

MT/11
7/11/11

Andreia Filipa Dos Santos Martins

Leitura Interna

Biblioteca UFP

Hábitos tabágicos: Avaliação da dependência de nicotina

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Licenciatura em Enfermagem

Porto, 2010

Andreia Filipa Dos Santos Martins

Leitura Interna

Biblioteca UFP

Hábitos tabágicos: Avaliação da dependência de nicotina

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade Ciências da Saúde
Licenciatura em Enfermagem

Porto, 2010

Andreia Filipa Dos Santos Martins

Leitura Interna

Biblioteca UFP

Hábitos tabágicos: Avaliação da dependência de nicotina

Orientadora: Enfermeira Alice Martins

Atesto a originalidade do trabalho:

Andreia Filipa Dos Santos Martins
(Andreia Filipa Dos Santos Martins)

**“Monografia apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos
para obtenção do grau de licenciada em Enfermagem”**

Porto, 2010

Sumário

O consumo de tabaco é um dos mais antigos hábitos da população, e tem sido reconhecido nos últimos anos, como um dos principais problemas de saúde pública.

Quando o consumo de tabaco é iniciado, muito rapidamente se instala a dependência física e psíquica. Esta dependência é provocada por uma droga que se chama nicotina, que pode ser encontrada na folha do tabaco.

Numerosos estudos epidemiológicos confirmam a associação entre o consumo de tabaco e uma maior probabilidade de virem a contrair numerosas doenças, com particular destaque para o cancro em diversas localizações, as doenças respiratórias e as doenças do aparelho circulatório (Nunes, 2002, p.6)

Deixar de fumar traz vantagens imediatas a curto, médio e longo prazo, tanto maiores quanto mais cedo se verificar o abandono do tabaco. No entanto, conforme foi claramente verificado por Richard Doll e colaboradores, parar de fumar tem vantagens em qualquer idade (Nunes, 2002).

Acabar com o hábito de fumar não é fácil e os profissionais de saúde tem um papel essencial na prevenção. Como futuros enfermeiros achamos importante investir nesta área.

As questões que vão ser investigadas são:

- Quais os hábitos tabágicos dos compradores de tabaco num estabelecimento de venda do produto, situado na Cidade do Porto?
- Qual o nível de dependência da nicotina, avaliado pelo teste de *Fagerstrom* dos compradores de tabaco num estabelecimento de venda de tabaco, situado na Cidade do Porto?

A amostra é constituída por 60 fumadores que compraram tabaco num estabelecimento comercial na Cidade do Porto nos dias 15 e 16 de Março de 2010.

Depois de recolher e analisar os resultados obtidos, verificou-se que 63,3% da amostra é do sexo masculino e 36,6% da amostra do sexo feminino. Verifica-se, a existência de maior consumo do número de cigarros na amostra do sexo masculino do que do sexo feminino. Em relação às idades que fumaram o 1º cigarro, a maior percentagem encontra-se na idade 13 anos. A totalidade da amostra diz ter tentado alguma vez deixar de fumar, com uma pequena percentagem (15%) a utilizar apoio farmacológico. Em relação a avaliação da dependência, 81% dos inquiridos tem pontuação menor que 4, sendo classificados segundo o teste de *Fagerstrom* com dependência leve, 18,2% dos inquiridos pontuação entre 4 e 7 correspondente a dependência moderada e 0% da amostra apresenta pontuação maior que 7 correspondente a dependência elevada.

Abstract

The tobacco consumption is one of the oldest human habits, and in the last years it has been recognized as one of the biggest public health problem.

When the tobacco consumption starts, the physical and mental dependency also starts in our body. This dependency is provoked by a drug called “Nicotine”, which can be found in the tobacco plant.

Several skin studies confirm the link between the tobacco consumption and most of the probability to get various diseases, in particular the cancer in different parts of the human body, the respiratory diseases and circulatory system (Nunes, 2002, p.6).

To quit smoking brings advantages in short, medium and long terms and as soon as the abandon of the tobacco is observed. However, it has been stated by Richard Doll and his colleagues, that to stop smoking has advantages at any age.

To stop smoking is not easy and health professionals play an important role in the prevention.

The main questions that will be investigated are:

- Which are the habits of tobacco buyers in an Oporto city store?
- What is the nicotine dependency degree of the tobacco buyers, tested by the Fagerstrom in an Oporto city store?.

The sample is composed by 60 smokers who bought tobacco in an Oporto City store during 2 days (15th and 16th of March 2010).

After getting and analyzing the results, we can verify that the majority of smokers are males, who have started their consumption during their adolescence. Additionally, according to

Fagerstrom test, the majority of the smokers sample shows a dependency classified as light/weak.

Dedicatórias

Aos meus pais que tanto se esforçaram para que esta licenciatura fosse possível.

Ao meu namorado que me acompanhou nesta caminhada de quatro anos.

Aos meus amigos, Patrícia, Raquel, Fabiana, e Sérgio que me ajudaram em tudo o que era preciso.

A Daniella que me acompanhou na corrida as bibliotecas.

A professora Alice Martins que me ajudou a concretizar esta monografia e me aconselhou sobre as melhores opções.

Agradecimentos

Agradeço a todos os que fizeram, nem que fosse um pouquinho, para que esta monografia fosse concretizada.

Lista de Siglas

CO – Monóxido de carbono.

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

DSM IV – Quarta Edição do Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais.

HbCO – Carboxi-hemoglobina.

ICD-10 – Classificação internacional de doenças – décima revisão.

OMS – Organização Mundial de Saúde.

SNC – Sistema Nervoso Central.

Lista de abreviaturas

Ed. – Edição.

F_i - Frequência Absoluta.

p. – Página.

% - Percentagem.

Nº - Número.

Índice

0 – Introdução	1
Capítulo I – Fase Conceptual	5
1.1 História do tabaco	5
1.2 Constituintes do tabaco	7
1.2.1 Composição do fumo do tabaco	8
1.3 Epidemiologia do tabagismo	10
1.4 Hábito de fumar	12
1.4.1 Conceito de tabagismo	12
1.4.2 Tabagismo passivo	12
1.5 Principais problemas associados ao consumo de tabaco	13
1.6 Nicotina e os mecanismos de dependência	14
1.7 Dependência	15
1.8 Perturbações pela utilização da nicotina	16
1.9 Propriedades neurobiológicas da nicotina	18
1.10 Efeitos da nicotina	19
1.11 Avaliação da dependência de nicotina	20
1.12 Prevenção do tabagismo	21
1.12.1 Papel do enfermeiro na prevenção do tabagismo	24
Capítulo II – Fase Metodológica	27
2.1 Tema	27
2.2 Tipo de estudo	27
2.2.1 Meio	28
2.3 Delimitação do domínio	28
2.4 Questões de investigação	28
2.5 Objectivos do estudo	29
2.6 População	29
2.6.1 Amostra	29
2.6.2 Processo de amostragem	30
2.7 Variáveis do estudo	30
2.8 Questões éticas	31
2.9 Instrumento colheita de dados	33

2.10 Pré-teste.....	34
2.11 Tratamento e análise dos dados	34
Capítulo III – Fase Empírica	35
3.1 Apresentação análise dos resultados.....	36
3.2 Discussão dos resultados	52
Capítulo IV – Conclusão.....	57
Capítulo V - Referências Bibliográficas.....	60
Anexos	63

Anexo 1 – Instrumento colheita de dados

Anexo 2 – Cronograma

Lista de figuras XI

Lista de tabelas/quadros..... XII

Lista de gráficosXIV

Lista de figuras

Figura 1 - Combustão de cigarros e charutos8

Lista de tabelas/ quadros

Tabela nº 1 - Teste de dependência da nicotina.....	21
Tabela nº 2 – Distribuição da amostra segundo a “idade”.....	36
Tabela nº 3 – Distribuição da amostra segundo a “idade”.....	37
Tabela nº 4 – Distribuição da amostra segundo o “sexo”.....	38
Tabela nº 5 – Distribuição da amostra segundo a “proveniência”.....	38
Tabela nº 6 – Distribuição da amostra segundo a “idade com que fumou o 1º cigarro”.	39
Tabela nº 7 - Distribuição da amostra segundo “a idade que começou a fumar regularmente”.	40
Tabela nº 8 – Distribuição da amostra segundo o “número de cigarros que fuma por dia”.	41
Tabela nº 9 - Distribuição da amostra sobre a “tentativa ou não de deixar de fumar”.	42
Tabela nº 10 – Distribuição da amostra segundo a “utilização ou não de algum método para deixar de fumar”......	43
Tabela nº 11 – Distribuição da amostra segundo as “alterações que nota quando pára de fumar”.....	44
Tabela nº 12 – Distribuição da amostra segundo “se alguém fuma à sua volta”.	45
Tabela nº 13 – Distribuição da amostra segundo “outro tabaco que fuma”. 46	
Tabela 14 – Distribuição da amostra segundo “qual o outro tabaco que fumam”.	46
Tabela nº 15 – Distribuição da amostra segundo o “número de cigarros que fuma diariamente”.....	47
Tabela 16 – Distribuição da amostra segundo o “tempo após acordar que fuma o 1º cigarro”.	48
Tabela 17 – Distribuição da amostra segundo se tem “dificuldade em não fumar em locais em que é proibido”.	48
Tabela 18 – Distribuição da amostra segundo o “cigarro que mais custa deixar”.	49

Tabela 19 – Distribuição da amostra segundo se “fuma mais após acordar que no resto do dia”	49
Tabela 20 – Distribuição da amostra segundo se “fuma mesmo quando esta doente e de cama”	50
Tabela 21 – Distribuição da amostra segundo o “somatório da pontuação do teste de <i>Fagerstrom</i> ”	51

Lista de gráficos

Gráfico 1 - Fases de evolução do tabagismo. 11

Gráfico 2 - Distribuição da amostra segundo a “Idade”.....36

Gráfico 3 - Distribuição da amostra segundo o “nº de tentativas para deixar de fumar”.
.....42

Gráfico 4 - Distribuição da amostra segundo a “razão pela qual tentou deixar de fumar” .
.....43

0. Introdução

A investigação em Enfermagem fornece novos conhecimentos, fazendo com que alunos e profissionais se mantenham actualizados, podendo assim, melhorar a qualidade de cuidados de Enfermagem e desenvolver novas competências.

Este Projecto de Graduação enquadra-se no âmbito da disciplina de Projecto de Investigação II do 4º ano, do 2º semestre do Curso de licenciatura de Enfermagem, da Faculdade Fernando Pessoa, e tem como objectivos, obter o grau de Licenciada em Enfermagem e contribuir para o desenvolvimento da prática da investigação.

A justificação do tema baseia-se na motivação por estes assuntos e por pensarmos que a área de Enfermagem pode contribuir muito para mudar este comportamento de risco, que é o hábito de fumar. Com a mudança aumenta-se a qualidade de vida, já que fumar é a principal causa de morte evitável no mundo, segundo a Organização Mundial de Saúde.

Como refere Pestana (2006, p. 1), o consumo de tabaco é um dos mais antigos hábitos da população, sendo a planta psicoactiva mais consumida no mundo, o que dificulta o trabalho na área da prevenção.

Apesar de estar bem documentado a composição do tabaco, podendo ser encontradas 4000 substâncias das quais 60 cancerígenas, os fumadores procuram especificamente uma delas, a nicotina. Existem vários estudos que comprovam que se for retirada a nicotina do tabaco, os fumadores deixam de fumar. Por isto, pode concluir-se que a dependência do tabaco deve ser tratada como uma doença clínica, visto não ser apenas um vício psicológico mas também uma causa de dependência física (Bordin, 2004, p. 55).

Segundo Fraga (2005, p.207):

“os efeitos do tabaco e as consequências que ele produz a nível da saúde já estão muito bem estudados e documentados, e (...) fumar é o factor de risco modificável com o maior número de mortes atribuídas”.

Assim, considerou-se importante e pertinente, a análise e reflexão sobre a temática hábitos tabágicos e a dependência da nicotina.

Surge desta forma, um tema adequado à área das ciências de enfermagem, pois é um problema muito actual, exequível e de grande influência na prática profissional, principalmente ao nível da promoção da saúde e na prevenção de comportamentos de risco.

Como objectivos académicos, pretende-se com a elaboração do projecto de investigação:

- Aplicar os conhecimentos metodológicos na abordagem da temática em estudo;
- Aprofundar os conhecimentos na área da investigação científica;
- Servir de instrumento de avaliação da unidade curricular;
- Aprofundar conhecimentos sobre a temática hábitos tabágicos e a dependência da nicotina.

Neste contexto e com o intuito de orientar o estudo, colocou-se as seguintes questões de investigação:

- Quais os hábitos tabágicos dos compradores de tabaco num estabelecimento de venda do produto, situado na cidade do Porto?
- Qual o nível de dependência da nicotina, avaliado pelo teste de *Fagerstrom* dos compradores de tabaco num estabelecimento de venda de tabaco, situado na Cidade do Porto?

O método de investigação é entendido como um dispositivo específico de recolha ou análise de dados, em consonância com os objectivos traçados pelo investigador. Os objectivos da investigação pretendem dar resposta à questão de investigação.

De acordo com Fortin (2003, p. 47) “o objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis chave, a população alvo e a orientação da investigação”. Para melhor abordagem deste estudo definiu-se como objectivos de investigação:

- Identificar os hábitos tabágicos de uma amostra de uma população que adquiriu tabaco num estabelecimento de venda do produto, na Cidade do Porto.
- Identificar o nível de dependência da nicotina, através da aplicação do teste de *Fagerstrom*.

Como metodologia utilizada neste trabalho optou-se por um estudo exploratório, descritivo e transversal, inserido no paradigma quantitativo.

Como instrumento de colheita de dados utilizou-se um questionário aplicado a uma amostra de 60 pessoas que adquiriu tabaco num estabelecimento de venda do produto, na cidade do Porto, nos dias 15 e 16 de Março de 2010.

