

Helena Patrícia Ribeiro da Silva

**Hábitos tabágicos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP -
Porto**



Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2011

Helena Patrícia Ribeiro da Silva

**Hábitos tabágicos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP -
Porto**



Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2011

Helena Patrícia Ribeiro da Silva

**Hábitos tabágicos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP -
Porto**

Atesto a originalidade do Trabalho:

(Helena Patrícia Ribeiro da Silva)

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

SUMÁRIO

Apesar de os fumadores terem conhecimento dos riscos para a saúde associados ao tabagismo, a este problema de saúde pública não é dada a importância necessária pela população em geral (Martinet e Bohadana, 2003). Em Portugal, a prevalência do tabagismo entre os homens tem vindo a diminuir, facto que não se verifica entre as mulheres (Matias, 2006).

Existe uma ligação estabelecida entre o consumo de tabaco e a manifestação de variadas doenças, como as neoplasias, as doenças do foro respiratório e as doenças cardiovasculares (Mendes *cit. in* Martinet e Bohadana, 2003).

Este hábito é adquirido, principalmente, na fase da adolescência (Precioso, 1998). A iniciação do mesmo sofre a influência de variados factores, tais como, curiosidade, uso do tabaco pelos familiares e pessoas próximas, possibilidades de acesso ao tabaco e influência dos meios de comunicação, entre outros (Kahn et al., 2003).

A modificação do comportamento face ao tabaco pode ser feita através da transmissão de mensagens de prevenção por intermédio dos profissionais de saúde (Voisin, 2003). O papel destes é também de maior importância na cessação tabágica (Martinet e Bohadana, 2003). Actualmente, têm vindo a ser adoptadas estratégias de natureza diversa no campo do tabagismo e que podem motivar muitos fumadores a procurar ajuda profissional para cessar o mesmo (Nunes et al., 2008).

Neste sentido, surge a investigação intitulada “Hábitos tabágicos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto”, cujo objectivo geral é “Caracterizar os hábitos tabágicos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto”. A amostra é constituída por 51 alunos inscritos no 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto no ano lectivo de 2010/2011. Esta foi seleccionada com recurso ao processo de amostragem acidental.

Procedeu-se à elaboração do trabalho através de um estudo descritivo simples e transversal, do tipo quantitativo.

Como objectivos específicos delimitaram-se os seguintes: determinar o número de alunos fumadores do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto, determinar o grau de dependência à nicotina dos alunos e determinar o grau de motivação dos mesmos para deixar de fumar.

De forma a dar resposta aos objectivos propostos, foi aplicado um questionário que se encontra dividido em 3 partes (Anexo I). A primeira parte diz respeito à caracterização da amostra, a segunda parte é constituída pelo Teste de Richmond que avalia a motivação para deixar de fumar e a terceira parte é constituída pelo Teste de Fagerström que avalia o grau de dependência à nicotina. Após a colheita de dados, estes foram analisados no programa informático Microsoft Office Excel 2007.

Como principais resultados obtidos, verificou-se que, dos 51 alunos inquiridos, 17 eram fumadores aquando da aplicação do questionário. O grau de dependência à nicotina na maioria dos alunos era moderada e a maioria apresentava baixa motivação para deixar de fumar.

Perante estes resultados, torna-se importante considerar a redução do consumo de tabaco como uma das medidas de saúde pública mais importantes a adoptar (Martinet e Bohadana, 2003). O consumo de tabaco, álcool, entre outros é um problema que afecta cada vez mais o ambiente universitário (Aguilera et al., 2005) e, como tal, é importante incluir a temática das drogas no currículo dos estudantes (Fuentes e Gómez, 2005). Assim sendo, esta temática não pode ser evitada no ambiente universitário, pois é onde são formados os futuros profissionais, responsáveis por melhorar a qualidade de vida da população (Aguilera et al., 2005).

Palavras-chave: hábitos tabágicos, adolescência, estudantes do ensino superior, prevenção, cessação tabágica.

ABSTRACT

Although smokers were aware of health risks associated with smoking, this public health problem is not given the necessary importance for the general population (Martinet and Bohadana, 2003). In Portugal, the prevalence of smoking among men has declined, fact that doesn't appear among women (Matias, 2006).

There is an established link between tobacco consumption and manifestation of various diseases such as cancer, diseases of the respiratory and cardiovascular system (Mendes *cit. in* Martinet e Bohadana, 2003).

This habit is acquired principally during adolescence (Precioso, 1998). The smoking initiation is influenced by various factors such as curiosity, tobacco use by family and friendly people, opportunities and access to tobacco and media influence, among others (Kahn et al., 2003).

The modification of behavior on tobacco can be done through the transmission of messages of prevention through health professionals (Voisin, 2003). The role of them is very important in smoking cessation (Martinet e Bohadana, 2003). Currently, they have been adopted strategies of diverse nature in the field of smoking that can motivate many smokers to seek professional help to stop it (Nunes et al., 2008).

As such, appears the theme "Smoking habits of students in 4th year of degree in Nursing at UFP - Oporto", and the objective is "Characterize the smoking habits of students in 4th year of degree in Nursing at UFP - Oporto. The sample consists of 51 students in 4th year of degree in Nursing at UFP - Oporto in the academic year of 2010/2011.

The researcher chose a simple descriptive and transversal study, and quantitative.

The specific objectives are: determine the number of smokers in the 4th year of Degree in Nursing at UFP - Oporto, determine the degree of nicotine dependence and determine the degree of motivation to quit smoking.

In order to meet the proposed objectives, a questionnaire was administered which is split into 3 parts (Annex I). The first part concerns the characterization of the sample, the second part consists of the Richmond test that assesses motivation to stop smoking and the third part consists of the Fagerström test that assesses the degree of nicotine dependence. After data collection, these were analyzed in the program Microsoft Office Excel 2007.

The main results obtained, it was found that, the 51 students surveyed, 17 were smokers at the time of the questionnaire's application. The degree of nicotine dependence in most of the students was moderate and most had low motivation to quit smoking.

These results show that it is important to consider the reduction of tobacco consumption as the most important measure of public health to be taken (Martinet e Bohadana, 2003, p. 21). The consumption of tobacco, alcohol, among others is a problem that is affecting the university environment (Aguilera et al., 2005) and, as such, it is important to include the issue of drugs in the curriculum of the students (Gómez and Fuentes, 2005). Therefore, this issue can't be avoided in the university environment because that's where the future professionals are formed and they are responsible for improving the quality of life's population (Aguilera et al., 2005).

Keywords: smoking, adolescence, university students, prevention, smoking cessation.

AGRADECIMENTOS

Quatro anos se passaram... voaram... e cá estou eu... uma nova fase da minha vida se avizinha, completamente diferente e incerta...

Agradeço e dirijo cada palavra aqui gravada às pessoas mais significativas para mim...

Em primeiro lugar aos meus pais, António e Dolores, pelo seu esforço durante estes anos para que eu conseguisse ser bem sucedida no meu percurso académico... sem eles não teria cá chegado.

Ao meu namorado, João, pela paciência e pelo apoio nos momentos mais tristes, por me ter ajudado a ultrapassar os momentos menos bons e os medos sentidos.

À minha avó, Glória, e à minha tia, Laura, pelo incentivo e força que sempre me deram.

A toda a minha família, pelo apoio e compreensão.

À minha orientadora, Professora Manuela Guerra, pela sua disponibilidade e pelo apoio na elaboração deste trabalho.

Por fim, agradeço a todos os meus amigos, por estarem sempre presentes, por fazerem parte da minha vida.

A todos, o meu MUITO OBRIGADA!

SIGLAS

CO – Monóxido de carbono

CP – Cancro do pulmão

DPOC – Doença pulmonar obstrutiva crónica

INS – Inquérito Nacional de Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

TSN – Terapêutica de substituição da nicotina

UE – União Europeia

UFP – Universidade Fernando Pessoa

UP – Universidade do Porto

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I – FASE CONCEPTUAL	19
1.1. Formulação da questão e do problema de investigação	19
1.2. Formulação e justificação do tema de investigação	19
1.3. Questões acessórias	20
1.4. Objectivos de investigação	21
1.5. Revisão da literatura	21
i.v.i. Epidemiologia do tabagismo	22
i.v.ii. Evolução história do tabagismo	23
i.v.iii. Constituintes do tabaco e composição do fumo do tabaco	25
i.v.iv. Patologias associadas ao tabaco	26
i.v.iv.i. Risco cardiovascular	26
i.v.iv.ii. Outros riscos	27
i.v.iv.iii. Cancro	28

i.v.v. Nicotino-depêndencia.....	29
i.v.vi. Hábitos tabágicos e a adolescência	30
i.v.vi.i. Factores associados à iniciação do hábito tabágico	31
i.v.vii. O jovem adulto: estudantes do ensino superior.....	35
i.v.viii. Cessação tabágica e tratamento da dependência à nicotina	37
i.v.viii.i. Tratamento não farmacológico	39
i.v.viii.ii. Tratamento farmacológico	42
i.v.ix. Prevenção do tabagismo e o papel dos profissionais de saúde	43
CAPÍTULO II – FASE METODOLÓGICA	46
2.1. Tipo de estudo	46
2.2. População	47
2.3. Processo de amostragem.....	47
2.4. Amostra	48
2.5. Meio.....	48
2.6. Método de colheita e análise de dados	48

2.7. Pré-teste	50
2.8. Condições éticas e legais	50
2.9. Variáveis.....	51
CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA	52
3.1. Apresentação, análise e discussão dos resultados	52
iii.i.i. Caracterização da amostra	52
iii.i.ii. Motivação para deixar de fumar	60
iii.i.iii. Dependência à nicotina.....	62
CONCLUSÃO.....	67

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de recolha de dados

ANEXO II – Cronograma de actividades

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1. Distribuição da amostra segundo a idade	53
Gráfico nº2. Distribuição da amostra segundo a idade dos alunos fumadores	54
Gráfico nº3. Distribuição da amostra segundo o género dos alunos fumadores	55
Gráfico nº 4. Distribuição da amostra segundo tempo de consumo regular de tabaco .	56
Gráfico nº5. Distribuição da amostra segundo o contexto de início de consumo de tabaco	57
Gráfico nº6. Distribuição da amostra segundo a vontade em deixar de fumar	60
Gráfico nº7. Distribuição da amostra segundo a motivação para deixar de fumar	61
Gráfico nº 8. Distribuição da amostra segundo a dependência à nicotina	63

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1. Distribuição da amostra quanto ao género	53
Quadro nº2. Distribuição da amostra segundo os hábitos tabágicos	54
Quadro nº3. Distribuição da amostra segundo o tempo decorrente entre acordar e fumar o primeiro cigarro e o número de cigarros habitualmente consumidos por dia, relativos ao Teste de Fagerström	65

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do Plano Curricular da Licenciatura em Enfermagem da UFP (Faculdade de Ciências da Saúde), no ano lectivo 2010/2011, com o intuito de adquirir o Grau de Licenciatura em Enfermagem.

O tema deste trabalho científico intitula-se “Hábitos tabágicos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto”. A elaboração deste trabalho científico deve-se ao facto da motivação da investigadora pelo tema, pelo facto de ser fumadora, e pela pertinência do mesmo na área da saúde.

Segundo Nunes (2003, p. 29), “(...) cerca de 20% da população de Portugal Continental, com mais de 10 anos, é fumadora.”

O reconhecimento da nicotina como uma droga que provoca dependência e a exposição dos riscos para a saúde associados ao tabagismo passivo são dois conceitos que vieram modificar a forma como o tabagismo é encarado (Martinet e Bohadana, 2003).

Existe uma ligação estabelecida entre o consumo de tabaco e a manifestação de variadas doenças, como as neoplasias, as doenças do foro respiratório e as doenças cardiovasculares (Mendes *cit. in* Martinet e Bohadana, 2003). Por ano, cinco milhões de pessoas morrem devido a doenças relacionadas com o tabagismo (Matias, 2006).

A modificação do comportamento face ao tabaco pode ser feita através da transmissão de mensagens de prevenção por intermédio dos profissionais de saúde (Voisin, 2003).

Neste estudo definiu-se como objectivo geral o seguinte: “Caracterizar os hábitos tabágicos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto”. Como objectivos específicos delimitaram-se os seguintes: determinar o número de alunos

fumadores do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto, determinar o grau de dependência à nicotina dos alunos e determinar o grau de motivação dos mesmos para deixar de fumar.

Procedeu-se à elaboração do trabalho através de um estudo descritivo simples e transversal, do tipo quantitativo.

Com o intuito de dar resposta aos objectivos específicos, foi aplicado um questionário a uma amostra de 51 alunos inscritos no 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto no ano lectivo de 2010/2011. A colheita de dados foi realizada no dia 15 de Abril de 2011 na UFP.

O trabalho encontra-se dividido em 3 capítulos. O primeiro corresponde à fase conceptual, onde são abordados a questão de partida, o tema e a justificação do mesmo, as questões acessórias, os objectivos de investigação e a revisão da literatura. O segundo diz respeito à fase metodológica, onde é efectuada uma abordagem ao tipo de estudo, população, processo de amostragem, amostra, meio, método de colheita e análise de dados, pré-teste, condições éticas e legais e variáveis. O terceiro capítulo diz respeito à fase empírica, que corresponde à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos.

Como principais resultados obtidos, verificou-se que, dos 51 alunos inquiridos, 17 eram fumadores aquando da aplicação do questionário. O grau de dependência à nicotina na maioria dos alunos era moderada e a maioria apresentava baixa motivação para deixar de fumar.

