



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



## Caraterização dos Hábitos Tabágicos na Escola Secundária Miguel Torga

Relatório Final da Atividade de Investigação e Inovação – Área 2 do Estágio Pedagógico realizado na Escola Secundária Miguel Torga, com vista à obtenção do Grau de Mestre em Ensino da Educação Física nos Ensinos Básico e Secundário

Orientadora: Mestre Fernanda Maria Castanheira Costa Marques Santinha, professora assistente convidada da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa

Júri:

Presidente

Professor Doutor Marcos Teixeira de Abreu Soares Onofre, professor associado da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa

Vogais

Doutor António José Mendes Rodrigues, professor auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Doutora Ana Luisa Dias Quitério, professora assistente convidada da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa

Mestre Fernanda Maria Castanheira Costa Marques Santinha, professora assistente convidada da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa

Catarina Mendonça Caetano

2014



## **Agradecimentos**

Começo por agradecer à minha família, em especial aos meus pais, que desde cedo me inculcaram valores de realização profissional e pessoal. Aos meus filhos, Francisco e Maria por constituírem parte da motivação na concretização deste trabalho e pela compreensão e apoio incondicional transmitido ao longo deste processo. Ao meu companheiro, pela partilha, apoio e tolerância aos efeitos do tempo que a concretização deste trabalho lhe usurpou.

À minha orientadora, Professora Fernanda Santinha pela disponibilidade, rigor, incentivo, orientação e profissionalismo com que suportou a minha evolução profissional e em especial no decurso deste trabalho e ainda pela clareza e exigência colocadas nos desafios propostos, esperando que este projeto reflita a qualidade e nível com que sempre conduziu este processo.

Agradeço às instituições e pessoas que tornaram possível a concretização deste trabalho, a minha profunda gratidão, em particular à Escola Secundário Miguel Torga, à Dra. Isabel Ruivo da Consulta de Cessação Tabágica do Hospital de Faro e à minha colega Professora Ana Cristina Fonseca.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

## Resumo

**Introdução.** O presente documento representa o Relatório Final do Mestrado em Ensino da Educação Física nos Ensinos Básico e Secundário, e tem como base o estudo de investigação desenvolvido no âmbito do estágio profissional que consistiu na caracterização, desenvolvimento e perceção do hábito de consumo tabágico dos alunos da Escola Secundária Miguel Torga. Decorrentes da análise do estudo, projetaram-se orientações de evolução do mesmo e elaborou-se uma proposta de intervenção no âmbito da prevenção tabágica na escola.

**Instrumentos.** No estudo de investigação recorreu-se à aplicação de um questionário elaborado pelo Núcleo de Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana (1995).

**Conclusões.** 65.4% dos alunos fumadores inquiridos começam a fumar entre os 12 e os 14 anos de idade, verificou-se que os alunos estão informados e têm perceção das consequências decorrentes do consumo de tabaco. O consumo de tabaco dos alunos sugere resultar maioritariamente da influência do seu grupo de amigos. A escola é o local indicado pelos alunos como onde preferencialmente exercem o hábito de consumo de tabaco (35.1%). A prática de atividade física está inversamente relacionada com o hábito de fumar.

**Palavras – Chave:** Hábito de Consumo Tabágico, Alunos, Escola, Iniciação Tabágica, Factores de Influência, Dependência, Cessação, Proposta de Intervenção.

## **Abstract**

**Introduction.** This document represents the Final Report of the Master of Education in Physical Education Training in Primary and Secondary Education, and is based on the research study developed under the professional Internship which consisted in the characterization, development and perception of the smoking habits in High School Miguel Torga students. Resulting from the analysis of the study, were designed evolution orientations of smoking habits and drew up a proposal for intervention and prevention of smoking at school.

**Sources.** For the present research study, was used an application of a questionnaire developed by the “Exercise and Health Centre” (1995), from Faculdade de Motricidade Humana (1995).

**Conclusions.** 65.4% of smoking students who answered, start smoking between 12 and 14 years old. We obtained 906 answers. It was found that students are informed and have the right perception about consequences of tobacco consumption. Smoking habits on students result mostly of the influence of their group of friends. School is shown by students as the preferred place where they exercise the habit of smoking (35.1%). The physical activity is inversely related to the smoking habit.

**Keywords:** Tobacco Consumption Habit, Students, School, Smoking Initiation, Factors of Influence, Dependence, Cessation, Intervention Proposal.

## ÍNDICE

|   |             |
|---|-------------|
| <b>Agradecimentos</b> .....   | <b>III</b>  |
| <b>Resumo</b> .....   | <b>IV</b>   |
| <b>Abstract</b> .....   | <b>V</b>    |
| <b>Índice</b> .....   | <b>VI</b>   |
| <b>Índice de Figuras</b> .....  | <b>VII</b>  |
| <b>Índice de Tabelas</b> .....  | <b>VIII</b> |
| <b>Índice de Anexos</b> .....   | <b>VIII</b> |
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>1</b>    |
| <b>2 CARATERIZAÇÃO DA ESCOLA</b> .....                                      | <b>2</b>    |
| 2.1 Enquadramento Histórico da Freguesia .....                              | 2           |
| 2.2 Enquadramento Geográfico .....  | 2           |
| 2.3 Caraterização Física da Escola.....                                     | 2           |
| 2.4 Caraterização da População Escolar – Discentes.....                     | 3           |
| 2.5 Órgãos de Administração e Gestão .....                                  | 3           |
| 2.6 Estruturas de Orientação Educativa - Articulação Curricular .....       | 4           |
| 2.7 Caraterização dos Recursos Humanos – Docente e Não Docente .....        | 5           |
| 2.8 Caraterização do Grupo de Educação Física.....                          | 5           |
| 2.9 Instalações Desportivas.....  | 5           |
| <b>3 PARTICIPAÇÃO NA ESCOLA E RELAÇÃO COM A COMUNIDADE EDUCATIVA</b> .....  | <b>6</b>    |
| 3.1 Objetivos Gerais .....  | 6           |
| 3.2 Objetivos Específicos.....  | 6           |
| 3.3 Revisão da Literatura .....   | 7           |
| 3.3.1 Definição de Tabagismo/Hábitos Tabágicos.....                         | 8           |
| 3.3.2 Constituintes do Fumo do Cigarro.....                                 | 9           |
| 3.3.3 Aquisição do hábito de fumar .....                                    | 11          |
| 3.3.4 Iniciação ao consumo tabágico/Jovens .....                            | 12          |
| 3.3.5 Consumo Tabágico entre Géneros .....                                  | 14          |
| 3.3.6 Consumo Tabágico e a Escola .....                                     | 18          |
| 3.3.7 Prática Desportiva / Tabagismo.....                                   | 26          |
| 3.3.8 Conceito de Dependência.....  | 28          |
| 3.3.9 Doenças associadas ao tabagismo.....                                  | 31          |
| 3.3.10 Cessação Tabágica/ Estratégias de Prevenção ao Consumo Tabágico..... | 32          |
| 3.3.11 Cessação tabágica/Prática Desportiva .....                           | 34          |

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| 3.3.12     | Cessação tabágica/Medidas Políticas.....  | 35        |
| <b>3.4</b> | <b>Apresentação do estudo .....</b>       | <b>36</b> |
| 3.4.1      | Seleção do objeto de estudo .....         | 36        |
| 3.4.2      | Instrumento.....                          | 37        |
| 3.4.3      | Amostra .....                             | 38        |
| 3.4.4      | Procedimentos e Análise Estatística ..... | 38        |
| 3.4.5      | Apresentação dos Resultados.....          | 39        |
| 3.4.6      | Análise Estatística das Hipóteses.....    | 46        |
| 3.4.7      | Discussão dos Dados.....                  | 50        |
| 3.4.8      | Conclusões do Estudo.....                 | 56        |
| 3.4.9      | Apresentação à Comunidade .....           | 58        |
| <b>4</b>   | <b>REFLEXÃO FINAL.....</b>                | <b>59</b> |
| 4.1        | Proposta de Alteração do Estudo.....      | 59        |
| 4.2        | Conclusão .....                           | 64        |
| 4.3        | Proposta de Intervenção .....             | 68        |
| <b>5</b>   | <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>    | <b>73</b> |