Com o intuito de conhecer o nível de dependência da nicotina nos fumadores, foi desenvolvido um questionário em que é utilizado o teste de *Fagerstrom*. Este teste foi elaborado por um médico dinamarquês em 1974 e posteriormente modificado em 1991 para ajudar a definir a melhor estratégia para quem quer deixar o hábito de fumar (Bohadana, 2003).

Este teste, através da soma de valores pré existentes para cada resposta, classifica como elevada, moderada e leve a dependência da nicotina.

Após confrontação com os resultados obtidos no questionário, verifica-se que a maioria dos fumadores iniciou o consumo na adolescência. Como futuros enfermeiros consideramos fundamental investir mais na prevenção do tabagismo na adolescência, evitando assim a dependência causada pela nicotina.

Após a soma das 6 questões em cada inquirido, verificou-se que 31 inquiridos do sexo masculino e 18 inquiridas do sexo feminino apresentam uma pontuação menor que 4, sendo classificados segundo o teste de *Fagerstrom* pouco dependentes. No intervalo de pontuação de 4 a 7 pontos, encontra-se 7 inquiridos do sexo masculino e 4 inquiridas do sexo feminino, sendo classificados como dependência moderada. É de salientar que a totalidade da amostra não apresenta valores acima de 7, o que mostra que nenhum dos inquiridos apresenta, segundo o teste de *Fagerstrom*, dependência elevada.

O presente trabalho de investigação encontra-se dividido em cinco capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se o enquadramento teórico sobre a temática estudada, servindo assim como base teórica do mesmo. São abordados aspectos relacionados com os hábitos tabágicos e com a dependência originada pela nicotina.

No segundo capítulo é descrita a investigação efectuada, onde é abordada a metodologia da investigação e os procedimentos utilizados.

No terceiro capítulo é apresentado os resultados do estudo e a sua análise.

No quarto a conclusão e no quinto as referências bibliográficas.

Capítulo I - Fase Conceptual

Este capítulo caracteriza-se por ser uma função de apoio em relação ao problema de investigação. Representa a ordenação de conceitos e sub conceitos determinados no momento da formulação do problema para suportar teoricamente a análise posterior do objecto em estudo.

Na fase conceptual deste projecto são abordados conceitos relacionados com o tabaco, de forma a atingir os objectivos estabelecidos e facilitar a compreensão.

1.1 História do tabaco

O uso do tabaco é originário das Américas e conhecido há cerca de oito mil anos por praticamente todas as culturas que habitavam o continente. A 4 de Novembro de 1492, Colombo, na sua primeira exploração a São Salvador descobriu o hábito de fumar entre os índios, tendo-o levado mais tarde consigo de volta para Espanha. Os primeiros exploradores tentaram fumar para satisfazer a sua curiosidade e muitos gostaram. Porém, tal como os índios, os marinheiros descobriram que durante o dia sentiam uma necessidade que só o tabaco poderia satisfazer. Começaram a aprender com os nativos como semear, transplantar, cortar, colher e curar as folhas da planta do tabaco, tendo retornado à Europa em 1493 com abundantes suprimentos de tabaco, folhas e sementes (Bohadana, 2003, p. 57).

Através das suas viagens, os portugueses e os espanhóis, difundiram o tabaco rapidamente por todos os continentes. Com o início da colonização europeia tornou-se a moeda corrente do tráfico de escravos, espalhando-se de forma rápida e definitiva pela África (Borges, 2004, p.4).

Jean Nicot entre 1559 e 1561, embaixador do rei de França, em missão de espionagem económica em Portugal, obteve sementes de tabaco, as quais as plantou no seu jardim por reconhecer qualidades medicinais e mais tarde enviou alguns pés para Catarina de Médicis, rainha de França que sofria de violentas enxaquecas (Pestana, 2006, p. 8).

A partir de 1600, a planta já fazia parte do quotidiano dos europeus acabando por ser legalizada e taxada. A sua utilização acaba por não ser apenas medicinal, e em 1617 existiam 7000 postos de venda de tabaco em Londres. São também neste período o registo das primeiras medidas restritivas. A partir do século XVIII as proibições cessam e o uso de tabaco cresce de forma gradual (Borges, 2004 p. 4).

Os Estados Unidos e a Inglaterra chegaram ao século XX com o domínio de 80% do mercado mundial de tabaco. A 1ª guerra mundial constituiu um marco quer em termos da emancipação da mulher, quer em termos das ideias de liberdade, poder e outros valores importantes para as mulheres, de forma a desenvolver novas imagens e significados sociais para o hábito de fumar entre as mulheres, de forma a duplicar o mercado (Borges, 2004 p. 5).

Apesar das inúmeras tentativas da indústria do tabaco em negar os prejuízos para a saúde derivados do consumo de tabaco, a relação entre o cancro do pulmão e o tabagismo foi estabelecida (Borges, 2004 p. 5).

Após a apresentação de relatórios sobre os malefícios do tabaco, existe uma queda na venda de cigarros. No entanto na década de 70, as vendas de cigarros aumentam novamente, principalmente entre os adolescentes e os adultos jovens, a maioria do sexo feminino (Borges, 2004 p. 5).

Os anos oitenta foram marcados pelo combate ao tabaco e ao seu modo de comercialização. Durante este período, a indústria tabaqueira foi intensamente investigada tendo negado qualquer conhecimento das propriedades indutoras de dependência de nicotina (Pestana, 2006, p. 21).

A década de 80 consagrou-se pelo aparecimento de políticas voltadas para a prevenção e combate ao consumo de tabaco. Proibiu-se o uso de tabaco em locais fechados, transportes públicos, lojas, etc. Em 1987, a Organização Mundial de Saúde cria o Dia Mundial sem Tabaco (31 de Maio) (Borges, 2004, p. 5).

1.2 Constituintes do tabaco

O tabaco é uma planta da família da *solanaceae*. Existem duas espécies de plantas de tabaco de cultivo. A *Nicotiana tabacum*, espécie utilizada pelos americanos nativos na América Central e do Sul e que resulta do cruzamento de duas espécies selvagens – a *Nicotiana sylvestris* e a *Nicotiana tomentosiformis*. A *Nicotiana rústica*, com maior concentração de nicotina é cultivada na América do norte (Bohadana, 2003, p. 77).

As folhas da *Nicotiana tabacum*, o tipo de planta do tabaco mais cultivado, depois de secas, são utilizadas nos diversos produtos de tabaco, que podem ser consumidos de forma oral e/ou nasal através de cigarros, tabaco para cachimbo, charutos, tabaco para mascar e tabaco para cheirar. Actualmente a maior parte do tabaco é consumida sob a forma de cigarros industrializados, sendo que a sua composição contém mais de 4000 substâncias (Borges, 2004, p. 6).

Na preparação do tabaco e no fabrico de cigarros, muitas substâncias chamadas aditivos, são acrescentadas ao tabaco. Cada fabricante recorre a um conjunto específico. A natureza destes aditivos varia desde amoníaco, intensificadores de sabor, agentes de textura, aromatizantes e calmantes (Bohadana, 2003, p. 78).

O actual cigarro norte-americano contém cerca de 10% de aditivos em peso, particularmente sob a forma de açúcares e sabores. Existem estudos que apontam para que o uso de aditivos permite influenciar os efeitos farmacológicos da nicotina. Estes aditivos tornam cada marca individualmente mais saborosa para os jovens e potenciais fumadores (Pestana, 2006, p.27).

De acordo com o tipo de secagem, o tabaco pode ser dividido em *blond tabacco* (tabaco seco em fornos por um fluxo de ar quente) e *dark tobacco* (tabaco seco ao ar livre após um período de fermentação). O *blond tobacco* é utilizado na produção de cigarros e o *dark tobacco* utilizado na produção de charutos e tabaco para cachimbo (Pestana, 2006, p. 64).

1.2.1 Composição do fumo do tabaco

A combustão é de grande importância, pois é ela que permite que as substâncias químicas que o tabaco contém, cheguem até ao fumador. Segundo o dicionário de Língua Portuguesa (1994, p.120), combustão é a “ combinação de uma substância com o oxigénio, com desenvolvimento de calor ou com produção simultânea de calor e luz”.

A combustão tem duas correntes, a corrente principal e a corrente secundária. A corrente principal é a que o fumador introduz na sua “árvore respiratória” em cada aspiração. A corrente secundária é a que se origina na ponta acesa do cigarro ou do charuto quando está a ser consumido normalmente (Ezquerria, 2003, p.18).

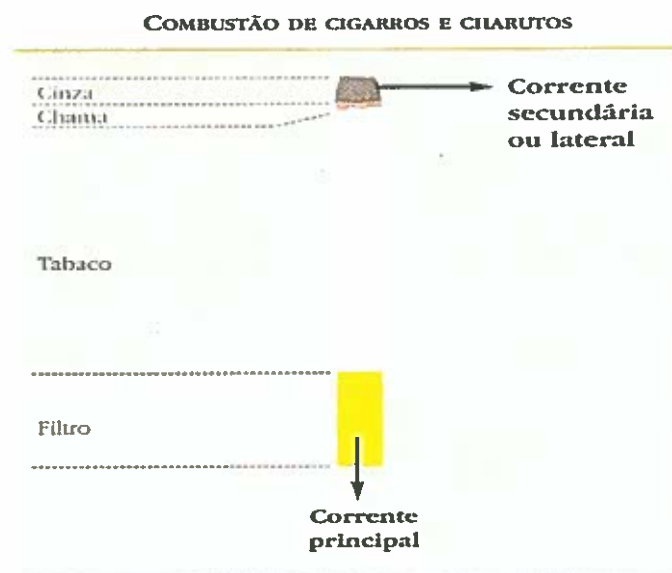


FIGURA 1 – Combustão de cigarros e charutos

Fonte: Ezquerria, R. (2003). *Tabagismo e a doença*. Grandes manuais Everest. Editorial Everest, S.A.

Segundo Bohadana (2003, p. 81), a composição do fumo do tabaco é a mais bem conhecida, por razões de consumo predominante. Ela é estudada com o auxílio de “máquinas de fumar” que permite separar e caracterizar a fase gasosa e a fase de partículas.

“As condições experimentais estão normalizadas (normas da International Standard of Organization/Federal Trade Commission: ISSO 3308) que tentam recriar as condições habituais: temperatura ~22°C, humidade ~60%, uma aspiração de cerca de 20 segundos e de 35 ml de volume por minuto; o tamanho da beata é fixo” (Bohadana, 2003, p.81).

O fumo passa pelo filtro e a quantidade de alcatrão é medida a partir do depósito presente nesse filtro. Estes estudos permitem determinar a composição da corrente principal (primária), isto é, o fumo directamente inalado pelo fumador. A esta corrente principal opõe-se a corrente lateral (secundária) que corresponde ao fumo produzido por um cigarro que se consome sozinho, na ausência de «aspiração» pelo fumador. Esta corrente lateral, associada à corrente terciária (fumo exalado pelo fumador e que foi em grande parte «filtrado» ao nível dos pulmões), encontra-se na origem do tabagismo passivo (Bohadana, 2003, p. 81).

Estas máquinas de fumar confirmam a variação dos teores de nicotina e alcatrão em função do tipo de tabaco, qualidade do papel e do filtro. Dado que a taxa de nicotina de um tabaco é conhecida, é possível ser calculado um “rendimento” que corresponde efectivamente a percentagem de nicotina inalada pelo fumador. Estas medidas permitem definir os teores normalizados de alcatrão (que variam entre <10 mg a >18 mg) e de nicotina que figuram nos maços de cigarros (Bohadana, 2003, p. 81).

Consegue-se definir mais de 4000 substâncias no fumo do tabaco, e as suas concentrações variam de acordo com o tipo de tabaco, o seu modo de secagem, dos aditivos adicionados e o modo de consumo (Bohadana, 2003, p. 82).

As mais de 4000 substâncias identificadas no cigarro em combustão podem ser divididas em dois grupos, as partículas e os gases. Entre as partículas destaca-se a água, a nicotina e o conjunto de hidrocarbonetos aromáticos policíclicos chamados alcatrões. São aproximadamente 500 os gases do fumo do tabaco, dos quais os mais importantes são o azoto, o oxigénio, o dióxido de carbono e o monóxido de carbono (Ezquerria, 2003, p.19).

O monóxido de carbono é produzido na ponta dos cigarros devido a combustão incompleta. Ao ser inalado, o fumo penetra nos pulmões, atravessa a membrana dos alvéolos pulmonares, passa para o sangue e liga-se à hemoglobina. A carboxi-hemoglobina (HbCO) é o composto

resultante da ligação do CO com a hemoglobina. Como a afinidade do CO pela hemoglobina é superior à do oxigénio, o CO é um factor de hipóxia. A taxa de HbCO de um fumador é, em média, de 5 a 10%, podendo por vezes aproximar-se dos 20%, ao passo que a de um não fumador é de 1 % a 2%. O número elevado de HbCO é um facto de risco de isquemia, em particular coronária, e contribuem provavelmente para as lesões endoteliais que podem originar as lesões vasculares (Ezquerro, 2003, p.22).

As substâncias cancerígenas são abundante e variadas, e correspondem principalmente os alcatrões (Bohadana, 2003, p. 81).

“A nicotina é o principal alcalóide do tabaco e é responsável pela dependência” (Bohadana, 2003, p. 84).

1.3 Epidemiologia do tabagismo

A palavra “epidemiologia” tem origem etimológica no grego e significa conhecimento ou estudo sobre a população. Considerada a disciplina básica da saúde pública, a epidemiologia toma como sujeito não o individuo mas o grupo, ou a população. Descreve o modo como a doença ou a saúde se distribuem e procura as variáveis que melhor explicam essa distribuição. (Borges, 2004, p. 9).

Segundo a OMS a epidemia do tabaco é um dos maiores problemas actuais de saúde pública e é responsável por mais mortes que qualquer outra doença, impedindo que milhões de pessoas vivam mais e com melhor saúde (OMS, 1998).

O comportamento que está relacionado com o consumo de tabaco deriva de múltiplos factores comportamentais, sociais, bioquímicos, económicos e políticos. Para o planeamento de programas de intervenção destinados à prevenção, é muito importante o conhecimento epidemiológico acerca dos padrões e da quantidade do consumo de tabaco, das suas consequências agudas e crónicas sobre a saúde dos indivíduos e das populações e os factores que o determinam (Borges, 2004, p. 10).