CAPÍTULO I – FASE CONCEPTUAL

A fase conceptual consiste num conjunto de actividades que permitem formular o problema de investigação, o objectivo e as questões de investigação (Fortin et al. 2009).

A formulação do problema ao qual o investigador pretende obter resposta e a consequente definição do tema e o estabelecimento dos objectivos de investigação são parte importante para que um trabalho científico se desenvolva.

Seguidamente, são abordados o problema e a questão de investigação, o tema e a justificação do mesmo, as questões acessórias e objectivos de investigação e por último é efectuada uma revisão da literatura.

1.1. Formulação da questão e do problema de investigação

A questão de investigação constitui a base para a formulação do problema de investigação (Fortin et al., 2009). Salienta-se ainda que “Uma questão de investigação é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo.” (Fortin et al., 2009, p.53). Como tal, a questão de partida é “Quais os hábitos tabágicos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto?”.

1.2. Formulação e justificação do tema de investigação

A investigação científica em saúde é essencial visto que contribui para o conhecimento dos problemas e identificação das prioridades, permitindo delinear estratégias de promoção e prevenção em saúde (Fraga et al., 2005).

“O tema de estudo é um elemento particular de um domínio de conhecimentos que interessa ao investigador e o impulsiona a fazer a investigação (...).” (Fortin et al.,

2009, p.67). Ainda segundo os mesmos autores, o tema escolhido pelo investigador relaciona-se com a sua disciplina ou com a sua profissão.

O tema do trabalho, “Hábitos tabágicos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto”, surge devido à elevada pertinência do tema na actualidade.

Em Portugal, a prevalência do tabagismo entre os homens tem vindo a diminuir, facto que não se verifica entre as mulheres (Matias, 2006).

O indivíduo inicia o tabagismo por razões diversas e como tal é importante conhecer esses factores para que os programas de prevenção do tabagismo sejam eficazes (Matos et al., 2003). A modificação do comportamento face ao tabaco pode ser feita através da transmissão de mensagens de prevenção por intermédio dos profissionais de saúde (Voisin, 2003).

Assim sendo, é necessário efectuar estudos a fim de determinar os hábitos tabágicos entre os estudantes universitários (Saleiro et al., 2008).

Com este trabalho de investigação pretende-se determinar o número de fumadores, a dependência à nicotina e a motivação que apresentam para abandonar o hábito tabágico de forma a poder delinear estratégias no âmbito da promoção da saúde. Torna-se relevante abordar cada vez mais cedo nas escolas a problemática do tabagismo e as suas consequências, e manter esta formação a nível universitário (Saleiro et al., 2008).

1.3. Questões acessórias

“A investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas.” (Fortin et al., 2009, p.4).

“ (...) as questões de investigação são mais específicas e incluem os diferentes aspectos susceptíveis de serem estudados. (...) dizem respeito à descrição de conceitos ou de populações, ou ao estabelecimento de relações entre variáveis.” (Fortin et al., 2009, p.164).

Neste sentido, as questões acessórias definidas são as seguintes: qual o número de alunos fumadores do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto?; qual o grau de dependência à nicotina dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto?; qual o grau de motivação dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP- Porto para deixar de fumar?

1.4. Objectivos de investigação

O enunciado do objectivo de investigação precisa de forma clara qual é o fim que o investigador pretende atingir (Fortin et al., 2009, p.160). Assim sendo, objectivo geral é “Caracterizar os hábitos tabágicos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto”.

No seguimento das questões de investigação já descritas, surgem os objectivos específicos: determinar o número de alunos fumadores do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto; determinar o grau de dependência à nicotina dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto; determinar o grau de motivação dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto para deixar de fumar.

1.5. Revisão da literatura

Na perspectiva de Fortin et al. (2009, p.51), “A revisão da literatura é essencial para conhecer o estado actual dos conhecimentos sobre o assunto.”. Ainda segundo os

mesmos autores, a informação recolhida é pertinente se estiver directamente relacionada com o tema do trabalho de investigação.

Assim sendo, em seguida pretende-se transpor a informação publicada sobre o tema em questão, a qual foi previamente analisada pela investigadora.

i.v.i. Epidemiologia do tabagismo

Apesar de os fumadores terem conhecimento dos riscos para a saúde associados ao tabagismo, a este problema de saúde pública não é dada a importância necessária pela população em geral. No entanto, dois conceitos essenciais modificaram recentemente a forma como este problema era encarado: o reconhecimento da nicotina como uma droga que provoca dependência e a exposição dos riscos para a saúde associados ao tabagismo passivo (Martinet e Bohadana, 2003).

O tabagismo não é um factor de risco apenas para o fumador mas também para os indivíduos expostos ao fumo passivo (Portal da Saúde). Existe evidência científica de que os indivíduos expostos de forma crónica ao fumo passivo têm maior probabilidade de vir a contrair certas doenças, como o cancro do pulmão (CP), doenças cardiovasculares e respiratórias (Nunes, s.d.), Cada hora de permanência num local que esteja poluído pelo fumo do tabaco equivale, em média, a fumar um cigarro (Rodrigues et al. *cit. in* Fraga et al., 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 4,9 milhões de pessoas morrem a nível mundial devido ao tabagismo e se esta epidemia não for travada, em 2020/2030, esse número atingirá os 10 milhões de pessoas por ano (Portal da Saúde).

Na União Europeia (UE), o consumo de tabaco pelos homens tem vindo a diminuir (Joossens, 1999, *cit. in* Matos et al., 2003). Entre 1987 e 1995, a percentagem de

homens fumadores diminuiu de 46% para 39% e nas mulheres ocorreu também uma diminuição, no entanto mais modesta: de 29% para 27% (Matias, 2006).

Os INS efectuados em 1987, 1996 e 1999 revelaram que, em Portugal, no género masculino, a proporção de fumadores tem vindo a decrescer, verificando-se o oposto no género feminino (Nunes, s.d.). Este aumento da prevalência do tabagismo no género feminino em Portugal é igualmente verificado entre as adolescentes. A percentagem de fumadoras regulares mais que duplicou entre 1977 e 1988 (14% para 31%) (Matias, 2006).

Segundo dados publicados em 1999, em Portugal, a prevalência de fumadores, com idade superior a 15 anos, é de 26% (Baganha, 2002).

O INS realizado em 2005/2006 indica que, em ambos os géneros, as proporções mais elevadas de fumadores diários verificaram-se entre indivíduos pertencentes aos grupos etários dos 25 aos 34 anos e dos 35 aos 44 anos (Machado et al., 2009)

Segundo Nunes (2003, p. 29), “(...) cerca de 20% da população de Portugal Continental, com mais de 10 anos, é fumadora.”

i.v.ii. Evolução história do tabagismo

Existem duas espécies de plantas de tabaco de cultivo: a *Nicotiana tabacum* e a *Nicotiana rustica*. Esta última, com maior concentração de nicotina, era cultivada na América do Norte (Ferreira-Borges e Filho, 2004).

O tipo de tabaco predominantemente utilizado a partir do século 20 em termos comerciais é proveniente de duas novas variedades da *Nicotiana tabacum* e que

actualmente domina o mercado do tabaco a nível mundial (Slade, 1997, *cit. in* Ferreira-Borges e Filho, 2004).

Segundo Martinet e Bohadana (2003), foi na primeira viagem de Cristóvão Colombo, em 1492, que os Europeus observaram o hábito dos «índios da América» a fumar folhas de tabaco secas e enroladas, que se chamava *petum* ou *tabaco*.

Os primeiros exploradores fumaram o tabaco para satisfazer a sua curiosidade e posteriormente

(...) aprenderam com os nativos como semear, transplantar, cortar, colher e curar as folhas da planta do tabaco, tendo retornado à Europa com abundantes suprimentos de tabaco, folhas e sementes e difundido o seu cultivo por todo o mundo. (Milby, 1988 e Slade, 1997, *cit. in* Ferreira-Borges e Filho, 2004).

Através das suas viagens, portugueses e espanhóis, difundiram o tabaco por todo o mundo (Ferreira-Borges e Filho, 2004).

A partir de 1600, a planta de tabaco já fazia parte do quotidiano dos europeus, tendo sido legalizada e taxada (Ferreira-Borges e Filho, 2004).

Em meados do século 19, o tabaco tornou-se um hábito definitivo na cultura ocidental, tendo-se industrializado (Ferreira-Borges e Filho, 2004).

Nos anos 80 assistiu-se ao combate ao tabaco e à sua forma de comercialização (Ferreira-Borges e Filho, 2004).

i.v.iii. Constituintes do tabaco e composição do fumo do tabaco

O consumo de tabaco é feito em 90% a 95% através de cigarros, 2% a 3% através de charutos, 1% a 2% sob a forma de tabaco para mascar e 1% a 2% como tabaco para cachimbo (Martinet e Bohadana, 2003).

Segundo o artigo 20.º da Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto (Diário da República, p.5278), define-se como tabaco

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

Tal como o tomate e a batata, o tabaco é uma solanácea, existindo várias diversidades, como a *Nicotiana tabacum* (Martinet e Bohadana, 2003).

A concentração de nicotina varia de acordo com as plantas e com as diversas partes da planta. 4% ou mais de nicotina encontra-se ao nível das folhas altas, 2% nas folhas baixas e 0,4% ao nível das raízes (Nijerck *cit. in* Martinet e Bohadana, 2003).

Existem substâncias (mais de 600), chamadas aditivos ou molhos, que são adicionadas ao tabaco aquando da preparação do mesmo. Estes aditivos são de natureza diversificada, como o amoníaco, intensificadores de sabor, agentes de textura, aromatizantes, calmantes, entre outros. Certos aditivos, como sendo os aromas com gosto a baunilha são particularmente dirigidos às crianças (Martinet e Bohadana, 2003).

O fumo do cigarro é constituído por mais de 4000 substâncias e algumas das principais são o monóxido de carbono (CO) e tóxicos (Martinet e Bohadana, 2003).

De acordo com Martinet e Bohadana (2003), aos tóxicos correspondem as substâncias cancerígenas, irritantes, metais e nicotina. Foram também identificados mais de 40 carcinogéneos no fumo do tabaco (Nunes, 2003).

O CO é um factor de hipoxia já que apresenta uma afinidade para hemoglobina superior à do oxigénio. Uma taxa elevada de carboxi-hemoglobina constitui um factor de risco de isquemia, especialmente coronária (Martinet e Bohadana, 2003). Das inúmeras substâncias cancerígenas, o alcatrão é a principal (Martinet e Bohadana, 2003).

Quando o fumo do tabaco entra em contacto com as vias aéreas provoca variadas agressões. Os irritantes agredem directamente o epitélio brônquico, lesando as células epiteliais e induzindo a hipersecreção de muco que resulta numa alteração funcional do sistema mucociliar e dos mecanismos de defesa das vias aéreas (Martinet e Bohadana, 2003).

i.v.iv. Patologias associadas ao tabaco

Na UE, o consumo de tabaco está identificado como a maior causa de morte prematura (Ferreira, 2002). Por ano, cinco milhões de pessoas morrem devido a doenças relacionadas com o tabagismo (Matias, 2006).

Existe uma ligação estabelecida entre o consumo de tabaco e a manifestação de variadas doenças, como as neoplasias, as doenças do foro respiratório e as doenças cardiovasculares (Mendes *cit. in* Martinet e Bohadana, 2003).

i.v.iv.i. Risco cardiovascular

Verifica-se a existência de uma relação entre o consumo de tabaco e o risco de enfarte agudo do miocárdio e de morte súbita por afecção coronária. Os riscos coronário e de

morte súbita são 2 a 4 vezes mais elevados no fumador, com idades compreendidas entre os 30 e 50 anos (Martinet e Bohadana, 2003).

Dos factores de risco associados ao acidente vascular cerebral, o que mais contribui é a hipertensão. No entanto, o tabaco também se inclui nos factores de risco, principalmente na população jovem (Ezquerria, 2003).

O principal factor de risco para a aterosclerose das artérias periféricas é o tabagismo (Ezquerria, 2003).

“Os fumadores de mais de 20 cigarros por dia apresentam uma deterioração mais rápida das suas funções cerebrais que os não fumadores.” (Ezquerria, 2003, p. 50).

Apesar de já se ter afirmado que o tabagismo previne a doença de Alzheimer, o facto é que isto não se confirma. Em oposição, alguns estudos demonstraram que o tabaco reduz os sintomas de parkinsonismo (Ezquerria, 2003).

i.v.iv.ii. Outros riscos

O tabagismo é a primeira causa de enfisema pulmonar e bronquite crónica, sendo que mais de 80% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) estão associadas ao tabagismo (Martinet e Bohadana, 2003). Verifica-se uma destruição das mucosas da árvore respiratória devido à agressão constante do fumo do tabaco às mesmas (Ezquerria, 2003).

No caso do enfisema, o indivíduo apresenta dispneia perante pequenos esforços em repouso e está mais susceptível de contrair pneumonias (Ezquerria, 2003).

Segundo Ezquerria (2003), “80% das bronquites crónicas devem-se ao tabaco (...). Um em cada três fumadores tem bronquite crónica.”

Relativamente aos riscos gastrointestinais, a gastrite e a úlcera do estômago e do duodeno, tal como a perfuração e a hemorragia, as suas duas principais complicações, estão relacionadas também com o tabaco (Ezquerria, 2003).