### Índice de Figuras

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 – a) Assembleia; b) Conselho Executivo.....   | 4  |
| Figura 2 – Conselho Pedagógico .....   | 4  |
| Figura 3 – Conselho Administrativo .....   | 4  |
| Figura 4 – Freguesia de residência dos alunos.....   | 39 |
| Figura 5 – a) Idade dos inquiridos; b) Ano de Escolaridade frequentado pelos inquiridos .....  | 39 |
| Figura 6 – a) Profissão do Pai; b) Profissão da Mãe .....                                      | 40 |
| Figura 7 – Prática de desporto fora da escola (regulamentada).....                             | 40 |
| Figura 8 – a) Frequência do consumo de cigarros; b) Período de consumo dos Não Fumadores... .. | 41 |
| Figura 9 – Idade do 1º Cigarro.....  | 41 |
| Figura 10 – Quem influenciou o hábito de consumo .....   | 42 |
| Figura 11 – Número de cigarros consumidos por dia (alunos fumadores).....                      | 42 |
| Figura 12 – a) Hábito Tabágico da Mãe; b) Hábito Tabágico do Pai .....                         | 43 |
| Figura 13 – a) Hábito Tabágico dos Irmãos; b) Hábito Tabágico do Melhor Amigo.....             | 43 |
| Figura 14 – Previsão dos alunos quanto ao facto de virem a ser fumadores regulares .....       | 44 |
| Figura 15 – Relação entre o consumo tabágico e idade .....                                     | 47 |
| Figura 16 – Relação entre o consumo tabágico e ciclo escolar.....                              | 48 |
| Figura 17 – Relação entre o consumo tabágico e prática desportiva fora da escola.....          | 49 |

### Índice de Tabelas

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1 – Caracterização da Amostra .....                 | 38 |
| Tabela 2 - Hábito Tabágico do Melhor Amigo e do Aluno..... | 69 |

### Índice de Anexos

|                       |    |
|-----------------------|----|
| <b>Anexo 1</b> .....  | 82 |
| <b>Anexo 2</b> .....  | 84 |
| <b>Anexo 3</b> .....  | 84 |
| <b>Anexo 4</b> .....  | 85 |
| <b>Anexo 5</b> .....  | 85 |
| <b>Anexo 6</b> .....  | 85 |
| <b>Anexo 7</b> .....  | 86 |
| <b>Anexo 8</b> .....  | 86 |
| <b>Anexo 9</b> .....  | 86 |
| <b>Anexo 10</b> ..... | 86 |
| <b>Anexo 11</b> ..... | 87 |
| <b>Anexo 12</b> ..... | 87 |
| <b>Anexo 13</b> ..... | 87 |
| <b>Anexo 14</b> ..... | 87 |
| <b>Anexo 15</b> ..... | 88 |
| <b>Anexo 16</b> ..... | 88 |
| <b>Anexo 17</b> ..... | 88 |
| <b>Anexo 18</b> ..... | 88 |
| <b>Anexo 19</b> ..... | 89 |
| <b>Anexo 20</b> ..... | 90 |
| <b>Anexo 21</b> ..... | 91 |
| <b>Anexo 22</b> ..... | 91 |
| <b>Anexo 23</b> ..... | 91 |
| <b>Anexo 24</b> ..... | 92 |
| <b>Anexo 25</b> ..... | 92 |
| <b>Anexo 26</b> ..... | 92 |
| <b>Anexo 27</b> ..... | 93 |
| <b>Anexo 28</b> ..... | 93 |
| <b>Anexo 29</b> ..... | 94 |

## 1 INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o Relatório Final de Mestrado, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Ensino da Educação Física nos Ensinos Básico e Secundário, pela Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

O relatório tem como objetivo geral a descrição e análise retrospectiva devidamente fundamentada do estudo de investigação desenvolvido no decurso do estágio profissional, numa perspetiva integrada da experiência pessoal e profissional. Pretende-se que a abordagem seja de síntese retrospectiva numa primeira fase, e posteriormente se proceda a uma análise prospetiva.

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

Desta forma, e dada a importância da problemática tabágica na escola, o estudo de investigação centrou-se na caracterização dos hábitos tabágicos dos alunos da Escola Secundária Miguel Torga durante o ano letivo de 2003/2004, permitindo traçar um perfil de consumo dos alunos. Para tal, recorreu-se à utilização e aplicação de um questionário elaborado pelo Núcleo de Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana (1995) e à análise estatística dos dados obtidos.

No sentido de apresentar o estudo e respetivo enquadramento, parte-se de uma caracterização e contextualização do âmbito de atuação na Escola Secundária Miguel Torga para a exposição do trabalho de investigação, realizado no âmbito do estágio profissional. Por fim, aborda-se uma análise reflexiva, consubstanciada em sugestões de alterações ao trabalho original, visando uma melhoria e o prosseguimento do estudo de investigação. Dada a importância da cessação tabágica, apresenta-se ainda uma proposta de intervenção, constituída por um programa do tipo psicossocial evocando a metodologia expressiva e visando a prevenção do consumo de tabaco no 2º e 3º ciclo de escolaridade.

## **2 CARATERIZAÇÃO DA ESCOLA**

### **2.1 Enquadramento Histórico da Freguesia**

A Escola Secundária Miguel Torga foi implantada em 1985/86, num terreno de cultivo com uma área aproximada de catorze mil metros quadrados, tendo substituído uma seara. A Escola localiza-se na freguesia de Monte Abraão, junto à nova estação de CP de Queluz – Monte Abraão. Primeiramente chamada Escola Secundária de Massamá, passou a designar-se Miguel Torga no dia 2 de Julho de 1996 de acordo com o despacho nº68/SEAE/96. A razão da mudança de nome teve a ver com o facto de o Estado ter decidido que a cada escola deveria ser atribuído um patrono. Uma vez que Miguel Torga deixou um vasto legado literário, foi considerado uma opção definitiva para a instituição em questão (Projeto Educativo Escola Secundária Miguel Torga [ESMT], 2003).

A Escola Secundária Miguel Torga serve a população escolar de três freguesias: Monte Abraão, Massamá e Queluz (Projeto Educativo, 2003).

### **2.2 Enquadramento Geográfico**

Uma vez que a escola se localiza na cidade de Queluz na freguesia de Monte de Abraão considerou-se pertinente fazer um enquadramento demográfico e geográfico da área em questão.

Queluz desde 24 de Julho de 1997, pertence ao Concelho e Comarca de Sintra, Distrito, Relação e Diocese de Lisboa. Após uma fase de intensa urbanização que decorreu até à primeira década do século XXI, ficou circunscrita a uma área de aproximadamente 670 hectares, com uma densidade populacional de 120 habitantes por quilómetro quadrado (Censos, 1993 *in* Regulamento Interno, 2003/04).

Com características de cidade-dormitório, faz parte da área metropolitana da Grande Lisboa, pelo que alberga maioritariamente população ativa com postos de trabalho fixados na capital.

A estimativa da população residente em 31/12/97 por grupo de idades correspondia a uma percentagem de 18,2 para indivíduos com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos; 14,4% entre 15-24 anos; 55,6% entre 25-64 anos e 11,8% acima de 65 anos.

### **2.3 Caraterização Física da Escola**

Todo o equipamento de natureza educativa requer, para um funcionamento adequado, uma base documental que o regule e organize internamente, permitindo nortear e concretizar decisões de natureza organizacional (Projeto Educativo 2003):

- Subordinação da autonomia das escolas aos interesses da formação das crianças e jovens;
- Respeito pelo campo profissional dos professores;
- Reforço do sentido da gestão no governo da Escola.

A escola deve então desenvolver-se no sentido de vir a ser: (Projeto Educativo, 2003)

1. Espaço de aprendizagem, de sucesso e de realização pessoal;
2. Oportunidade de inclusão
3. Instituição autónoma com identidade própria;
4. Espaço de diálogo com a sociedade (que propõe colaboração e analisa propostas que lhe são feitas nesse sentido);
5. Canal de resposta aos anseios dos alunos, em articulação com suas necessidades e as potencialidades oferecidas pelo meio em que se insere;
6. Veículo de promoção da cultura (para benefício da comunidade educativa e da comunidade envolvente).

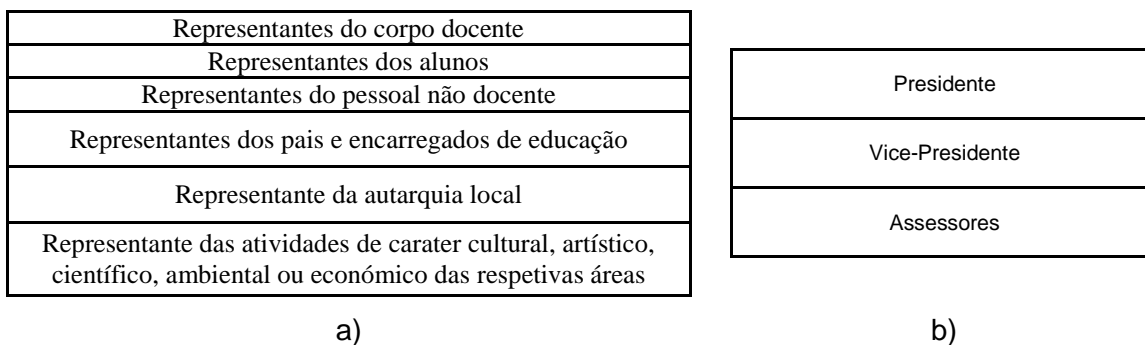
#### **2.4 Caracterização da População Escolar – Discentes**

Os alunos são o elemento fundamental da escola pois em torno deles é organizado todo o sistema de ensino. A presente instituição abrangia os seguintes anos de escolaridade: 7º, 8º, 9º (3º Ciclo do Ensino Básico), bem como 10º, 11º e 12º ano (Ensino Secundário). Os alunos do Ensino Secundário distribuía-se por 4 agrupamentos. (Projeto Educativo, 2003).