Segundo a OMS (1995), com o objectivo de acompanhar o problema do tabagismo devem ser avaliados e monitorizados os seguintes indicadores:

- Prevalência - com a utilização de inquéritos à população/ subgrupos;
- Consumo de tabaco – análise de produção/comercio/vendas;
- Mortalidade devida ao tabaco;
- Política de prevenção do tabagismo;
- Dados de mortalidade;
- Prevalência do tabagismo em certas populações-chave.

Segundo Fraga (2005) a dinâmica da epidemia do consumo de tabaco pode ser definida em quatro fases distintas:

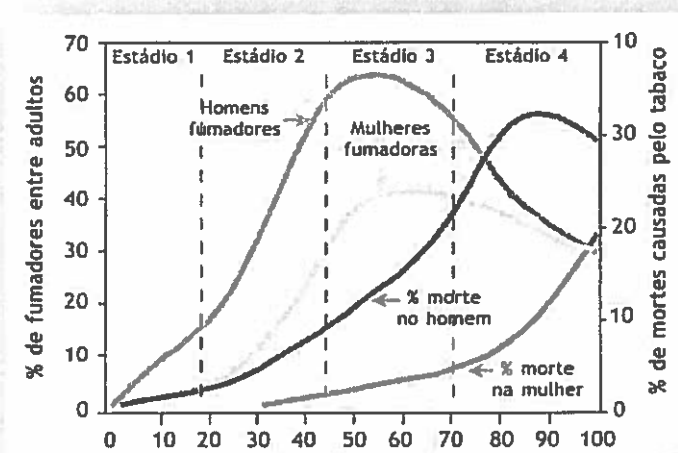


Gráfico 1 - Fases de evolução do tabagismo.

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

- Fase 1 – Fumar é um comportamento de excepção e é típico das classes mais altas ou mais favorecidas.
- Fase 2 – O hábito de fumar generaliza-se, assistindo a um aumento do seu consumo. A evolução deste comportamento nas mulheres está 10 a 20 anos atrasado em relação aos homens.
- Fase 3 – Proporção de fumadores homens desce acentuadamente e atinge o pico máximo as mulheres.

- Fase 4 – Frequência de consumo decresce em ambos os sexos, e torna-se mais frequente nas classes sociais mais baixas.

Segundo Fraga (2005, p. 209), Portugal encontra-se na transição entre as fases 2 e 3.

Segundo Rosendo (2009) Portugal já se encontra na fase 3.

1.4 Hábito de fumar

Segundo o dicionário de Língua Portuguesa (Infopédia, 2010), hábito significa “ (...) tendência ou comportamento, geralmente inconsciente, que resulta da repetição frequente de certos actos; rotina; automatismo; uso; costume; tradição (...) ”

Os problemas associados ao hábito de fumar só ultimamente estão bem documentados, embora este hábito já seja muito antigo. Este facto deve-se em primeiro lugar à investigação científica não ter os recursos e o desenvolvimento que tem hoje ao seu dispor. Por outro lado, antigamente estava-se longe de fumar tanto como acontece.

1.4.1 Conceito de tabagismo

Segundo a Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira (1978, p. 474), “tabagismo deriva do francês tabagie, e significa “intoxicação provocada pelo tabaco, fumado ou mascado, o mesmo que nicotinismo”.

Segundo o Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde (1999, p.727), tabagismo é o “abuso do tabaco sob qualquer de suas formas”.

1.4.2 Tabagismo passivo

Segundo Pestana (2006, p. 230), tabagismo passivo é considerado a exposição involuntária ao fumo de tabaco proveniente da corrente lateral ou secundária e da corrente principal ou primária, por um não fumador.

Para Bohadana (2003, p. 119) o tabagismo passivo está associado à inalação de diferentes substâncias presentes no fumo do cigarro que correspondem, na sua grande maioria, à corrente lateral, e de forma mais modesta, à corrente terciária.

O fumo da corrente lateral não é semelhante ao da corrente principal. O fumo da corrente lateral é o mais perigoso, pois contém concentrações mais altas dos constituintes da fase gasosa, irritantes e carcinogêneos e constituiu cerca de 80 a 90 % do fumo passivo (Bohadana, 2003, p. 230).

1.5 Principais problemas associados ao tabagismo

O consumo de tabaco é a primeira causa evitável de cancro. O risco de morrer de cancro é 22 superior nos homens fumadores de cigarros e cerca de 12 vezes superior nas mulheres fumadoras, em comparação com os não fumadores na mesma idade e sexo (Nunes, 2006, p.229)

Na folha do tabaco, não submetida a tratamento, é possível identificar dezasseis substâncias químicas classificadas como cancerígenas. Este número aumenta, quando a folha é queimada, para mais de 50 (Nunes, 2006, p.230).

O impacto provocado pelo cancro do pulmão, uma das doenças que mais frequentemente vêm ao pensamento quando se fala de tabaco, poderá ofuscar as restantes consequências do tabagismo, embora também sejam muito relevantes.

O consumo de tabaco aumenta o risco de todos os tipos de cancro do pulmão. Actualmente o tipo histológico mais frequente é o adenocarcinoma, com o aparecimento de cancros mais periféricos, devido a inalação mais profunda do fumo, muito provavelmente em resultado da introdução no mercado de cigarros com menor teor de nicotina, os cigarros chamados de light (Nunes, 2006, p.230).

1.6 Nicotina e mecanismos de dependência

A nicotina é um alcalóide não azotado que se sintetiza nas raízes das plantas do tabaco e emigra até as folhas, onde se deposita. É produzida pela destilação das folhas de tabaco durante a sua combustão e veiculada à superfície de microgotículas de alcatrão (Bohadana, 2003, p. 91).

A absorção da nicotina é influenciada por vários factores, um dos quais o pH que é determinado pela sua forma de produção (Pestana, 2006, p. 63).

A combustão do *blond tobacco* (cigarros), produz um fumo com pH ácido (pH de 5-6), que liberta nicotina ionizada incapaz de atravessar as mucosas, nomeadamente a mucosa oral. A sua absorção é realizada ao nível dos alvéolos.

A combustão do *dark tobacco* produz um fumo de pH neutro ou alcalino (pH de 7-8), que liberta nicotina não ionizada, lipossolúvel e hidrossolúvel, capaz de ser absorvida ao nível das mucosas.

“A nicotina é metabolizada pelo fígado, é oxidada em N-óxido de nicotina e em cotinina pelas enzimas do citocroma P450. A cotinina é excretada directamente pelos rins (20%) ou sofre uma transformação hepática em trans-3-hidroxi-cotinina (80%) antes da sua eliminação urinária. A semi vida da cotinina urinária é de cerca de 16 horas e a sua dosagem permite estimar o consumo de tabaco dos três dias precedentes “(Bohadana, 2004, p. 94)

Segundo Nunes (2006), a nicotina uma vez absorvida atinge o cérebro em menos de dez segundos. A este nível activa os receptores colinérgicos nicotínicos situados no mesencéfalo, levando a produção e libertação de dopamina, através de neurónios axonais, no núcleo accumbens, ou estriado ventral que é uma zona cerebral muito importante na aprendizagem, em particular na atenção e na memória.

A estimulação nicotínica actua também sobre outras áreas cerebrais, como o hipocampo, provocando a melhoria da atenção e da memória, e sobre o córtex pré-frontal, agindo sobre as funções do comportamento social (Nunes, 2006, p.227).

Nos novos utilizadores; a nicotina reduz o tempo de reacção, melhora a atenção e a memória, reduz o stress, a ansiedade e diminui o apetite. No entanto induz tolerância que acontece quando reduz os efeitos inicialmente verificados, o que pode levar a um aumento das doses consumidas (Nunes, 2006, p.227). Pode provocar efeitos adversos como náuseas, vômitos, tonturas, ansiedade, que, com o uso continuado, acaba por desaparecer. Este facto ajuda a explicar o porque de muitos adolescentes que experimentam fumar, não se tornam fumadores regulares.

Em relação à distribuição da nicotina quando o cigarro arde, esta encontra-se 20% na corrente principal, 30% na corrente secundária, 35% na pirólise e 10% na beata, ou seja, quanto o tabaco se queima, destrói-se 35%, liberta-se 55% e na beata ficam cerca de 10% (Ezquerria, 2003, p.20).

1.7 Dependência

O conceito de dependência de uma substância foi introduzido na linguagem médica há várias décadas, no contexto do abuso de opiáceos, mas muitos anos passaram até que a mesma designação fosse aplicada ao tabaco. Em 1988, o Relatório do Ministério da Saúde Americano classificou os hábitos tabágicos como dependência. A Organização Mundial de Saúde, em 1992, designou a dependência da nicotina como doença. Um ano mais tarde a sociedade Americana de Psiquiatria incluiu a dependência da nicotina como perturbação da saúde mental no DSM-IV (Pestana, 2006, p. 62)

A dependência e a abstinência de nicotina podem desenvolver-se com a utilização de todas as formas de tabaco e com medicações prescritas com base de nicotina. A capacidade relativa de estes produtos criarem dependência ou induzirem abstinência está associada à rapidez característica da via de administração (primeiro fumada, em seguida via oral e por fim a via transdérmica) e ao teor de nicotina destas substâncias (American Psychiatric Association, 2004).

De acordo com a ICD-10, a dependência de substâncias contempla seis critérios. A presença de pelo menos 3 desses critérios, de forma repetida no ano anterior, indica a existência de dependência (Nunes, 2006, p.229). Os critérios de dependência são os seguintes:

- Um forte desejo, ou compulsão, para consumir a substância;
- Dificuldade em controlar o consumo, em termos do seu início, do seu termo ou da sua intensidade;
- Síndrome de abstinência;
- Desenvolvimento de tolerância;
- Perda progressiva do interesse por actividades sociais, laborais ou de lazer, devido ao uso da substância, ou aumento do tempo dedicado à sua obtenção ou a sua utilização;
- Persistência do consumo, mesmo quando já existem sintomas evidentes de doença.

1.8 Perturbações pela utilização de nicotina

Segundo a American Psychiatric Association (2004, p. 192), a característica essencial da dependência de substâncias caracteriza-se pelos sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o sujeito continua a utilizar a substância, neste caso o tabaco, apesar dos problemas associados.

A tolerância à nicotina manifesta-se por um efeito mais intenso da nicotina pela primeira vez em que é usada, e pela ausência de náuseas e tonturas com o uso repetido (American Psychiatric Association, 2004).

“A tolerância reside na capacidade de suportar doses cada vez maiores de uma substância sem que se verifiquem efeitos tóxicos graves, ou, do ponto de vista do efeito pretendido, a necessidade de ingerir, inalar ou injectar doses cada vez maiores da substância para atingir o mesmo efeito” (Michel, 2002, p. 4)

A paragem na utilização da nicotina produz uma síndrome de abstinência. Muitos indivíduos utilizam a nicotina para aliviar os sintomas de abstinência. Segundo a American Psychiatric Association 80 % dos sujeitos que fumam expressam o seu desejo em deixar de fumar e 35%

o tentem todos os anos, menos de 5 % conseguem parar de fumar se não forem ajudados (American Psychiatric Association, 2004).

A abstinência de nicotina caracteriza-se pela presença de um síndrome, característica que se desenvolve após a interrupção abrupta ou a redução da utilização de produtos contendo nicotina, após um período prolongado de utilização diária (American Psychiatric Association, 2004).

“A síndrome de abstinência inclui 4 ou mais dos seguintes: Humor disfórico ou deprimido; insônia; irritabilidade; frustração ou raiva; dificuldade de concentração; inquietação ou impaciência; diminuição da frequência cardíaca; e aumento do apetite ou ganho ponderal. Os sintomas de abstinência causam sofrimento clinicamente significativo ou déficit no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes. Os sintomas não deverão ser devidos a um estado físico geral ou outra perturbação mental” (American Psychiatric Association, 2004, p. 265).

Cada fumador sente de forma diferente a ausência de nicotina no seu corpo, bem como as sensações que experimenta durante as tentativas para deixar de fumar.

Segundo Pestana (2006, p.61) o comportamento ambivalente dos fumadores em relação á abstinência tabágica resulta da dependência física da nicotina e da dependência psicológica dos cigarros.

Para Michel (2002, p. 5):

“Existe dependência física quando o organismo se adaptou fisiologicamente ao consumo habitual da substâncias, verificando-se com a interrupção ou diminuição acentuada do consumo os sintomas característicos do síndrome de abstinência específicos da substancia em causa”.

A dependência física da nicotina caracteriza-se pelo síndrome de privação, da qual fazem parte o desejo imperioso para fumar (*craving*) e a sensação de perda, vivida pelo fumador quando é privado do hábito, mesmo que por algumas horas.

A dependência psicológica resulta do prazer de fumar, pela melhoria das funções cognitivas, pela gestão do stress e ainda pela regulação do peso e do apetite.

Geralmente a primeira experiência com o tabaco ocorre na adolescência. Para um iniciante o cigarro é um símbolo de rebeldia, independência e procura de novas sensações. As sensações desagradáveis dos primeiros cigarros são ultrapassadas pelo desejo da imagem ideal. Com a exposição prolongada surge a dependência (Pestana, 2006, p. 62).

1.9 Propriedades neurobiológicas da nicotina

De todos os constituintes do tabaco, a nicotina, é o principal constituinte responsável pela criação de dependência. Todas as tentativas da indústria do tabaco de criarem tabaco sem nicotina, revelou-se num fracasso comercial, o que se concluiu que a nicotina é essencial para a promoção de hábitos tabágicos nos indivíduos (Pestana, 2006, p.65).

O mecanismo de dependência é mediado pelo sistema dopamino-mesocorticolímbico, também designado por sistema de recompensa cerebral. Este sistema é composto pelas vias dopaminérgicas. Quando chega ao cérebro, a nicotina liga-se e estimula os receptores nicotínicos da acetilcolina presentes nos neurónios do sistema de recompensa. A estimulação destes receptores conduz a libertação dos neurotransmissores responsáveis pelas alterações cognitivas, pelas sensações de prazer e recompensa e pelos comportamentos de auto-administração associados ao tabagismo (Pestana, 2006, p. 66).