No que concerne à mulher, na Europa, a mortalidade feminina causada pelo tabagismo tem vindo a aumentar drasticamente: o número aumentou de 10.400 casos em 1955 para 113.011 em 1995 (Peto et al., 1998, *cit. in Matos et al.*, 2003).

Segundo Nunes (2003), o tabagismo na mulher fumadora provoca menor fertilidade, menopausa mais precoce, risco agravado de osteoporose e, quando tem idade superior a 35 anos, em conjugação com a pílula, risco aumentado de doença cardiovascular. Em caso de gravidez verifica-se um aumento do risco de aborto espontâneo, placenta prévia, gravidez ectópica, prematuridade, baixo peso a nascer e mortalidade perinatal.

i.v.iv.iii. Cancro

O tabaco é um carcinógeno e a sua relação com muitos tipos de cancro está estabelecida. Este é responsável por mais de 30% de todos os casos de cancro diagnosticados (Ezquerria, 2003).

O cancro do pulmão representa, em ambos os géneros, a primeira causa de morte na Europa. O aumento da incidência do cancro do pulmão a nível mundial está relacionado com o aumento do consumo de tabaco (Sousa, 2002). Portugal foi o país europeu que registou maior aumento da mortalidade por cancro do pulmão nos últimos 20 anos.

Estudos epidemiológicos confirmam a relação de 90% dos cancros do pulmão com o tabaco (Nunes, 2003). Segundo Matias (2006, p.58), em Portugal “(...) o cancro do pulmão situa-se em primeiro lugar no que respeita à mortalidade por cancro no sexo masculino (...) e ocupa, nas mulheres, o quarto lugar (...)”

O cancro da boca, faringe, laringe, esófago, bexiga, pâncreas, estômago, colo uterino e uretra são outros cancros também associados ao consumo de tabaco (Martinet e Bohadana, 2003).

Segundo Carr (2005, p.101), “Muitos médicos estão agora a associar todos os tipos de doenças com o tabaco, incluindo a diabetes, o cancro da cervical e o da mama.

i.v.v. Nicotino-depêndencia

Segundo Martinet e Bohadana (2003, p. 84), a nicotina, presente na folha do tabaco, é o principal alcalóide do mesmo e é responsável pela dependência. Aquando do consumo de um cigarro, o cérebro é atingido pela nicotina em 10 a 20 segundos (Lebargy, 2003).

A suspensão do uso de nicotina leva ao aparecimento da síndrome de abstinência. Surge então um conjunto de sinais e sintomas responsáveis pelo desconforto do indivíduo (Planeta e Cruz, 2005).

Os sintomas da síndrome de privação geralmente iniciam-se poucas horas após o indivíduo parar de fumar e atingem o pico às 24 a 36 horas. Mantém-se durante 7 a 10 dias e desaparecem gradualmente nas semanas seguintes ou meses. A compulsão para fumar, ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono, aumento do apetite ou peso e pequenas variações da frequência cardíaca e tensão arterial são sintomas característicos da síndrome de privação (Oliveira, 2002).

O teste de Fagerström é utilizado para avaliar a dependência à nicotina. Este revelou sucesso na cessação tabágica (Pamplona, 2006).

i.v.vi. Hábitos tabágicos e a adolescência

Para Papalia et al. (2001, p.608),

O adolescente, com um novo corpo e uma nova consciência, prepara-se para caminhar em direcção à idade adulta. Mas o crescimento e o desenvolvimento não param com a adolescência. As pessoas mudam de muitas formas, ao longo das fases inicial, intermédia e final da adolescência.

A adolescência constitui uma fase de mudança marcada pela procura de um estatuto de adulto. O hábito tabágico é adquirido, principalmente, nesta fase já que a maioria dos fumadores inicia o consumo de tabaco aos 13 anos de idade (Precioso, 1998). Este tem curiosidade pela vida adulta e fuma às escondidas dos pais (Kahn et al., 2003).

Nos últimos 10 anos, quer nos Estados Unidos quer na Europa, verificou-se um aumento do consumo de tabaco pelos adolescentes (Currie et al., 2000, *cit. in* Matos et al., 2003). Assim sendo, a prevenção desta iniciação ao tabagismo constitui um objectivo de elevada importância (Martinet e Bohadana, 2003).

O comportamento do adolescente depende da evolução psicológica na fase da adolescência, da personalidade, mas também do ambiente familiar, escolar e social (Martinet e Bohadana, 2003).

Apesar de os adolescentes terem consciência dos riscos associados ao tabagismo, a rápida instalação da dependência é algo não calculado por eles, bem como o facto de sobrestimarem a sua capacidade para deixar de fumar (Martinet e Bohadana, 2003).

A iniciação do tabagismo sofre a influência de variados factores, tais como, curiosidade, uso do tabaco pelos familiares e pessoas próximas, possibilidades de acesso ao tabaco e influência dos meios de comunicação, entre outros (Kahn et al., 2003).

i.v.vi.i. Factores associados à iniciação do hábito tabágico

Para Matos et al. (2003, p.15),

(...) rapazes e raparigas começam a fumar por razões diversas. É importante conhecer esses factores para que os programas de prevenção do tabagismo possam ser melhor adaptados às características (...).

Na perspectiva de Lima (1999), os factores que influenciam a iniciação dos jovens no hábito de fumar são de ordem pessoal e de ordem social. Nos factores pessoais incluem-se a idade, o género, a classe social, a família, os amigos, os estilos de vida e actividades sociais, a escola, os traços e atributos pessoais, o conhecimento dos riscos de saúde associados ao tabagismo e as atitudes e crenças acerca de fumar. No âmbito social, incluem-se a aceitação social do hábito de fumar, a acessibilidade e o preço do tabaco e a publicidade ao mesmo.

A idade influencia de forma considerável o tabagismo (Kahn et al., 2003). Para Morel et al. (2001, p.142),

A idade crítica para a instalação de todos os tipos de consumo de tabaco situa-se entre os 13 e os 18 anos: a idade média do primeiro cigarro situa-se nos 13 anos, a da instalação de um consumo diário durante o período entre os 15 e os 16 anos.

Em Portugal, o INS realizado em 2005/2006 indica que a idade média de consumo de tabaco foi de 17 anos no género masculino e de 18 anos no género feminino (Machado et al., 2009).

Ainda em Portugal, o consumo de tabaco pelo género feminino tem vindo a aumentar progressivamente, verificando-se uma tendência oposta no género masculino (Ferreira, 2002).

Os pais detêm um grande poder para reforçar comportamentos relacionados com a saúde, isto porque para a criança os pais são um modelo a imitar. Sendo assim, os pais reforçam positiva ou negativamente as crenças, atitudes, valores e comportamentos dos filhos (Lima, 1999).

Segundo Kahn et al. (2003, p. 142), “Quando um dos progenitores fuma, 50% das crianças fumam também.”. O jovem passa a maior parte do tempo com os amigos, no entanto as relações com os pais continuam a desempenhar um papel primordial no seu desenvolvimento (Papalia et al., 2001). Verifica-se que o tabagismo dos irmãos apresenta maior influência no tabagismo dos adolescentes do que o os pais (Alves, 2006).

Estudos demonstram a influência dos pares no hábito de fumar (CASA, 1996, *cit. in* Papalia et al., 2001). Na perspectiva de Precioso (1998, p.59), “Do conjunto de factores determinantes do comportamento de fumar, parece que é especialmente forte a influência dos amigos“. É frequente os jovens fumadores tentarem convencer os amigos ou colegas a experimentar fumar, acabando estes por adquirir quase sempre o primeiro cigarro junto dos pares (Charlton *cit. in* Lima, 1999).

Também a convivência com fumadores exerce influência, já que o facto de o jovem ter um melhor amigo fumador, parece ser um bom indício de que ele venha também a ser fumador (Bauman, 1990, *cit. in* Lima, 1999).

Geralmente os jovens começam a fumar pelo facto de verem os colegas a fazê-lo e por terem tendência a imitar o seu comportamento (Precioso, 1998).

No que diz respeito aos estilos de vida e actividades sociais, estudos demonstram que certas actividades dos tempos livres, como ir a discotecas, ao cinema, sair à noite com os amigos, estão associadas ao hábito de fumar (Nelson e col, 1985, *cit. in* Lima, 1999). Ainda outros estudos indicam que a maioria dos jovens inicia o consumo de tabaco na escola e uma menor parte em discotecas, salões de jogos, rua e locais onde se realizam festas (Precioso, 1998).

Também o estatuto sócio-económico está relacionado com o consumo de tabaco. Jovens com estatutos sócio-económicos mais desfavorecidos possuem maior probabilidade de serem futuros fumadores (Luís, 1988 e Machado et al., 1995, *cit. in* Lima, 1999).

As políticas de restrição de fumar, as atitudes face ao comportamento dos alunos que fumam dentro da área da escola, a existência de programas de educação para a saúde, o comportamento dos professores e a qualidade das relações e comunicação existentes, entre alunos e professores são aspectos relativos ao ambiente escolar que podem influenciar a decisão da criança ou do jovem no que diz respeito a fumar (Michell, 1990, *cit. in* Lima, 1999).

Alguns estudos demonstram uma associação entre certas características de personalidade e o tabagismo na adolescência. Alguns desses traços de personalidade são a baixa auto-estima, timidez ou agressividade numa idade precoce, extroversão, rebeldia, independência ou gostar de correr riscos (The Royal College of Physicians, 1992 e Camp et al., 1993, *cit. in* Lima, 1999).

Neste período, os adolescentes estão vulneráveis a uma série de comportamentos perigosos, nomeadamente ao consumo de tabaco. O desejo de experimentar e de descobrir sensações novas exerce também forte influência (Hirsch, 2003).

O conhecimento dos riscos de saúde associados ao tabagismo é insuficiente para impedir a criança ou jovem de começar a fumar (The Royal College of Physicians, 1992, *cit. in* Lima, 1999) e nesta fase as preocupações com a saúde não são prioritárias (Nunes, 2003).

As crenças e atitudes influenciam em larga escala a iniciação e a manutenção do tabagismo no adolescente (Lima, 1999).

Estudos demonstram que os jovens fumadores possuem um maior número de crenças e as atitudes positivas acerca de fumar do que os não fumadores (Murray, 1985 *cit. in* Lima, 1999). Acreditar que fumar “dá um ar crescido”, “relaxa”, “dá confiança” (HEA, 1991, *cit. in* Lima, 1999), que é sinónimo de machismo e valentia, são algumas das crenças existentes entre os adolescentes (Nash, 1987 *cit. in* Lima, 1999). No caso das atitudes, estudos demonstram que os adolescentes fumadores possuem atitudes mais positivas em relação a fumar do que os não fumadores (Murray, 1982 *cit. in* Lima, 1999). “Fumar é agradável” ou “fumar ajuda quando estamos nervosos” são exemplos de atitudes (Murray, 1982, *cit. in* Lima, 1999).

Está provado que a aceitação do hábito de fumar pela sociedade é um factor determinante para o adolescente iniciar o tabagismo. Um declínio no consumo de tabaco pelos adultos provoca também uma diminuição deste comportamento nos jovens (Charlton et al., 1990 e The Royal College of Physicians, 1992 *cit. in* Lima, 1999).

O preço do tabaco e a sua acessibilidade contribuem também para este comportamento nas populações mais jovens (Reid, 1985, Flay & Conrad, 1989, *cit. in* Lima, 1999). O facto de o preço do tabaco aumentar causa uma diminuição do consumo do mesmo pelos jovens (Michell, 1990 *cit. in* Lima, 1999).

A publicidade ao tabaco exerce uma atracção significativa sobre os adolescentes, promovendo o comportamento dos jovens em relação a fumar (Aitken et al., 1987, *cit. in* Lima, 1999).

i.v.vii. O jovem adulto: estudantes do ensino superior

O INS efectuado em 1995/1996 revelou que, em Portugal, relativamente à idade de início do tabagismo, 19% iniciaram antes dos 15 anos, 36% entre os 15 e os 17 anos, 39% entre os 18 e os 24 anos e 6% depois dos 24 anos (Nunes, s.d.). Perante estes resultados, torna-se evidente a necessidade de se abordar cada vez mais cedo nas escolas a problemática do tabagismo e as suas consequências, e manter esta formação a nível universitário (Saleiro et al., 2008).

Segundo o artigo 20.º da Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto (Diário da República, p.5282), “A temática da prevenção e do tratamento do uso e da dependência do tabaco deve fazer parte dos *curricula* da formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde (...).”

Os programas educativos nas escolas têm vindo a aumentar nos últimos anos, no entanto manifesta-se a percepção de que ainda são insuficientes universitários (Saleiro et al., 2008).

É necessário efectuar estudos a fim de determinar os hábitos tabágicos entre os estudantes universitários (Saleiro et al., 2008).

Foi realizado um estudo em Portugal a estudantes universitários de medicina e engenharia da UP, que apresentavam uma idade média de 21 anos. Um dos objectivos era avaliar os hábitos tabágicos dos mesmos, tendo-se verificado: menor prevalência de tabagismo nos estudantes de medicina do que nos de engenharia, facto possivelmente

devido à diferente formação académica; maior prevalência de tabagismo no género masculino do que no feminino; a idade de início do tabagismo foi de 16,5 anos; a maioria dos estudantes apresentava baixa dependência nicotínica (Saleiro et al., 2008).

