a mãe (27,9%) ou com o pai (47,3%) ou cujo pai está ausente (6.7%), referem já ter experimentado fumar. A maior parte dos jovens que mantêm a dificuldade em comunicar com a mãe ou com o pai, referem consumir tabaco regularmente (Matos, Carvalhosa, Vitória e Clemente, 2001).

Não é só a comunicação, ou falta dela, que apresenta mais susceptibilidade de influenciar o consumo por parte dos adolescentes. A própria constituição familiar pode exercer influência, pois como refere Pestana (2006) a vivência em famílias monoparentais pode favorecer o consumo de tabaco e a exposição a situações de stress existentes na família também está relacionada com o aumento do tabagismo dos jovens.

Já segundo Matos, Gaspar, Vitória e Clemente (2003) os jovens que vivem com ambos os pais referem que nunca ter experimentado fumar tabaco, mas os que não vivem com ambos os pais consomem tabaco regularmente.

Karsaklian (2004) assinala que o auto-conceito é composto de várias imagens evolutivas: aquele que se pensa ser, aquele que se quer ser, aquele que se pode ser aos olhos dos demais e aquele que se gostaria de ser para os outros. Nesta sequência acredita-se que os adolescentes depressivos ou com baixa auto-estima apresentam maior

tendência em manter o hábito do consumo de tabaco (Silva, Rivera, Carvalho, Júnior, e Moreira, 2006). A percepção de tomadas de decisão mais democráticas por parte da família pode influenciar a auto-estima e o auto-conceito dos jovens (Peixoto, 2004).

Desta forma, poder-se-á concluir que é na família que os jovens colhem muitos dos “ensinamentos” que os acompanharão ao longo da vida, que do bem-estar desta instituição pode depender a aquisição de bons e maus hábitos e que a família, como parte integrante e importante na formação dos jovens, deverá repensar os seus objectivos e empenhar-se na resolução dos próprios problemas.

ii. Influências socioculturais na iniciação do consumo de tabaco na adolescência

Depois de uma leitura atenta, da mais variada bibliografia, verificámos que a pressão ambiental, que se entende por todos os factores de ordem ambiental, é susceptível de influenciar o consumo tabágico dos adolescentes.

O que a sociedade define como aceitável, ou não, irá influenciar a personalidade do adolescente contribuindo para o seu comportamento, uma vez que este tende a agir de forma a integrar-se. Por isso, torna-se muito importante perceber o que é aceitável para a sociedade e a forma como esta o demonstra.

Segundo Precioso (2006) a aceitação social acerca do consumo do tabaco, bem como o fácil acesso a estes produtos, a elevada quantidade de dinheiro colocada à disposição dos adolescentes, o preço do tabaco, a exposição e vulnerabilidade para o *marketing* são factores de grande importância que influenciam o consumo de tabaco por parte dos adolescentes.

Hoje em dia, cada vez mais nos depararmos com várias marcas tabágicas, muitas delas associadas a ídolos televisivos ou mesmo itens que podem ser apelativos para os adolescentes. A publicidade tem sido muita, indo, como seria inevitável, de encontro aos adolescentes. A indústria publicitária procura os adolescentes e as crianças como principal alvo, pois a adolescência é a idade onde a maior parte da população começa a adquirir hábitos tabágicos. Pois como refere Martinet e Bohadana (2003) que o mercado das crianças e adolescentes é um mercado dinâmico e susceptível de evoluir em contrapartida o mercado adulto já atingiu o seu limiar máximo.

A publicidade e o incentivo ao consumo de tabaco estão na origem do aumento da prevalência de fumadores entre os jovens e na diminuição da idade de início do consumo de tabaco observada no início do século XX nos países ocidentais (Pierce, Distefan e Hill, 2004).

Precioso (2006) refere um factor relevante ao afirmar que “*cada vez mais abundam as evidências que relacionam a publicidade e a promoção do tabaco (por meio do patrocínio de equipas desportivas, por exemplo, com a decisão de começar a fumar*”. O mesmo autor refere ainda que a utilização da Teoria do Reforço Social por parte das campanhas publicitárias surge para promover o consumo de cigarros associando o hábito de fumar com divertimentos, com risco, com maturidade de forma assim a convencer que se fumarem obtêm as vantagens apresentadas na publicidade. A publicidade ao tabaco exerce muita influência nos adolescentes, uma vez que, como refere Pestana (2006)

A publicidade ao tabaco tem profunda influência nos jovens. Os adolescentes são o principal alvo da indústria do tabaco, uma vez que é sobretudo entre estes que o consumo do tabaco pode aumentar significativamente. Para aumentar as vendas, utiliza-se a publicidade, campanhas de promoção, patrocínios, proposta de novos produtos, melhoria da acessibilidade e disponibilidade do tabaco.

Pestana (2006) refere, ainda, que imagens que chamam a atenção e atraem os adolescentes do tipo: força coragem, independência, potência sexual, aventura, êxito, elegância surgem associadas às marcas de cigarros.

Na mesma linha de pensamento, Martinet e Bohadana (2003) referem que cada vez mais os fabricantes procuram aumentar a variedade dos seus produtos com um alvo predeterminado, sendo os cigarros para mulheres mais longos e mais finos do que cigarros para homens. Como exemplo disso é apontada a marca *Marlboro* que nas suas campanhas associam a marca aos adolescentes a tornarem-se fortes, corajosos e independentes, já a marca *Slims* associam a marca à elegância e à imagem corporal de forma a incentivar as mulheres adolescentes. A imagem corporal é um aspecto que os adolescentes consideram muito importante nesta fase, pois os adolescentes que afirmam estar a fazer dieta ou se não estão, dizem precisar, dizem ter frequentemente experimentado fumar tabaco, e ainda estes que consideram o seu corpo como gordo

experimentam fumar tabaco mais frequentemente (Matos, Carvalhosa, Vitória e Clemente, 2001).

A publicidade tem um papel preponderante na sociedade de hoje. Quando se passa pela adolescência, uma fase onde se tenta procurar a liberdade e afirmar perante a sociedade, é-se, por vezes, influenciado pela publicidade, pois a maneira como esta é feita, vai de encontro daquilo que se admira ou que mais facilmente capta ou estimula a atenção. Então, e sendo a adolescência uma fase de influências, o objectivo da publicidade é levar a crer que a mesma é verdadeira e pura, só, mais tarde, compreendendo qual é o seu verdadeiro sentido e filosofia.

Segundo Martinet e Bohadana (2003) desde muito cedo que as imagens publicitárias são memorizadas (...) 30,4% das crianças de 3 anos e 91,6% das crianças de 6 anos associam Old Joe a uma imagem de cigarro. Aos 6 anos, esta figura é tão conhecida nos Estados Unidos como a do Rato Mickey. Ainda segundo o mesmo autor, alunos da escola primária conseguem identificar a marca de cigarros através da publicidade, e, por vezes, a partir dos 12 anos são capazes de interpretar as mensagens publicitárias ao tabaco. Isto mostra como a publicidade pode exercer uma influência sobre os adolescentes, tornando-se, por isso, pertinente transformar a publicidade actual uma publicidade que leve a um efeito positivo, não a um efeito negativo como a maioria das vezes.

Precioso (2006) afirma que a forma como o tabaco é apresentado pelos meios de comunicação (como por exemplo programas de televisão) pode exercer uma pressão directa ou indirectamente sobre os jovens, tornando-se importante que os produtores de televisão sejam mais conscientes da sua influência, quando os actores ou personagens representam ídolos ou modelos para os adolescentes. A televisão tem um papel importante pois os adolescentes que experimentaram tabaco, bem como os consumidores regulares referem mais frequentemente ver televisão quatro ou mais horas por dia (Matos, Carvalhosa, Vitória e Clemente, 2001).

Já Pestana (2006) diz que a existência de artigos com a marca do tabaco está fortemente associada ao tabagismo, sendo que as campanhas promocionais são feitas através da colocação dos logótipos da marca do tabaco em objectos regularmente utilizados pelos adolescentes, tais como *t-shirt*, óculos, bonés, brinquedos e videojogos. Martinet e Bohadana (2003) afirmam, ainda, que a promoção dos produtos do tabaco é

especialmente dirigida aos adolescentes muitas das vezes através do patrocínio de acontecimentos desportivos e concertos de música.

Ainda segundo o mesmo autor os desportos automóveis são os mais desejados para este patrocínio, como por exemplo na Fórmula 1 as equipas *MacLaren* são subvencionadas pela *Philip Morris*, a *Williams Renault* pela *Rothmans*, sendo que desporto o automóvel aliam velocidade, risco, liberdade, aventura que levam que estas competições sejam populares entre os adolescentes. Mas os desportos automóveis não são os únicos que se encontram em causa, outras marcas as suas publicidades a viagens e o *Windsurf*.