As concentrações plasmáticas e cerebrais da nicotina, após uma noite de abstinência sofrem uma redução considerável, uma vez que a semi-vida da nicotina é de apenas duas horas. Nesta altura, a maioria dos receptores é capaz de responder a estímulos exógenos da nicotina. Este fenómeno explica que alguns fumadores descrevem o primeiro cigarro do dia como o que provoca mais prazer e conseqüentemente o mais difícil de deixar (Pestana, 2006, p. 67).

Para Bordin (2004, p. 58):

“ A nicotina pode estimular, deprimir ou também perturbar o sistema nervoso central dependendo da dose e da frequência de utilização. Estas acções são mediadas pelos receptores nicotínicos, que estão distribuídos por todo o cérebro e pela coluna vertebral. A nicotina tanto activa como dessensibiliza os receptores nicotínicos. A dessensibilização de receptores cria um mecanismo compensatório, ou seja, ocorre um aumento regulador do número de receptores e, numa próxima ingestão, de nicotina encontrará mais receptores para estimular. Esta dessensibilização pode, portanto, explicar a rápida aquisição de tolerância”.

1.10 Efeitos da nicotina

Uma vez absorvida, a nicotina actua directamente nos diversos órgãos e sistemas que tem receptores nicotínicos da acetilcolina ou, indirectamente através do sistema nervoso central ou periférico (Pestana, 2006, p. 68).

A nível do sistema nervoso central:

- Aumento da vigília, estimulação de funções cognitivas como a memória, a aprendizagem e a capacidade de concentração – resultante da libertação de noradrenalina.
- Propriedades ansiolíticas – acção das endorfinas, do GABA e da serotonina no cérebro.

A nível endócrino:

- Elevação dos níveis plasmáticos de vasopressina, cortisol e β -endorfina;
- Efeito anti-estrogénico, conduzindo à menopausa precoce e aumentando o risco de osteoporose.

A nível cardiovascular:

- Aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, do débito cardíaco e do débito das artérias coronárias.
- Vasoconstrição cutânea, sistémica e aumento do débito sanguíneo muscular.

A tolerância provocada pela nicotina faz com que estes efeitos cardiovasculares deixem de se sentir com a exposição crónica.

Ao nível do metabolismo:

- Aumento do consumo energético através da alteração do metabolismo basal e dos gastos com o exercício físico;
- Alteração do metabolismo lipídico, inibindo a lipogénese e estimulação da lipólise;
- Indução do aumento da secreção de leptina pelo adipócito. Esta proteína está relacionada com a redução do apetite e com a regulação do peso corporal.

1.11 Avaliação da dependência da nicotina

A dependência da nicotina pode ser avaliada com o auxílio de diversos testes. O mais utilizado é o teste de *Fagerstrom*. Foi desenvolvido e introduzido por Karl Fagerström em 1974, como questionário de tolerância de *Fagerstrom* (FTQ). Em 1991, foi realizada a adaptação desse teste, que passou a chamar-se teste de dependência à nicotina.

Este teste é um método quantitativo de avaliação. Ajuda o estabelecimento de um plano de desabituação tabágica, sabendo que os fumadores mais dependentes, cujos resultados são mais elevados, são os mais susceptíveis de beneficiar com uma terapia de substituição nicotínica (Bohadana, 2003, p. 252).

Segundo Borges (2007, p. 159) o teste de *Fagerstrom* mede o nível de dependência em relação à nicotina, através de questões relativas à tolerância, tentativa de controlar o uso de nicotina e ao síndrome de abstinência. Este teste caracteriza a dependência como uma variável contínua, medida através de uma escala de 0 a 10 que permite diferenciar níveis de dependência e assim individualizar a intervenção a realizar, nomeadamente no que respeita à utilização de terapêuticas farmacológicas como a utilização de adesivos de nicotina transdérmicos (Borges, 2007, p. 159)

“Os fumadores que obtêm entre 0 a 4 pontos têm um grau de dependência baixo, pelo que se deixassem de fumar teriam um síndrome de abstinência leve. Segundo Fagerstrom este tipo de fumadores não necessita de terapia farmacológica, apenas de apoio na sua decisão. Uma pontuação acima 7 é geralmente interpretada como sugestiva de um elevado nível de dependência, com sintomas de privação mais graves, maior dificuldade para deixar de fumar e possivelmente uma maior necessidade de acompanhamento médico e farmacoterapêutico” (Borges, 2007, p. 159).

Questões	Respostas e pontuação
1. Quanto tempo após acordar fuma o primeiro cigarro?	<input type="checkbox"/> Nos primeiros 5 minutos 3 <input type="checkbox"/> Entre 6-30 minutos 2 <input type="checkbox"/> Entre 31-60 minutos 1 <input type="checkbox"/> Após 60 minutos 0
2. Acha difícil não fumar em lugares em que é proibido fumar?	<input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 0
3. Qual o cigarro que mais lhe custaria deixar de fumar?	<input type="checkbox"/> O primeiro da manhã 1 <input type="checkbox"/> Qualquer outro 0
4. Quantos cigarros fuma por dia?	<input type="checkbox"/> 31 ou mais 3 <input type="checkbox"/> Entre 21 e 30 2 <input type="checkbox"/> Entre 11 e 20 1 <input type="checkbox"/> 10 ou menos 0
5. Fuma com maior frequência nas primeiras horas após se levantar do que durante o resto do dia?	<input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 0
6. Fuma mesmo que esteja doente e de cama?	<input type="checkbox"/> Sim 1 <input type="checkbox"/> Não 0

Tabela nº1 – Teste de dependência da nicotina de *Fagerstrom*

Fonte: Borges, C. Filho, H. (2007). *Intervenções breves: Tabaco*. 1ª Edição. Lisboa, CLIMEPSI EDITORES.

Em relação aos resultados da soma das 6 questões, é considerada dependência baixa quando a pontuação é inferior a 4, dependência moderada quando os resultados estão entre 4 e 7 e dependência elevada quando a pontuação se situa acima dos 7 pontos (Pestana, 2006).

1.12 Prevenção

Para Pestana (2006, p. 248), prevenção significa “ (...) inibição do desenvolvimento de uma doença antes que ela ocorra, onde se incluem medidas que interrompam ou atrasem a progressão da doença”.

A mesma autora destaca as seguintes medidas preventivas como as mais eficazes:

- Proibir totalmente a publicidade directa e indirecta ao tabaco;
- Obrigatoriedade de haver avisos de advertência nos maços de tabaco;

- Indicação obrigatória nos maços de cigarros dos níveis de alcatrão, nicotina e monóxido de carbono;
- Controlo do contrabando do tabaco;
- Restrições na venda do tabaco;
- Aumento dos preços do tabaco;
- Restrição do consumo de tabaco em determinados locais, tais como, locais de trabalho e locais públicos.

Em relação às estratégias mais eficazes destacam-se:

- Proibição da venda de tabaco a menores;
- Fixação de preços;
- Proibição de fumar em determinados locais;
- Inserir medidas de educação e de informação;
- Organizações de eventos onde esteja implícito o ambiente “livre de fumo”;
- Apoio para as pessoas que queiram deixar de fumar;
- Vigilância epidemiológica.

Leavell e Clark em 1996 (cit. in Pestana, 2006) introduziram a noção de promoção de saúde onde são definidos três níveis de aplicação das medidas preventivas:

- Prevenção primária;
 - Deve ser identificados os grupos de risco e direccionar a prevenção para estes grupos. Neste tipo de prevenção os profissionais de saúde têm um papel importante, fundamentalmente os enfermeiros que devem direccionar os programas de saúde para as escolas, onde se encontram o principal grupo de risco, os adolescentes.
- Prevenção secundária;
 - É direccionada para os fumadores e destina-se a diminuir a prevalência do hábito de fumar. É neste tipo de prevenção que é incluído o aconselhamento médico e o tratamento farmacológico.
- Prevenção terciária;

- Destina-se a fumadores e procura incitar estes a procurarem os meios para se libertarem da adição.

A prevenção do tabagismo cabe principalmente aos profissionais de saúde, fazendo com que o indivíduo e a comunidade adquiram estilos de vida saudáveis.

Os hábitos tabágicos iniciam-se maioritariamente na adolescência, o que explica o adolescente ser o principal alvo das indústrias do tabaco. É evidente que o adolescente conhece os riscos do hábito, mas avaliam mal a rapidez de instalação de dependência.

Alguns estudos realizados em Portugal revelaram que elevadas percentagens de crianças (entre os 35 e os 40%) estavam expostas diariamente ao fumo passivo, pelo facto de os pais ou familiares fumarem em casa (Precioso, 2005). Esta realidade mostra a necessidade de organizar e implementar programas dirigidos, sobretudo, aos pais/mães das crianças, com o objectivo de prevenir esta exposição.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1993), a saúde é um conceito positivo em que implica um “estado completo de bem-estar físico, social e mental e não apenas a ausência de doenças”. Com isto, a Educação para a saúde deve ter como principal finalidade a preservação da saúde individual e colectiva.

Em meio escolar, a educação para a saúde consiste em dotar as crianças e jovens adultos de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a tomar decisões adequadas para a sua saúde.

Segundo Vries (cit. in Precioso 2004), para que as atitudes sejam influenciadas pelos programas de prevenção, é importante que o profissional de saúde, nas suas intervenções de promoção de saúde seja explícito e refira: quais as vantagens de não ser fumador e quais as desvantagens de fumar; os efeitos a curto prazo que obtêm por deixar de fumar, principalmente quando a intervenção é dirigida a adolescentes pois não valorizam tanto os efeitos a longo prazo; apresentar alternativas saudáveis e opções de escolha aos não fumadores para contrariarem a pressão de fumarem; desenvolver capacidades nos não fumadores para que em situações de pressão não optem pelo tabaco.

Para Ezquerria (2003, p. 74), os objectivos para o controlo do tabagismo passa por ser essencial evitar que as crianças e jovens adquiram este hábito. É importante também reduzir a prevalência do tabagismo e proteger o não fumador, assim como minimizar os danos nos fumadores, fazendo com que haja um consumo responsável.

Está comprovado que deixar de fumar, mesmo que seja após muitos anos de tabagismo e independente do estado de saúde, há um aumento de sobrevida e melhoria da qualidade de vida.

1.12.1 Papel do enfermeiro na prevenção do tabagismo

É do conhecimentos dos profissionais de saúde que prevenir é apostar num futuro saudável.

A enfermagem tem um papel privilegiado na promoção de saúde das pessoas, pois o seu contacto caracteriza-se por ser mais duradouro e próximo.

Os enfermeiros representam um importantíssimo grupo profissional que foi reconhecido pelo estado Português em 1998. Desenvolve a sua actividade em diversos contextos, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde diferenciados e nos cuidados de saúde primários. Nos cuidados de saúde diferenciados, os cuidados de enfermagem são direccionados para o tratamento e cura de pessoas, os cuidados de saúde primários têm como objectivo principal a promoção de saúde e prevenção da doença.

Costa (2009, p. 34) diz que:

“ (...) os cuidados de saúde primários estão mais implicados na conquista de ganhos em saúde das populações, conferindo-lhe um carácter particularmente importante como contexto privilegiado à prática da educação para a saúde de forma organizada e sistematizada, pelos profissionais de enfermagem”.

Tones e Tilford (1994) referem que a educação para a saúde pode ser considerada como qualquer actividade que promova a aprendizagem relacionada com a doença ou a saúde. Com isto, o enfermeiro tem maior oportunidade de intervir na prevenção. É importante investir

mais na adolescência já que segundo Bohadana (2003) é maioritariamente nesta faixa etária que o tabagismo se inicia.

Tendo em conta que muitos dos comportamentos relacionados com a preservação da saúde são adquiridos na adolescência, é importante implementar acções de promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco, o mais precocemente possível.

Lledó (2002) diz que os profissionais da saúde têm funções terapêuticas e educativas na luta contra o tabagismo. Têm a função:

- Servir como modelo nos hábitos de vida saudáveis;
- Educadora, informando das consequências e riscos de um consumo regular;
- Terapêutica, ajudando os fumadores a tentar deixar de fumar com conselhos e encaminhamento para consultas de cessação tabágica.
- Crítica social e de sensibilização em campanhas antitabágicas;

A prevenção do tabagismo pode ser realizado em diversas consultas no centro de saúde, como nas consultas de saúde infantil, nas consultas de saúde materna, nas consultas de planeamento familiar, nas consultas de saúde no idoso, etc.

Na consulta de saúde infantil está preconizado a realização de exames globais de saúde. Um dos objectivos dos exames de saúde é estimular a opção por comportamentos saudáveis, entre os quais a prevenção de consumos nocivos. Este objectivo está descrito no programa tipo de Actuação. (DGS, 2005, p. 7).

Entre os 10 e os 18 anos é realizado exames de saúde globais, que acontecem normalmente entre os 11 e os 13, aos 15 e aos 18 anos. Nestes exames devem ser avaliados parâmetros pré estabelecidos neste programa, entre os quais se encontram os consumos nocivos como o consumo de tabaco.

O trabalho realizado com alunos nas escolas, tem como ponto de partida, “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer” para se protegerem, sendo capazes de desenvolver capacidades para interpretar o real e produzir comportamentos saudáveis.

Uma das finalidades do Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2006), é reforçar os factores de protecção relacionados com estilos de vida saudáveis. Este programa visa toda a comunidade educativa com intervenção na população escolar.

Durante as consultas de Saúde Materna também podem ser avaliados estilos de vida e comportamentos, que podem por em risco o feto. É importante que as grávidas estejam informadas sobre os riscos do consumo do tabaco.

Os profissionais de saúde são os melhores transmissores de informação de que o tabaco é uma prática pouco saudável e que deve ser evitada pois trará consequências negativas na saúde, tanto a curto prazo como a longo prazo. Esta mensagem pode ser passada nas consultas de planeamento familiar, pois a conjugação da pílula com o consumo de tabaco aumenta o aparecimento de certas doenças, como as doenças cardiovasculares.