Perante estes resultados, pode concluir-se que a formação académica e os seus conhecimentos específicos influenciam quer o conhecimento sobre os malefícios do tabaco para saúde quer a prevalência do tabagismo. A educação específica dos estudantes e a aplicação de estratégias de prevenção, iniciadas antes mesmo do nível universitário, podem resultar numa diminuição do tabagismo (Richmond, 2004 e Richmond e Taylor, 2006, *cit. in* Saleiro et al., 2008).

A partir de outro estudo realizado em 1979, em estudantes da Universidade de Coimbra, verificou-se uma prevalência de mulheres fumadoras bastante superior à verificada em 1965, tendo-se registado apenas um ligeiro aumento no género masculino no mesmo período de tempo (Magalhães et al. *cit. in* Fraga et al., 2005).

Um estudo realizado entre estudantes universitários de 23 países revela que a proporção de mulheres portuguesas que querem parar de fumar é de 79% e nos homens é de 47%. É fundamental considerar os aspectos pessoais associados ao tabagismo, como a expectativa de sucesso pessoal e social, sentimentos de isolamento social, a percepção de rejeição ou exclusão nas relações sociais, a falta de recursos pessoais para combater o stress, entre outros (Fuentes e Gómez, 2005).

O estatuto do estudante universitário tem características particulares que devem ser estabelecidas para compreender as acções do mesmo dentro e fora da universidade. O contexto universitário promove a independência e a espontaneidade do indivíduo; os festejos entre os membros das comunidades universitárias geralmente incluem álcool e o tabaco; existem grupos de indivíduos na faculdade, que consideram que o "estilo universitário" inclui a "liberdade" sem autoridade, sem regras e no contexto destas

crenças é esperado que o uso de álcool e outras drogas seja permitido (Fuentes e Gómez, 2005).

Outro estudo realizado a estudantes de medicina e de enfermagem, profissionais de saúde e utentes no distrito de Braga e do Porto revela que o grupo de estudantes é o que menos valoriza a função de modelo dos profissionais de saúde. Estes resultados podem demonstrar a escassa informação dos malefícios do tabaco (Barreira et al., 2007), pelo que é necessário que não só os estudantes mas também os profissionais de saúde sejam constantemente actualizados sobre o tabaco (Llamas, 1980 e Tessier, 2003, *cit. in* Barreira et al., 2007).

O consumo de tabaco, álcool, entre outros é um problema que afecta cada vez mais o ambiente universitário (Aguilera et al., 2005) e, como tal, é importante incluir a temática das drogas no currículo dos estudantes (Fuentes e Gómez, 2005). Assim sendo, esta temática não pode ser evitada no ambiente universitário, pois é onde são formados os futuros profissionais, responsáveis por melhorar a qualidade de vida da população (Aguilera et al., 2005).

Qualquer iniciativa para eliminar este tipo de comportamento é um passo para desenvolver uma sociedade mais saudável (Aguilera et al., 2005).

i.v.viii. Cessação tabágica e tratamento da dependência à nicotina

Para Ferreira-Borges e Filho (2007, p.37),

(...) não só os serviços de saúde se constituem como o principal veículo de prestação de cuidados, como os clientes vêm nos profissionais de saúde que os atende alguém com conhecimentos e autoridade na informação que presta.

Em Portugal, o INS realizado em 2005/2006 revela que aproximadamente metade dos fumadores diários (48,8%) já tinha tentado deixar de fumar (Machado et al., 2009). Algumas das motivações ou razões que impulsionam o indivíduo a deixar de fumar são o medo da doença, a poupança económica e a melhoria estética (Ezquerria, 2003).

Deixar de fumar é um processo de mudança, que compreende fases (Ezquerria, 2003). O modelo dos estágios de mudança de Prochaska e DiClemente permite perceber a mudança dos indivíduos. Em cada uma das etapas em que se encontra o indivíduo é possível adequar as estratégias de intervenção (Sutton, 1997, *cit. in* Ferreira-Borges e Filho, 2007). Na perspectiva de Ferreira-Borges e Filho (2007, p. 56), este modelo “ (...) representa o processo pelo qual as pessoas passam quando pensam em iniciar ou tentam manter um novo comportamento.”

Assim sendo, para Ferreira-Borges e Filho (2007), o modelo contempla as fases de pré-contemplação (esta etapa precede o processo de mudança, onde o indivíduo não considera ainda a mudança, mas vê no seu comportamento um problema), contemplação (o indivíduo considera a possibilidade de mudar), preparação (é estabelecido um compromisso de mudança, com estratégias definidas), acção (o hábito é abandonado e as mudanças planeadas concretizam-se), manutenção (é obtido êxito na tentativa de mudança de comportamento) e término ou saída permanente (caracteriza-se por uma manutenção prolongada do comportamento de mudança).

Segundo Nunes (2003, p. 37),

(...) deixar de fumar é difícil para muitos fumadores. Existem hoje medidas efectivas de apoio farmacológico e comportamental que importa disseminar no contexto dos serviços de saúde, em especial dos cuidados de saúde primários.

O papel dos profissionais de saúde é de maior importância na cessação tabágica. Estes têm um papel primordial no tratamento do tabagismo (Martinet e Bohadana, 2003).

Para Oliveira (2002, p. 206), “É importante identificar os fumadores, a fase em que se encontram e avaliar o grau de motivação para abandonar o consumo de tabaco.” O grau de motivação para deixar de fumar pode ser determinado através da aplicação do teste de Richmond (Pamplona, 2007).

É também importante avaliar o grau de dependência à nicotina nos fumadores que desejam cessar o hábito, pois este influencia o tipo de intervenção (Pamplona, 2006). Os fumadores com fraca dependência à nicotina podem recorrer a meios não farmacológicos, como será abordado posteriormente (Gamboa, 2001).

Os esforços com vista à cessação tabágica podem ser aumentados envolvendo profissionais de saúde como enfermeiros, dentistas, assistentes sociais e organizações comunitárias, de modo a que haja uma promoção da saúde (Alves, 2006).

i.v.viii.i. Tratamento não farmacológico

Actualmente, têm vindo a ser adoptadas estratégias de natureza diversa no campo do tabagismo e que podem motivar muitos fumadores a procurar ajuda profissional para cessar o tabagismo (Nunes et al., 2008). A recorrência da população aos cuidados de saúde constitui uma oportunidade para os profissionais de saúde promoverem a cessação tabágica (Nunes et al., 2008).

A abordagem do fumador em contexto clínico pode ser feita mediante dois tipos de intervenção: intervenção breve e intervenção de apoio intensivo (Nunes et al., 2008).

A intervenção breve é do âmbito oportunista, ou seja, o profissional de saúde aproveita todos os contactos que tem com o doente para fazer uma abordagem ao tabagismo (Nunes et al., 2008).

Segundo Nunes et al. (2008), esta pode ser realizada por qualquer profissional de saúde que deve seguir cinco passos, denominados por “5 Ás”: **abordar** (abordar e identificar os fumadores e registar no processo clínico), **aconselhar** (aconselhar os fumadores a parar de fumar, informando sobre os riscos e benefícios), **avaliar** (avaliar a motivação para cessar o hábito tabágico), **ajudar** (ajudar na tentativa de cessação, indicando estratégias para ultrapassar os problemas) e **acompanhar** (acompanhar o fumador após parar de fumar e envolver os familiares).

Para Ferreira e Magalhães (2002), se o fumador não se mostrar motivado em cessar o hábito, a intervenção do profissional de saúde deverá ir no sentido de reforçar a motivação.

O reforço da motivação pode ser feito através da aplicação de cinco passos, denominados por “5Rs” (Pamplona, 2006), que corresponde à **relevância** (a informação fornecida ao doente tem mais impacto se for individualizada, isto é, se tiver em conta a sua situação pessoal, familiar e social), **riscos** (o doente deve identificar potenciais consequências negativas associadas à manutenção do seu comportamento), **recompensas** (o doente deve identificar potenciais benefícios em mudar o seu comportamento), **resistências** (o doente deve identificar barreiras que possam comprometer uma decisão de mudar o seu comportamento) e **repetição** (a intervenção deve ser repetida sempre que o doente se dirigir aos cuidados de saúde) (Ferreira-Borges e Filho, 2007).

Os fumadores com fraca dependência à nicotina podem recorrer a métodos não farmacológicos para a cessação tabágica, como a terapia de grupo, programas de auto-ajuda, terapia comportamental, entre outros. (Gamboa, 2002). Uma das terapias utilizadas na cessação tabágica são as Terapias Cognitivo-Comportamentais que se caracterizam por serem terapias breves e estruturadas em 10 a 12 sessões (Borges, 2006).

Na intervenção de apoio intensivo a abordagem é mais demorada e é feita ao longo de várias sessões, efectuadas numa consulta específica e com profissionais de saúde habilitados (Nunes et al., 2008). Este tipo de suporte pode ser aplicado individualmente ou em grupo. Deve ainda encorajar a utilização de terapia medicamentosa, como a terapêutica de substituição da nicotina (TSN) e a bupropiona (World Health Organization, 2001).

São utilizados critérios de acesso prioritário a esta intervenção de apoio intensivo. Assim, na perspectiva de Nunes et al. (2008, p.33), são considerados prioritários

(...) todos os fumadores que se encontrem motivados para mudar o seu comportamento, que não tenham cessado o consumo após tentativa apoiada por intervenção breve ou que apresentem uma dependência elevada da nicotina, associada a determinados critérios clínicos.

Ainda na perspectiva de Nunes et al. (2008, p.33), “Devem também ser referenciados para uma consulta deste tipo todos os fumadores que apresentem determinadas patologias ou obedeçam a certos critérios clínicos.”

Segundo o artigo 20.º da Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto (Diário da República, p.5282),

Devem ser criadas consultas especializadas de apoio aos fumadores que pretendam deixar de fumar (...) em todos os centros de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde e nos serviços hospitalares públicos (...).

Em Portugal, tem havido grande implementação das consultas de tabagismo, principalmente a nível hospitalar, com aplicação do modelo da intervenção de apoio intensivo (Pamplona, 2006).

i.v.viii.ii. Tratamento farmacológico

As duas abordagens farmacoterapêuticas de primeira linha para a cessação tabágica são a TSN e a bupropiona (Rodrigues, 2004). A escolha do tipo de farmacoterapia deve ser feita tendo em consideração a opinião do paciente e a experiência anterior, excepto se houver contra-indicações medicamentosas (Rodrigues, 2004).

Existem factores que indicam a necessidade de intervenção farmacológica, como teste de Fagerström ≥ 7 , cotinina sérica ≥ 250 mg e fumar o primeiro cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar. Para além destes factores standard, também indicam a necessidade de terapêutica farmacológica tentativas anteriores para cessar o tabagismo, fumador de mais de 20 cigarros por dia, sintomas de privação nas anteriores tentativas, início do tabagismo na adolescência, entre outros (Gamboa, 2002).

No tratamento nicotínico está incluída a TSN. Esta terapia permite fornecer nicotina exógena ao organismo em quantidades menores e de uma forma mais lenta. O objectivo é manter um nível de nicotina sanguínea de forma a evitar os sintomas de abstinência. De uma forma lenta pode-se ir reduzindo a dose dos substitutos até eliminar os mesmos (Ezquerria, 2003). A TSN tem diferentes apresentações: sistema transdérmico, pastilhas mastigáveis, inalador, aerosol nasal e comprimidos sub-linguais (Rodrigues, 2004).

Todas as apresentações são igualmente eficazes e a escolha das mesmas deve ser feita tendo em conta a preferência do paciente (Rodrigues, 2004).

No tratamento não nicotínico inclui-se o cloridrato de bupropiona. Esta mostrou-se eficaz no controlo dos sintomas de abstinência (Rodrigues, 2004). O mecanismo de acção da bupropiona não está totalmente esclarecido, no entanto pensa-se que diminui a urgência em fumar, minimiza os sintomas de privação e reduz o aumento de peso (Gamboa, 2001).

A clonidina e a nortriptilina são considerados agentes farmacoterapêuticos de segunda linha (Rodrigues, 2004).

i.v.ix. Prevenção do tabagismo e o papel dos profissionais de saúde

No âmbito do tabagismo, é de extrema importância a promoção da saúde e a prevenção das doenças relacionadas com o mesmo (Matos et al., 2003). Torna-se indispensável uma prevenção do consumo de tabaco já que, segundo Nunes (2003, p.32), “(...) o consumo de tabaco é gerador de pesadas despesas com o tratamento das doenças (...)”.

As estratégias de prevenção e controlo do tabagismo que deverão ser desenvolvidas com o objectivo de controlar este problema são as seguintes: aumento dos preços dos produtos do tabaco, controlo e proibição da publicidade e dos patrocínios, limitação do acesso e proibição da venda de tabaco a menores, proibição total ou restrição da instalação de máquinas de venda automática, controlo dos constituintes dos produtos de tabaco e da rotulagem, controlo da exposição involuntária ao fumo do tabaco, informação e educação para a saúde, programas de apoio à cessação tabágica e criação de um clima social em que não fumar seja regra (Nunes, s.d.).

Em Portugal, são responsáveis pela prevenção do tabagismo, o Ministério da Saúde, a Direcção Geral da Saúde e o Conselho de Prevenção do Tabagismo (Raposo, 2006).

Segundo Rebelo (2004, p.159),

(...) os cuidados de saúde primários e o centro de saúde são, no sistema nacional de saúde, o nível de intervenção de eleição para o desenvolvimento de um programa integrado de promoção de estilos de vida saudáveis e de prevenção primária e secundária do tabagismo.