Após pesquisa bibliográfica verificou-se que a publicidade tem um papel fundamental na influência para a aquisição de hábitos tabágicos revelando-se muito direccionada para o adolescente, indo ao encontro daquilo que pretende e fascina esta faixa etária. Cada vez mais se pode encontrar patrocínios de marcas de tabacos a produtos que são utilizadas pelos adolescentes (como *T-shirts*, bonés, material escolar) ou que lhes são explicitados nos vários meios de comunicação social.

Precioso (2006) refere que a facilidade que os adolescentes apresentam em adquirir o tabaco, dado a alta oferta e a facilidade na sua compra, é um dos factores que mais fortemente explica o seu consumo. Quanto mais acessível for a obtenção do tabaco mais provável se torna que os adolescentes o consumam.

Neste contexto será importante referir as leis de proibição de venda de tabaco a menores, que vigoram em vários países. Não será difícil constatar que as infracções são numerosas (raramente é solicitada a identificação ao jovem comprador ou este serve-se de amigos mais velhos que completam a transacção) e as máquinas de venda automática permitem que os adolescentes obtenham, mais facilmente, o que desejam (Martinet e Bohadana, 2003) dada a natural e lógica dificuldade em verificar a idade dos compradores e de fazer cumprir a lei que, por exemplo em Portugal, proíbe a venda a menores de 16 anos (Precioso, 2006).

Um factor que poderá, de uma certa forma, constituir-se como restritivo ao consumo, nomeadamente nos adolescentes cujo poder de compra é limitado, é o preço do tabaco já que os jovens, nesta faixa etária, são altamente sensíveis ao valor dos produtos que pretendem adquirir (Martinet e Bohadana, 2003). Precioso (2006) refere que o facto de o preço dos cigarros ser acessível e, de uma maneira geral, os adolescentes possuírem bastante dinheiro disponível faz com que o acesso ao consumo de tabaco seja facilitado.

Um outro factor que poderá propiciar o consumo de tabaco prende-se com a categoria socioprofissional dos pais embora não se tenha, ainda, conseguido encontrar uma causalidade directa. Martinet e Bohadana, (2003) referem que a profissão do chefe de família desempenha um papel importante face ao tabagismo salientando que quanto mais elevada for a categoria, maior é a percentagem de adolescentes fumadores, enquanto Fraga, Ramos e Barros (2006) defendem que o uso de tabaco nos adolescentes é mais prevalente nas classes sociais mais baixas.

Pode, ainda, considerar-se o estatuto escolar como uma importante influência no tabagismo já que o adolescente fumador se encontra entre os que apresentam pior desempenho nos estudos. Também os jovens que frequentam o chamado “ciclo curto” (estabelecimentos/ cursos de ensino profissional) apresentam um consumo mais elevado de tabaco (Martinet e Bohadana 2003).

V. Consequências da interrupção do consumo de tabaco

A população, em geral, está bem informada sobre os efeitos trágicos do tabagismo. Numerosos fumadores desejam e, mais frequentemente do que poderemos imaginar, conseguem parar o consumo de tabaco. O seguimento de um grupo de ex-fumadores permitiu demonstrar os efeitos benéficos, inegáveis para a saúde, resultantes da desabituação tabágica (Martinet e Bohadana, 2003).

Este autor salienta que os benefícios para a saúde, proporcionados pela interrupção de hábitos tabágicos, são numerosos, tanto do ponto de vista fisiopatológico como sintomático, com uma diminuição significativa do risco associado à maioria das doenças ligadas ao consumo de tabaco, seja qual for a idade do fumador.

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) (APA, 2002) 80% dos sujeitos que fumam expressam desejo de parar de fumar e 35% tentam todos os anos, no entanto, menos de 5% têm êxito nessas tentativas se não forem ajudados.

A Organização Mundial de Saúde (2001) chama a atenção para o facto de que, à medida que o período de abstinência se for prolongando, os riscos de sofrer doenças provocadas pelo consumo de tabaco vão diminuindo substancialmente tendendo, mesmo, a aproximarem-se dos valores aplicados aos não fumadores

Parar de fumar diminui o risco de morte prematura e os ex-fumadores vivem, em média, mais anos do que os que persistem no consumo. Além disso, reduzem o risco de virem a sofrer de uma doença cardiovascular, de cancro ou de doenças respiratórias graves e incapacitantes (Portal da Saúde, 2009).

Na sequência de estudos efectuados, Martinet e Bohadana (2003) dividem as mais-valias que deixar de fumar provoca, em dois grandes grupos: aquilo a que chamam “benefícios imediatos” e “benefícios a médio e longo prazo”.

Ao nível das consequências imediatas, a cessação do consumo de tabaco no organismo traduz-se, após 8 horas, em níveis de monóxido de carbono menores e em níveis de oxigénio maiores (Ministério da Saúde, 2009) diminuindo, ainda, a sensação de irritação na garganta, ao mesmo tempo que leva a uma recuperação do gosto e do

olfacto (Martinet e Bohadana, 2003). Passadas 72 horas, a capacidade pulmonar aumenta e a respiração torna-se mais fácil (Portal da Saúde, 2009). No fumador portados de DPOC sintomática, a frequência e a intensidade dos sintomas crónicos (tosse, expectoração, dispneia e pieira), diminuem nos dias ou semanas seguintes à paragem do tabagismo. Esta melhoria depende da idade, do consumo anterior de tabaco e da persistência de uma eventual reactividade brônquica associada (Martinet e Bohadana, 2003), sendo notória, no entanto, uma melhoria, quase instantânea, da qualidade de vida do ex-fumador.

De uma maneira geral é difícil deixar de fumar, apesar de algumas pessoas o conseguirem com relativa facilidade. Na maior parte dos casos, a paragem é acompanhada por efeitos secundários psíquicos, ou somáticos, difíceis de suportar e que podem, a médio e longo prazo, originar uma recaída. Estes efeitos são, particularmente intensos em sujeitos com forte dependência nicotínica. A síndrome de abstinência tabágica manifesta-se por necessidade imperiosa de nicotina o que acarreta irritabilidade, frustração, agressividade, ansiedade, dificuldade de concentração, agitação, impaciência, insónia, bradicardia, aumento de apetite e ganho de peso (Martinet e Bohadana, 2003), provocando grande sofrimento. O *Manual de Diagnóstico e Estatística* da Associação de Psiquiatria Americana (DSM-IV) (APA, 2002), propõe que se trate de uma síndrome de abstinência quando estão presentes, pelo menos, quatro dos sintomas referidos no parágrafo anterior.

Estudos realizados referem que a maioria dos sintomas aparece nas 24h seguintes à cessação tabágica, que o mal-estar é mais intenso durante a primeira semana, que vai diminuindo ao longo da terceira ou quarta semanas, tendendo a desaparecer até às 6 semanas. Salientam, também, que certos sinais podem persistir durante mais de 6 meses, como o caso do aumento de peso e a necessidade imperiosa de fumar (Martinet e Bohadana, 2003).

As consequências, a médio e longo prazo, de deixar de fumar “*traduzem-se pela diminuição progressiva da mortalidade e morbilidade associadas ao tabagismo*” (Martinet e Bohadana, 2003). Temos como exemplo, a taxa de mortalidade relativa aos ex-fumadores que diminui em proporção ao tempo de abstinência, sendo que se mantém, sempre, ligeiramente superior à dos não fumadores (Martinet e Bohadana, 2003). Este autor menciona, ainda, que os riscos relativos ao cancro do pulmão e de otorrinolaringologia diminuem, progressivamente, após a cessação tabágica, sendo que,

ao fim de 10 anos, se vai aproximando de uma equivalência relativamente semelhante ao dos não fumadores, mantendo-se, no entanto, ligeiramente superiores, mesmo após abstinência prolongada. *“De igual modo, o risco de cancro da cavidade bucal, do esófago, do pâncreas e da bexiga diminui progressivamente, para atingir um nível próximo dos não fumadores, ao fim de 10 anos de abstinência.”* (Martinet e Bohadana, 2003).

Com 5 anos de abstinência do tabaco, o risco de cancro da boca e do esófago é reduzido para metade. Ao fim de 10 anos, o risco de cancro do pulmão também é já metade do verificado em fumadores, e o de outros cancros diminui consideravelmente. Após 15 anos o risco de doença cardiovascular é igual ao de um não fumador do mesmo sexo e idade. (Ministério da Saúde, 2009).

Relativamente a afecções do aparelho cardiovascular, podem apontar-se várias melhorias, desde a diminuição da incidência e risco de contracção da doença coronária à diminuição do risco de sofrer um Acidente Vascular Cerebral. Fenómenos de trombose, espasmos coronários, arritmias e anomalias do transporte de oxigénio são susceptíveis de reversibilidade, relativamente, precoce. Doenças como aneurisma aórtico e arterite dos membros inferiores também diminuem, progressivamente, após a paragem do consumo de tabaco. De destacar, ainda, que nos ex-fumadores, sem antecedentes de patologia cardíaca, a abstinência diminui, rapidamente, o risco de enfarte agudo do miocárdio, tornando-se equivalente ao risco relativo ao não fumador, ao fim de 5 a 20 anos. O risco de morte no decurso de um enfarte diminui em 40%. Nos pacientes com patologia coronária, a tolerância ao exercício aumenta 1 ano após a cessação de hábitos tabágicos, diminuindo a taxa de mortalidade, em geral, traduzindo-se no ganho de 4 anos de vida (Martinet e Bohadana, 2003).