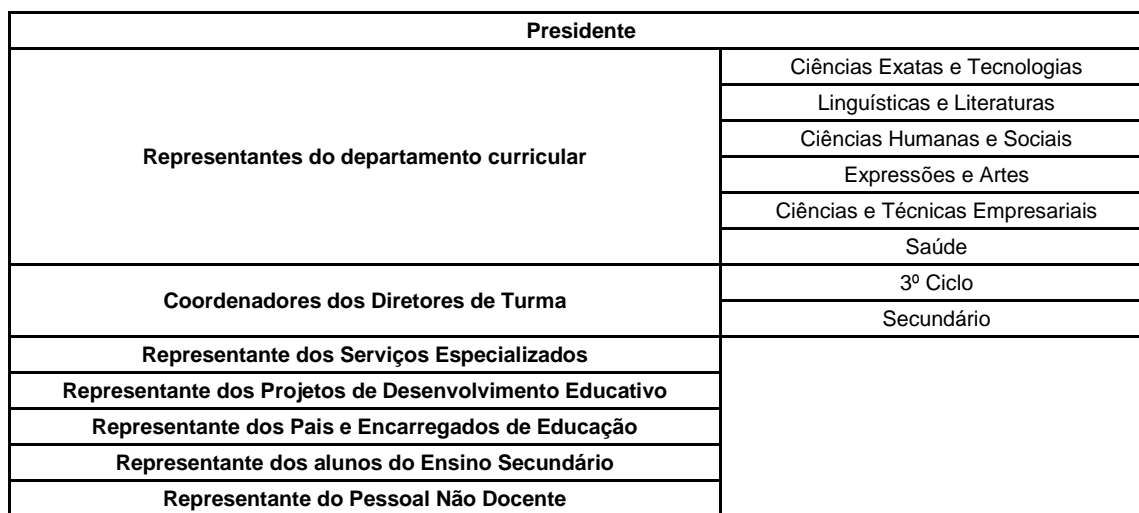
A escola em questão funcionava exclusivamente no horário diurno e contava com um total de 1350 alunos. Estes encontravam-se repartidos da seguinte forma: 7º ano (6 turmas); 8º ano (7 turmas); 9º ano (7 turmas); 10º ano (12 turmas); 11º ano (11 turmas); 12º ano (11 turmas) (Projeto Educativo, 2003).

#### **2.5 Órgãos de Administração e Gestão**

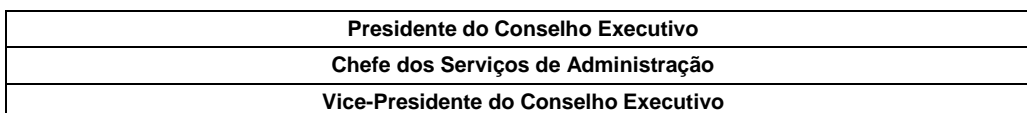
No que respeita aos órgãos de administração, a constituição integrava a Assembleia, Conselho executivo, Conselho pedagógico e Conselho administrativo como podemos observar nos quadros 1, 2, 3 e 4 (Regulamento Interno, 2003/04).



**Figura 1** – a) Assembleia; b) Conselho Executivo



**Figura 2** – Conselho Pedagógico



**Figura 3** – Conselho Administrativo

## 2.6 Estruturas de Orientação Educativa - Articulação Curricular

O Projeto Educativo da escola definia um conjunto de valores, atitudes e conteúdos científicos que visavam estimular a participação ativa do aluno, almejando a que se transforme num sujeito autónomo, responsável, interveniente e dotado de espírito crítico perante as solicitações da sua realidade (Projeto Educativo, 2003).

O Plano Anual de Atividades deve estar em consonância com os princípios acima referidos e refleti-los nas atividades propostas. É um processo de operacionalização do Projeto Educativo, bem como objeto de uma avaliação sistemática e contínua por parte da respetiva secção do Conselho Pedagógico.

Assim, cabe ao Plano Anual e, conseqüentemente, aos vários intervenientes no processo educativo, a responsabilidade de promover e assegurar a realização de atividades que se alinhem com uma tentativa de resposta ativa às áreas problemáticas identificadas.

Após uma análise do Regulamento Interno (2003/04) da Escola Secundária Miguel Torga, destaca-se a orientação deste documento fundador enquanto elemento moderador dos naturais conflitos de interesses entre indivíduos, permitindo uma regulamentação deontológica da comunidade. Assim, a presente instituição regia-se por um conjunto de princípios que visavam incentivar atitudes de participação, responsabilização, solidariedade, cooperação, tolerância e respeito em todos os seus intervenientes.

### **2.7 Caracterização dos Recursos Humanos – Docente e Não Docente**

Os Recursos Humanos de uma escola asseguram o seu funcionamento nas mais diversas áreas que a compõem. Para isso são fundamentais: pessoal docente e pessoal não docente. Nesta escola existiam dois quadros de pessoal não docente: pessoal auxiliar e pessoal administrativo. O pessoal não docente perfazia um total de 45 funcionários, dos quais 31 eram auxiliares de Educação e 14 pessoal administrativo.

Cada professor da escola estava integrado no seu grupo de disciplina, que por sua vez pertencia a um departamento. O grupo docente era constituído por 140 professores que compunham por sua vez 21 grupos de disciplina.

### **2.8 Caracterização do Grupo de Educação Física**

O grupo de Educação Física era composto por 14 docentes. Destes, 3 eram professoras estagiárias tendo por isso a seu cargo duas turmas. Um dos elementos do grupo tinha redução parcial no horário, tendo participação no Conselho Executivo. O cargo de delegado de grupo era da responsabilidade de um dos docentes do quadro.

### **2.9 Instalações Desportivas**

A Escola Secundária Miguel Torga, ao nível de instalações desportivas existentes, apresentava: 1 Pavilhão Gimnodesportivo; 1 Ginásio; 2 Campos de Basquetebol exteriores; 1 Campo de Futebol/Andebol exterior; 1 Campo exterior denominado “Piscina”; 2 Balneários exteriores e 2 Balneários interiores (incluindo cada um 2 vestiários, zona de duchas e 2 casas de banho); 1 Gabinete de Educação Física (com casa de banho e duche); 1 Arrecadação exterior e 1 Arrecadação interior. De seguida, uma análise da polivalência dos vários espaços (Regulamento Interno, 2003/04).

### **3 PARTICIPAÇÃO NA ESCOLA E RELAÇÃO COM A COMUNIDADE EDUCATIVA**

Este ponto incidiu sobretudo na realização de um estudo “Tabaco – Análise dos Hábitos Tabágicos na Escola Secundária Miguel Torga”.

Uma das finalidades do Projeto Educativo (2003) era desenvolver projetos de Escola ligados à Educação para a Saúde, temática reforçada no Regulamento Interno (2003/04) “(...) a realização de uma escolaridade bem sucedida, numa perspetiva de formação integral do cidadão, implica a responsabilização do aluno, enquanto elemento nuclear da comunidade educativa, e a assunção dos seguintes deveres gerais (...) i) Não possuir e não consumir substâncias aditivas, em especial drogas, tabaco e bebidas alcoólicas, nem qualquer forma de tráfico, facilitação e consumo das mesmas” (Regulamento Interno, 2003/04 p.35, tradução livre).

Pareceu-nos pertinente intervir de acordo com o projeto educativo e estudar a caracterização da população discente por forma a compreender a problemática do consumo tabágico (população discentes fumadora, Factores de influência ao consumo tabágico, protocolos e medidas de prevenção antitabágicas) e tentar com base neste estudo contribuir para uma maior compreensão do fenómeno, para que no futuro a escola pudesse encontrar formas combate e prevenção mais eficazes e adequadas.

Assim para dar seguimento ao estudo, estabeleceram-se objetivos gerais e específicos, como podemos ver de seguida.

#### **3.1 Objetivos Gerais**

Identificar e caracterizar os hábitos tabágicos dos alunos da Escola Secundária Miguel Torga, rastrear a origem, factor de influência e desenvolvimento deste hábito, bem como, a perceção que os alunos tinham do assunto. Pretendeu-se verificar estes factores ao nível dos diferentes ciclos e anos de escolaridade, enquadrando assim a realidade dos hábitos de consumo tabágico na população discente, permitindo no futuro traçar estratégias preventivas com a maior implementação possível.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Para se proceder à caracterização dos hábitos tabágicos dos alunos tendo em consideração a estratificação do consumo de tabaco e por forma a aprofundar o estudo, procurou-se responder às seguintes questões:

- Distribuição etária dos fumadores;
- Distribuição dos fumadores por ciclo de escolaridade;

- Relação de influência entre a prática desportiva regulamentada (fora da escola) e o consumo de tabaco;
- A existência de influência entre o consumo tabágico de pais, irmãos e melhor amigo e o consumo de tabaco pelo próprio aluno;

### 3.3 Revisão da Literatura

A utilização da planta do tabaco remonta ao século I antes de Cristo entre as tribos autóctones da América Central, e com maior difusão territorial no contexto do Império Maia, que implementou a aplicação fumada (aspiração e inalação) desta planta, quer para usos ritualísticos, quer para fins medicinais (Borio, acedido em abr. 14, 2013).