No adulto, a modificação individual do comportamento face ao tabaco pode ser feita através da transmissão de mensagens de prevenção por intermédio dos profissionais de saúde (Voisin, 2003).

Em alguns países, nomeadamente em Portugal, o tabagismo é bastante prevalente entre os profissionais de saúde. No entanto, independentemente da posição pessoal dos profissionais de saúde em relação ao tabaco, faz parte das suas funções o exemplo, já que estes exercem forte influência no êxito da prevenção tabágica (Raposo, 2006).

Para Tessier e Nejjari (2003, p. 384),

(...) os enfermeiros estão (...) directamente em relação com acções como a prevenção do tabagismo. A sua proximidade do paciente (...) torna-os frequentemente muito mais aptos a dar um conselho ou a dar resposta a um pedido (...).

Assim sendo, segundo o artigo 20.º da Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto (Diário da República, p.5282),

Os serviços de saúde (...) devem promover e apoiar a informação e a educação para a saúde dos cidadãos relativamente aos malefícios decorrentes do consumo de tabaco e à importância da cessação tabágica, através de campanhas, programas e iniciativas destinadas à população em geral ou a grupos específicos, designadamente crianças e jovens, grávidas, pais, mulheres em idade fértil, pessoas doentes, professores e outros trabalhadores.

A educação para a saúde das crianças e dos jovens é de maior importância para a prevenção do tabagismo na adolescência. No entanto, esta educação deve ser iniciada no seio familiar, com o exemplo parental (Nunes, 2003).

Para além da família, a escola tem uma particular importância na prevenção tabágica. As campanhas educativas em idade escolar mostram-se eficazes quando são de carácter

contínuo, quando se adequam à idade e características e quando dirigidas a todos os grupos, ou seja, crianças e adolescentes, pais, professores (Ezquerria, 2003).

Na perspectiva de Nunes (2003, p.36), a educação para a saúde deve assentar nos princípios de

(...) ajudar as crianças e os jovens a construírem uma auto-estima positiva, a desenvolverem a capacidade de resistir às pressões dos pares, da publicidade e da sociedade em geral, e a decidir de modo informado, responsável e autónomo.

A prevenção do tabagismo está integrada no plano de actividades do centro de saúde, nomeadamente no Programa de Saúde Escolar. Para isso, existem equipas de médicos e enfermeiros para trabalhar com os alunos e professores na escola. O objectivo é promover a saúde entre os alunos mediante o fornecimento de informação, discussão activa e apoio à aquisição de estilos de vida saudáveis (Rebelo, 2004).

Para Nunes (2003, p.31), cada vez mais importante a prevenção do tabagismo visto que

(...) o consumo de tabaco se inicia, em mais de 80% dos casos, durante a adolescência, período durante o qual as preocupações com a saúde não são prioritárias e a informação sobre os riscos do consumo de tabaco é de um modo geral insuficiente.

No centro de saúde é possível a equipa intervir no âmbito da prevenção do tabagismo, nomeadamente aquando das consultas de Planeamento Familiar, de Saúde Materna no seguimento de uma gravidez e na consulta de Saúde Infantil quando os pais trazem o filho (Rebelo, 2004).

Assim, segundo Rebelo (2004, p.167), é de salientar que “As oportunidades de prevenção tabágica ao nível dos cuidados de saúde primários são múltiplas, existe evidência científica da sua eficácia (...).

CAPÍTULO II – FASE METODOLÓGICA

Segundo Fortin et al. (2009, p.53), a fase metodológica

“ (...) consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação (...).

Segundo Fortin et al. (2009, p.37), “A escolha do método depende da orientação que o investigador quer dar ao seu trabalho, das suas crenças e, sobretudo, da natureza da questão colocada.”

2.1.Tipo de estudo

A questão de investigação, “ (...) pela sua própria formulação (...) dá indicações sobre o método de investigação que será empregue.” (Fortin et al., 2009, p.81). Assim sendo, procedeu-se à elaboração do trabalho através de um estudo descritivo simples e transversal, do tipo quantitativo.

O estudo descritivo ” (...) tem como principal finalidade definir as características de uma população ou de um fenómeno” (Fortin et al., 2009, p.35).

O estudo descritivo simples envolve “ (...) a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população.” (Fortin et al., 2009, p. 237). Assim sendo, o estudo direccionou-se para uma vertente descritiva simples, pois pretende-se caracterizar os hábitos tabágicos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto.

Ainda para Fortin et al. (2009, p. 252), “O estudo transversal serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento.” Como tal, procedeu-se à colheita de dados através de questionário num dado momento no tempo, no dia 15 de Abril de 2011, correspondente ao dia de Seminários de Enfermagem de Urgência e Emergência e Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária.

Na perspectiva de Fortin et al. (2009, p. 74), quando se pretende “ (...) descrever conceitos, factores ou uma população, usa-se o método quantitativo, porque se pretende obter informações exprimindo-as em valores numéricos.” Por este motivo, o estudo é do tipo quantitativo, pois pretende-se caracterizar os hábitos tabágicos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto.

2.2. População

Com o objectivo de dar o devido seguimento ao estudo, torna-se necessário definir a população junto da qual será recolhida a informação. “A população consiste num conjunto de indivíduos ou de objectos que possuem características semelhantes (...).” (Kerlinger e Lee, 1999, *cit. in* Fortin et al., 2009, p.55)

Como nem sempre é possível estudar a totalidade da população-alvo, recorre-se à população acessível ao investigador (Fortin et al., 2009). Assim sendo, a população definida corresponde aos alunos inscritos no 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto no ano lectivo de 2010/2011.

2.3. Processo de amostragem

“A amostragem é um processo pelo qual um grupo de pessoas ou uma porção da população (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira.”

(Fortin et al., 2009, p. 310). Recorreu-se ao processo de amostragem accidental que consiste em escolher os indivíduos pelo sua presença num determinado local e num momento preciso do tempo (Fortin et al., 2009), correspondente ao dia de Seminários de Enfermagem de Urgência e Emergência e Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária no dia 15 de Abril de 2011

2.4. Amostra

“A amostra é a fracção da população que constitui o objecto de estudo. Ela corresponde em menor dimensão à população.” (Fortin et al., 2009, p.55). A amostra seleccionada para este estudo corresponde a 51 alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto inscritos no ano lectivo de 2010/2011.

2.5. Meio

“O investigador precisa o meio em que será conduzido o estudo (...). ” (Fortin et al., 2009, p. 217). Deste modo, foi seleccionado para este estudo o meio natural que corresponde à sala de aulas da UFP - Porto.

2.6. Método de colheita e análise de dados

Recorreu-se à aplicação de um questionário já que, segundo Fortin et al. (2009, p.34), “Para colher dados junto dos participantes num estudo descritivo, recorre-se à observação, à entrevista ou a um questionário.”

Como já referido anteriormente, procedeu-se à colheita de dados através de questionário no dia 15 de Abril de 2011, correspondente ao dia de Seminários de Enfermagem de Urgência e Emergência e Enfermagem de Intervenção Familiar e Comunitária. Recorreu-se à colheita de dados no momento acima referido pelo facto de ser a ocasião

em que os alunos se encontravam disponíveis para proceder ao preenchimento dos questionários, já que estes durante o restante tempo se encontravam em Ensino Clínico.

O questionário é composto por questões fechadas. Estas têm a vantagem de serem simples de utilizar e de permitirem uma análise rápida e pouco dispendiosa. (Fortin et al., 2009, p. 384). Optou-se pela construção de uma parte do questionário pela autora, sendo essa a “parte I”, que corresponde à caracterização da amostra. A “parte II” e a “parte III” correspondem ao teste de Richmond e ao teste de Fagerström modificados, já utilizados pelo colega Filipe Rego na monografia intitulada “Hábitos tabágicos dos alunos de Enfermagem da UFP – Ponte de Lima”. Decidiu utilizar-se os testes anteriormente referidos com o objectivo de estes terem “ (...) a vantagem de permitir a comparação dos resultados obtidos com os que já foram publicados.” (Fortin et al., 2009, p. 380). Todas as questões foram elaboradas de modo a corresponder aos objectivos propostos para este estudo e a dar resposta às questões de investigação.

A fim de se determinar o grau de dependência à nicotina pode utilizar-se o teste de Fagerström (Oliveira, 2002). Este é constituído por 6 perguntas e a cada uma das opções de cada pergunta corresponde um valor, sendo que após o somatório das 6 questões, um *score* <4 indica baixa dependência à nicotina, entre 4-7 moderada dependência e >7 elevada dependência (Pamplona, 2007).

Ainda segundo Pamplona (2006, p.112),

Das seis perguntas efectuadas, o número de cigarros por dia e o tempo de demora do primeiro cigarro, após acordar, parecem ser os indicadores de dependência mais importantes. Um fumador de 20 cigarros ou mais cigarros por dia e fumador nos primeiros 30 minutos, após acordar, é considerado muito dependente.

O grau de motivação para deixar de fumar pode ser determinado através da aplicação do teste de Richmond. Este é constituído por 4 perguntas, sendo que a cada uma das opções

de cada pergunta corresponde um valor. Após o somatório das 4 questões, um *score* entre 0-6 indica baixa motivação para deixar de fumar, entre 7-9 moderada motivação e igual a 10 elevada motivação (Pamplona, 2007).

2.7. Pré-teste

O pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida (entre 10 a 20 pessoas) da população-alvo. (...) permite descobrir os defeitos do questionário e fazer as correcções. (Fortin et al., 2009, p. 386).

O pré-teste foi aplicado a uma amostra de 5 alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto. Após a aplicação do mesmo não foi necessário de proceder a alterações no questionário.

2.8. Condições éticas e legais

Num estudo, torna-se fundamental tomar em conta a responsabilidade do investigador pela protecção dos direitos da pessoa (Fortin et al., 2009). Assim sendo, para Fortin et al. (2009), o investigador deve cumprir com a sua obrigação e respeitar os princípios éticos, nomeadamente os seguintes:

- Respeito pelo consentimento livre e esclarecido (o indivíduo decide livremente participar ou não no estudo e obtém a informação essencial, conhece o conteúdo e compreende no que se vai envolver);
- Respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais (o indivíduo deve ser informado sobre a natureza e a finalidade do estudo e deve consentir em comunicar as suas informações pessoais; a identidade do

participante não pode ser descoberta por nenhum meio e o investigador não pode comunicar os dados recolhidos sem a autorização do participante);

- Respeito pela justiça e pela equidade (os participantes têm de ser tratados de forma justa e equitativa, para o qual o investigador deve informar os participantes sobre a natureza, a finalidade, a duração da investigação e os métodos a usar);
- Equilíbrio entre vantagens e inconvenientes (os participantes não devem sofrer desconforto excessivo e prejuízo, como tal, o investigador deve esforçar-se em trabalhar para o bem dos indivíduos e em reduzir os riscos ao mínimo);
- Redução dos inconvenientes (este princípio corresponde ao princípio de não maleficência, já que o investigador deve evitar a exposição dos participantes a inconvenientes, tais como, fadiga e desconforto físico).
- Optimização das vantagens (este princípio corresponde ao princípio da beneficência que consiste em querer o bem das pessoas, em procurar para elas vantagens, como por exemplo, a contribuição para o avanço de conhecimentos).

No decorrer deste estudo, os princípios éticos acima descritos foram respeitados pela investigadora. E no sentido de conduzir o seu trabalho, a investigadora solicitou a colaboração e a autorização necessárias na UFP.

2.9. Variáveis

Para Fortin et al. (2009, p.48), a variável atributo “ (...) é uma característica própria do participante numa investigação”. As variáveis atributo deste estudo são a idade e o género.

CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA

A fase empírica, segundo Fortin et al. (2009), consiste no tratamento dos dados, previamente colhidos, através de técnicas de análise estatística. Neste estudo, a análise dos dados obtidos é realizada através da estatística descritiva.

A análise estatística descritiva permite descrever as características da amostra e encontrar respostas às questões de investigação. Na estatística descritiva, o investigador resume um conjunto de dados brutos com o auxílio de testes estatísticos. Os dados apresentam-se sob a forma de quadros e gráficos (Fortin et al., 2009).

3.1. Apresentação, análise e discussão dos resultados

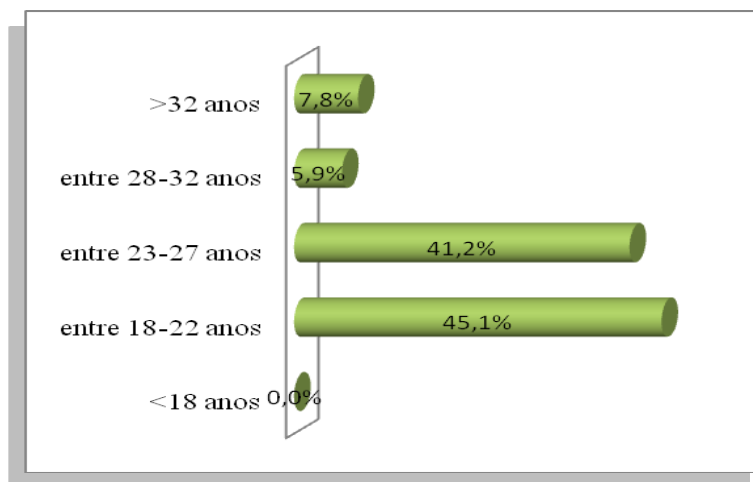
No presente subcapítulo efectua-se a apresentação, análise e discussão dos resultados. O mesmo encontra-se dividido em três partes, sendo que a primeira parte corresponde à caracterização da amostra, a segunda à motivação para deixar de fumar e a terceira à dependência à nicotina.