“Em doentes com DPOC, os benefícios citados acima são completados a longo prazo com a diminuição do risco de superinfecção e do declínio da função ventilatória dos pulmões.” (Martinet e Bohadana, 2003). Efectivamente, são diversos os estudos que demonstram que no não fumador o volume expiratório máximo por segundo diminui com a idade, sendo esta diminuição acelerada no fumador.

Segundo o mesmo autor, a desabitação tabágica reduz a nocividade ao nível da reprodução (fertilidade masculina, decréscimo da idade da menopausa, atrasado do crescimento fetal, problemas placentários, prematuridade, etc.).

Para além do referido, e conforme a Direcção Geral de Saúde (2007), parar de fumar antes ou durante os primeiros meses de gravidez reduz o risco de ter um filho com baixo peso ao nascer para níveis idênticos aos de uma mulher não-fumadora.

Outros benefícios não são de menosprezar decorrentes da cessação tabágica, como sejam os económicos, os sensoriais, os estéticos e a melhorada auto-estima (Martinet e Bohadana, 2003).

A desabituação tabágica é, muitas vezes, contemporânea de mudanças no estilo de vida: vida mais saudável, com, em especial, menor consumo de álcool, alimentação mais equilibrada, nível de actividade física mais elevado, maior aceitação de medidas preventivas de saúde e dos exames de despistagem recomendados (Martinet e Bohadana, 2003). Assim sendo, o impacto familiar e social da desabituação pode influenciar a atitude dos adolescentes, encorajando-os a não fumar ou a abandonar esse hábito.

Quando uma pessoa decide, independentemente do contexto, que deseja parar de fumar é aconselhável que contacte o seu médico assistente, ou um especialista em desabituação tabágica, que devem, sempre, respeitar alguns princípios básicos na condução prática da desabituação tabágica (Martinet e Bohadana, 2003).

Segundo a Direcção Geral de Saúde (2007), baseada no modelo de Prochaska e DiClemente, poder-se-á dizer que o processo de desabituação tabágica pode dividir-se em diversos estádios: pré-contemplação, contemplação, preparação, acção e manutenção.

Pré-contemplação: Este estádio corresponde aos sujeitos que não têm qualquer intenção de modificar o seu comportamento e que, globalmente, não tem consciência dos seus problemas. O fumador, frequentemente, adopta uma postura defensiva e evita todo o tipo de informação. Os motivos mais apontados pelos fumadores para este comportamento são a desmotivação para fazer qualquer alteração do seu comportamento, o sentimento de desmoralização relativamente às suas capacidades para lidar com a situação e, em alguns casos, a ausência de uma verdadeira consciência quanto aos riscos associados ao consumo. O fumador pode permanecer vários anos neste estádio. O aconselhamento intensivo pode contribuir para a progressão para o estádio seguinte.

Contemplação: No estágio da contemplação o fumador preocupa-se com o seu comportamento, mas encontra-se numa postura ambivalente em relação a deixar de fumar. Pensa modificar o seu comportamento nos próximos 6 meses. As razões para permanecer neste estágio prendem-se, sobretudo, com as dificuldades de autocontrolo, com o medo de não ser capaz de mudar e com as dúvidas acerca dos ganhos que pode obter com a mudança.

Preparação: O fumador está a pensar modificar o seu comportamento a curto prazo (1 mês) e já fez tentativas para deixar de fumar durante o último ano (mais de 24 horas sem fumar). Estão neste estágio 10 a 20% dos fumadores.

Acção: Este estágio corresponde a indivíduos que modificam, com êxito, o seu comportamento, face à dependência, num período entre 1 dia e seis meses.

Manutenção: A fase da manutenção corresponde a sujeitos que se esforçam de modo a prevenir uma recaída, consolidando os progressos efectuados durante a fase de acção. Se esta fase durar toda a vida pode assumir-se como fase de consumação.

A recaída é uma etapa do processo que se pode seguir à fase de acção ou de manutenção, após o que o fumador pode reiniciar o ciclo de mudança em qualquer um dos estádios anteriores. Cada fumador pode recair várias vezes antes de conseguir parar de forma definitiva.

Este modelo de Prochaska e DiClemente atende ao facto de a recaída constituir mais a regra que a excepção na abordagem da dependência, em particular da nicotina.

Na busca de ajuda para deixar de fumar, e na opinião de Martinet e Bohadana (2003), de um modo geral, existem diversas fases que se vão materializando através de diferentes consultas: a consulta inicial que precede a data de paragem; a consulta imediatamente a seguir à paragem; as consultas de seguimento.

Na marcação da primeira consulta é aconselhável que seja fornecido ao fumador um questionário, que este deverá preencher fazendo-se dele acompanhar na consulta propriamente dita. O objectivo é fazer com que aquele reflecta sobre o seu tabagismo e respectivas consequências. Esta primeira consulta serve, acima de tudo, para analisar as respostas ao questionário e evitar que a pessoa em busca de ajuda desenvolva um sentimento de culpa. Permite, além disso, conferir ao fumador uma responsabilidade directa no processo que irá seguir-se. É muito importante, na altura em que pela primeira vez se vai ao médico, que este alerte sobre as recaídas, que deverão ser

encaradas como fases normais de um processo de aprendizagem longo e não como um fracasso irremediável. Os fracassos anteriores devem ser analisados e utilizados de uma forma prospectiva. É útil definir objectivos a curto prazo, um dia, depois outro, uma semana, mais outra, e considerar estes como vitórias sucessivas.

Antes de iniciar este processo terapêutico é necessário ter a certeza que as semanas que se seguem serão um período favorável para deixar de fumar. Certos factores podem complicar a desabituação, como o caso de desemprego recente ou de divórcio, por exemplo (Martinet e Bohadana, 2003).

Uma vez que o conceito de desabituação esteja interiorizado, interessa informar o fumador da necessidade de parar, imediatamente, de fumar, de um dia para o outro. Só em casos de anterior fracasso nas tentativas de cessação, é que será questionado o conceito de “redução do risco” (substituição nicotínica) (Martinet e Bohadana, 2003).

Para este método de cessação tabágica a pessoa deve escolher uma data, que poderá ou não ser simbólica para ela, e até esta poderá fumar normalmente. Na véspera do dia escolhido elimina da sua casa, automóvel, escritório e outros locais a que aceda com frequência, todos os objectos que o possam incitar a fumar, seja cinzeiros, isqueiros, cigarros, etc. Alguns dias antes, pode informar as pessoas que o rodeiam da sua intenção de deixar de fumar e pedir aos fumadores que lhe são próximos que sejam moderados no consumo de tabaco sempre que estiverem perto dele.

Alguns dias após a data escolhida para deixar de fumar, o indivíduo deverá comparecer a uma consulta que permitirá apreciar os resultados da tentativa, bem como o aparecimento de sinais de abstinência e os seus efeitos, com certeza, desagradáveis tanto para ele como, e frequentemente, para quem a rodeia. A pessoa deverá ser motivada a manter o êxito. Aproveita-se ainda para aprofundar alguns temas, como o aconselhamento dietético e, mais raramente, a prescrição de um tranquilizante durante um curto espaço de tempo.

O aumento de eficácia, como em qualquer tratamento, vai depender muito de um seguimento especializado, regular e frequente, especialmente nos 3 primeiros meses, devendo manter-se entre estes e os 6 meses, diminuindo gradualmente de frequência. De referir que o ritmo das consultas não deverá ser estanque. O sujeito terá de ser parte integrante na escolha das datas para a realização destas consultas e ter consciência de que estas têm como principal objectivo prevenir e registar uma eventual recaída e

consequentemente ajudá-lo a manter a decisão, relevante, de abandonar um vício que põe em risco a sua própria vida.

A avaliação da eficácia do tratamento deverá ser realizada em cada consulta até ao primeiro ano do dia inicial de cessação do hábito. Nas consultas de auxílio à desabituação tabágica, a determinação do CO expirado no ar é muito útil (Martinet e Bohadana, 2003), já que, como objectivo mensurável, quando atingido é uma forma de encorajar o individuo a manter a sua decisão e se possível, reforça-la.

A escolha do tratamento mais adequado repousa na possível associação de uma abordagem cognitivo-comportamental de uma substituição nicotínica com a eventual prescrição de bupropiona (desde que esta seja comercializada no país em questão). A estratégia a adoptar depende de diferentes factores: história do fumador e das suas tentativas precedentes; contra-indicações eventuais de um tratamento (por exemplo, problema cardíaco grave actual e substituição nicotínica); existência de uma dependência evidente da nicotina que orienta para uma substituição nicotínica; possibilidades e competências locais; a escolha do próprio fumador. Esta última é de extrema importância, pois o êxito do tratamento depende, como não podia deixar de ser, da vontade da pessoa (Martinet e Bohadana, 2003).