A vulgarização do consumo de tabaco entre as populações europeias ocorreu após a colonização das Américas (a partir do século XVI), primeiro enquanto mercadoria de luxo para as elites, e a partir da Revolução Industrial já como hábito transversal a toda a sociedade. Embora os modos de consumo tenham sido tão díspares quanto a inalação (cigarro, charuto, cachimbo e cigarrilha), aspiração (rapé) e mascação (tabaco em folha), a forma que predominou sobre as restantes foi a inalação do fumo resultante de combustão direta (em cachimbo, charuto e especialmente em cigarro<sup>1</sup>) (Borio, acedido em abr. 14, 2013).

A partir da segunda metade do século XX inicia-se o processo de sensibilização para os efeitos nocivos do consumo de tabaco, despoletados pelo relatório assinado por Morton Levin para a *American Medical Association*, ao qual se seguiu um longo litígio entre a comunidade científica e a indústria tabaqueira, culminando em 1964 com a publicação do relatório “*Smoking and Health*”, que tornaria pública a relação direta entre cancro de pulmão e tabagismo<sup>2</sup>.

Atualmente, *World Health Organization* (WHO) estima que um terço da população mundial, ou seja cerca de 1,3 biliões de pessoas seja fumadora (Shafey, Dolwick & Guindon, 2003). Destes, 370 milhões encontram-se nos países da União Europeia (WHO, 2013).

---

<sup>1</sup> “Levin was then the director of Cancer Control for the New York State Department of Health. His epidemiological survey of Buffalo patients between 1938 and 1950 appeared in The Journal of the American Medical Association. His shocking and controversial conclusion: smokers were statistically twice as likely to develop lung cancer as non-smokers.” in Borio, Gene in The Tobacco Timeline acessível online em [http://archive.tobacco.org/resources/history/Tobacco\\_History.html](http://archive.tobacco.org/resources/history/Tobacco_History.html)

<sup>2</sup> V.V. A.A., Cessação Tabágica – Programa-tipo de atuação, Direção Geral de Saúde, Lisboa, 2007, p. 7

Apesar de Portugal ter uma das mais baixas prevalências de fumadores na Europa, na análise decorrente dos dados obtidos através do Eurobarómetro<sup>3</sup> de 2012 estimou-se que 23% dos cidadãos fossem fumadores (Special Eurobarometer 385, 2012).

### 3.3.1 Definição de Tabagismo/Hábitos Tabágicos

A expressão “tabagismo” resulta da tradução literal do francês “tabagisme” cuja definição reporta ao consumo de produtos derivados do tabaco, principalmente cigarros (Trigo, 2007).

De acordo com a WHO e Center for Disease Prevention and Control (CDC) dos EUA, a definição de fumador refere-se àquele que tenha fumado pelo menos um cigarro nos últimos trinta dias. Ainda segundo a definição da WHO, considera-se como fumador regular o indivíduo que tenham fumado 100 ou mais cigarros ao longo da vida e que ainda continua a fazê-lo.

Podemos caracterizar os hábitos tabágicos de um determinado grupo atribuindo 3 categorias:

**Fumadores:** indivíduos com 15 e mais anos que fumavam à data do inquérito. Estes subdividem-se em dois grupos: os que fumavam diariamente pelo menos um cigarro (**fumadores diários**) e os **fumadores ocasionais**.

**Não fumadores:** Indivíduos com 15 e mais anos que declararam nunca ter fumado até à data do inquérito.

**Ex-fumadores:** indivíduos com 15 e mais anos que à data do inquérito já não eram fumadores, mas que declararam ter mantido este hábito no passado. À semelhança dos fumadores, os ex-fumadores também foram reunidos em dois grupos: os **ex-fumadores diários** e **ex-fumadores ocasionais** (Machado, Nicolau, Dias, 2009).

Por sua vez, a definição de tabaco refere-se a uma planta herbácea alta, cujas folhas são colhidas, curadas e enroladas para a produção de charutos, cortadas para utilização em cigarros e cachimbo ou tratadas por forma a serem mastigadas ou inaladas sob forma de rapé (Trigo, 2007). A espécie mais comercializada e conseqüentemente mais comum é a *nicotiana tabacum* e *nicotiana rustica* (Caldeira, 2000).

---

<sup>3</sup> [http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro\\_attitudes\\_towards\\_tobacco\\_2012\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf), acedido em abr. 28, 2013.

### 3.3.2 Constituintes do Fumo do Cigarro

O fumo do tabaco é um aerossol constituído por uma fase gasosa e uma fase de partículas e contem mais de 4000 substâncias tóxicas (United States Department of Health and Human Services [USDHHS], 1989). Muitas destas substâncias estão presentes na folha do tabaco, outras resultam da absorção, pela planta, de substâncias existentes no solo ou no ar, nomeadamente pesticidas e fungicidas; outras são resultado do processo de cura e armazenamento da folha (WHO, 2006).

Existem ainda aditivos utilizados na Indústria do tabaco com o intuito de humidificar o fumo, tornando-o menos irritante para as vias aéreas, alguns destes ingredientes podem potenciar o efeito aditivo da nicotina (WHO, 2006).

Atualmente na nossa sociedade, a forma mais comum de utilizar o tabaco é fumando-o. (Nunes, 1995).

A temperatura de combustão do cigarro ocorre a cerca de 900° C, durante a aspiração do fumo por parte do fumador e 600° C, nos intervalos entre as aspirações. Esta diferença de temperatura, associada à maior ou menos presença de oxigénio, leva a que o fumo inalado pelo fumador, designada por corrente principal de fumo, seja qualitativa e quantitativamente diferente do fumo libertado para a atmosfera, também designado por corrente lateral ou secundária (WHO, 2004). O fumo da corrente lateral ou secundária é de constituição mais alcalina e contém partículas de menor dimensão, contudo a concentração de algumas substâncias tóxicas é mais elevada, o que torna o fumo ambiental potencialmente mais nocivo à saúde do que o fumo inalado diretamente pelo fumador (WHO, 2006).

Apesar dos valores indicados nos respetivos rótulos, todos os constituintes do tabaco são nocivos para a saúde, não havendo um limiar seguro de exposição. Mesmo quando os valores referidos são baixos, o fumador pode, em função do modo e frequência com que inala o fumo, ficar exposto a doses mais elevadas dos compostos acima mencionados, factor que conduziu, na União Europeia <sup>4</sup>, à proibição da utilização das expressões light, ultralight e mild na rotulagem. (WHO, 2006).

Foram identificados 158 compostos químicos, de acordo com o International Agency for Research on Cancer (IARC), 22 dos quais são reconhecidos como potencialmente cancerígenos. (Fowles & Dybing, 2003). Existem, no entanto, outros estudos que

---

<sup>4</sup> Diretiva europeia nº 89/622/CEE sobre a rotulagem dos produtos do tabaco transposta para ordem jurídica nacional através do Decreto-Lei nº 25/2003 de 4 de Fevereiro (Diário da República, 2003)

identificam um maior número de compostos com potencial cancerígeno, considerando que existem 50 perfeitamente identificados e validados, e existem ainda outros compostos com potencial tóxico (California Environmental Protection Agency:Office of Environmental Health Hazard Assessment [OEHHA], 1997).

É importante considerar que o fumo dos cigarros inclui uma fase gasosa, partículas líquidas e sólidas. A fase das partículas forma um condensado e, após a sua inalação, 70% deste condensado fica depositado nos pulmões, provocando a irritação das vias respiratórias, produção excessiva de muco e lesões ao nível da rede capilar alveolar (National Respiratory Training Centre [NRTC], 2004).

Na fase gasosa identificaram-se algumas substâncias químicas, entre as quais se destacam: Azoto, Árgon, Oxigénio, Dióxido de Carbono, Monóxido de Carbono, Hidrogénio, Metano, Anidrido Carbónico, Propano, Acetileno, Etileno, Formaldeído, Acetaldeído, Álcool, Acetona, Amónia, Nitrogénio, Acroleína, Ácido Clorídrico e Nicotina (Fowles, Dybing, 2003). Na fase de partículas, substâncias retidas nos filtros (alcatrão do tabaco) foram identificadas diferentes substâncias químicas, nomeadamente: Polónio, Cádmio, Hidrocarbonetos alifáticos e alicíclicos, Terpenas, Isoprenóides, Alcoois, Esteres, Aldeídos, Acetonas, Ácidos Gordos, Fenóis, Amino-Ácidos, Alcalóides (sobretudo Nicotina), Hidrocarbonetos aromáticos policíclicos de elevado peso molecular (alguns de ação cancerígena), Alumínio, Arsénio, Cobre, Crómio, Cálcio, Níquel, Potássio, Sódio e Nicotina (Fowles & Dybing, 2003).