A vontade de deixar de fumar pode ser grande, mas sem um acompanhamento, ajudas e apoios, o sucesso pode não ser alcançado.

A divulgação de informação bem como o aconselhamento sobre como pedir ajuda é um ponto essencial.

Capítulo II – Fase Metodológica

A metodologia é um conjunto de métodos e técnicas que guiam o projecto de investigação, no sentido de atingir determinado objectivo.

A fase metodológica é uma parte fundamental de um projecto de investigação pois consiste num “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, p. 1999).

Nesta fase definiu-se o tipo de estudo, definiu-se a população e a amostra, as variáveis do estudo e método de colheita de dados.

2.1 Tema

O primeiro passo para um trabalho de investigação consiste na definição e limitação do tema. Sendo assim o tema escolhido é: “Hábitos tabágicos: avaliação da dependência da nicotina”- numa amostra da população consumidora de tabaco da Cidade do Porto.

2.2 Tipo de estudo

Quando se investiga um problema, a escolha do tipo de estudo que se vai realizar é fundamental. Para que todos os objectivos sejam atingidos, optou-se por realizar um estudo descritivo-exploratório, uma vez que segundo Fortin (1999, p. 137), “A exploração e descrição dos fenómenos (...) visam denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação”.

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

Em relação à dimensão temporal, o estudo é transversal porque envolve a colecta de dados em um ponto do tempo.

2.2.1 Meio

Para Fortin (1999, p. 132):

“Os estudos conduzidos fora dos laboratórios, tomam o nome de estudos em meio natural, o que significa que eles se efectuam em qualquer parte fora de lugares altamente controlados, como os laboratórios”.

Visto que este estudo foi realizado num estabelecimento comercial de venda de tabaco, podemos afirmar que foi desenvolvido em meio natural.

2.3 Delimitação do Domínio

O problema e delimitação do domínio consiste em formular a questão de investigação e seleccionar e delimitar a área do assunto a ser estudado, tendo em conta as circunstâncias de tempo, espaço e geografia. No que respeita ao tempo, a execução de todas as etapas inerentes a este trabalho estão delimitadas entre Setembro de 2009 e Junho de 2010. A nível espacial está restringido a um local de venda de tabaco na cidade do porto, e a nível geográfico a uma amostra da região norte do país.

2.4 Questões de investigação

Polit e Hungler citados por Fortin (1999), relativamente à formulação de um problema de investigação, referem que:

“O primeiro passo no processo científico é a elaboração de um problema de pesquisa. Uma boa pesquisa depende, em grande parte, de boas indagações (...) Uma pesquisa inicia-se com uma questão que um pesquisador gostaria de responder, ou com um problema que um pesquisador gostaria de solucionar”.

As questões de investigação levantadas para o presente estudo são:

- Quais os hábitos tabágicos dos compradores de tabaco num estabelecimento de venda situado na Cidade do Porto.

- Qual o nível de dependência da nicotina, avaliado pelo teste de *Fagerstrom* dos compradores de tabaco num estabelecimento de venda de tabaco situado na Cidade do Porto.

2.5 Objectivos do estudo

Com a realização deste trabalho de investigação pretende-se atingir os seguintes objectivos:

- Conhecer os hábitos tabágicos de uma amostra de pessoas consumidores de tabaco.
- Conhecer o nível de dependência da nicotina de uma amostra de pessoas consumidoras de tabaco.

2.6 População

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

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

Assim, a população alvo deste estudo são os fumadores.

Neste estudo apenas foram incluídos os fumadores que recorreram a um local de venda de tabaco, no dia 15 e 16 de Março de 2010.

2.6.1 Amostra

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

A amostra a estudar foi constituída por um grupo de 60 fumadores que recorreram a um posto de venda de tabaco nos dias 15 e 16 de Março de 2010.

2.6.2 Processo de amostragem

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

O tipo de amostragem é a acidental que é definida segundo Fortin (1999, p. 208):

“ (...) formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, (...) os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado ”

2.7 Variáveis do estudo

Fortin (1999, p. 216) diz:

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

Fortin (2003, p.37) define que a variável dependente “é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente.”

As variáveis dependentes neste estudo são os hábitos tabágicos e a avaliação da dependência da nicotina da amostra em estudo.

Como preconiza Fortin (2007, p. 37), as variáveis atributo são (...) características dos sujeitos em estudo (...) serve para traçar um perfil das características dos sujeitos da amostra.”

As variáveis atributo neste estudo são a idade, o sexo e a proveniência.

2.8 Questões éticas

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

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

Direito à autodeterminação

Fortin (1999, p. 116):

“O direito à autodeterminação baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino”.

Foi explicado aos participantes no estudo o seu direito de decidir livremente sobre a sua participação ou não na investigação.

Direito à intimidade

“ O direito à intimidade faz referência à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação, e a determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas” (Fortin, 1999, p. 116).

Este direito foi respeitado dado que os participantes não foram obrigados a responder a todas as questões, apesar de ser desejável que o faça.

Direito ao anonimato e a confidencialidade

Segundo Fortin (1999, p. 117):

“O direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo investigador. Os resultados devem ser apresentados de tal forma que nenhum dos participantes no estudo possa ser reconhecido nem pelo investigador, nem pelo leitor do relatório de investigação”.

Todos os dados que possam eventualmente levar à identificação dos inquiridos foram desde o início ocultados por estes. Para tal, foram solicitados que não se identificassem de forma implícita em local algum do documento, pois este não contém qualquer item que o exija.

Direito à protecção contra o desconforto e prejuízo

Segundo Fortin (1999, p. 118):

“ o direito à protecção contra o desconforto e prejuízo corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem”

O questionário foi, apenas e só, para uso neste estudo, não sendo as informações nele contidas utilizadas para qualquer outro fim.

Direito a um tratamento justo e leal

Segundo Fortin (1999, p. 119):

“o direito a um tratamento justo e leal refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, para a qual é solicitada a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo”.

Antes do preenchimento do questionário todos os intervenientes foram devidamente informados e esclarecidos sobre o seu propósito, bem como sobre os métodos utilizados, e o término previsto da investigação em curso.

2.9 Instrumento de colheita de dados

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

Tendo em conta as características deste estudo e da população, o instrumento que melhor se adequa é o questionário (anexo I).

O questionário é constituído por 3 partes: a primeira parte corresponde à caracterização sociodemográfica da amostra, a segunda parte, caracterização dos hábitos tabágicos e contém 9 perguntas, sendo uma delas de resposta aberta. Na terceira parte foi utilizado o teste de *Fagerstrom*, teste utilizado nas consultas de cessação tabágica, para avaliar a dependência da nicotina e contém 6 questões. Em cada resposta é atribuída um *score*, que passamos a descrever a sua operacionalização: à questão (questão nº 13) “Quantos cigarros fuma habitualmente por dia”, existem 4 opções de resposta: 31 ou mais, pontuada com 3 pontos; Entre 21 e 30, pontuada com 2 pontos; Entre 11 a 20, pontuada com 1 ponto e 10 ou menos, pontuada com 0 pontos. Na Questão 14, “Quanto tempo após acordar fuma o 1º cigarro”, existem 4 opções de resposta: Nos primeiros cinco minutos, pontuada com 3 pontos; Entre 6 a 30 minutos, pontuada com 2 pontos; Entre 31 a 60 minutos, pontuada com 1 ponto e após 60 minutos, pontuada com 0 pontos. Na Questão 15, em que se pergunta “ Tem dificuldade em não fumar em locais em que é proibido”, existem 2 opções de resposta: Sim, pontuada com 1 ponto e não, pontuada com 0 pontos. Relativamente à questão 16, em que se pergunta “Qual o cigarro que mais lhe custa deixar”, existem duas opções de resposta: o primeiro da manha, pontuada com 1 ponto e qualquer outro, pontuada com 0 pontos. Quanto à questão 17, em que é perguntado se “Fuma mais nas primeiras horas após acordar que no resto do dia” existem duas opções de resposta: Sim, pontuada com 1 ponto e não, pontuada com 0 pontos. Por fim na questão 18, em que é perguntado “Fuma mesmo quando está doente e de cama”, existem duas opções de resposta: Sim, pontuada com 1 ponto e não, pontuada com 0 pontos.

Após a soma das 6 questões do teste de Fagerstrom é somada a pontuação de cada questão que dá origem a um valor que varia ente o *score* de dez e zero.

Segundo Pestana (2006, p. 132), pontuação menor que 4 é considerado uma dependência baixa, pontuação entre 4 e 7 dependência moderada e pontuação maior que 7 dependência elevada.

2.10 Pré-teste

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

Deste modo, os questionários foram aplicados a nove fumadores que adquiriram tabaco no estabelecimento comercial, e não integraram a amostra em estudo.

A realização do questionário foi bastante pertinente, na medida em que, no momento da realização dos questionários, detectou-se dificuldade, por parte dos inquiridos, na resposta à pergunta nº10. Foi acrescentada a opção nenhuma, por se detectar que os inquiridos quando não apresentavam nenhuma alteração, não tinham essa hipótese para assinalar.

2.11 Tratamento e análise dos dados

Para o tratamento de dados foi utilizado o programa Excel, pois trata-se de um estudo quantitativo.

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

Capítulo III – Fase Empírica

O presente trabalho de investigação está direccionado para o conhecimento dos hábitos tabágicos: avaliação da dependência da nicotina e perante a metodologia utilizada, tentou-se apresentar, descrever e analisar os dados colhidos no sentido de atingir os objectivos propostos.

Após a colheita de dados procedeu-se ao seu tratamento e análise, através da análise estatística, utilizando os procedimentos da estatística descritiva, frequências absolutas, medidas de tendência central (média e a mediana) e as medidas de dispersão (desvio padrão), utilizando o programa *EXCEL Windows 2007*. A apresentação será efectuada através do recurso a gráficos e tabelas.

Segundo Fortin (2003, p. 45):

“ A análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do objecto de estudo segundo se trata de explorar ou descrever os fenómenos, ou de verificar relações entre variáveis”.

Os resultados serão apresentados conforme a ordem do questionário, pelo que se encontra dividido em três partes.

A amostra do estudo é constituída por 60 fumadores, que adquiriram tabaco num estabelecimento de venda do produto, na cidade do porto, nos dias 15 e 16 de Março de 2010.

3.1 Análise dos resultados

Parte I - Caracterização sociodemográfica da amostra

1. Idade

Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo a idade.

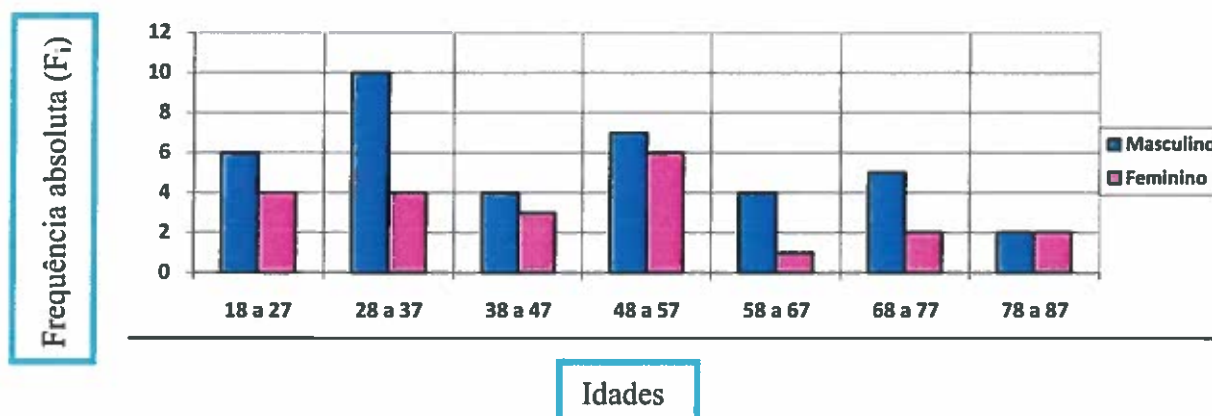


Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo a idade.

IDADES	Frequência Absoluta (Fi)		Total	Porcentagem (%)		Total Porcentagem
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	
18 - 27	6	4	10	10%	6,6%	16,6%
28 - 37	10	4	14	16,6%	6,6%	23,2%
38 - 47	4	3	7	6,6%	5,0%	11,6%
48 - 57	7	6	13	11,6%	10%	21,6%
58 - 67	4	1	5	6,6%	1,6%	8,2%
68 - 77	5	2	7	8,3%	3,3%	11,6%
78 - 87	2	2	4	3,3%	3,3%	6,6%
Total	38	22	60	63,6%	36,4%	100%

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo a variável idade.

	Média	Desvio padrão	Moda	Mediana
Masculino	46,1	18,2	54	45
Feminino	47	18,5	52	47
Total	46,6	18.6	42	45

No Gráfico 2 e na Tabela 2 está representada a distribuição da amostra segundo intervalos de idades. Os inquiridos tem idades compreendidas entre os 18 e os 87 anos.

Constata-se que o valor percentual mais elevado está situado no intervalo de idades 28 a 37 anos do sexo masculino, correspondendo a 16,6% da amostra. No sexo feminino o valor percentual mais elevado situa-se no intervalo de idades de 48 a 57 anos, correspondendo a 10% da amostra.

Pode verificar-se também que o intervalo de idades de 78 a 87 é o que tem menos fumadores do sexo masculino (3,3%) e o intervalo de idades de 58 a 67 é o que comporta menos fumadoras do sexo feminino (1,6%).

A média de idades é 46,6 anos e o desvio padrão corresponde a 18,2. A idade mediana dos inquiridos é de 45 anos, tendo-se obtido como moda, 42 anos (Tabela 3).

2. Sexo

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo o sexo.

Sexo	Frequência Absoluta (F_i)	Percentagem (%)
FEMININO	22	36,6%
MASCULINO	38	63,3%
TOTAL	60	100%

Na Tabela 4 verifica-se a distribuição dos inquiridos por sexo, sendo que 38 dos inquiridos são do sexo masculino, correspondendo a 63,3% da amostra, e 22 inquiridos são do sexo feminino, correspondendo a 36,6% da amostra.