O desvincular de um hábito, principalmente se for tão viciante como o tabaco, acarreta imensos sacrifícios, principalmente porque o desejo de fumar vai continuar. A pessoa tem de fazer algumas modificações aos seus hábitos de vida para evitar ter vontade de fumar (por exemplo, deixar de tomar café depois das refeições para assim iludir o desejo de fumar). Deve ter um forte auto domínio e procurar alternativas ao próprio desejo. Sair e andar, respirar fundo, conversar, fazer outra qualquer coisa que lhe cause prazer, são hipóteses a considerar.

Martinet e Bohadana (2003) são de opinião que o deixar de fumar é muitas vezes simultâneo a uma tentativa de usufruir de uma forma de vida mais saudável. Sendo assim é frequente que o fumador tente, também, iniciar/retomar actividades desportivas e diminuir o consumo de álcool.

Em suma, a desabituação tabágica é um acto difícil pelo que são muito frequentes os insucessos registados. Mas se os profissionais que realizam esta consulta agirem com paciência e boa-vontade, poderá ser abordada a personalidade do paciente de uma forma mais pessoal e enriquecedora. É importante termos em atenção que, enquanto para

muitos o consumo de tabaco é uma dependência banal, para outros e nicotina é uma companheira que os ajudou em algumas fases da sua vida e da qual se vão ter de separar.

Assim sendo, a motivação pessoal e activa do fumador é fundamental, sendo que as tentativas que visam satisfazer um familiar ou médico, na ausência de motivação própria, são quase sempre um fracasso (Martinet e Bohadana, 2003).

VI. A importância da enfermagem para a prevenção do consumo de tabaco

Ao longo do percurso académico para a formação em Enfermagem, é-se frequentemente alertado para a necessidade de investir na promoção da saúde e prevenção da doença. Cabe aos enfermeiros educar para a saúde, devendo a sua atenção focar-se, fundamentalmente, nas camadas jovens, visto serem eles os adultos do futuro.

É importante e urgente abordar este tema socialmente complexo, uma vez que todos passam pela adolescência. Desta forma, todos conhecem as mudanças físicas, psicológicas, emocionais e culturais a que se está sujeito e que podem, de alguma maneira, ser associadas ao consumo deste tipo de drogas. Neste campo, cabe muitas vezes ao enfermeiro, o contacto directo inicial com o fumador, em diversos contextos, no sentido da prevenção tabágica.

Verifica-se que a adolescência é considerada como a fase do ciclo de vida em que a maioria dos fumadores começa a fumar. O adolescente sofre, durante este período, de um variado conjunto de influências. Precioso (2006) refere que o adolescente vai aprendendo a fumar como aprende outros comportamentos, sendo que esta aprendizagem começa na família e prossegue na escola com os amigos, com os adultos, com o meio e ambiente natural.

Assim, segundo Martinet e Bohadana (2003) a prevenção do uso de tabaco por parte dos adolescentes constitui o objectivo principal de qualquer tipo de intervenção, permitindo actuar sobre a duração e a intensidade do consumo global do tabaco e também sobre a redução dos efeitos potenciais, a longo prazo, do consumo.

Ao longo da adolescência as implicações de maior vulto estão intimamente relacionadas as transformações biopsissociais verificadas (Rodrigues, 2004). Por este motivo a educação para a saúde deverá ser, cada vez mais, uma prioridade para os enfermeiros, assumindo-se como um recurso indiscutível para a promoção e protecção da qualidade de vida das pessoas. Nesta sequência Martins (2008) defende que é cada vez mais importante, e até imprescindível, a adopção de estilos de vida saudáveis, para a qual o corpo enfermeiro pode funcionar como essencial ao nível educativo.

A prevenção do tabagismo começou pelo reconhecimento científico dos malefícios do tabaco para a saúde pública e o alertar das pessoas para estes factos (Borges e Filho, 2004).

A iniciação do consumo de tabaco, por se tratar de uma realidade heterogénea em que há imensos factores predisponentes, pode levar a que este processo de prevenção se revele bastante complexo. *“A prevenção do consumo de tabaco deverá consistir em contrariar esse vasto conjunto de factores de risco e promover os factores protectores”* (Precioso, 2006).

Segundo Pestana (2006) os objectivos fundamentais da prevenção são: prevenir a iniciação do consumo de tabaco nos jovens, encorajar e promover a cessação nos fumadores, reduzir a quantidade de substâncias nocivas nos cigarros para diminuir o risco dos fumadores que mantenham o hábito e adoptar medidas de protecção para os não-fumadores.

Para Mendes (2004), um dos locais privilegiados das acções de promoção de saúde e prevenção do tabagismo são os estabelecimentos de ensino, sendo que os alunos são alvo primordial, visto que estes passam uma grande parte do seu tempo na escola e é aí que adquirem valores e comportamentos que podem vir a ser considerados prejudiciais. Contudo, não é preconizada a aplicação de medidas isoladas, uma vez que os comportamentos abrangem variadas vertentes, sendo elas biológicas, psicológicas, sociais e ambientais.

Também Moreira (2001) acredita que a prevenção educativa e continuada em meio escolar, envolvendo toda a comunidade educativa, ou seja, pais, alunos professores e funcionários, é a melhor forma de prevenção do tabagismo, sendo necessário actuar antes que os problemas apareçam e se convertam em estilos de vida prejudiciais a saúde e ao pleno desenvolvimento dos jovens.

Deste modo, e para se poder modificar ou alterar essa conduta, é necessário agir sobre este conjunto de factores (Precioso, 2006). Se desejarmos reduzir os efeitos nocivos do consumo de tabaco na saúde é preciso desenvolver uma política global que conjuga todas as categorias da sociedade, todas as idades e para isso ter êxito é necessário que a opinião pública seja informada e susceptível de exercer o seu livre arbítrio (Martinet e Bohadana, 2003).

A escola deve ser perspectivada como 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. Segundo Precioso (2006) as acções preventivas para evitar a procura do tabaco, por parte dos adolescentes, devem ser implementadas em meio de escolar mas também na comunidade.

Assim, a prevenção deverá fazer-se de forma integrada, o mais precocemente possível, e com a adopção de métodos activos, que deverão ser baseados na discussão, em pequenos grupos, através dos quais se torne real a partilha de ideias, sentimentos e experiências, com vista à análise do factor motivacional subjacente aos comportamentos aditivos.

Para que a prevenção seja eficaz, é necessário identificar os factores de risco para os evitar ou atenuar, potenciando os factores protectores. A relação destes factores com o desenvolvimento de perturbações decorre dos diferentes contextos onde o adolescente se encontra, seja a família ou a escola (Moreira, 2001). Nos países em que se observou uma diminuição da prevalência do consumo do tabaco e da diminuição da iniciação por parte dos jovens foi sempre precedida por uma redução manifesta da prevalência do consumo de tabaco nos adultos (Martinet e Bohadana, 2003).

Verifica-se que urge actuar antes que os problemas apareçam e se convertam em estilos de vida prejudiciais à saúde e ao pleno desenvolvimento do ser humano. Deste modo, torna-se necessário realizar uma prevenção educativa e continuada para a qual é parceiro privilegiado o meio escolar, desde que envolvendo toda a comunidade educativa, ou seja, pais, alunos, professores e funcionários (Moreira, 2001).

Para implementar qualquer programa de prevenção é necessário ter presentes as alternativas relativas aos consumos, que sejam as mais adequadas aos adolescentes. Assim, devem centrar-se no desenvolvimento de competências pessoais e sociais que permitam ao adolescente tomar decisões, resolver problemas, lidar com conflitos, resistir a pressão do grupo de pares e participar em actividades que proporcionem relaxamento, prazer e ocupação (Matos, Gaspar, Vitória e Clemente, 2003).

Entre as iniciativas e actividades extra-curriculares que podem atingir, directa ou indirectamente, os alunos sugerem-se a criação de um ambiente escolar (escola sem

tabaco) que reforce as acções educativas sobre os alunos, bem como uma criação de turmas sem fumadores (Precioso, 2006).

Segundo o mesmo autor para outras actividades implementadas na comunidade sugere-se o envolvimento dos pais, as restrições à venda de cigarros a menores em locais próximos das escolas e em vendas de máquinas automáticas, que actualmente se prendem pelo bloqueio automático, possibilitando o controlo da venda, somente, a maiores de 16 anos.

Precioso e Macedo (2003) referem que, se se conseguir influenciar o consumo de tabaco e as atitudes perante o tabaco dos pais, se ajudaria a reduzir o tabagismo dos jovens. Pois, segundo os mesmos autores, a via mais eficaz de proteger os adolescentes da exposição do fumo passivo no domicílio é levar a cabo a promoção da cessação de tabaco nos pais dos alunos ou tentar sensibilizá-los a não fumar em casa.