Os resultados são apresentados em forma de gráficos e quadros de modo a permitir uma visualização mais simples dos mesmos.

iii.i.i. Caracterização da amostra

A amostra é composta por 51 alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto. A fim de facilitar o tratamento de dados, a variável “idade” foi organizada em intervalos: idade inferior a 18 anos, entre 18-22 anos, entre 23-27 anos, entre 28-32 anos e idade superior a 32 anos.

Gráfico nº1. Distribuição da amostra segundo a idade



Do total da amostra verifica-se que, no que concerne à idade, 45,1% dos alunos têm idade compreendida entre os 18-22 anos, 41,2% entre os 23-27 anos, 5,9% entre os 28-32 anos e 7,8% têm idade superior a 32 anos (Gráfico nº1).

Quadro nº1. Distribuição da amostra quanto ao género

Género	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Masculino	17	33,3
Feminino	34	66,7
Total	51	100,0

Relativamente ao género, verifica-se que 33,3% dos alunos são do género masculino e 66,7% do género feminino (Quadro nº1).

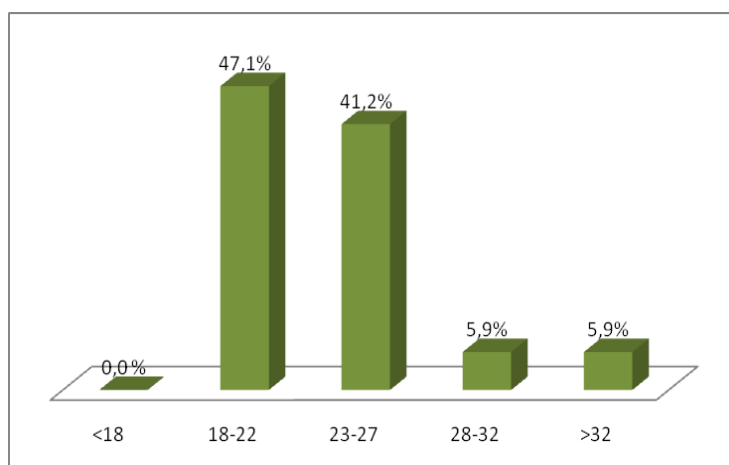
Quadro nº2. Distribuição da amostra segundo os hábitos tabágicos

Hábitos tabágicos	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Fumador	17	33,3
Não fumador	34	66,7
Total	51	100,0

Dos alunos inquiridos, 33,3% declararam ser fumadores e 66,7% não fumadores (Quadro nº2).

Segundo Nunes (2003, p.29), “ (...) cerca de 20% da população de Portugal Continental, com mais de 10 anos, é fumadora”. Segundo dados publicados em 1999, em Portugal, a prevalência de fumadores, com idade superior a 15 anos, é de 26% (Baganha, 2002).

Gráfico nº2. Distribuição da amostra segundo a idade dos alunos fumadores



Da análise dos dados obtidos sobre os alunos fumadores, verifica-se que do total dos 17 inquiridos, 8 (47,1%) têm idade compreendida entre os 18-22 anos, 7 (41,2%) entre os

23-27 anos, 1 (5,9%) entre os 28-32 anos e 1 (5,9%) idade superior a 32 anos. As proporções mais elevadas de tabagismo situam-se nos alunos com idade compreendida entre os 18-27 anos (Gráfico nº2).

O INS realizado em 2005/2006 indica que, em ambos os géneros, as proporções mais elevadas de fumadores diários verificaram-se entre indivíduos pertencentes aos grupos etários dos 25 aos 34 anos e dos 35 aos 44 anos (Machado et al., 2009).

Gráfico nº3. Distribuição da amostra segundo o género dos alunos fumadores



No que diz respeito ao género, 6 (35,3%) fumadores são do género masculino e 11 (64,7%) são do género feminino (Gráfico nº3). O número de fumadores é superior nos alunos do género feminino. Estes dados vão de encontro ao que afirma Ferreira (2002) e Fraga et al. (2005), abaixo mencionados.

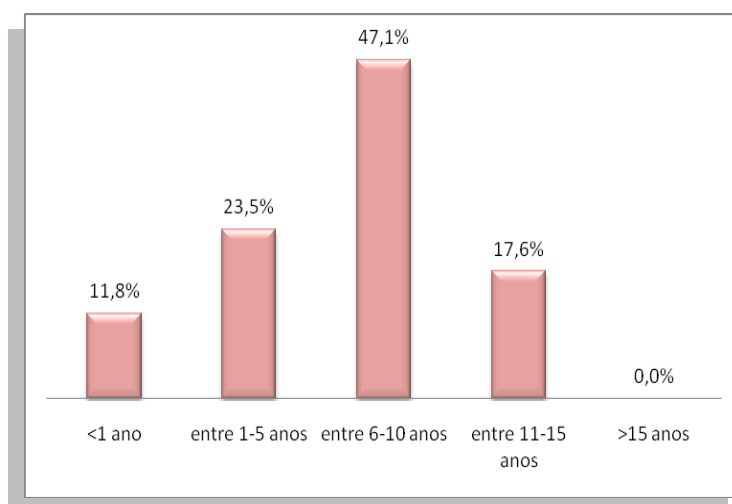
Em Portugal, o consumo de tabaco pelo género feminino tem vindo a aumentar progressivamente, verificando-se uma tendência oposta no género masculino (Ferreira, 2002).

Segundo dados dos INS realizados em 1987, 1995/96 e 1998/99 sobre os hábitos tabágicos em indivíduos com idade superior a 15 anos, pode verificar-se um aumento do tabagismo no género feminino (5% em 1987, 6,5% em 1995/96 e 7,9% em 1998/99) (Fraga et al., 2005).

A partir de um estudo realizado em 1979, em estudantes da Universidade de Coimbra, verificou-se uma prevalência de mulheres fumadoras bastante superior à verificada em 1965, tendo-se registado apenas um ligeiro aumento no género masculino no mesmo período de tempo (Magalhães et al. cit. in Fraga et al., 2005).

Estima-se, ainda, que a nível mundial 47% dos homens e 12% das mulheres fumem (Matias, 2006).

Gráfico n° 4. Distribuição da amostra segundo tempo de consumo regular de tabaco

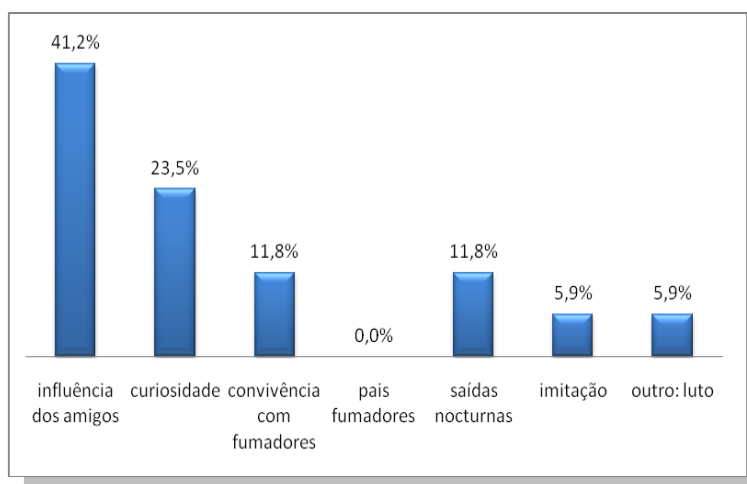


Relativamente aos anos de consumo regular, verifica-se que 47,1% consome tabaco regularmente há 6-10 anos, 23,5% há 1-5 anos, 17,6% há 11-15 anos e 11,8% há menos de 1 ano (Gráfico nº4).

A adolescência constitui uma fase de mudança e o hábito tabágico é adquirido, principalmente, nesta fase já que a maioria dos fumadores inicia o consumo de tabaco aos 13 anos de idade (Precioso, 1998).

O INS efectuado em 1995/1996 revelou que, em Portugal, relativamente à idade de início do tabagismo, 19% iniciaram antes dos 15 anos, 36% entre os 15 e os 17 anos, 39% entre os 18 e os 24 anos e 6% depois dos 24 anos (Nunes, s.d.).

Gráfico nº5. Distribuição da amostra segundo o contexto de início de consumo de tabaco



No que diz respeito ao contexto de início de consumo de tabaco, 7 (41,2%) alunos fumadores iniciaram o tabagismo devido à influência dos amigos/colegas, 4 (23,5%) devido à curiosidade, 2 (11,8%) devido à convivência com fumadores, 2 (11,8%) devido a saídas nocturnas, 1 (5,9%) aluno refere ter iniciado por imitação e outro por se encontrar em processo de luto (Gráfico nº5). Estes dados são confirmados por diversos autores a destacar em seguida.

Para Matos et al. (2003, p.15),

(...) rapazes e raparigas começam a fumar por razões diversas. É importante conhecer esses factores para que os programas de prevenção do tabagismo possam ser melhor adaptados às características (...).

Na perspectiva de Lima (1999), os factores que influenciam o hábito de fumar são de ordem pessoal e de ordem social. Nos factores pessoais incluem-se a idade, o género, a classe social, a família, os amigos, os estilos de vida e actividades sociais, a escola, os traços e atributos pessoais, o conhecimento dos riscos de saúde associados ao tabagismo e as atitudes e crenças acerca de fumar. No âmbito social, incluem-se a aceitação social do hábito de fumar, a acessibilidade e o preço do tabaco e a publicidade ao mesmo.

Na nossa sociedade, o comportamento tabágico está muito disseminado e o exemplo de fumar é muito propagado, ainda que sem intenção, entre as gerações mais jovens (Kahn et al., 2003). Um declínio no consumo de tabaco pelos adultos provoca também uma diminuição deste comportamento nos jovens (Charlton et al., 1990 e The Royal College of Physicians, 1992 *cit. in* Lima, 1999).

Estudos demonstram a influência dos pares no hábito de fumar (CASA, 1996, *cit. in* Papalia et al., 2001). Na perspectiva de Precioso (1998, p.59), “Do conjunto de factores determinantes do comportamento de fumar, parece que é especialmente forte a influência dos amigos. É frequente os jovens fumadores tentarem convencer os amigos ou colegas a experimentar fumar, acabando estes por adquirir quase sempre o primeiro cigarro junto dos pares (Charlton *cit. in* Lima, 1999).

Também a convivência com fumadores exerce influência, já que o facto de o jovem ter um melhor amigo fumador, parece ser um bom indício de que ele venha também a ser fumador (Bauman, 1990, *cit. in* Lima, 1999).

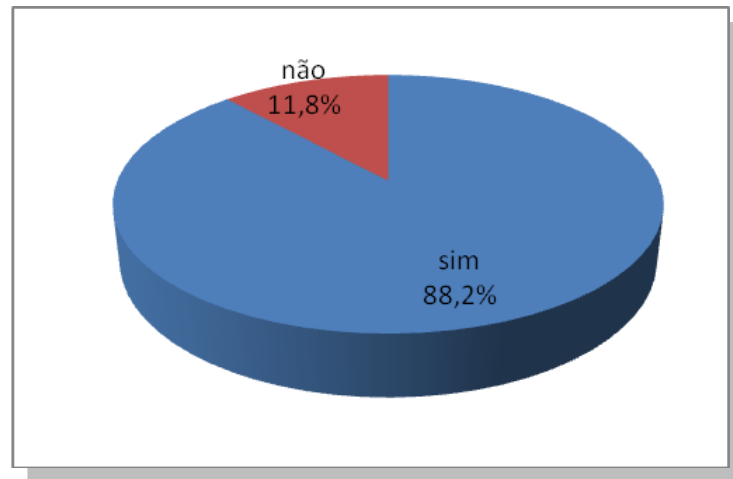
Segundo Kahn et al. (2003, p. 142), “Quando um dos progenitores fuma, 50% das crianças fumam também.”. O jovem passa a maior parte do tempo com os amigos, no entanto as relações com os pais continuam a desempenhar um papel primordial no seu desenvolvimento (Papalia et al., 2001). Os pais detêm um grande poder para reforçar comportamentos relacionados com a saúde, pois são um modelo a imitar. Sendo assim, os pais reforçam positiva ou negativamente as crenças, atitudes, valores e comportamentos dos filhos (Lima, 1999).

No que diz respeito aos estilos de vida e actividades sociais, vários estudos indicam que a maioria dos jovens inicia o consumo de tabaco na escola e uma menor parte em discotecas, salões de jogos, rua e locais onde se realizam festas (Precioso, 1998).

É também de salientar que, geralmente, os jovens começam a fumar pelo facto de verem os colegas a fazê-lo e por terem tendência a imitar o seu comportamento (Precioso, 1998).

Assim sendo, a iniciação do tabagismo sofre a influência de variados factores, tais como, curiosidade, uso do tabaco pelos familiares e pessoas próximas, possibilidades de acesso ao tabaco e influência dos meios de comunicação, entre outros (Kahn et al., 2003), como referido anteriormente.