Dado que as normas europeias apenas obrigam à indicação nos rótulos dos maços de cigarros das quantidades presentes de nicotina, monóxido de carbono e alcatrão (normas da International Standard of organization /Federal Trade Commission: ISO 3308), é importante aprofundar estes 3 constituintes:

- Nicotina: é um alcaloide vegetal existente na planta e no fumo do tabaco. (WHO, 2004). Durante a sua semivida, a nicotina provoca varias alterações psicofisiológicas, nomeadamente sobre o sistema cardiovascular, o aparelho digestivo, o sistema endócrino e metabólico e o sistema nervoso central (USDHHS, 1988), suscitando uma dependência semelhante ao da heroína ou da cocaína (The Royal College of Physicians of London [TRCPL], 2000).

Tem propriedades psicoativas, alterando os estados de humor. Atinge o cérebro em poucos segundos, após a absorção através dos pulmões e/ou mucosa da boca, fossas nasais e orofaringe, espalhando-se através da corrente sanguínea a todo o organismo (USDHHS, 1988).

- Monóxido de carbono: é um gás inodoro que, quando inalado em grandes quantidades, se torna letal. Forma-se durante a combustão dos produtos do tabaco. É tóxico para o organismo, reduzindo a capacidade do sangue para transportar oxigénio dos pulmões às células dos tecidos e órgãos.

O monóxido de carbono tem grande afinidade com a hemoglobina – cuja função é o transporte de oxigénio para as células – dando lugar à formação de carboxihemoglobina, impedindo-a, assim, de cumprir adequadamente esta função. A combinação entre o CO e a hemoglobina é 200 vezes mais rápida que a combinação entre o oxigénio e a hemoglobina, estimando-se que cerca de 15% do sangue de um fumador transporte CO, em vez de oxigénio (NRTC, 2004).

O monóxido de carbono está ainda associado ao desenvolvimento de doença isquémica coronária, pensando-se que esse facto resulte da interferência com a oxigenação do miocárdio e do aumento da adesividade das plaquetas e dos níveis de fibrinogénio (WHO, 2008; USDHHS, 1988).

- Alcatrão: conjunto de partículas sólidas suspensas no fumo do tabaco. Na sua forma condensada, o alcatrão é uma substância gomosa e acastanhada, que provoca o amarelecimento dos dedos e dos dentes dos fumadores. O alcatrão contém mais de 3500 substâncias químicas, entre as quais poderosos cancerígenos, como os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos e as nitrosaminas (WHO, 2008; USDHHS, 1988).

### **3.3.3 Aquisição do hábito de fumar**

A iniciação ao consumo de cigarros constitui uma sequência de etapas que vão desde o não fumar, até ao estabelecimento de uma dependência mais ou menos grave. Estas fases são influenciadas por factores próximos e pessoais, mas também factores mais distantes: Factores sociodemográficos designadamente a evolução dos diferentes estádios de desenvolvimento do consumo tabágico e a influência da demografia e estilos de vida; Factores ambientais como é o caso da influência exercida pela publicidade, a acessibilidade do produto, a aceitação social em relação ao consumo ou a pressão dos pares; Factores comportamentais (USDHHS, 1994).

Na União Europeia, o pico da iniciação tabágica ocorre entre os 12 e 14 anos. A idade média de iniciação tabágica (primeiro contacto) para os portugueses é de aproximadamente 12 anos para o sexo feminino e de 11 anos para o sexo masculino (Nunes, 2003). Relativamente ao início do consumo regular de tabaco em Portugal, situa-se maioritariamente entre os 18 e os 24 anos (39%), sendo que 19% dos fumadores

inquiridos iniciaram o consumo na adolescência, e apenas 6% referiram ter começado a fumar depois dos 24 anos (Nunes, 2003).

### **3.3.4 Iniciação ao consumo tabágico/Jovens**

Os mais proeminentes estudos científicos demonstram que é na adolescência, durante a idade escolar, que o consumo de tabaco tem início (Vitória, Salgueiro, Silva & De Vries, 2009).

A escola é o local de iniciação do comportamento tabágico, cerca de 60% dos alunos portugueses tiveram a sua primeira experiência tabágica na escola, e cerca de metade (50%) receberam ofertas de cigarro na escola (Macedo & Precioso, 2006). Sabe-se ainda que entre os comportamentos aditivos, o consumo de tabaco é um dos que está mais consolidado durante a adolescência (Macedo & Precioso, 2006).

Admitindo que não exista uma razão única que explique por si só a iniciação tabágica, diversos estudos apontam para um conjunto de Factores complexos e relacionados que são predisponentes da iniciação do consumo. Estes Factores ocorrem de forma mais intensa durante a adolescência tais como normas e valores da família e do grupo de pares; determinadas características pessoais, Factores sociodemográficos (idade, género, classe social, nível de escolaridade), a adoção de comportamentos problemáticos, a impulsividade, o baixo rendimento académico, a rebeldia e o consumo de álcool e de outras substâncias, bem como a acessibilidade aos produtos do tabaco (Nunes *et al.*, 2007).

De acordo com o estudo realizado por Mendonza, Pérez e Foguet, os comportamentos de saúde, nomeadamente o consumo tabágico, são determinados por Factores biológicos, psicológicos, microsociais (família, amigos, escola), macrossociais (media), ambientais, culturais e económicos (Mendonza, Pérez & Foguet, 1994). Os elementos anteriores são delineados dentro dos seguintes parâmetros:

**Factores Pessoais:** incluem o conhecimento dos riscos associados ao consumo de tabaco; necessidade de demonstrar que se atingiu a maioridade; desejo de comportar-se como um adulto; curiosidade inerente à condição de jovem; crenças associadas ao consumo tais como «fumar ajuda a emagrecer», «fumar ajuda a aliviar e resolver problemas»; necessidade de chamar a atenção dos outros através de comportamentos desviantes.

**Factores Sociais:** compreendem a atitude positiva em relação a fumar por parte de amigos, pais, irmãos e ídolos; o facto de pais, irmãos e amigos fumarem; o facto de fumar ser um comportamento socialmente aceite.

**Factores Ambientais:** a acessibilidade e facilidade de compra dos produtos (cigarros, cigarrilhas); a exposição à publicidade e marketing e vulnerabilidade à mensagem inerente; baixo preço do tabaco.

No estudo “Uso do tabaco por estudantes adolescentes portugueses e Factores associados”, os adolescentes inquiridos apontaram como principais motivos que os conduziram à experiência de fumar a curiosidade, os amigos desenvolverem este mesmo hábito, elevados níveis de ansiedade e consequente obtenção de prazer no ato (Fraga, Ramos & Barros, 2006).

A aquisição do hábito de fumar é apenas um exemplo, não sendo por isso, uma simples resposta a um estímulo. É um processo complexo que provavelmente se desenvolve ao longo do tempo, segundo uma sequência ordenada de estágios (Precioso & Macedo, 2006).

De acordo com USDHHS (1994) existem 5 fases de iniciação ao tabagismo em adolescentes e jovens:

**Fase preparatória:** esta etapa é caracterizada pelo estabelecimento de crenças e atitudes acerca do significado ou utilidade de fumar. Apesar de não ter necessariamente de iniciar o consumo tabágico, o adolescente pode atribuir-lhe um sentido instrumental (fumar permite criar novos laços de amizade, fumar ajuda a lidar com o stress). Nesta fase são Factores de risco a pressão exercida pelos modelos adultos e irmãos fumadores, a acessibilidade, o preço do tabaco e inexistência de leis para a regulação do consumo (USDHHS, 1994);

**Fase de prova:** compreende as primeiras duas ou três vezes em que o adolescente fuma, sendo frequente a presença de pares que aliciam a prova do cigarro. A percepção dos efeitos fisiológicos mais imediatos resultantes do consumo do cigarro, nomeadamente a melhoria da atenção e memória, redução do stress e ansiedade e diminuição do apetite, associados ao incentivo social por parte de outros fumadores podem determinar se o adolescente evolui ou não para a fase seguinte (Nunes *et al.*, 2007; USDHHS, 1994);

**Fase experimental:** implica um consumo frequente, embora irregular de cigarros. O ato de fumar passa a constituir uma resposta habitual quer na presença de determinadas pessoas (amigos, namorada/o), quer em situações sociais (festas, concertos). Todavia, ainda não se estabeleceu nesta fase um padrão regular de consumo (USDHHS, 1994).

**Uso regular:** esta fase é caracterizada pela consolidação do hábito tabágico, em que, o consumo passa a ser regular, geralmente semanal, acompanhado de um aumento de situações e interações sociais que potenciam este comportamento (USDHHS, 1994).

**Fumador dependente:** nesta fase já se estabeleceu uma adição fisiológica à nicotina. Esta fase é caracterizada pelos sinais de tolerância, que induzem a um aumento do consumo para obter uma resposta semelhante à inicial e visíveis sintomas em situação de abstinência (USDHHS, 1994).