Os profissionais de saúde têm um papel fundamental em controlar o consumo de tabaco por parte dos pais para assim evitar a sua influência e, ainda, reduzir a exposição dos conviventes ao fumo ambiental do tabaco (Precioso e Macedo, 2003). Aqui, os enfermeiros podem desempenhar um papel preponderante e significativo não só na diminuição do consumo como na própria prevenção do tabagismo.

Segundo Pestana (2006) o papel do médico ou dos profissionais de saúde deveria ser mais interveniente de modo que deveriam aconselhar os seus doentes sobre as vantagens em abandonarem o consumo de tabaco, pois ao serem questionados sobre se abordaram o tema do tabagismo com os seus doentes, a maioria das respostas é negativa.

Segundo o mesmo autor os profissionais de saúde, podem contribuir para a prevenção abordando o tema com os seus doentes, pois cerca de 70% dos fumadores visitam um médico pelo menos uma vez por ano, mais do que 50% dos fumadores visitam um dentista pelo menos uma vez por ano, a maioria dos fumadores gostaria de deixar de fumar e o facto de ser um profissional de saúde a explicar a importância do abandono dos hábitos tabágicos pode ser uma motivação para o fumador.

Como refere Precioso e Macedo (2003) os profissionais de saúde devem convencer os pais a deixar de consumir tabaco por vários motivos, entre os quais, para não prejudicarem a sua saúde e a dos seus filhos no caso de fumarem em casa, para deixarem de constituir um mau exemplo para os filhos, para terem maior autoridade para recomendar a adopção de comportamentos saudáveis, para criarem um ambiente de

apoio às acções de prevenção anti-tabágicas desenvolvidas na escola e melhorarem o rendimento económico do agregado familiar. Assim, *“qualquer que seja a sua posição pessoal face ao tabagismo, os profissionais de saúde, e fundamentalmente o médico, têm a seu cargo a função do exemplo, atribuindo-se-lhes assim uma influência considerável no êxito da prevenção.”* (Pestana, 2006).

Segundo Precioso (2006) deveriam criar-se programas de cessação tabágica nas escolas, destinados ao pessoal docente, não docente e discente, com o objectivo de redução da prevalência, e assim os Centros de Saúde deviam dar prioridade a estes profissionais nas consultas de cessação tabágica.

Segundo Pestana (2006) a publicidade é um dos factores que leva os adolescentes a fumar, juntamente com o meio familiar e o ambiente. A publicidade direccionada aos jovens passa a falsa imagem de que fumar está associado ao sucesso. Contudo, em Portugal, são proibidas quaisquer formas de publicidade ao tabaco, como também colocar nomes, marcas ou emblemas de um produto à base do tabaco em fins de consumo que não sirvam directamente ao uso de tabaco.

Segundo Martinet e Bohadana (2003) do ponto de vista ético são incontestáveis, todos os argumentos a favor da proibição total de todas as formas de publicidade do tabaco, visto que mostra resultados significativos com a diminuição da prevalência do consumo de tabaco nos jovens.

Segundo o mesmo autor a prevenção em espaços públicos ou em locais de trabalhos é muito importante visto que a proibição de fumar em locais de utilização colectiva permite reduzir o consumo de tabaco como também protege os não-fumadores. Uma das estratégias de prevenção é a criação de clubes não fumadores, que são especialmente dedicados às crianças entre os 10 e 13 anos de idades que tem mostrado efeitos positivos relativamente à prevalência do consumo de tabaco (Martinet e Bohadana, 2003).

O aumento do preço de venda a retalho de tabaco, através do aumento das taxas constitui um meio indirecto muito eficaz, visto que leva a despersuadir os adolescentes a contrair o hábito e o auxiliarem a desfazerem-se do consumo. Existe, assim, um conjunto de medidas que permite diminuir a oferta tais como a o aumento do preço de venda e os anúncios sanitários nos maços de cigarros. Esta ideia também é reforçada por Precioso (2006) que defende que deverão ser realizadas, ao nível comunitário,

actividades para promover o comportamento de não fumar, tais como, a implementação de regras anti-tabágicas nos locais frequentados pelos jovens, actividades comunitárias sem tabaco, reforçar medidas legislativas para desencorajar o consumo de tabaco e regulamentar a venda de tabaco através de máquinas automáticas.

Segundo Borges e Filho (2004) a OMS tem desempenhado um papel importante a nível da prevenção do tabagismo através dos seus planos de acção para uma Europa livre de tabaco. Um passo determinante para a consolidação dessa estratégia foi a 1.ª Conferencia Europeia sobre o Tabaco e Saúde, onde se propuseram seis pontos:

1. Ar puro, livre do fumo de tabaco.
2. Todas as crianças e adolescentes têm direito a ser protegidas de toda a publicidade ao tabaco e a receber ajuda educativa para resistir à tentação de começar a fumar.
3. Todos os cidadãos têm o direito a respirar ar livre do fumo de tabaco nos lugares públicos e nos meios de transporte.
4. Todos os trabalhadores têm o direito a respirar ar não poluído pelo fumo do tabaco no seu local de trabalho.
5. Todos os fumadores têm o direito de receber estímulo e ajuda para eliminar a dependência provocada pelo tabaco.
6. Todo o cidadão tem o direito de ser informado dos riscos que o uso do tabaco traz para a saúde.

Echer e Barreto (2008) referem-se ao apoio recebido pelos fumadores durante o período em que estão a deixar de fumar. Salienta-se a necessidade de contar com apoio profissional, familiar, social e espiritual, condições que constituíram factores que colaboraram para vencer a dependência à nicotina. Isto corrobora a bibliografia, que refere que o fumador precisa criar um vínculo de identificação com determinada pessoa, e é aqui que o enfermeiro pode desempenhar um papel significativo para auxiliá-lo neste processo. O acompanhamento profissional foi descrito como um importante factor durante o abandono do tabagismo, assim como em algumas situações a utilização de medicamentos coadjuvantes desse processo. Segundo os autores, o facto de as intervenções para interromper o uso do tabaco ainda não estarem integradas e disponíveis nas rotinas de saúde e o descrédito de alguns profissionais quanto aos

tratamentos para a dependência da nicotina, constituem importantes dificuldades para a cessação do tabagismo. Echer e Barreto (2008) dão relevância à participação de profissionais de saúde de diferentes áreas, como os enfermeiros, e da população em geral na implementação de programas para apoio à cessação do tabagismo. Isso implica a necessidade de considerar esse hábito uma doença crónica, que pode envolver fases de remissão e recidiva, identificando factores que levam à recaída para melhor prepará-los para a próxima tentativa.

Os enfermeiros exercem um importante papel como veículo de consciencialização, actuando como multiplicadores das acções de prevenção nos postos de trabalho. Assim como outros profissionais da saúde, os enfermeiros têm o dever de falar, de aconselhar rotineiramente os seus pacientes a respeito dos malefícios decorrentes do uso do tabaco, pois o seu contacto prolongado com o doente facilita essa abordagem (Sawicki e Rolim, 2004). As autoras, enquanto enfermeiras e profissionais da saúde que são, sentem que o seu papel de educadoras assume importância vital no problema do tabagismo. Frente a todas essas considerações, fica claro que o tabagismo é um dos principais problemas de saúde pública da actualidade. Para um enfermeiro, ao assumir o papel de educador, pretende obter-se subsídios para actuar de forma preventiva em uma série de doenças decorrentes do tabagismo, bem como outras questões que envolvem o problema, como a prevenção primária.

Sawicki e Rolim (2004) referem, ainda que o tabagismo é uma dependência de droga mantida por uma variedade de processos que vão desde a fisiologia ao condicionamento comportamental, até políticas internacionais, salientando que o enfermeiro pode intervir em várias actividades, desde um simples aconselhamento, motivação e tratamento para o fumador interromper o consumo de tabaco. No entanto, todas as medidas devem estar interligadas num contexto multidisciplinar.

Machado, Alerico e Sena (2007) descrevem um Programa de Prevenção e Combate do Tabagismo, implementado pela Secretaria Municipal de Saúde que veio a contribuir para a melhoria da saúde da população de Redentora, pois trouxe acções educativas em saúde como prevenção de doenças, proporcionando o tratamento para quem quisesse deixar de fumar, com orientações, conversas e encontros mensais, nos quais são abordados reiteradamente os prejuízos que o tabaco traz para a saúde de quem fuma. Concluíram que, devido ao aprendizado e a trocas de experiências e informações com o grupo, com profissionais envolvidos e, em especial, com o enfermeiro que permitiu

conhecer um pouco mais das possibilidades da prática da Enfermagem, pois permitiu partilhar as suas expectativas e as suas conquistas. Puderam constatar que os objectivos do programa foram alcançados, pois verificaram que houve pessoas que se consciencializaram dos prejuízos que fumar provoca à saúde. Assim, o enfermeiro e a equipa integrante conseguiram apoiar o grupo e serem bem sucedidos, conseguindo alcançar a proposta inicial de promoção de saúde, prevenção das doenças e combate ao tabagismo.