3. Proveniência.

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo a proveniência.

Proveniência	Frequência (F_i)	Percentagem (%)
Meio rural	12	20%
Meio Urbano	48	80%

Como se pode observar na Tabela 5, em relação à variável “proveniência”, os inquiridos da nossa amostra são maioritariamente de proveniência urbana (80%). O restante da amostra tem proveniência rural (20%).

Parte II – Hábitos tabágicos

Procede-se a análise das questões aplicadas sobre os hábitos tabágicos.

4. Idade com que fumaram o 1º cigarro

Tabela 6 – Distribuição da amostra segundo a idade que fumou o 1º cigarro.

Idades	Nº de pessoas Frequência (F _i)		Total	Total %
	Masculino	Feminino		
10	1	0	1	1,66%
11	1	1	2	3,32%
13	8	6	14	23,3%
14	5	3	8	13,3%
15	7	2	9	14,9%
16	8	4	12	19,9%
17	2	2	4	6,66%
18	2	1	3	4,99%
19	1	0	1	1,66%
20	0	1	1	1,66%
22	1	0	1	1,66%
23	0	1	1	1,66%
26	0	1	1	1,66%
27	1	0	1	1,66%
30	0	1	1	1,66%
Total	38	22	60	100%

Relativamente à questão “com que idade fumou o primeiro cigarro”, verifica-se que a grande maioria respondeu entre os 13 e os 16 anos, tanto no sexo feminino como no sexo masculino. Ou seja, 23,3% da amostra fumou o 1º cigarro aos 13 anos, 13,3% aos 14 anos, 14,9% aos 15 anos e 19,9% aos 16 anos. (Tabela 6).

5. Com que idade começaram a fumar regularmente.

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo a idade que começaram a fumar regularmente.

Idades	Masculino		Feminino		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
13	2	3,3	0	0	2	3,3
14	5	8,3	3	5	8	13,3
15	4	6,6	2	3,3	6	9,9
16	6	10	4	6,6	10	16,6
17	6	10	5	8,3	11	18,3
18	5	8,3	1	1,6	6	9,9
19	1	1,6	2	3,3	3	4,9
20	2	3,3	2	3,3	4	6,6
21	2	3,3	0	0	2	3,3
22	3	5	0	0	3	5
23	0	0	1	1,6	1	1,6
24	1	1,6	0	0	1	1,6
26	0	0	1	1,6	1	1,6
27	1	1,6	0	0	1	1,6
32	0	0	1	1,6	1	1,6
Total	38	62,9	22	36,2	60	100

Em análise à Tabela 7 verifica-se que 8 dos inquiridos, correspondente a 13,3%, começou a fumar regularmente aos 14 anos. Seis dos inquiridos, correspondente a 9,9% da amostra respondem aos 15 anos. Dez dos inquiridos, 16,6% da amostra, responderam 16 anos. Onze dos inquiridos, 18,3%, responderam 17 anos e 6 dos inquiridos, correspondente a 9,9%, responderam 18 anos. Este intervalo de idades referidas (14 a 18) corresponde a 68 % da amostra.

6. Quantos cigarros fumam diariamente.

Tabela nº 8 – Distribuição da amostra segundo o nº de cigarros que fuma por dia.

Nº de cigarros	Masculino		Feminino		Total	
	F _i	%	F _i	%	F _i	%
0 - 5	14	23,3	7	11,6	21	34,9
6 - 10	8	13,3	5	8,3	13	21,6
11 - 15	5	8,3	4	6,6	9	14,9
16 - 20	4	6,6	5	8,3	9	14,9
21 - 25	3	5	0	0	3	5
26 - 30	2	3,3	1	1,6	3	4,9
31 - 36	1	1,6	0	0	1	1,6
36 - 40	1	1,6	0	0	1	1,6
Total	38	63,4	22	36,4	60	100

Como se observa na Tabela 8, 14 pessoas (23,3%) do sexo masculino fumam em média, diariamente 0 a 5 cigarros, reunindo o maior número de pessoas neste intervalo. O mesmo acontece em relação ao sexo feminino com 7 fumadoras (11,6%). No intervalo de 6 a 10 cigarros fumados por dia, encontra-se 8 fumadores (13,3%) do sexo masculino e 5 fumadoras (8,3) do sexo feminino. No intervalo 11 a 15 cigarros fumados diariamente, encontra-se 5 inquiridos (8,3%) do sexo masculino e 4 inquiridos (6,6%) do sexo feminino. No intervalo 16 a 20 cigarros fumados diariamente, encontra-se 4 inquiridos (6,6%) do sexo masculino e 5 inquiridas (8,3%) do sexo feminino.

Em análise à restante Tabela, 3 dos inquiridos (5%) do sexo masculino dizem fumar entre 21 a 25 cigarros. Dois inquiridos (3,3%) do sexo masculino e uma inquirida (1,6%) do sexo feminino dizem fumar entre 26 a 30 cigarros e 2 dos inquiridos (3,3%) do sexo masculino dizem fumar entre 31 a 40 cigarros. Verifica-se, a existência de maior consumo do número de cigarros na amostra do sexo masculino do que do sexo feminino.

Em análise geral, metade da amostra (56,5%) fuma em média menos de dez cigarros por dia, 29,8 % entre 11 a 20 cigarros e 13,7% da amostra fuma entre 20 a 40 cigarros diariamente.

7.1 Tentar deixar de fumar.

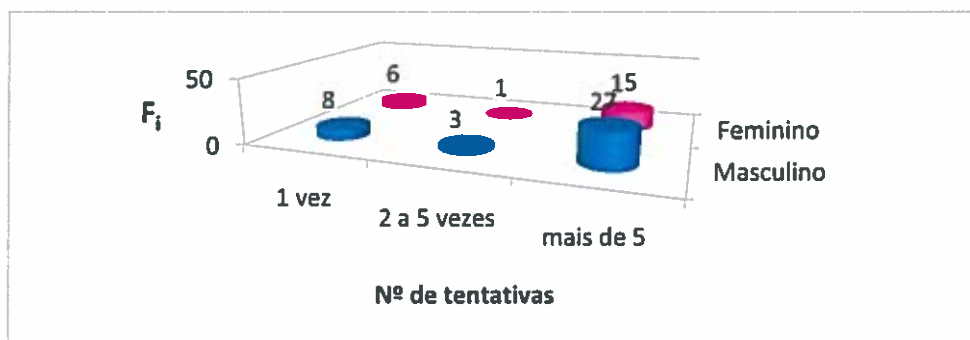
Tabela 9 - Distribuição da amostra sobre a tentativa ou não de deixar de fumar.

	Feminino		Masculino		Total
	Fi	%	Fi	%	%
Tentou deixar de fumar	22	36,6	38	63,3	100
Não tentou deixar de fumar	0	0	0	0	0

Em análise a Tabela 9 verifica-se que a totalidade da amostra tentou alguma vez deixar de fumar.

7.2 Número de tentativas para deixar de fumar.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo o número de tentativas para deixar de fumar.



Como se verifica no Gráfico 3, 27 (45%) dos inquiridos do sexo masculino tentaram deixar de fumar mais que 5 vezes. Em relação ao sexo feminino, 15 (22%) já tentaram deixar de fumar mais de 5 vezes.

Em relação à resposta “2 a 5 vezes”, responderam 3 inquiridos (5%) do sexo masculino e 1 inquirida (1,6%) do sexo feminino. A resposta “uma vez” foi respondida por 8 inquiridos (13,3%) do sexo masculino e 6 inquiridas (10%) do sexo feminino.

8. Utilização de algum método para deixar de fumar.

Tabela nº 10 – Distribuição da amostra segundo a utilização ou não de algum método farmacológico para deixar de fumar.

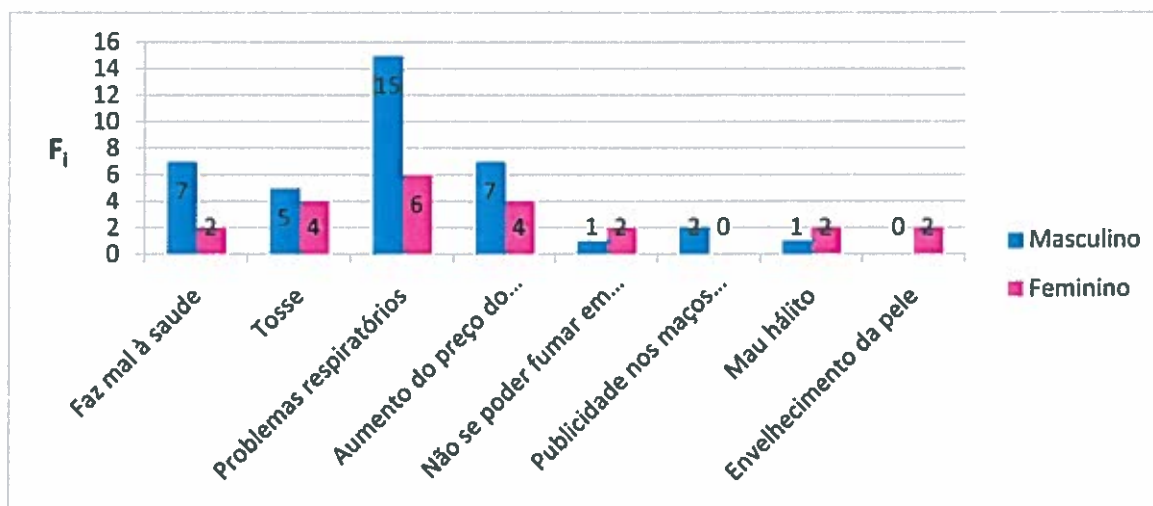
Método para deixar de fumar	Não	%	Sim	%	Total
Masculino	31	51,7%	7	11,7%	63,4
Feminino	20	33,3%	2	3,3%	36,6
Total	51	85%	9	15%	100%

Como se observa na Tabela 10, verifica-se que 31 inquiridos do sexo masculino (51,7%) não utilizaram nenhum método farmacológico para deixar de fumar. Em relação ao sexo feminino, 20 (33,3%) das inquiridas, dizem não ter utilizado nenhum método farmacológico.

Em contrapartida, 7 inquiridos do sexo masculino (11,7%) e 2 inquiridas do sexo feminino (3,3%), dizem ter utilizado algum método farmacológico para deixar de fumar.

9. Razão para deixar de fumar.

Gráfico 4- Distribuição da amostra segundo a razão pela qual tentou deixar de fumar



Em análise ao Gráfico 4 verifica-se que 15 inquiridos do sexo masculino (25%) e 6 inquiridas do sexo feminino (10%) referem problemas respiratórios como razão para deixar de fumar, sendo a razão mais referida. De seguida destaca-se a resposta faz mal á saúde, com 7 inquiridos do sexo masculino (11,6%) e 2 inquiridas do sexo feminino (3,3%), e aumento do preço do tabaco correspondente a 7 inquiridos do sexo masculino (11,6%) e 4 inquiridas do sexo feminino (6,6%).

10. Alterações quando deixam de fumar.

Tabela 11 – Distribuição da amostra segundo as alterações que nota quando pára de fumar.

Alterações	Masculino	Feminino	Total
	F _i	F _i	F _i
Nenhuma	2	0	2
Ansiedade	13	3	16
Irritação	12	7	19
Frustração	4	2	6
Fúria	0	0	0
Dificuldade em concentrar-se	2	1	3
Aumento de apetite	27	19	46
Aumento de peso	27	18	45
Desassossego	3	7	10
Compulsão em fumar	34	15	49
Depressão	26	12	38
Total	150	84	234

Dos elementos da amostra do sexo masculino, e tendo em conta que poderiam assinalar mais de uma opção, verifica-se pela análise da Tabela 11, que obteve-se 34 respostas no item “compulsão em fumar”, 27 “aumento de peso” e “aumento de apetite”, respectivamente, 26 assinalam “depressão”, 13 “ansiedade”, 12 “irritação”, 4 “frustração”, 3 “desassossego” e 2 referem “dificuldade em concentrar-se”, assim como, obteve-se duas resposta na opção “não notar nenhuma alteração”.

Dos elementos do sexo feminino, e tendo em conta que poderiam assinalar mais que uma opção, constata-se pela análise da Tabela 11, que se obteve 19 respostas no item “aumento do apetite”, 18 “aumento de peso”, 15 “compulsão em fumar”, 12 “depressão”, 7 “irritação e desassossego”, 3 “ansiedade”, 2 “frustração” e 1 “ dificuldade em concentrar-se”.

11. Quem fuma à sua volta.

Tabela 12 – Distribuição da amostra segundo se alguém fuma à sua volta.

	Masculino		Feminino		Total
	F _i	%	F _i	%	%
Casa	15	35%	9	15%	50%
Emprego	19	31,7%	5	8,3%	40%
Amigos	31	51%	7	11,7%	62,7%

Como se observa na Tabela 12, 50% das respostas referem que em sua casa fumam, 40% das respostas referem que fumam no seu emprego e 62,7 % referem que o seu grupo de amigos fuma.

12. Fumar outro tipo de tabaco. Qual o outro tipo de tabaco.

Tabela 13 – Distribuição da amostra segundo se fumam outro tipo de tabaco.

	Masculino		Feminino		Total
	Fi	%	Fi	%	%
Sim	10	16,7	0	0	16,7
Não	28	46,6	22	36,6	83,3

Em análise à Tabela 13, 10 inquiridos (16,7%) fuma outro tipo de tabaco, correspondendo exclusivamente ao sexo masculino. Em relação à questão “não fuma outro tipo de tabaco”, responderam 28 inquiridos (46,6%) do sexo masculino, e a totalidade da amostra do sexo feminino (36,6%).

Tabela 14 – Distribuição da amostra segundo qual o outro tipo de tabaco que fumam.