Num estudo longitudinal realizado por Wetter e colaboradores (2004), verificou-se que nenhum dos jovens não fumadores passou a fumador regular, embora 11,5% evoluísse para um padrão ocasional de consumo. Nos fumadores com padrão ocasional de consumo 34,9% permaneceram neste padrão, sendo que 14,4% progrediram para um padrão de consumo regular e 50,7% cessou o consumo de tabaco. Dos consumidores regulares 60% manteve o padrão de consumo, 28,2% reduziu o consumo sendo que 13,4% cessou o consumo de tabaco. Este estudo revela uma progressão entre os diferentes estádios de consumo tabágico, nomeadamente entre o estágio de fumador ocasional, para o de fumador regular (Wetter *et al.*, 2004).

Na adolescência, a pressão exercida pelos pares (factor ambiental) é um factor relevante na iniciação tabágica. Os fumadores que iniciam o hábito tabágico muito precocemente (doze anos de idade) têm em média 3 amigos fumadores. Em comparação, com jovens que iniciem o consumo tabágico mais tardiamente, estes revelam ter em média apenas 1 amigo fumador (Willis, Resko, AINETTE & MENDOZA, 2004).

O efeito desta pressão ocorre essencialmente, durante a fase de iniciação, período após o qual a sua influência se atenua (USDHHS, 1994).

O início do consumo de tabaco em idades mais jovens está associado a uma maior dependência (Rosendo, Fonseca, Guedes & Martins, 2009); cerca de um terço a metade dos adolescentes que experimentam o tabaco, tornam-se fumadores durante a idade adulta (McNeil, 1991). O risco de adoecer é tanto maior quanto mais cedo se iniciar o hábito tabágico (Harrell, Bangdiwala, Deng, Webb & Bradley, 1998).

É importante reiterar que numa fase em que os traços de personalidade estão ainda em processo de consolidação o risco de adição é frequentemente subestimado pelos novos fumadores. Este grupo constitui uma camada de população especialmente sensível aos perigos decorrentes do consumo tabágico, uma vez que foi comprovado que 50% da população entre os 35 e os 69 anos que falece de complicações desencadeadas pelo mesmo iniciou-se como fumador durante a adolescência (Vitória *et al.*, 2009).

### **3.3.5 Consumo Tabágico entre Géneros**

A prevalência do consumo entre géneros varia entre as diferentes zonas geográficas a nível mundial. Encontra-se um predomínio de fumadores do género masculino na zona

Oeste da Ásia e no Pacífico (62%), e menor incidência na zona Subsaariana de África (28%). No género feminino verifica-se uma maior prevalência na América Latina (22%), zona sul da Ásia (4%), Médio Oriente e Norte de África (7%). Globalmente a prevalência é maior para o género masculino constituindo 81% dos fumadores a nível mundial (Jha, Ranson, Nguyen & Yach, 2002).

De acordo com os dados do Eurobarómetro de 2012, a presença de fumadores nos países europeus (EU27) é de 28%. O mesmo estudo revela que há uma maior prevalência no género masculino, 32%, relativamente ao género feminino, com 24% (Special Eurobarometer 385, 2012).

Apesar de Portugal ter verificado uma descida na taxa de fumadores (29% em 2002, 23% em 2006 e em 2012) comparativamente com a verificada na união europeia, a prevalência de fumadores do género feminino aumentou. Os dados resultantes do Inquéritos Nacionais de Saúde [INS] referentes ao período entre 1987 e 2006 revelaram um ligeiro decréscimo (2.7%), tendo-se verificado um aumento do consumo tabágico nível europeu. Portugal tem sido um dos países com menor prevalência de fumadores tanto no sexo masculino como no feminino, verificando-se contudo, nas últimas décadas, um preocupante aumento do consumo tabágico nas mulheres e nos jovens, com um aumento acentuado no grupo etário dos 15 aos 24 anos (Direção Geral de Saúde [DGS], 2012; Ministério da Saúde [MS], 2006; WHO, 2004).

Também o estudo realizado por Precioso *et al.* revelou uma maior prevalência de fumadores regulares com 15 anos no género masculino (12.3%), face ao género feminino (8.6%) (Precioso, Samorinha, Macedo & Antunes, 2012), mas que contraria os dados obtidos no estudo Health Behaviour in School-aged Children Portugal [HBSC], no qual a prevalência de fumadores regulares era superior nas raparigas (12%) em relação aos rapazes (9%) (Currie, Gabhainn, Godeau, Roberts, Smith & Currie, 2008).

A tendência da utilização de tabaco na população com mais de 15 anos é diferente da registada na população com idade inferior. A prevalência do consumo de tabaco em Portugal Continental para o género masculino revelou um ligeiro decréscimo de 2.7% (passou de 33.3% a 30.6%). Já no género feminino ocorreu um aumento do consumo de 6.8% (passou de 4.8 a 11.6%) para todas as faixas etárias, sendo mais significativo no grupo dos 35 aos 44 anos (aumentando de 6.3% para 21.2%) e dos 45-54 anos (aumentando de 2.4% para 12.6%) (Precioso, Calheiros, Pereira, Campos, Antunes, Rebelo & Bonito, 2009).

Relativamente à prevalência do consumo por região, nas regiões Norte, Centro, Algarve, Açores e Madeira, é maior nos rapazes do que nas raparigas, verificando-se o oposto em Lisboa e Vale do Tejo bem como na região do Alentejo (Precioso *et al.*, 2009).

De acordo com as fases de evolução de epidemia tabágica (Thun, Peto, Boreham & Lopez, 2012) em que:

**Fase I** – Caracteriza-se por uma baixa incidência no consumo de tabaco, sendo mais significativo no sexo masculino; mais incidente ao nível das classes sociais mais favorecidas.

**Fase II** – Nesta fase verifica-se um aumento do consumo de tabaco no sexo masculino em mais de 50%. A evolução no sexo feminino encontra-se 10 a 20 anos atrasada face à situação observada no sexo masculino; problemática do consumo tabágico estende-se a todas as classes sociais.

**Fase III** – Caracteriza-se pela estabilização do consumo nos homens e um aumento do consumo das mulheres.

**Fase IV** – Há um decréscimo no consumo de tabaco tanto para o sexo masculino como para o feminino; O decréscimo é maior nas classes sociais mais desfavorecidas.

A situação da população portuguesa encontra-se em fase de transição da fase II para a fase III, com uma tendência para estabilizar o consumo nos homens e com um acentuado aumento do consumo por parte das mulheres (Precioso *et al.*, 2009).

Os estudos que abordam esta temática, revelam existir diferenças entre rapazes e raparigas na frequência do comportamento tabágico, nos padrões de consumo e nos sintomas da pressão social. As diferenças encontradas no padrão de consumo entre géneros poderão ser justificadas com desconformidades na perceção desta problemática, dos Factores que estão na origem da iniciação tabágica bem como diferenças encontradas ao nível da motivação para o consumo entre homens e mulheres (Matos, Gaspar, Vitória, & Clemente, 2003).

Constatou-se ainda que as raparigas ficavam mais facilmente viciadas em nicotina do que os rapazes, o que poderá ajudar a explicar o aumento da prevalência tabágica mesmo em faixas etárias mais avançadas (DiFranza *et al.*, 2002; Precioso & Macedo, 2006).

Num estudo comparativo entre raparigas que iniciaram o hábito tabágico e aquelas que não o fizeram, revelou-se uma relação de influência direta entre a existência de pais e amigos fumadores, em que as raparigas fumadoras apresentam maior percentagem de pais e amigos fumadores, do mesmo modo que revelam ainda em maior número

problemas relacionais com pais e círculo familiar, bem como uma noção errática de que existem mais fumadores do que os que existem na realidade. O mesmo factor foi estudado entre géneros, concluindo-se que a influência parental (consumo e maior aceitação dos pais) contribui para a prevalência tabágica das raparigas, mas não para a dos rapazes. As raparigas são mais suscetíveis à influência do comportamento tabágico da mãe enquanto os rapazes demonstram ser mais influenciados pelo comportamento tabágico do pai (Charlton & Blair *in* Matos *et al.*, 2003).

As raparigas fumadoras revelam maior tendência para a rebelião e risco, têm uma fraca relação com a escola e com a religião, demonstram menos informação sobre os riscos associados ao consumo de tabaco, e uma maior tendência para aliar o consumo de tabaco à perda de peso e melhor gestão de emoções negativas (USDHHS, 1994; USDHHS, 2001). Apesar de as raparigas adolescentes utilizarem o tabaco como forma de parecer mais rebeldes e autoconfiantes, os rapazes utilizam-no como mecanismo para compensar a insegurança social (Charlton & Blair *in* Matos *et al.*, 2003). A crença de que o tabaco ajudar a controlar o peso tem sido explorada pela indústria tabaqueira que promove através de anúncios uma imagem de um ideal feminino, associando o consumo de tabaco na mulher a um arquétipo de sensualidade, charme, elegância e independência (USDHHS, 2001). Estudos apontam para que o aumento na prevalência do género feminino advenha do facto das mulheres recorrerem aos cigarros como estratégia de controlo de peso, stresse ou afetividade negativa (Chassin, Presson, Rose & Sherman, 1996).