Vinagre e Lima (2006) consideram que, ao nível da intervenção junto dos jovens, já é sobejamente conhecido que a educação para a saúde nos moldes tradicionais não é suficiente para mudar os seus comportamentos. Partir das ideias e significados atribuídos pelos adolescentes aos diferentes comportamentos de consumo assim como das suas experiências concretas, fomentando a interacção entre pares em grupos de discussão, e o tentar encontrar possíveis factores protectores sem sobrevalorizar os efeitos negativos dos consumos, parece ser um passo fundamental. Os autores concretizam para o caso do tabaco, que os profissionais devem salientar as vantagens de não consumir tabaco (não experimentar fumar ou decidir deixar de fumar), uma vez que quanto aos efeitos nefastos do seu consumo, sobretudo a longo prazo, os dados deste estudo foram claros no sentido de que os jovens os têm bem presentes.

Por seu lado, Matos e Gaspar (2003) indicam que os promotores de saúde, nos programas de prevenção, têm de ter o cuidado de ser precisos e salientar as desvantagens mas também discutir as vantagens do consumo de tabaco, podendo também assistir os adolescentes na procura de alternativas realistas e mais adequadas para lidar com o stress, aborrecimento/tédio e depressão, e promover actividades que proporcionem prazer, relaxamento e ocupação. Considerando as desvantagens, os promotores de saúde devem focar o conteúdo das acções preventivas no presente (não no futuro) e no dia-a-dia (ex: actividade física), devendo realçar o prestígio social do não fumador.

Em Portugal, actuam na área de prevenção do tabagismo, por exemplo, através de campanhas de sensibilização, o Ministério da Saúde, a Direcção Geral de Saúde e o Conselho de Prevenção do Tabagismo, que é o órgão consultivo do governo, sendo que a este compete dar parecer sobre medidas legislativas, apoiar a actividade dos serviços públicos em matéria de estudos e inquéritos relativamente a política de prevenção de tabagismo (Pestana, 2006).

A abundante literatura sobre prevenção do tabagismo é unânime em reconhecer que o mais importante é “Não começar”, embora hoje já se considere que “Não experimentar” é a prioridade a inculcar a toda a população (Borges e Filho, 2004). “A prevenção do Tabagismo pode, e deve, ser feita por todos.” Pestana (2006). Sendo, portanto, um dever particular de enfermagem.

VII. Conclusão

“Quanto mais se conhece a respeito de determinada doença, maiores serão as possibilidades do tratamento adequado, bem como da prática da prevenção aos agentes que causam o problema”.

José Lacerda Felipe – Director científico e tecnológico da FAPERN (2008)

Sendo este um trabalho de investigação, convém salientar que este confere à Enfermagem um cariz científico que assume grande importância no desenvolvimento desta área da saúde como profissão mas, acima de tudo, como ciência. Ao mesmo tempo possibilita, ao Enfermeiro, adquirir competências importantes para a sua inserção no mercado do trabalho fomentando o desenvolvimento do espírito crítico que se tornará preponderante na tomada de decisão. A investigação assume, portanto, um papel fulcral, permitindo obter dados científicos que contribuem para o crescimento da profissão e do profissional de Enfermagem. Desta forma, este trabalho permite ao leitor, estar consciencializado e mais sensível para a necessidade e importância da Promoção da Saúde e Prevenção da Doença.

Ao concluir a elaboração desta monografia de investigação pode afirmar-se que os objectivos traçados para este trabalho foram, de uma forma global, alcançados, já que consegue dar-se resposta a todas as questões formuladas, desde os objectivos gerais até aos objectivos específicos.

Existem inúmeros autores que se debruçam sobre a caracterização da adolescência para além das delimitações previamente definidas. Na realidade, conclui-se que existe um vasto número de factores que podem influenciar, não só a iniciação, mas também a manutenção de hábitos tabágicos na adolescência. Actualmente, é certo que o consumo de tabaco é uma conduta que está estabelecida na vida quotidiana e que já ninguém o considera como uma situação anormal. Pode afirmar-se que o adolescente adere, com relativa facilidade ao apelo do uso do cigarro considerando este comportamento como um sinal de maturidade pessoal. Adquire assim, auto-confiança e auto-estima sentindo-se aceite e admirado pelos seus pares. Assim sendo, foi possível concluir que a etiologia do consumo de tabaco é multifactorial e complexa, podendo aparecer num determinado momento em que se conjugam vários aspectos da natureza biológica, psicológica, social

e cultural. Compreender a interacção de factores de risco e factores promotores possibilita construir projectos de intervenção focalizados em eliminar ou reduzir os efeitos prejudiciais.

Os profissionais de saúde deverão encarar a área de consumo de tabaco, como uma das prioritárias de intervenção, integrando-se numa abordagem holística da Promoção e Educação para a Saúde. No entanto, as acções direccionadas para estas vertentes ainda são reduzidas e muito generalistas, não focando apenas um factor de risco específico. O papel do pessoal de enfermagem no combate ao uso do tabaco, e em consonância com o trabalho multidisciplinar, é relevante e imprescindível já que tem, no seu campo de intervenção, várias oportunidades de construir conhecimento que possibilite não somente compreender a realidade mas também actuar sobre ela. Por este motivo é útil ao enfermeiro ter consciência de que o consumo de tabaco e a exposição ao fumo de tabaco ambiental é, sem dúvida, um dos maiores problemas de Saúde Pública, com importantes consequências a nível da saúde, a nível social, económico e ambiental. O tabagismo constitui uma epidemia que apresenta dinâmicas diferentes conforme o género, os níveis etários e as condições socioculturais.

A prevenção e controlo do tabagismo requerem a combinação de múltiplas estratégias dirigidas para a prevenção do início do consumo, a promoção da cessação, a protecção da exposição ao fumo ambiental e a criação de ambientes socioculturais favoráveis à adopção de estilos de vida saudáveis. Urge concordar com o parecer da Direcção Geral de Saúde (2003) quando refere a necessidade de reforçar a formação dos profissionais de saúde para este tipo de intervenção e de incentivar a criação de consultas de apoio às pessoas que anseiam deixar de fumar.

Da pesquisa realizada verifica-se que Portugal já iniciou o seu percurso no âmbito da prevenção/cessação tabágica. A Administração Regional de Saúde do Norte promoveu uma formação destinada a médicos de família, enfermeiros, psicólogos e nutricionistas, colmatando a ausência de formação curricular nesta área, tendo como grande objectivo a criação de uma rede de profissionais de saúde, diferenciados, com competências para serem responsáveis por apoio intensivo à cessação tabágica e pela dinamização da difusão de boas práticas no âmbito da prevenção e tratamento do tabagismo.

Neste contexto os profissionais de saúde foram motivados para aconselharem os utentes dos seus Centros de Saúde a deixarem de fumar, mesmo que estes não tenham

manifestado, abertamente, essa intenção. Os vários passos a seguir são: evitar imposições; identificar e eliminar os obstáculos que impedem ou dificultam a mudança; ajudar a aumentar o auto-controlo, a auto-eficácia, a auto-confiança e a motivação para a mudança; diminuir os factores que fazem com que o comportamento de fumar seja agradável; estabelecer empatia com o doente e saber escuta-lo; traçar objectivos realistas e alcançáveis; conversar e informar sobre as consequências de todo o processo e oferecer ajuda activa. De referir que esta técnica, quando utilizada por profissionais de saúde formados para esse efeito, já provou surtir resultados positivos em indivíduos que, a início, se mostravam renitentes em deixar de fumar. Iniciativas como a referida anteriormente são fulcrais no combate ao tabagismo pelo que será importante que este trabalho seja estendido a todo o país e a outros locais que não só os centros de saúde. É essencial que todos os enfermeiros venham a prestar o seu contributo nesta “luta”.

Na área da saúde e neste caso em particular, em enfermagem, que as actualizações apresentam uma crucial importância. Todos os dias a sociedade evolui, sofre modificações, os valores alteram-se, e um enfermeiro não pode utilizar a mesma linguagem, o mesmo método de intervenção, a mesma forma de estar, de há alguns anos, meses e, às vezes, até dias atrás. Tem de procurar “construir-se” a cada dia. Quer fazendo trabalho de pesquisa pessoal, quer frequentando acções de formação, quer partilhando experiências, quer conhecendo a realidade e actuando, construtivamente, sobre ela. Deve permanecer constantemente actualizado e conhecedor dos factos mais recentes, transpondo-os para o seu trabalho sempre que for possível e considerar necessário.