Gráfico nº6. Distribuição da amostra segundo a vontade em deixar de fumar



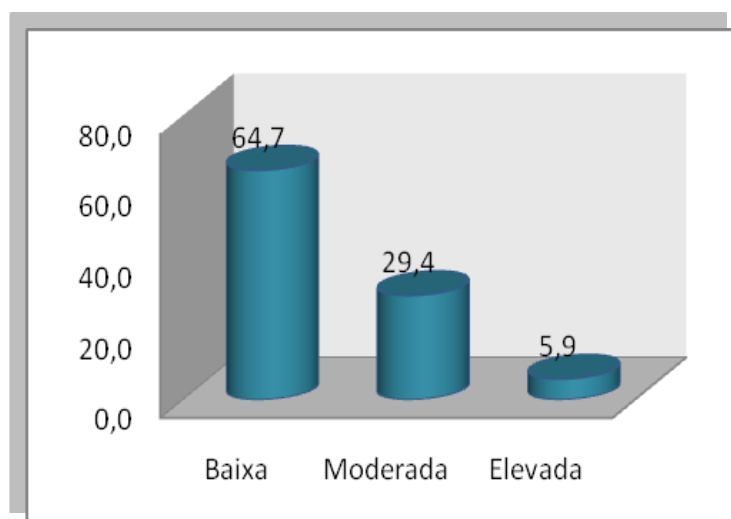
Da análise do gráfico pode verificar-se que 88,2% dos alunos fumadores já pensaram em deixar de fumar e 11,8% referem que não (Gráfico nº6).

Em Portugal, o INS realizado em 2005/2006 revela que aproximadamente metade dos fumadores diários (48,8%) já tinha tentado deixar de fumar (Machado et al., 2009).

iii.i.ii. Motivação para deixar de fumar

De forma a determinar o grau de motivação para deixar de fumar, foi aplicado o Teste de Richmond, constituído por 4 perguntas. A cada uma das opções de cada pergunta corresponde um valor, sendo que após o somatório das 4 questões, um *score* entre 0-6 indica baixa motivação para deixar de fumar, entre 7-9 moderada motivação e igual a 10 elevada motivação (Pamplona, 2007).

Gráfico nº7. Distribuição da amostra segundo a motivação para deixar de fumar



Verifica-se que 64,7% dos alunos fumadores apresentam baixa motivação para deixar de fumar, 29,4% moderada motivação e 5,9%, correspondente a apenas 1 aluno, elevada motivação para deixar de fumar (Gráfico nº7).

Em Portugal, o INS realizado em 2005/2006 revela que aproximadamente metade dos fumadores diários (48,8%) já tinha tentado deixar de fumar (Machado et al., 2009). Algumas das motivações ou razões que impulsionam o indivíduo a deixar de fumar são o medo da doença, a poupança económica e a melhoria estética (Ezquerria, 2003).

Deixar de fumar é um processo de mudança, que compreende fases (Ezquerria, 2003). Para Oliveira (2002, p.206), “É importante identificar os fumadores, a fase em que se encontram e avaliar o grau de motivação para abandonar o consumo de tabaco.”

Para Ferreira e Magalhães (2002), aos fumadores enviados para consulta de cessação tabágica deve-se começar por avaliar a motivação para parar de fumar. Se o fumador

não se mostrar motivado em cessar o hábito, a intervenção do profissional de saúde deverá ir no sentido de reforçar a motivação. Assim sendo, o papel dos profissionais de saúde é de maior importância na luta contra o tabagismo (Martinet e Bohadana, 2003).

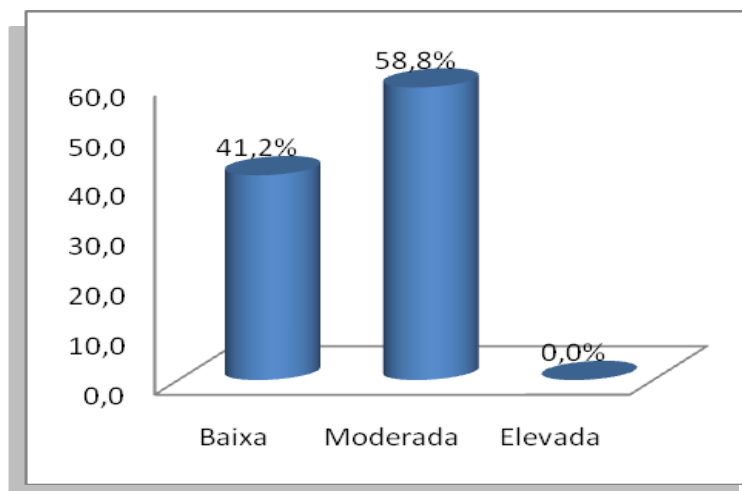
iii.i.iii. Dependência à nicotina

Com o objectivo de determinar o grau de dependência à nicotina dos alunos fumadores foi aplicado o Teste de Fagerström, constituído por 6 perguntas. A cada uma das opções de cada pergunta corresponde um valor, sendo que após o somatório das 6 questões, um *score* <4 indica baixa dependência à nicotina, entre 4-7 moderada dependência e >7 elevada dependência (Pamplona, 2007).

Segundo Martinet e Bohadana (2003), a nicotina é o composto responsável pela dependência e está presente na folha do tabaco. Após o início do consumo de tabaco, a dependência instala-se (Portal da Saúde).

Para Oliveira (2002), a compulsão para fumar, ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono, aumento do apetite ou peso e pequenas variações da frequência cardíaca e tensão arterial são sintomas característicos da síndrome de privação.

Gráfico nº 8. Distribuição da amostra segundo a dependência à nicotina



Verifica-se que, dos alunos fumadores, 58,8% apresentam moderada dependência à nicotina e 41,2% baixa dependência (Gráfico nº 8).

Um estudo realizado em Portugal, a estudantes universitários de medicina e engenharia da UP, aponta que a maioria dos estudantes apresentava baixa dependência nicotínica (Saleiro et al., 2008).

É importante avaliar o grau de dependência à nicotina nos fumadores que desejam cessar o hábito, pois este influencia o tipo de intervenção (Pamplona, 2006).

Os fumadores com fraca dependência à nicotina podem recorrer a meios não farmacológicos, como a terapia de grupo, programas de auto-ajuda, terapia comportamental, entre outros. (Gamboa, 2002).

Existem factores que indicam a necessidade de intervenção farmacológica, como teste de Fagerström ≥ 7 , cotinina sérica ≥ 250 mg e fumar o primeiro cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar. Para além destes factores standard, também indicam a

necessidade de terapêutica farmacológica tentativas anteriores para cessar o tabagismo, fumador de mais de 20 cigarros por dia, sintomas de privação nas anteriores tentativas, início do tabagismo na adolescência, entre outros (Gamboa, 2002).

A abordagem do fumador em contexto clínico pode ser feita mediante dois tipos de intervenção: intervenção breve e intervenção de apoio intensivo (Nunes et al., 2008).

São utilizados critérios de acesso prioritário para a intervenção de apoio intensivo. Na perspectiva de Nunes et al. (2008, p.33), são considerados prioritários

(...) todos os fumadores que se encontrem motivados para mudar o seu comportamento, que não tenham cessado o consumo após tentativa apoiada por intervenção breve ou que apresentem uma dependência elevada da nicotina, associada a determinados critérios clínicos.

Quadro nº3. Distribuição da amostra segundo o tempo decorrente entre acordar e fumar o primeiro cigarro e o número de cigarros habitualmente consumidos por dia, relativos ao Teste de Fagerström

Questão	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
1-Quanto tempo depois de acordar fuma o 1º cigarro?		
Dentro de 5 minutos	2	11,8
Entre 6-30 minutos	8	47,1
Entre 31-60 minutos	5	29,4
Após 60 minutos	2	11,8
Total	17	100,0
4-Quantos cigarros fuma habitualmente por dia?		
Menos de 10	7	41,2
De 11-20	10	58,8
De 21-30	0	0,0
Mais de 31	0	0,0
Total	17	100,0

Das 6 perguntas correspondentes ao Teste de Fagerström, o tempo decorrente entre acordar e fumar o primeiro cigarro e o número de cigarros consumidos por dia são os indicadores de dependência mais importantes (Pamplona, 2007). Um fumador de 20 cigarros ou mais por dia e um fumador que após acordar fume nos primeiros 30 minutos é considerado muito dependente (Pamplona, 2006).

Neste estudo, pode constatar-se que 58,9% dos alunos fumam o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar e 58,8% dos alunos consomem entre 11 a 20 cigarros (Quadro nº3). No entanto, o indicador de dependência acima descrito por Pamplona (2006), referente ao fumador de 20 ou mais cigarros por dia, não é passível de ser encontrado. Apesar de estarem incluídos no intervalo correspondente a “ 11-20 cigarros” os alunos que consomem 20 cigarros por dia, estão também incluídos no mesmo os que consomem menos de 20 cigarros por dia e como tal não é possível determinar quantos

alunos são efectivamente fumadores de 20 cigarros por dia, sendo que 0% consomem mais de 20 cigarros por dia (Quadro nº3)

Na União Europeia, o consumo de tabaco está identificado como a maior causa de morte prematura (Ferreira, 2002). Existe uma ligação estabelecida entre o consumo de tabaco e a manifestação de variadas doenças, como as neoplasias, as doenças do foro respiratório e as doenças cardiovasculares (Mendes *cit. in* Martinet e Bohadana, 2003).

Segundo Ezquerria (2003, p. 50), “Os fumadores de mais de 20 cigarros por dia apresentam uma deterioração mais rápida das suas funções cerebrais que os não fumadores.”

Um consumo de 40 cigarros diários expõe o indivíduo a um risco de CP 2 vezes maior que um fumador que consuma 20 cigarros diários (Martinet e Bohadana, 2003).

CONCLUSÃO

A investigação científica em saúde é essencial visto que contribui para o conhecimento dos problemas e identificação das prioridades, permitindo delinear estratégias de promoção e prevenção em saúde (Fraga et al., 2005).

Optou-se pela escolha do tema “Hábitos tabágicos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto” por este suscitar interesse à investigadora, pelo facto de ser fumadora, e pelo facto de se tornar relevante a determinação dos hábitos tabágicos entre os estudantes universitários, de modo a poder contribuir para o delinear de estratégias no âmbito da promoção da saúde entre os mesmos.

Procedeu-se à elaboração do trabalho através de um estudo descritivo simples e transversal, do tipo quantitativo, tendo-se delineado como objectivo geral, “Caracterizar os hábitos tabágicos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto”.

Concluiu-se que, dos 51 alunos inquiridos, 17 eram fumadores aquando da aplicação do questionário. A maioria dos alunos fumadores tinha idade compreendida entre os 18-27 anos e a maioria era do género feminino.

No que se refere aos anos de consumo regular, verificou-se que a maioria dos alunos consome tabaco regularmente há 6-10 anos. Salienta-se também que a maioria deles já tinha pensado em deixar de fumar.

Relativamente ao contexto de início de consumo de tabaco, a maioria dos alunos iniciou o tabagismo devido à influência dos amigos/colegas e devido à curiosidade, e em menor escala devido à convivência com fumadores, saídas nocturnas, imitação e processo de luto.

O grau de dependência à nicotina na maioria dos alunos era moderada e a maioria apresentava baixa motivação para deixar de fumar.

Face aos resultados obtidos torna-se evidente a necessidade de se abordar cada vez mais cedo nas escolas a problemática do tabagismo e as suas consequências, e manter esta formação a nível universitário (Saleiro et al., 2008).

O consumo de tabaco, álcool, entre outros é um problema que afecta cada vez mais o ambiente universitário (Aguilera et al., 2005) e, como tal, é importante incluir a temática das drogas no currículo dos estudantes (Fuentes e Gómez, 2005). Esta não pode ser evitada no ambiente universitário, pois é onde são formados os futuros profissionais, responsáveis por melhorar a qualidade de vida da população (Aguilera et al., 2005).

É de salientar as limitações sentidas pela investigadora que advêm de qualquer estudo científico, designadamente a inexperiência na realização de um trabalho de investigação e a limitação a nível temporal. No entanto, estas dificuldades foram sendo ultrapassadas com empenho pessoal e com a colaboração da orientadora.

A elaboração deste trabalho de investigação revelou-se deveras produtiva e benéfica. Este permitiu à investigadora a obtenção dos objectivos pessoais e académicos, bem como permitiu aprofundar conhecimentos e contribuir para posteriores investigações científicas nesta área. É de salientar que qualquer iniciativa para eliminar ou diminuir o comportamento tabágico é um passo para desenvolver uma sociedade mais saudável (Aguilera et al., 2005).

BIBLIOGRAFIA

Aguilera, P., Vázquez, Á. e Ponce, S. (2005). @ pruébate, servicio de información y apoyo a la prevención del consumo de tabaco. *In: Palomo, M. e Carrenõ, Á. (Ed.). Prevención de drogodependencias en la universidad: una experiencia innovadora.* Huelva, Universidad de Huelva, pp. 297-304.

Alves, P. (2006). Aspectos do tabagismo em grupos particulares. *In: Pestana, E. (Ed.). Tabagismo: do diagnóstico ao tratamento.* Lisboa, Lidel, pp. 195-212.

Baganha, M. (2002). *Tabaco ou saúde/ XXVI jornadas de actualização.* Coimbra, [s.n.].

Barreira, E., Gomes, F. e Cunha, L. (2007). Atitudes face ao tabagismo: hábitos tabágicos e o papel dos profissionais de saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (2), pp. 197-207.

Borges, M. (2006). Intervenção psicológica na dependência tabágica. *In: Pestana, E. (Ed.). Tabagismo: do diagnóstico ao tratamento.* Lisboa, Lidel, pp. 167-194.