Numa hipotética gradação de factores que condicionam os comportamentos tabágicos, Charlton e Blair (1989) concluem que, enquanto que para os rapazes, ter como melhor amigo um fumador é um critério prioritário, para as raparigas o fenómeno processa-se de diferente modo. No sexo feminino, entre os factores que são sugeridos como mais influentes estão a existência de um dos progenitores que fumam, a perceção positiva em relação aos hábitos tabágicos e, em menor grau, a relação de amizade com fumadores (Charlton & Blair, 1989 *in* Matos *et al.*, 2003).

Do mesmo modo, o comportamento tabágico no sexo feminino parece comportar riscos mais elevados do que no sexo masculino; além de que os danos ao nível do sistema respiratório e cardiovascular são mais evidentes, aliam-se aos anteriores efeitos nocivos e imediatos no aparelho reprodutor (maior risco de doença inflamatória pélvica, de infertilidade e de sofrer aborto espontâneo; baixo peso do recém nascido) (USDHHS, 2004).

### 3.3.6 Consumo Tabágico e a Escola

“Sempre que um problema se coloca à sociedade esta volta-se para a escola, exigindo-lhe que faça educação para a cidadania: educação sexual, educação ambiental, educação para a saúde (...)” (Ferreira, 2005, p.57 tradução livre).

Sendo a escola local de eleição para a iniciação tabágica (Macedo & Precioso, 2006), e frequentemente indicada como o local onde os adolescentes e jovens mais fumam (Fraga *et al.*, 2006), é essencial compreender e caracterizar os hábitos tabágicos ao longo dos diferentes ciclos de escolaridade.

Vários estudos revelam que a iniciação tabágica é cada vez mais precoce, apontando para os 12 anos como idade média onde se inicia o contacto com o consumo de tabaco (experimentação) sendo que cerca de 3% já fuma com regularidade (Fraga *et al.*, 2006; Precioso *et al.*, 2012). Estes dados suportam a ideia de que a experimentação e iniciação do consumo ocorre na transição do 2º para o 3º ciclo de escolaridade, com tendência a estabelecer-se mais cedo, portanto maioritariamente no 2º ciclo. A partir destes dados podemos inferir que a prevenção primária do consumo deve ser mais precoce, começando antes dos 12 anos (no sentido de evitar ou adiar a iniciação e habituação) devendo prolongar-se ao longo do percurso escolar sem excluir o Ensino Superior (Precioso, 2006; Precioso *et al.*, 2012; Vitória *et al.*, 2009; WHO, 1999).

É por volta dos 15 anos que se começam a instalar e revelar os primeiros sinais de adição (Damas, Saleiro, Marinho, Fernandes & Gomes, 2009; WHO, 1999), sublinhando-se o princípio de que o investimento maior dos programas deverá incidir sobre a prevenção para alunos nesta faixa etária específica, em particular na transição do ensino primário para o 2º ciclo de escolaridade promovendo desta forma a cessação tabágica e evitando que o hábito se alastre (Precioso *et al.*, 2012; WHO, 1999).

A prevalência do consumo de tabaco entre os adolescentes determina que a escola e os seus intervenientes, com destaque para o papel dos professores, se torne num local privilegiado para sinalizar; referenciar e orientar (Precioso *et al.*, 2012). António Carvalho vai mais longe, propondo alternativas em matéria de intervenção e prevenção escolar: mudança cultural na abordagem da problemática do tabagismo, deixando implícita uma alteração do modelo relacional entre escola, professor e aluno. Segundo este novo modelo, inverte-se a lógica que assenta sobre a escola providenciar mais recursos e atenção aos alunos com menor rendimento e maior predisposição à indisciplina; a reorganização far-se-á no sentido de que a escola proporcione espaços de debate onde o aluno não é apenas objeto de análise, mas protagonista de pleno direito, responsabilizando-se por procurar causa, meio e cura dentro da problemática em

questão. Assim, remeter a prevenção tabágica para eventos circunscritos ou atividades extracurriculares revela-se insuficiente para a eficácia desejada na construção de uma nova ordem de valores. Estes assentam em bases mais profundas de construção da personalidade, pelo que devem entrelaçar-se com todas as disciplinas curriculares e tornar-se constantes, e, por isso, da maior relevância (Carvalho, 1998).

Também a WHO, defende o papel interventivo da escola relativamente ao consumo de tabaco, tendo realizado um guia <sup>5</sup> que justifica e apoia o papel fundamental da escola nesta matéria, uma vez que proporciona oportunidades substanciais (WHO, 1999):

- Atinge de forma eficaz um alargado número de indivíduos da população, sendo que cerca de 80% das crianças frequentam o ensino primário e 60% concluem pelo menos 4 anos de escolaridade (em Portugal de acordo com o Gabinete de Estatística e Planeamento da Educação a percentagem de alunos que frequentam o 1º ciclo é de 100%);
- Permite alcançar alunos durante a infância e adolescência, estágios de desenvolvimento em que comportamentos tais como o consumo de tabaco são adquiridos e desenvolvidos;
- A problemática do “consumo de tabaco” pode ser abordada e tratada de forma coerente e consistente ao longo de anos, desde o 1º ciclo ao ensino secundário;
- Abordar o tema “prevenção tabágica” permite alertar ainda para o consumo de álcool e outras substâncias;
- A escola proporciona um canal privilegiado de transmissão de informação e intervenção na prevenção tabágica, assumindo a liderança na elaboração de políticas e serviços que visem a redução do consumo de tabaco.

Estudos revelam que programas preventivos realizados na escola que identifiquem os principais factores de influência à iniciação e consumo de tabaco, proporcionem e ensinem habilidades sociais de resistência quer isoladamente quer combinadas com o ensino de habilidade de autogestão pessoais e interpessoais gerais, estão cientificamente associados a uma diminuição ou retardamento do consumo (Botvin, Griffin, Paul & Macaulay, 2003). Em alunos cuja escola adotou medidas e políticas de prevenção e tratamento do consumo de tabaco a taxa de fumadores é de 25% em

---

<sup>5</sup> WHO Information Series On School Health : *Tobacco Use Prevention: An Important Entry Point For The Development of Health-Promoting Schools*

comparação com os 60% cuja escola não adotou quaisquer medidas informativas ou preventivas (Botvin et. al., 2003; WHO, 1999).

A UNESCO, WHO e a Oficina Internacional da Educação e Saúde, recomendam que a «saúde» se deve aprender nos estabelecimentos de ensino da mesma forma que todas as ciências sociais. Pretende-se que os alunos adquiram conhecimentos e hábitos de saúde que lhes permitam alcançar um maior grau de saúde física, mental e social (Sanmarti, 1988 *in* Precioso, 2004). A implementação da educação para a saúde na escola é fundamentada no facto de todas as crianças de um país passarem pelo sistema de ensino, atingindo um largo espectro de população (Sanmarti, 1988; Pardal, 1990 *in* Precioso, 2004); a aplicação deste tipo de programas na escola atinge indivíduos ainda em fase de formação física, mental e social, mais suscetíveis e permeáveis à aprendizagem e assimilação de conhecimentos (Sanmarti, 1988 *in* Precioso, 2004); a escola é o lugar onde por excelência se encontram profissionais valiosos com competências e valências na área educacional, que podem colaborar de forma mais produtiva e eficaz na implementação de programas, nomeadamente promotores de saúde (Nebot, 1999 *in* Precioso, 2004).

É inequívoco o papel de programas de prevenção e intervenção no consumo de tabaco centrado na escola, este tipo de programas têm um impacto substancial na saúde de gerações vindouras. Para que estes programas possam de facto ser eficazes têm que intervir antes dos jovens e adolescentes iniciarem o consumo de tabaco ou abandonarem a escola (USDHHS, 1994).

A USDHHS recomenda 7 pontos que guiam à eficácia na aplicação de programas preventivos centrados no meio escolar (USDHHS, 1994):

- Desenvolver e aplicar uma política escolar de prevenção e controlo do consumo de tabaco;
- Instruir acerca das consequências fisiológicas e sociais do uso de tabaco a curto e longo prazo, influências sociais, normas de pares e habilidade de recusa;
- Proporcionar educação preventiva para o consumo de tabaco desde o pré-escolar até ao 12<sup>o</sup> ano de escolaridade, devendo ser reforçada ao longo do ensino secundário;
- Fornecer programas de formação específica para os professores;
- Envolver os pais ou famílias no suporte dos programas de prevenção ao tabaco implementados na escola;

- Apoiar os esforços de cessação tabágica dos alunos e todos os funcionários da escola;
- Avaliar o programa de prevenção do consumo de tabaco em intervalos regulares.