	Masculino		Feminino		Total
	Fi	%	Fi	%	%
Charutos	5	8,3	0	0	8,3
Cigarrilhas	3	5	0	0	5
Cachimbo	2	3,3	0	0	3,3
Outro	0	0	0	0	0

Como se observa na Tabela 14, apenas 5 inquiridos (8,3%) do sexo masculino dizem fumar charutos, 3 inquiridos (5%) respondem cigarrilhas e 2 inquiridos (3,3%) respondem cachimbo.

Parte III – Avaliação da dependência da nicotinaAvaliação segundo teste de *Fagerstrom***13. Número de cigarros que fuma por dia.****Tabela 15 – Distribuição da amostra segundo o número de cigarros que fuma diariamente.**

Nº cigarros que fuma diariamente	Masculino		Feminino		Total
	F _i	%	F _i	%	
Pontuação 0 10 Ou menos	22	36,6%	12	20%	56,6%
Pontuação 1 11 A 20	9	15%	9	15%	30%
Pontuação 2 21 A 30	5	8,33%	1	1,6%	9,93%
Pontuação 3 31 Ou mais	2	3,33%	0	0%	3,33%
Total	38	63,3%	22	36,6%	100%

Segundo a Tabela 15 verifica-se que na pontuação 0, que corresponde a fumar 10 ou menos cigarros, encontra-se 22 fumadores (36,6%) do sexo masculino e 12 fumadoras (20%) do sexo feminino. Na pontuação 1 que corresponde a fumar 11 a 20 cigarros, encontra-se 9 fumadores (15%) do sexo masculino e 9 fumadoras (15%) do sexo feminino. Na pontuação 2 que corresponde a fumar 21 a 30 cigarros, encontra-se 5 fumadores (8,3%) do sexo masculino e 1 fumadora (1,6%) do sexo feminino. Na pontuação 3, que corresponde a fumar mais de 31 cigarros, encontra-se 2 fumadores (3,3%) do sexo masculino e nenhuma fumadora do sexo feminino.

14. Tempo após acordar fuma o primeiro cigarro.

Tabela 16 – Distribuição da amostra segundo o tempo após acordar que fuma o 1º cigarro.

Tempo após acordar fuma o 1º cigarro	Masculino		Feminino		Total %
	F _i	%	F _i	%	
Pontuação 0 31 Ou mais	26	43,3%	17	28,3%	71,6%
Pontuação 2 6 A 30	6	10%	1	1,6%	11,6%
Pontuação 3 Primeiros 5	6	10%	4	6,6%	16,6%
Total	38	63,3%	22	36,5	100%

Em análise a Tabela 16 verifica-se que na pontuação 0, que corresponde a 31 ou mais minutos encontra-se 26 fumadores (43,3%) do sexo masculino e 17 fumadoras (28,3%) do sexo feminino. Na pontuação 2 que corresponde a 6 a 30 minutos, encontra-se 6 fumadores (10%) do sexo masculino e 1 fumadora (1,6%) do sexo feminino. Na pontuação 3 que corresponde aos primeiros 30 minutos, encontra-se 6 fumadores (10%) do sexo masculino e 4 fumadoras (6,6%) do sexo masculino

15. Dificuldade em não fumar nos locais em que é proibido.

Tabela 17 – Distribuição da amostra segundo se tem dificuldade em não fumar em locais em que é proibido.

	Masculino		Feminino		Total %
	F _i	%	F _i	%	
Pontuação 0 Não	26	43,3%	16	26,6%	69,9%
Pontuação 1 Sim	12	20%	6	10%	30%
Total	38	63,3%	22	36,6%	100%

Como se observa na Tabela 17, na pontuação 0 que corresponde a não ter dificuldade em não fumar em locais que é proibido, encontram-se 26 fumadores (43,3%) do sexo masculino e 16 fumadoras (26,6%) do sexo feminino. Na pontuação 1 que corresponde a ter dificuldade em não fumar em locais que é proibido, encontra-se 12 fumadores (20%) do sexo masculino e 6 fumadoras (10%) do sexo feminino.

16. Cigarro que mais custa deixar de fumar.

Tabela 18 – Distribuição da amostra segundo o cigarro que mais custa deixar.

	Masculino F _i	%	Feminino F _i	%	Total %
Pontuação 0 Outro	32	53,3%	19	31,6%	84,9
Pontuação 1 Primeiro da manha	6	10%	3	5%	15%
Total	38	63,3%	22	36,6%	100%

Como se observa na Tabela 18, na pontuação 1, que corresponde ao primeiro cigarro da manhã, encontra-se 6 fumadores (10%) do sexo masculino e 3 fumadoras (5%) do sexo feminino. Na pontuação 0 que corresponde a outro cigarro, encontra-se 32 fumadores (53,3%) do sexo masculino e 19 fumadoras (31,6%) do sexo feminino.

17. Fuma mais nas primeiras horas após acordar que no resto do dia.

Tabela 19 – Distribuição da amostra segundo se fuma mais após acordar que no resto do dia.

	Masculino F _i	%	Feminino F _i	%	Total %
Pontuação 0 Não	29	48,3%	18	30%	78,3%
Pontuação 1 Sim	9	15%	4	6,6%	21,6%
Total	38	63,3%	22	36,6%	100%

Como se observa na Tabela 19 a pontuação 0 que corresponde à resposta “não fumar mais após acordar que no resto do dia”, encontra-se 29 fumadores (48,3%) do sexo masculino e 18 fumadoras (30%) do sexo feminino. Na pontuação 1, que corresponde à resposta “sim”, encontra-se 9 fumadores (15%) do sexo masculino e 4 fumadoras (6,6%) do sexo feminino.

18. Fumar mesmo quando está doente e de cama.

Tabela 20 – Distribuição da amostra segundo se fuma mesmo quando está doente e de cama.

	Masculino		Feminino		Total
	F _i	%	F _i	%	%
Pontuação 0					
Não	30	50%	20	33,3%	83,3%
Pontuação 1					
Sim	8	13,3%	2	3,3%	16,6%
Total	38	63,3%	22	33,6%	100%

Como se observa na Tabela 20, na pontuação 0 que corresponde à resposta não fuma quando está doente e de cama, encontra-se 30 fumadores (50%) do sexo masculino e 20 fumadoras (33,3%) do sexo feminino. Na pontuação 1, que corresponde à resposta sim, encontra-se 8 fumadores (13,3) do sexo masculino e 2 fumadoras (3,3%) do sexo feminino.

Somatório da pontuação**Tabela 21** – Distribuição da amostra segundo o somatório da pontuação do teste de *Fagerstrom*.

	Masculino		Feminino		Total
	F _i	%	F _i	%	
Pontuação menor que 4	31	51,6	18	30	81,6
Pontuação 4 a 7	7	11,6	4	6,6	18,2
Pontuação maior que 7	0	0	0	0	0
Total	38	63,2	22	36,6	100

Como se observa na Tabela 21, 81% dos inquiridos tem pontuação menor que 4, sendo classificados segundo o teste de *Fagerstrom* com dependência leve, 18,2% dos inquiridos pontuação entre 4 e 7 correspondente a dependência moderada e 0% da amostra apresenta pontuação maior que 7 correspondente a dependência elevada.

3.2 Discussão dos resultados

Neste subcapítulo vão ser discutidos resultados obtidos neste estudo. Vão também ser referidos aspectos importantes de outros autores pertinentes para este estudo.

A amostra do estudo tem idades compreendidas entre os 18 e os 87 anos, com média de idades de 46,6 anos, desvio padrão de 18,6, moda de 42 e mediana de 45.

Por volta da década de 70 o número de fumadores do sexo masculino era bastante superior aos fumadores do sexo feminino. Actualmente a diferença entre os dois géneros já não é tão visível, bem como a quantidade de tabaco fumado.

Pestana (2006, p. 202) refere que o número de homens fumadores tende a igualar-se ao número de mulheres fumadoras nos próximos anos. Neste estudo verifica-se que há predomínio do sexo masculino com 63,3% dos inquiridos, sobre os 36,6% do sexo feminino.

A amostra do nosso estudo é maioritariamente de origem urbana. É corroborado por diversos autores que referem que a proveniência urbana é um ponto facilitador no começo do hábito de fumar. A maior facilidade de adquirir o produto nas áreas urbanas e a maior quantidade de fumadores nestas áreas, são dois pontos que dificultam a prevenção.

Por outro lado, segundo Ezquerro (2003, p. 79), a falta de informação sobre os malefícios do tabagismo é mais evidente em ambiente rural. Num estudo referido por Fraga (2005) encontra-se uma proporção de fumadores menor no meio rural do que no meio urbano.

Em relação à pergunta relacionada com a idade em que os inquiridos fumaram o 1º cigarro, a maioria dos fumadores respondeu entre os 13 e os 16 anos. Verifica-se, na análise dos resultados que 23,3% da amostra fumou o 1º cigarro aos 13 anos, sendo esta idade em que se efectua o exame global de saúde. É importante nestas consultas fornecer informação sobre os malefícios do tabaco e promover estilos de vida saudáveis.

O consumo regular de tabaco na nossa amostra acontece maioritariamente entre os 14 e os 18 anos.

Estes resultados confirmam o que foi encontrado na literatura. Como refere Pestana (2006, p.195) é na adolescência que acontece o primeiro contacto com o tabaco, normalmente por volta dos 15 anos. Segundo Fraga (2005), a idade de início de consumo de tabaco pode ser um factor determinante para o consumo regular. Deve ser nesta idade que os profissionais de saúde devem investir na prevenção do tabagismo, fazendo com que estes consumos sejam apenas esporádicos, e não evoluam para um consumo regular.

Na consulta de saúde infantil está preconizado a realização de exames globais de saúde. Um dos objectivos dos exames de saúde é estimular a opção por comportamentos saudáveis, a prevenção de consumos nocivos, entre os quais a prevenção de tabagismo. Este objectivo está descrito no programa tipo de Actuação de vigilância de Saúde Infantil e Juvenil. (DGS, 2005, p. 7). As idades chave relevantes de vigilância de saúde preconizadas neste programa referido anteriormente, bem como no Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2006), são coincidentes com a idade do consumo do 1º cigarro. Compete aos profissionais de saúde e principalmente aos enfermeiros, desenvolverem nas suas consultas intervenções com o objectivo de prevenirem o início desse consumo, bem como programas de educação para a saúde junto dos grupos destas faixas etárias.

Pestana (2005, p.195), diz que a transição de um fumador ocasional para um fumador regular acontece entre os 13 e os 18 anos.

Bohadana (2003) diz que as modificações dos hábitos tabágicos só estão relacionados com a idade no que diz respeito a passagem de um consumo esporádico para um consumo regular.

Para Bohadana (2003), o consumo de tabaco aumenta com a idade e duplica entre os 14 e os 17 anos.

Em relação ao número de cigarros que a amostra fuma diariamente, 56% dos fumadores diz fumar até dez cigarros, 30% diz fumar entre 10 a 20 cigarros e os restantes diz fumar entre 20 a 40 cigarros.

Quando é perguntado aos fumadores se alguma vez tentaram deixar de fumar, 100% dos inquiridos responde que sim, e 67% responde ter tentado mais de cinco vezes.

Pode concluir-se com estes resultados que os fumadores querem deixar de fumar mas sozinhos não conseguem. Estes fumadores deviam ser aconselhados a procurar apoio e ajuda, para assim, aumentar a sucesso da tentativa.

Na totalidade da amostra, apenas 15 % diz ter utilizado algum método farmacológico para deixar de fumar. Segundo Paula Pamplona (cit. in Pestana, 2006, p. 101), o aconselhamento em combinação com a farmacoterapia é o método mais eficaz para deixar de fumar. A farmacoterapia poderá duplicar o sucesso das intervenções.

A paragem na utilização da nicotina produz uma síndrome de abstinência. Muitos indivíduos utilizam a nicotina para aliviar os sintomas de abstinência. Segundo a American Psychiatric Association 80 % dos sujeitos que fumam expressam o seu desejo em deixar de fumar e 35% tentam todos os anos. Se não forem ajudados a parar de fumar, apenas 5 % o conseguem (American Psychiatric Association, 2004).

Observa-se que grande parte da amostra indica o aumento de peso e o aumento de apetite como alteração que nota quando pára de fumar. É de conhecimento que o tabaco tem um efeito anorexigénico (elimina a fome). Após deixar de fumar este efeito desaparece e provoca uma sensação de fome e uma necessidade de comer mais vezes. Para evitar um ganho de peso é importante que seja aconselhada uma dieta equilibrada e variada, bem como praticar exercício físico.

Pestana (2006, p. 72):

“Os sintomas resultantes da abstinência tabágica são múltiplos, variáveis de fumador para fumador nas diferentes tentativas de desabitação tabágica. Os sintomas incluem o desejo imperioso de fumar (craving), irritabilidade, inquietação, sonolência, ansiedade, depressão, dificuldade de concentração, aumento do apetite e peso (...)”.

Podemos concluir que todas as pessoas são diferentes e cada fumador sente de diferente maneira a ausência da nicotina. As sensações que experimenta quando deixa de fumar serão igualmente diferentes.

Para Pestana (2006, p. 63):

“ (...) os factores ambientais tais como o tabagismo entre os colegas, amigos, pais e figuras de referência, a publicidade e o baixo nível educacional, são decisivos na iniciação, mas também na manutenção dos hábitos tabágicos.”

Na totalidade da amostra alguém próximo tem hábitos tabágicos, o que é um factor que pode levar ao insucesso da desabituação tabágica.

Na amostra, 5 inquiridos (8,3%) dizem fumar charutos. Estes consumidores geralmente inalam menos fumo do tabaco, visto que a nicotina se encontra habitualmente na forma alcalina, sendo facilmente absorvida na mucosa oral.

Após análise das 6 questões do teste de *Fagerstrom* em cada um dos inquiridos verificou-se que em relação ao número de cigarros fumados por dia, 56% dos inquiridos fuma menos de 10 cigarros por dia, e 30% diz fumar entre 10 a 20 cigarros por dia.

A maioria dos inquiridos (71,6%) diz fumar o 1º cigarro após 31 minutos de acordar e apenas 15 % refere que o cigarro que mais lhe custa deixar é o primeiro da manhã.