Carr, A. (2005). *O método simples para deixar de fumar.* Lisboa, Publicações Dom Quixote.

Ezquerria, A. (2003). *Tabagismo e doença.* Rio de Mouro, Everest Editora, Lda.

Ferreira, A. (2002). Enquadramento epidemiológico. *In: Baganha, M. (Ed.). Tabaco ou saúde/ XXVI jornadas de actualização.* Coimbra, [s.n.], pp. 187-203.

Ferreira-Borges, C. e Filho, H. (2004). Caracterização e evolução histórica. *In: Ferreira-Borges, C. e Filho, H. (Ed.). Tabagismo.* Lisboa, Climepsi, pp. 3-8.

Ferreira-Borges, C. e Filho, H. (2007). *Tabaco: intervenções breves - estratégias de ajuda para mudar o comportamento*. Lisboa, Climepsi.

Ferreira-Borges, C. e Filho, H. (2004). *Tabagismo*. Lisboa, Climepsi.

Ferreira, H. e Magalhães, E. (2002). Organização de uma consulta especializada. In: Baganha, M. (Ed.). *Tabaco ou saúde/ XXVI jornadas de actualização*. Coimbra, [s.n.], pp. 219-220.

Fortin, M.-F., Côté, J. e Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

Fraga, S. *et alli*. (2005). Tabagismo em Portugal. *Arquivos de Medicina*, 19 (5-6), pp. 207-229.

Fuentes, A. e Gómez, J. (2005). Las drogas en la universidad: un fenómeno complejo. In: Palomo, M. e Carrenõ, Á. (Ed.). *Prevención de drogodependencias en la universidad: una experiencia innovadora*. Huelva, Universidad de Huelva, pp. 221-253.

Gamboa, F. (2002). Intervenção farmacológica. In: Baganha, M. (Ed.). *Tabaco ou saúde/ XXVI jornadas de actualização*. Coimbra, [s.n.], pp. 211-217.

Hirsch (2003). Estratégias de prevenção do tabagismo do adolescente. In: Martinet, Y. e Bohadana, A. (Ed.). *O tabagismo: da prevenção à abstinência*. Lisboa, Climepsi, pp. 159-167.

Kahn, J.-P., Claudot, É. e Wirth, N. (2003). O adolescente e o tabaco. In: Martinet, Y. e Bohadana, A. (Ed.). *O tabagismo: da prevenção à abstinência*. Lisboa, Climepsi, pp. 137-148.

Lebargy, F. (2003). Biologia da nicotina. In: Martinet, Y. e Bohadana, A. (Ed.). *O tabagismo: da prevenção à abstinência*. Lisboa, Climepsi, pp. 91-98.

Lima, L. (1999). A prevenção do tabagismo na adolescência. *In: Sardinha, L., Matos, M. e Loureiro, I. (Ed.). Promoção da saúde: modelos práticos de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo.* Cruz Quebrada, Faculdade de Motricidade Humana, pp. 123-161.

Machado, A., Nicolau, R. e Dias, C. (2009). Consumo de tabaco na população portuguesa retratado pelo Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006). *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15 (6), pp. 1005-1027.

Martinet, Y. e Bohadana, A. (2003). Afecções associadas ao consumo de tabaco. *In: Martinet, Y. e Bohadana, A. (Ed.). O tabagismo: da prevenção à abstinência.* Lisboa, Climepsi, pp. 109-118.

Martinet, Y. e Bohadana, A. (2003). Breve história do tabagismo. *In: Martinet, Y. e Bohadana, A. (Ed.). O tabagismo: da prevenção à abstinência.* Lisboa, Climepsi, pp. 57-60.

Martinet, Y. e Bohadana, A. (2003). Composição do fumo do tabaco. *In: Martinet, Y. e Bohadana, A. (Ed.). O tabagismo: da prevenção à abstinência.* Lisboa, Climepsi, pp. 81-86.

Martinet, Y. e Bohadana, A. (2003). Fabrico e composição dos cigarros. *In: Martinet, Y. e Bohadana, A. (Ed.). O tabagismo: da prevenção à abstinência.* Lisboa, Climepsi, pp. 77-80.

Martinet, Y. e Bohadana, A. (2003). *O tabagismo: da prevenção à abstinência.* Lisboa, Climepsi.

Matias, D. (2006). Epidemiologia do tabagismo. *In: Pestana, E. (Ed.). Tabagismo: do diagnóstico ao tratamento.* Lisboa, Lidel, pp. 37-60.

Matos, M. *et alli.* (2003). *Adolescentes e o tabaco: rapazes e raparigas*. Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana.

Morel, A. *et alli.* (2001). *Prevenção das toxicomanias*. Lisboa, Climepsi.

Nunes, E. (2003). Causas da epidemia tabágica e estratégias globais para o seu controlo. *In: Precioso, J., Macedo, M. e Gonçalves, A. (Ed.). Prevenção e tratamento do tabagismo – Actas do I encontro nacional de prevenção e tratamento do tabagismo*. Braga, Universidade do Minho, pp. 27-39.

Nunes, E. *et alli.* (2008). *Cessação tabágica: programa-tipo de actuação*. Lisboa, DGS/Gradiva.

Oliveira, M. (2002). Dependência tabágica. *In: Baganha, M. (Ed.). Tabaco ou saúde/ XXVI jornadas de actualização*. Coimbra, [s.n.], pp. 205-206.

Palomo, M. e Carrenõ, Á. (2005). *Prevención de drogodependencias en la universidad: una experiencia innovadora*. Huelva, Universidad de Huelva.

Pamplona, P. (2007). Fumador internado? A intervenção apropriada. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 13 (6), pp. 801 - 826.

Pamplona, P. (2006). Intervenção na prática clínica. *In: Pestana, E. (Ed.). Tabagismo: do diagnóstico ao tratamento*. Lisboa, Lidel, pp. 101-136.

Papalia, D., Olds, S. e Feldman, R. (2001). *O mundo da criança*. Lisboa, Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.

Pestana, E. (2006). *Tabagismo: do diagnóstico ao tratamento*. Lisboa, Lidel.

Planeta, C. e Cruz, F. (2005). Bases neurofisiológicas da dependência do tabaco. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (5), pp. 251-258.

Precioso, J., Macedo, M. e Gonçalves, A. (2003). *Prevenção e tratamento do tabagismo: actas do I encontro nacional de prevenção e tratamento do tabagismo*. Braga, Universidade do Minho.

Precioso, J. (1998). *Não fumar é o que está a dar*. Lisboa, Instituto de Inovação Educacional.

Raposo, M. (2006). Prevenção do tabagismo. In: Pestana, E. (Ed.). *Tabagismo: do diagnóstico ao tratamento*. Lisboa, Lidel, pp. 247-266.

Rebelo, L. (2004). Intervenções nos cuidados de saúde primários: o papel do médico de família. In: Ferreira-Borges, C. e Filho, H. (Ed.). *Tabagismo*. Lisboa, Climepsi, pp. 159-168.

Rodrigues, H. (2004). Subsídio da farmacoterapia na cessação tabágica. In: Ferreira-Borges, C. e Filho, H. (Ed.). *Tabagismo*. Lisboa, Climepsi, pp. 177-185.

Saleiro, S., Damas, C. e Gomes, I. (2008). Smoking habits and awareness of smoking risks depending on academic background in university students. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 14 (2), pp. 231-238.

Sardinha, L., Matos, M. e Loureiro, I. (1999). *Promoção da saúde: modelos práticos de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Cruz Quebrada, Faculdade de Motricidade Humana.

Sousa, A. (2002). Diagnóstico clínico do cancro do pulmão. In: Baganha, M. (Ed.). *Tabaco ou saúde/ XXVI jornadas de actualização*. Coimbra, [s.n.], pp. 27-30.

Tessier, J. e Nejari, C. (2003). Médicos e enfermeiros em França e na Europa face ao tabagismo, o seu papel educativo. *In: Martinet, Y. e Bohadana, A. (Ed.). O tabagismo: da prevenção à abstinência.* Lisboa, Climepsi, pp. 377-388.

Voisin, C. (2003). Abordagem logística da prevenção do tabagismo. *In: Martinet, Y. e Bohadana, A. (Ed.). O tabagismo: da prevenção à abstinência.* Lisboa, Climepsi, pp. 403-409.

Diário da República. (2007). Artigo 20.º da Lei n.º 37/2007 de 14 de Agosto, *Diário da República*, (n.º156), pp. 5277-5285. [Em linha]. Disponível em <http://antt.dgarq.gov.pt/files/2008/10/37_2007.pdf>. [Consultado em 13/03/2011].

Nunes, E. (s.d.). Consumo de tabaco – Estratégias de prevenção e controlo. [Em linha]. Disponível em <<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009266.pdf>>. [Consultado em 13/03/2011].

Portal da Saúde. [Em linha]. Disponível em <<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/estilos+de+vida/tabagismo.htm>>. [Consultado em 09/03/2011].

Raw, M. (2001). WHO – Evidence Based Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence. [Em linha]. Disponível em <http://www.ctcpak.org/docs/treat/WHO_cessation.pdf>. [Consultado em 13/03/2011].

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Questionário

Tema: Hábitos tabágicos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto

Aluna: Helena Patrícia Ribeiro da Silva, nº18319

O presente questionário tem como finalidade colher dados para a elaboração do Projecto de Graduação, intitulado “Hábitos tabágicos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto ”, e com o qual se pretende: determinar o número de alunos fumadores do 4ºano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto , determinar o grau de dependência à nicotina dos alunos do 4ºano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto e determinar o grau de motivação dos alunos do 4ºano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto para deixar de fumar.

O preenchimento deste questionário é anónimo e confidencial pelo que não deve assinar o seu nome ou algo que o identifique em nenhuma parte deste documento. A sua participação é voluntária, pelo que solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário, respondendo às questões que lhe são colocadas.

Previamente agradeço a sua disponibilidade em colaborar nesta investigação.

A aluna:

(Helena Patrícia Ribeiro da Silva)

Questionário

- Este questionário é composto por três partes;
- Assinale apenas uma resposta;
- Responda às questões no espaço indicado.

Parte I – Caracterização da amostra

1 – Idade:

- 1.1 – <18 anos _____
- 1.2 – Entre 18-22 anos _____
- 1.3 – Entre 23-27 anos _____
- 1.4 – Entre 28-32 anos _____
- 1.5 – > 32 anos _____

2 – Género:

- 2.1 – Masc. _____
- 2.2 – Fem. _____

3 – Actualmente, é fumador?

- 3.1 – Sim _____
- 3.2 – Não _____

Se respondeu **Não** o seu questionário acaba aqui.

4 – Há quanto tempo fuma regularmente?

- 4.1 – <1 ano _____
- 4.2 – Entre 1-5 anos _____
- 4.3 – Entre 6-10 anos _____
- 4.4 – Entre 11-15 anos _____
- 4.5 – >15 anos _____

5 – Em que contexto começou a fumar?

- 5.1 – Influência dos amigos/colegas _____
- 5.2 – Curiosidade _____
- 5.3 – Convivência com fumadores _____

5.4 – Pais fumadores _____

5.5 – Saídas nocturnas _____

5.6 – Imitação _____

5.7 – Outro _____

6 – Alguma vez pensou em deixar de fumar?

6.1 – Sim _____

6.2 – Não _____

Parte II – Avaliação do grau de motivação para deixar de fumar

Teste de Richmond modificado

○ Assinale apenas uma resposta com uma cruz (X)

1 – Gostava de deixar de fumar se fosse fácil?

Não _____

Sim _____

2 – Qual o seu interesse em deixar de fumar?

Nenhum _____

Algum _____

Muito _____

Absoluto _____

3 – Vai tentar deixar de fumar nas próximas duas semanas a um mês?

Definitivamente não _____

Talvez não _____

Talvez sim _____

Definitivamente sim _____

4 – Pretende deixar de fumar nos próximos seis meses?

Definitivamente não _____

Talvez não _____

Talvez sim _____

Definitivamente sim _____

Parte III – Avaliação do grau de dependência à nicotina

Teste de Fagerström modificado

- Assinale apenas uma resposta com uma cruz (X)

1 – Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?

Dentro de 5 minutos _____

Entre 6-30 minutos _____

Entre 31-60 minutos _____

Após 60 minutos _____

2 – Sente dificuldade na contenção do uso do tabaco em lugares onde é proibido fumar (ex: igrejas, bibliotecas, cinemas, autocarros, etc)?

Sim _____

Não _____

3 – Qual o cigarro que mais dificuldade teria em não fumar?

O primeiro da manhã _____

Outros _____

4 – Quantos cigarros fuma habitualmente por dia?

Menos de 10 _____

De 11 a 20 _____

De 21 a 30 _____

Mais de 31 _____

5 – Fuma mais frequentemente durante as primeiras horas depois de acordar do que durante o resto do dia?

Sim _____

Não _____

6 – Fuma quando está doente e acamado?

Sim _____

Não _____

ANEXO II – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Hábitos tabágicos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da UFP - Porto

Tempo \ Actividades	2010												2011											
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Revisão da literatura																								
Definição do problema de investigação																								
Definição das questões e hipóteses																								
Definição da população/processo de amostragem																								
Construção do instrumento de colheita de dados/amostragem																								
Pré - teste																								
Recolha de dados																								
Tratamento dos dados																								
Apresentação dos resultados																								
Discussão																								
Entrega ao Orientador																								
Entrega na UFP																								
Defesa do trabalho																								

Legenda: Actividades Planeadas Actividades Realizadas