É essencial que sejam implementadas na sociedade determinadas medidas de prevenção de tabagismo com o objectivo de evitar o início de consumo de tabaco por parte dos jovens. Mas impedir que os jovens fumem requer mais do que evitar que tenham acesso a cigarros. Também exige informação a respeito dos graves efeitos do consumo de cigarros sobre a saúde, inclusive sobre a dependência. Também é importante garantir que os pais e a família tenham consciência do papel que podem desempenhar neste campo da prevenção. É essencial construir programas educacionais deste tipo, uma vez que são importantes para a prevenção tabágica e seus efeitos benéficos. Os enfermeiros podem e devem desempenhar um papel activo na criação e implementação deste tipo de programas. É importante que se consiga transmitir ao jovem, com estes programas, que ser “fixe, popular ou famoso” dentro da escola não dependerá de hábitos tabágicos, que

apenas o prejudicarão no presente e no futuro. É de máxima relevância combater o laxismo existente por parte das escolas na implementação de programas activos na prevenção do tabaco. Isto leva a uma conseqüente falta de sensibilização da comunidade escolar para cumprir as respectivas normas. Por isso se continua a fumar nas escolas, ou porque se desconhece as regras, ou porque não se concorda com as suas normas ou, simplesmente, porque os outros também fumam. É necessário e urgente que existam normas anti-tabágicas que sejam implementadas e cumpridas em contexto escolar no quadro de uma abordagem compreensiva e integrada da prevenção tabágica a partir das escolas. A aplicação destas medidas protege os não fumadores, ajuda os fumadores que querem reduzir ou deixar de fumar, valoriza a missão educativa e dignifica a escola. Desta forma, a função do enfermeiro tem de passar, além de estimular a que o jovem fumador deixe o hábito, por evitar que os jovens se iniciem no tabagismo. Para ajudar os fumadores a abandonar o vício e a evitar que mais jovens se tornem dependentes, deve abordar-se o tema junto aos estudantes, nas instituições escolares, mas contando com o apoio das unidades de saúde, fomentando a multidisciplinaridade. Mesmo assim, há quem defenda que essa abordagem preventiva pode começar ainda mais cedo, afirmando que a prevenção tem que se iniciar ainda na idade pré-escolar. Os jovens têm que ter orientação desde cedo, interiorizando os malefícios do tabaco desde muito novos, uma vez que, melhor do que abandonar o tabagismo é mesmo não iniciar o vício. É fulcral que, para os jovens que já fumem, seja transmitida a informação necessária para que saibam como podem deixar de fumar de modo adequado. Quando jovens fumadores tentam largar o vício, tendem a não usar o que se sabe que funciona. Muitos jovens realmente pensam que os tratamentos não funcionam ou que estão melhores usando métodos caseiros e meios naturalistas, pelo que podem evitar métodos cientificamente comprovados como mais adaptados para terem uma taxa de sucesso mais elevada.

Uma sugestão para chegar até à camada mais jovem, ao nível da prevenção tabágica, poderá passar pelas novas tecnologias, como por exemplo, a internet, muito popular entre esta faixa etária. Poderão ser desenvolvidas iniciativas interactivas na Internet, que realizem questionários online, que passem informação relevante e que avaliem quais as mensagens que motivam os jovens fumadores, bem como as suas necessidades e preocupações. Deste modo, estar-se-ia a utilizar um meio tipicamente utilizado pelos jovens para orientar sobre como parar de fumar e reaprender a viver sem o cigarro.

Tem de se ter presente que há algum tempo, o cigarro era objecto de desejo, popularizado no cinema, nas propagandas, símbolo de independência e sedução, um estímulo valorizado pelos jovens. O curioso é que atrás da atitude de auto-afirmação e aparente liberdade de escolha estava um minucioso jogo de manipulação, onde o objectivo era justamente ampliar o mercado de venda de cigarros através da conquista dos jovens, usuários fiéis e no longo prazo, de um produto que vicia e na verdade nada tem de *glamouroso*. Só o facto de se conseguir clarificar este pretexto já será útil, uma vez que ninguém gosta de se sentir enganado e manipulado. Mas agora as estratégias de marketing estão mais sofisticadas, apesar do objectivo dos fabricantes ser o mesmo: vender o seu produto. Assim, um ponto importante a ter em conta na prevenção tabágica será elucidar os jovens para esta temática, não deixando, no entanto, de responsabilizar os fabricantes e ampliar as restrições já existentes ao marketing.

Outro ponto a discutir, no que respeita a prevenção de tabaco, é o acesso aos cigarros, pela proibição de venda a menores – que tantas vezes não é cumprida. Além disso, o visual atraente, com caixinhas de metal para coleccionar, à altura dos olhos, tudo favorece a curiosidade e a facilidade de acesso pelo jovem.

As fases de experimentação e de vivência de novas emoções, com as angústias e incertezas desta etapa, trazem o risco da procura de satisfação através das drogas. A maior parte dos fumadores iniciou o tabagismo na adolescência, mas o que muitos deles não prevêem é que vão continuar a fumar provavelmente durante várias décadas, apesar de acharem que conseguem interromper quando quiserem. É essencial que se consiga alertar os jovens para este factor. O jovem pode evitar o tabagismo sendo bem informado e participante.

Quanto mais novo começar a fumar, maior o consumo e a dependência. Se o primeiro cigarro corresponde a um gesto social, pode também revelar um certo mal-estar, uma preocupação que ainda não foi identificada. Por vezes, especialmente durante a adolescência, a pessoa não se sente feliz consigo própria, teme o futuro e é incapaz de definir objectivos para a sua vida. Em todas as idades, os períodos de dúvida podem provocar o desejo de se refugiar numa droga, incluindo o tabaco. Ao manter centros de interesse, actividades e ocupações regulares, evitará a tentação de fumar. Há que manter o jovem ocupado, interessado em actividades, ouvido e acima de tudo com uma boa auto-estima. Uma actividade desportiva, cultural ou intelectual é uma excelente distracção contra o tabaco e favorece a integração social. Quanto mais alerta

estiver a sua mente, mais útil se sentirá e menos vontade terá de fumar. Deste modo, ao estabelecer objectivos para a sua vida, ao manter vários centros de interesse, a probabilidade de se sentir tentado a experimentar os cigarros será gradualmente menor.

A realização desta monografia foi uma experiência deveras enriquecedora, pois permitiu desenvolver conhecimentos em relação à temática do tabagismo, mais especificamente na adolescência, contribuindo para um desenvolvimento a nível académico e pessoal.

Era de interesse dar continuidade a esta revisão bibliográfica através de um trabalho de campo junto dos adolescentes de modo a compreender quais os factores de risco e factores promotores relevantes que os levaram a iniciar o tabagismo sabendo os efeitos prejudiciais na saúde.

VIII. Bibliografia

1. Referências bibliográficas

- Antunes, C. (2003). *Relações Interpessoais e Auto-estima: A sala de aula como um espaço de crescimento integral*. Petrópolis, Vozes.
- Batista, A., Menezes, L., Paula, M., Falcão, M., Flores, M., Malta, R., et al. (2007). *Avaliação dos Factores que Contribuem para o Tabagismo na Adolescência*. *Gazeta Médica da Bahia*, 77(1), pp. 65-68.
- Borges, C., & Filho, H. (2004). *Usos, Abusos e Dependências – Tabagismo*. Lisboa, Climepsi.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2002). *CIPE/CNP, Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*, Versão Beta 2. Lisboa, Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Davidoff, L. (2001). *Introdução à Psicologia* (3ª ed.). São Paulo, Makron Books.
- Direcção Geral da Saúde. (2005). *Inquérito à Saúde dos Adolescentes em Meio Escolar*. Lisboa, Ministério da Saúde.
- Direcção Geral de Saúde. (2007). *Programa-tipo de actuação em cessação tabágica*. Lisboa, Ministério da Saúde.
- Echer, I. C. & Barreto S. S. M. (2008). Determinação e apoio como factores de sucesso no abandono do tabagismo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 16 (3) Ribeirão Preto, Universidade de Ribeirão Preto.
- Esmond, G. (2005). *Enfermagem das Doenças Respiratórias*. Loures, Lusociência.
- Felipe, J. L. (2008). Comunicação, "A importância da pesquisa científica nos temas relacionados com a saúde da população, a fim de inventir em medicina preventiva. *Seminário de Pesquisa para a Saúde SUS/RN*. Rio de Janeiro, Brasil.
- Ferreira-Borges, C. (2002). Recomendações para o tratamento da dependência de nicotina: evidências para a implantação de consultas de cessação tabágica no Serviço Nacional de Saúde. *Prevenção do tabagismo*. 20 (2).
- Ferros, L. (2003). Jovens, drogas e famílias – uma breve revisão da literatura. *Toxicodependências*, 9 (2), pp. 71-83.