As concentrações plasmáticas e cerebrais da nicotina, após uma noite de abstinência sofrem uma redução considerável, uma vez que a semi-vida da nicotina é de apenas duas horas. Nesta altura, a maioria dos receptores é capaz de responder a estímulos exógenos da nicotina. Este fenómeno explica que alguns fumadores descrevem o primeiro cigarro do dia como o que provoca mais prazer e conseqüentemente o mais difícil de deixar (Fraga, 2005).

Em relação à questão se tem dificuldades em não fumar em locais em que é proibido, 69,9% da amostra diz não ter dificuldade e 30% diz ter dificuldade.

Como se observa na análise dos resultados, 21,6% diz fumar mais após acordar e 78,3% dizem fumar mais no resto do dia, ou seja, a maioria da amostra não sente necessidade de fumar logo após acordar, fumando mais ao longo do dia.

Em relação a questão se fuma mesmo quando está de cama, 83,3% dizem não fumar quando está doente e 16,6% dizem fumar mesmo quando estão doentes. Em estudos realizados por Pignatti (1999) verificou-se que o facto de se fumar quando se está doente diminui a taxa de sucesso no abandono do tabaco.

Após o somatório das 6 questões, 81,6% apresenta uma pontuação menor que 4, correspondente segundo o teste de *Fagerstrom*, a uma dependência leve da nicotina. Com pontuação entre 4 e 7 obteve-se 18,2 da amostra, correspondente segundo o teste de *Fagerstrom* a dependência moderada. Nenhum inquirido da amostra apresenta pontuação maior que 7, correspondente a dependência elevada.

Segundo Borges (2007, p. 159):

“Os fumadores que obtêm pontuação 4 têm um grau de dependência baixo, pelo que se deixassem de fumar teriam um síndrome de abstinência leve. Segundo *Fagerstrom* este tipo de fumadores não necessita de terapia farmacológica, apenas de apoio na sua decisão. Uma pontuação superior a 7 é geralmente interpretada como sugestiva de um elevado nível de dependência, com sintomas de privação mais graves, maior dificuldade para deixar de fumar e possivelmente uma maior necessidade de acompanhamento médico e farmacoterapêutico”

Podemos supor, que se a população fumadora inquirida deixasse de fumar, tendo em conta o nível de dependência encontrado na amostra, a maioria dos fumadores não sentiria de forma intensa os sintomas do síndrome de abstinência, e uma pequena parte poderia necessitar de ajuda farmacológica para acabar com o hábito de fumar.

Capítulo V - Conclusão

Chegando ao final da elaboração deste trabalho, vão ser indicadas considerações pertinentes sobre o tema e resultados obtidos neste estudo.

Os objectivos que inicialmente foram propostos atingir, foram atingidos com sucesso. Foi conseguido identificar os hábitos tabágicos de uma amostra de população fumadora, e também identificar o nível de dependência da nicotina através do teste de *Fagerstrom*.

Em relação aos resultados obtidos, 63,3% da amostra é do sexo masculino e 36,6% da amostra do sexo feminino. Verifica-se, a existência de maior consumo do número de cigarros na amostra do sexo masculino do que do sexo feminino. Em relação às idades que fumaram o 1º cigarro, a maior percentagem encontra-se na idade 13 anos. A totalidade da amostra diz ter tentado alguma vez deixar de fumar, com uma pequena percentagem (15%) a utilizar apoio farmacológico. Em relação a avaliação da dependência, 81% dos inquiridos tem pontuação menor que 4, sendo classificados segundo o teste de *Fagerstrom* com dependência leve, 18,2% dos inquiridos pontuação entre 4 e 7 correspondente a dependência moderada e 0% da amostra apresenta pontuação maior que 7 correspondente a dependência elevada.

Concluo assim que a maioria dos inquiridos iniciou o hábito tabágico na adolescência, sendo importante investir nessas faixas etárias, e assim prevenir a dependência da nicotina. A grande parte dos fumadores encontra-se segundo o teste de *Fagerstrom*, com dependência leve. Incentivar mudanças de comportamentos, desenvolver estratégias de educação para a saúde, encaminhar para as consultas de cessação tabágica e se necessário recorrer a ajuda de farmacoterapia, pode levar ao abandono do hábito de fumar.

O consumo de tabaco tem efeitos nefastos conhecidos e devidamente comprovados para a saúde. É um factor de risco modificável e totalmente evitável.

Acabar com o hábito tabágico tem benefícios seja em que idade for, e tanto maiores quanto mais cedo se verificar a paragem.

O consumo de tabaco deve ser encarado pelos profissionais de saúde e em particular pelos enfermeiros, como uma doença crónica que necessita de prevenção e tratamento.

De um modo geral, a grande parte dos fumadores apresenta critérios de dependência, embora diferente susceptibilidade individual à nicotina, caracterizada por diferentes níveis de dependência.

Os mecanismos de acção do tabaco, bem como os diferentes comportamentos individuais, carecem da nossa atenção como futuros profissionais de saúde. O grupo alvo deve ser os jovens, visando a prevenção deste hábito catastrófico.

A melhor maneira de reduzir a incidência de doenças provocadas pelo tabaco é simplesmente parar a sua utilização, mesmo que seja necessária a farmacoterapia.

Este trabalho de investigação propõe também fornecer sugestões para melhorar a prática profissional, nomeadamente na nossa futura profissão que é a enfermagem. A nossa sugestão baseia-se na maior investida de tempo em aconselhar os utentes sobre estilos de vida saudáveis, nomeadamente na prevenção do consumo de tabaco e na orientação da pessoa para consultas de cessação tabágica, se for necessário.

Para futuras investigações sugerimos a avaliação de conhecimentos, comportamentos e atitudes dos jovens de 13 anos face ao tabagismo, visto que como refere a bibliografia, é uma idade propícia ao início de consumo. É fundamental que os programas de educação para a saúde sejam implementados de acordo com a evidência científica.

A enfermagem pode ter um papel preponderante na prevenção e na promoção de estilos de vida saudáveis. A prevenção passa por informar, orientar e capacitar os jovens, acerca de estratégias protectoras, para evitar em idades mais precoces o consumo de tabaco.

É uma área que nos atrai por ter a certeza que a enfermagem pode fazer muito mais para evitar este consumo e também ajudar consumidores a parar de fumar.

Com este trabalho pretendemos alertar para os efeitos nefastos do tabaco, e tornar esta monografia num instrumento para novas investigações nesta área.

A elaboração desta monografia contribuiu para aumentar os nossos conhecimentos na área da investigação bem como na área do tabagismo. Como futuros enfermeiros consideramos os conhecimentos que adquirimos muito importantes, para num futuro próximo por em prática o que aprendemos.

Capítulo VI - Referencias Bibliográficas

American Psychiatric Association. (2002) *DSM-IV - Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4ª edição. Lisboa, Climepsi Editores.

Bohadana, A. Martinet, Y. (2003). *O Tabagismo – da prevenção à abstinência*. Lisboa, Climepsi editores.

Bordin, S., Figlie, N., Laranjeira, R. (2004). *Aconselhamento em Dependência Química*. São Paulo, Editora Roca.

Borges, C. Filho, H. (2007). *Intervenções breves: Tabaco*. 1ª Edição. Lisboa, CLIMEPSI EDITORES.

Clemente, M. (2002). *Prevenir antes de tratar*. in: Primeiro de Janeiro. Toxicodependência – novos caminhos e soluções. Fólio Edições, pp. 57-55.

Costa, M. A. (2009). *Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa. Edições Fim de Século.

Dicionário de Língua Portuguesa. (1994). 7ª Edição. Porto, Porto editora.

Direcção Geral de Saúde. (2005). *Saúde Infantil e juvenil: Programa Tipo de actuação*. Orientações Técnicas. 2ª Edição. Lisboa.

Direcção Geral de Saúde. (2006). *Programa nacional de saúde escolar*. 2ª Serie. Lisboa

Ezquerria, R. (2003). *Tabagismo e a doença*. Grandes manuais Everest. Editorial Everest, S.A.

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

Fortin, M. (2000). *O processo de investigação da concepção à realização*. Lusociência.

Fortin, M. (2003). *O processo de investigação da concepção à realização*. 3ª Edição, Lusociência.

Fraga, S. e tal (2005). *Tabagismo em Portugal*. Arquivos de medicina. Arquimed.

Grande enciclopédia portuguesa e brasileira vol.30 (1978). Lisboa, Rio de Janeiro. Editorial Enciclopédia Limitada.

Infopédia. (2010). *Dicionário de Língua Portuguesa*. [Em Linha]. Disponível em <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/habito>. Consultado em [3/03/2010].

Lledó, P. (2002). *Epidemiología del Tabaquismo*. Manual de Tabaquismo (2ª ed., pp. 11-34). Barcelona.

Michel, O. (2002). *Saúde Pública: Riscos e Humanismo*. REVINTER.

Nunes, E. (2006). *Consumo de tabaco – efeitos para a saúde*. Dossier tabagismo. Revista Portuguesa Clínica Geral, p. 225-244.

Nunes, E. (2002). *Consumo de tabaco - estratégias de prevenção e controlo*. Cadernos da direcção geral de saúde. Nº 1.

Organização Mundial de Saúde. (1995). *Avaliação e acompanhamento das acções de prevenção do tabagismo*. Tradução por instituto do consumidor.

Organização Mundial de Saúde. (1998). *Tabaco e a saúde*.

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

PIGNATTI, H. (1999). *Programa de cessação do fumar conduzido por enfermeiras*. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina, São Paulo.

Precioso, José. Macedo, Manuel. (2004). Bases científicas para a prevenção do consumo de tabaco na escola, *o Professor*, volume III (nº84, Janeiro/Fevereiro) p.15.

Precioso, José. Calheiros, J. Macedo, M. (2005). *Exposición de niños a la contaminación ambiental por humo del tabaco en el domicilio. Un estudio transversal en Portugal. Prevención del Tabaquismo*, 7(3), p. 85 – 90.

Rey, L.(1999). *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. Guanabara, Koogan.

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

Anexos

Data...../...../.....

Nº inquérito.....

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LICENCIATURA DE ENFERMAGEM

Questionário

Andreia Filipa Dos Santos Martins, aluno do 4º ano do curso de enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da saúde, encontrando-se a desenvolver no âmbito da monografia, uma investigação intitulada “Hábitos tabágicos: Avaliação da dependência” cujo objectivo é identificar os hábitos tabágicos e avaliar o nível de dependência através do teste de Fagerstrom.

Com o preenchimento deste questionário, não incorre qualquer risco ou dano pessoal. O anonimato e confidencialidade são regras impostas, por favor não coloque o seu nome nas seguintes folhas. Leia com atenção e responda a todas as questões com rigor e objectividade, pois só deste modo os resultados serão úteis. Procure não deixar nenhuma questão em branco e se tiver dúvidas reflecta e escolha a alternativa que lhe parecer melhor. A sua participação é estritamente voluntária, podendo a qualquer momento recusar o preenchimento do questionário. Tem duração média de preenchimento de 5 minutos.

Antecipadamente agradeço a sua preciosa colaboração e disponibilidade.

A aluna _____

(Andreia Filipa Dos Santos Martins)

Fevereiro, 2010

Responda às perguntas que se seguem assinalando com um círculo na resposta que for mais adequada e complete-a, se for caso disso, nos seguintes elementos de caracterização.

I – Caracterização da amostra

1. Idade:
 - a. _____

2. Sexo:
 - a. Masculino
 - b. Feminino

3. Proveniência:
 - a. Meio rural
 - b. Meio urbano

II - Hábitos tabágicos

4. Com que idade fumou o 1º cigarro?

5. Com que idade começou a fumar diariamente?

6. Quantos cigarros fuma diariamente?

7. Já tentou parar de fumar? Se sim, quantas tentativas? **(se a resposta for não, passe para a pergunta 11)**
 - a. Sim
 1. Uma vez
 2. Duas a cinco vezes
 3. Mais de cinco

b. Não

8. Utilizou algum método farmacológico?

a. Sim

b. Não

9. Qual foi a razão que o levou a fumar novamente?

10. Quais as alterações que nota quando pára de fumar? (Pode assinalar mais que uma)

a. Nenhuma

b. Ansiedade

c. Irritação

d. Frustração

e. Fúria

f. Dificuldade em concentrar-se

g. Aumento do apetite

h. Aumento de peso

i. Desassossego

j. Compulsão em fumar

k. Depressão

11. À sua volta quem fuma?

a. Casa _____

b. Emprego _____

c. Amigos _____

12. Fuma outro tipo de tabaco?

a. Sim

i. Charutos

ii. Cigarrilhas

iii. Cachimbo

iv. Outro

b. Não

III – Avaliação da dependência

13. Quantos cigarros fuma, habitualmente, por dia?

- a. 10 ou menos
- b. 11 a 20
- c. 21 a 30
- d. 31 ou mais

14. Quanto tempo após acordar fuma o primeiro cigarro?

- a. Primeiros 5 minutos
- b. 6 a 30 minutos
- c. 31 ou mais

15. Tem dificuldade em não fumar nos locais em que é proibido?

- a. Não
- b. Sim

16. Qual é o cigarro que mais lhe custa deixar?

- a. Primeiro da manhã
- b. Outro

17. Fuma mais nas primeiras horas após acordar que no resto do dia?

- a. Não
- b. Sim

18. Fuma mesmo quando está doente e de cama, a maior parte do dia?

- a. Não
- b. Sim

OBRIGADO

Cronograma

Martins, A. "Hábitos Tabágicos: Avaliação da dependência da nicotina". 2009/2010. Licenciatura de Enfermagem, UFP-FCS, Porto.

Legenda: XXX – Actividades planeadas ... - Actividades realizadas

Actividades	Tempo	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho
Revisão Bibliográfica		XXX ...	XXX ...	XXX ...	XXX ...	XXX ...	XXX ...	XXX ...	XXX ...	
Definição do tema, questões de investigação e objectivos		XXX ...								
Metodologia										
Instrumento de colheita de dados, pré-teste e aplicação						XXX ...				
Tratamento de dados e resultados						XXX ...	XXX ...	XXX ...		
Conclusões									XXX ...	
Entrega na UFP										XXX ...