- Figueira, J., Ferreira, A., Araújo, L., Oliveira, L., Andrade, P., Andrade, J., et al. (2000). *Auto-eficácia e factores determinantes no desenvolvimento de adolescentes em actividades físicas de região urbana*. São Paulo, Anais.
- Fraga, S., Ramos, E., & Barros, H. (2006). Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e factores associados. *Revista Saúde Pública*, 40 (4), pp. 620-626.
- Fraga, S., Sousa, S., Santos, A., Mello, M., Lunet, N., Padrão, P., et al (2005). Tabagismo em Portugal. *Arquivo de Medicina*, 19 (5), pp. 207-229.
- Ganeri, A. (2002). *Drogas: Do êxtase à agonia*. Mem Martins, Publicações Europa América.
- Karsaklian, E. (2004). *Comportamento do Consumidor*. (2ªed.). São Paulo, Editora Atlas.
- Lima, R. A. (2008). "Porque pesquisa em Saúde?". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.
- Machado, V. C, Alerico M. I. & Sena, J. (2007). Programa de Prevenção e Tratamento do Tabagismo: Uma vivência académica de enfermagem. *Cogitare Enfermagem* 12(2), pp.248-52.
- Martinet, Y., & Bohadana, A. (2003). Breve história do tabagismo. In Y. Martinet, & A. Bohadana (2003). *O tabagismo - Da Prevenção à abstinência* (pp. 57-60). Lisboa, Climepsi Editores.
- Martins, F. (2008). Educar para a saúde – uma prioridade nos cuidados de saúde primários. *Revista Sinais Vitais*, 78, pp. 41-43.
- Matias, D. & Graça M. (2003). *O Inquérito Nacional de Saúde: História, métodos e alguns resultados*. Lisboa, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Matias, D., Rabiais, S. & Falcão, M. (2006). *Atlas dos determinantes da Saúde em Portugal: Os Inquéritos Nacionais de Saúde*. Observatório Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.
- Matos, M. & Carvalhosa, S. (2003). *Consumo de substâncias: tabaco, álcool e drogas*. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.
- Matos, G., Gaspar, T., Vitória, P., & Clemente, M. (2003). *Adolescentes e o Tabaco: rapazes e raparigas*. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana -Universidade Técnica de Lisboa.
- Medalho, A. (2002). O Tabagismo na Adolescência. *Revista Sinais Vitais* 40, pp. 23-28.

- Mendes, C. (2004). Como promover a saúde na escola?. *Revista Nursing*, 190, pp. 27-29.
- Monteiro, A., Neves, A., Marques, M & Lopes, C. (2004). Hábitos Tabágicos em Estudantes da Universidade do Porto. *Arquivos de Medicina*, 18 (3), pp. 98-103.
- Moreira, P. (2001). *Para uma prevenção que previna*. Lisboa, Edições Quarteto.
- Mota, P. (2006). Efeitos do tabagismo activo para a saúde . In E. Pestana (2005). *Tabagismo - Do Diagnóstico ao Tratamento*. Lisboa, Lidel.
- Nunes, E. (2002). *Consumo de tabaco: Estratégias de Prevenção e Controlo*. Lisboa, Cadernos da Direcção geral de Saúde.
- Nunes, A. (2004). Os Jovens e os Factores Associados ao Consumo de Tabaco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22 (2), pp. 57-67.
- Nunes, E. (2006). Consumo de tabaco: Efeitos na Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* , 22, pp. 225-244.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Encouraging People to Stop Smoking*. Genebra, Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2008). WHO REPORT on the global TOBACCO epidemic, 2008 - *The MPOWER package*. Genebra, Organização Mundial de Saúde.
- Pais, J. (2005). Jovens e Cidadania. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 49, pp. 53-70.
- Papalia, D., & Olds, S. (2000). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre, Artmed Editora.
- Peixoto, F. (2004). Qualidade das relações familiares, auto-estima, autoconceito e rendimento académico. *Análise Psicológica*, 1, pp. 235-244.
- Pestana, E. (2006). *Tabagismo - Do Diagnóstico ao Tratamento*. Lisboa, Lidel.
- Pierce, J. Distefan, J. & Hill, D. (2004). *Adolescent Smoking*. Oxford, Policy and Public Health.
- Precioso, J.(2006). Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 22 (2), pp. 201-222.
- Precioso, J., Macedo, M. (2003). Plano global de prevenção do tabagismo de braga. IN. J. Precioso, M. Macedo e A. Gonçalves (ed). *Actas do I encontro nacional de prevenção e tratamento do tabagismo* (pp. 67-85). Braga, CIED.

- Precioso, J. Macedo, Rebelo, L. (2007). Relação entre o tabagismo dos pais e o consumo de tabaco dos filhos: Implicações para a prevenção. *Revista Portuguesa de clínica geral*, 23, pp. 259-66.
- Reis, P. E. (2005). "A pesquisa em Saúde - Implicações para a prática profissional". *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*.
- Rodrigues, V. (2004). Um período de risco para a saúde. *Revista Nursing*, 190, pp. 24-26.
- Sawicki, C. & Rolim M. (2004). Graduandos de enfermagem e sua relação com o tabagismo. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. São Paulo, Universidade de São Paulo.
- Silva, R. (2004). Prevenção das toxicodependências – Porquê eu?. *Análise Psicológica*, 22(1), pp. 269-271.
- Simões, C. Matos, M., Foguet, J. (2006). Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(2), pp. 147-164.
- Simões, S. (2006). História do tabaco. In E. Pestana, *Tabagismo - Do Diagnóstico ao Tratamento* (pp. 1-24). Lisboa, Lidel.
- Vinagre, M. G. & Lima, M. L. (2006). Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiências e julgamentos de risco. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), pp. 73-81.
- Vitória, P. D., Raposo, C. S. & Peixoto, F. A. (2000). A Prevenção do Tabagismo nas Escolas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), pp. 45-51.

2. Referências consultadas pela internet

- Escoval, A., Araújo, A., Carneiro, A., Dias, C., Pardal, C., & Fonseca, C. e. (2008). *Conclusões/Recomendações do Grupo de Peritos do Projecto: "Portugal sem Fumo 2008"*. Disponível em <http://www.hospitaldefuturo.com/imagens/PortugalsemFumo-RECOMENDACOESFINAIS.pdf>. [Consultado em 04/03/2010].
- Matos, M., Carvalhosa, S., Vitória, P., & Clemente, M. (2001). *Os Jovens Portugueses e o Tabaco*. FMH/PEPT/GPT/CPT, 6,1. Disponível em: <http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/tabaco.pdf>. [Consultado em 05/03/2010].

- Matos, M. & Gaspar T. (2003). *Adolescentes e o Tabaco - Rapazes e Raparigas*. Lisboa: FMH / PEPT / GPT. Disponível em: http://www.fmh.utl.pt/aventurasocial/pdf/Adolescentes_e_o_Tabaco.pdf. [Consultado em 20/03/2010].
- Morais, F., & Robalo, P. (s.d.). *Tabaco - O que deve saber!*. Disponível em: http://www.pactogest.pt/publicacoes_tabaco.pdf. [Consultado em 18/03/2010]
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Health Situation Analysis and Trends Summary*. Disponível em: <http://www.paho.org/English/DD/AIS/cp_032.htm >. [Consultado em 20/03/2010].
- Organização Mundial de Saúde (2008). *10 facts on the tobacco epidemic and its control*. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/en/>. [Consultado em 16/03/2010]
- Pereira, M., Pedro, I., Amaral, V., Martins, M., & Peixoto, F. (2000). Dinâmicas grupais na adolescência. *Análise Psicológica*. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312000000200005&script=sci_arttext>. [Consultado em 01/03/2010]
- Pinto, D., & Ribeiro, S. (2007). Variáveis relacionais à iniciação do tabagismo entre estudantes do ensino médio de escola pública e particular na cidade de Belém – PA. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33 (5). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132007000500011&lng=pt&nrm>. [Consultado em 11/03/2010].
- Portal da Saúde (2009). *Deixar de Fumar*. Disponível em: <<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/deixar+de+fumar/deixardefumar.htm>>. [Consultado em 16/03/2010].
- Rosas, M., Mansilha, R. B., & Vinagre, S. (2005). *II Congresso Nacional de Educação para a Saúde - Prevenção e tratamento do tabagismo com base na evidência científica*. Disponível em: <http://www.ciep.uevora.pt/eps/painel3_2texto.html>. [Consultado em 14/03/2010]
- Ruiz, M. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes. *Revista Latino-Americana de*

Enfermagem. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000700008&script=sci_arttext> [Consultado em 14/03/2010].

Silva, J. (2008). *Relações interpessoais: Conhecendo outros e si mesmo*. Disponível em <<http://www.clicklivro.com.br/content/view/8167/69/>>. [Consultado em 02/03/2010].

Silva, M., Rivera, I., Carvalho, A., Júnior, A., & Moreira, T. (2006). Prevalência e variáveis associadas ao hábito de fumar em crianças e adolescentes. *Jornal Pediatría*, 82 (5). Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000600010&lng=pt&nrm>. [Consultado em 02/03/2010].