Ainda no campo da prevenção tabágica, o *European Smoking Prevention Framework Approach* [ESFA], foi um projeto experimental de investigação-ação que teve a duração de 5 anos (1997-2001) e no qual participaram sete países da Comunidade Europeia: Portugal, Espanha, Itália, França, Reino Unido e Dinamarca. Teve por objetivo específico a redução em 10% da prevalência de consumidores regulares de tabaco na faixa etária dos 12 anos (Carvalho, 1998). Em Portugal o ESFA abrangeu alunos do 7º ano de escolaridade de quatro concelhos: Loures, Barreiros, Seixal e Moita. Deste projeto resultou a criação de um programa de prevenção “Querer é poder” (Vitória, Raposo, Peixoto, Carvalho & Clemente, 2000; Carvalho, 1998).

Existem atualmente alguns programas validados de ação preventiva do consumo de tabaco destinados à escola:

**Life Skills Training (LTS):** Programa desenvolvido por Gilbert Botvin nos Estados Unidos da América, inicialmente como um programa de prevenção do tabagismo para alunos do ensino secundário e que se estendeu a todos os ciclos de escolaridade e à prevenção do consumo de álcool e marijuana. Consiste em 24 sessões (30 a 45 minutos cada) aplicadas no equivalente ao 3º, 4º e 5º ano de escolaridade do sistema português de ensino (3, 4 e 5 *grades – elementary school*). A fim de maximizar a eficácia da aplicação deste programa Botvin sugere um rácio de 25 alunos para 1 professor (Botvin et al, 2003).

Visa a promoção de competências pessoais e sociais e a prevenção do consumo de substâncias, centrando-se na aquisição de habilidades de resistência à pressão dos pares associada ao consumo de substâncias; aquisição de competências para a melhoria da autoestima e capacidade de relacionamento com os outros; desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão e resolução de problemas; capacidade de lidar com a ansiedade (Botvin et al, 2003).

Os métodos utilizados neste programa incluem: a promoção de discussões de grupo; a prática e modelagem de habilidades cognitivo-comportamentais. Este programa avalia o consumo, os conhecimentos, as atitudes e crenças acerca das normas, as competências de assertividade, a autoeficácia, autoestima e a ansiedade social (Botvin et al, 2003).

**Programa “Não fumar é o que está a dar”<sup>6</sup>**: Programa desenvolvido em Portugal por José Precioso, é caracterizado por ser intensivo, específico e transversal, de prevenção do consumo de tabaco, do tipo de influências psicossociais. Consiste em 15 sessões semanais com duração de uma hora, dirigida a alunos do 7º ano de escolaridade. Estas sessões são aplicadas nas disciplinas curriculares nomeadamente Ciências Naturais, Língua Portuguesa, Educação Visual; Matemática e Educação Física.

As sessões estão agrupadas em 5 componentes básicos: informação sobre a constituição do fumo do tabaco; construir uma atitude sobre fumar; tomada de decisão sobre a futura utilização do tabaco; corrigir a errática perceção do número de amigos fumadores; resistir às influências sociais para fumar (Precioso & Macedo, 2004).

**Programa “Querer é poder”<sup>7</sup>**: Desenvolvido em Portugal pelo Conselho de Prevenção do Tabagismo no âmbito do European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA, 1998) é constituído por 6 sessões, dirigido a jovens entre os 12 e os 14 anos e desenvolve os seguintes temas: efeitos de fumar e não fumar, a curto e longo prazo para o organismo, para as pessoas e suas relações e para a sociedade; motivos para não fumar e para começar a fumar; motivos para continuar a fumar mesmo quando se quer parar (conceito de dependência); pressões diretas e indiretas do meio para fumar (publicidade, normas sociais, pressão dos pares); competências sociais para gerir situações de pressão social (Precioso & Macedo, 2004; Vitória *et al.*, 2000).

**Programa “No Gracias, no fumo!”**: Elaborado em Espanha por Elisardo Becoña, é constituído por 6 sessões a aplicar com uma frequência semanal, e mais 4 sessões de reforço a aplicar nos dois anos seguintes ao término do programa. Dirige-se a alunos de 11-12 anos. Compreende 3 componentes fundamentais: informação; treino de habilidades e tomada de decisões (Becoña, Palomares & Garcia, 1994 *in* Precioso & Macedo, 2004).

Neste programa ao invés de ser o professor a prover a informação, solicita-se aos alunos que, divididos em grupos, investiguem e exponham em contexto de aula as informações reunidas, sendo que cada grupo abordará uma temática distinta da dos restantes grupos de trabalho. O programa sugere ainda por meio de representações na turma o treino de habilidades que permitam recusar as ofertas de cigarros (Becoña *et al.*, 1994 *in* Precioso & Macedo, 2004).

---

<sup>6</sup> <http://webs.ie.uminho.pt/tabagismo/>

<sup>7</sup> <http://www.slideshare.net/Profmaria/querer-poder-i>

A aplicação e implementação no meio escolar de programas preventivos do tipo psicossocial devem ainda integrar outro tipo de estratégias: criação de ações extracurriculares (Nebot, 1999 *in* Precioso, 2006; Savolainen, 1998 *in* Precioso, 2006; Wiborg & Hanewinkel, 1999 *in* Precioso, 2006; Macedo, 2004); o desenvolvimento e aplicação de programas de desabituação para jovens; a continuidade da intervenção antitabágica ao longo de todo o percurso escolar (Becoña, 1995 *in* Precioso & Macedo, 2004); promoção de estilos de vida saudáveis, através de o desenvolvimento de um currículo transversal de Educação para a Saúde (Mendonza, 1999 *in* Precioso & Macedo, 2004; Nebota, 1999 *in* Precioso & Macedo, 2004); criação de um ambiente escolar que reforce as ações educativas exercidas (escola sem tabaco) (ESFA, 1998).

No que diz respeito ao sistema educativo, Portugal começou por instituir a intervenção médica na escola com os Centros de Medicina Pedagógica nos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra, tendo sido extintos em 1993. Entre 1971 e 2001 os Ministérios da Educação e da Saúde dividiram responsabilidades no que concerne ao exercício da saúde escolar, intervindo com um objetivo comum mas recorrendo a metodologias distintas. Há já vários anos que o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde assumiram responsabilidades complementares face à Promoção da saúde na comunidade educativa alargada. Ao nível do Ministério da Educação coube à Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular [DGIDC] a concessão da componente pedagógica e didática do sistema educativa, incluindo a definição de conteúdos e do modelo de concretização dos apoios e complementos educativos (Decreto Regulamentar nº 17/2004, de 28 de Abril) (Direção Geral de Inovação e Desenvolvimento Curricular, Direção Geral de Saúde [DGS] & Instituto da Droga e da Toxicodependência [IDT], 2007). A DGIDC, através do seu Núcleo de Educação para a Saúde [NES], assegurou o acompanhamento, monitorização e desenvolvimento da saúde em meio escolar nas vertentes da educação para a saúde e saúde escolar (Despacho nº 15 987/2006 de 31 de Julho). No Currículo Nacional, estão identificadas as competências a desenvolver ao longo do ensino básico: educação para a saúde e o bem-estar, nomeadamente a educação alimentar; educação sexual; educação para a prevenção de situações de risco pessoal (ME, 2001). Atualmente a Direção Geral da Educação [DGE] assumiu as funções da DGIDC assumindo as funções e competências que cabiam anteriormente à DGIDC no que concerne à promoção e educação para a saúde em meio escolar.

A primeira grande conferência internacional sobre *Promoção da Saúde* decorreu em Novembro de 1986 tendo contado com a participação da WHO e culminou com a «Carta de Ottawa»<sup>8</sup>, um documento orientador, no qual Portugal participou e ratificou. O Gabinete Regional para a Europa da WHO formou a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, da qual Portugal faz parte desde 1995. Em 1997 Portugal aderiu à rede de Escolas Promotoras de Saúde [EPS] através de uma experiência piloto. O sucesso desta experiência levou a que os Ministérios da Saúde e Educação tenham alargado a toda a rede escolar, reforçando para isso a legislação e estruturas de apoio (Despacho nº 12.045/2006 de 7 de Junho) (ME, 2006). A WHO define «Escola Promotora de Saúde» [EPS] como aquela que inclui educação para saúde no currículo e possui atividades de saúde escolar (WHO, 1999). A EPS tem como principal finalidade (International Union for Health Promotion and Education [IUHPE], 2009):

- **Melhorar os resultados escolares:** um aluno saudável aprende melhor. As escolas EPS eficazes contribuem fortemente para o cumprimento dos objetivos pedagógicos e sociais;
- **Facilitar ações a favor da saúde gerando conhecimentos e habilidades nos domínios cognitivo, social e comportamental:** As ações das EPS ajudam a gerar competências específicas e gerais em termos de compreensão, de análise e de síntese da informação e permitem ainda criar soluções às questões locais e globais. Os alunos podem aprender e praticar habilidades pessoais e sociais e adquirir comportamentos promotores de saúde, favorecendo as aprendizagens;

Para a implementação de uma EPS é necessário cumprir os seguintes propostos (IUHPE, 2009):

- Desenvolver uma política de apoio às EPS por parte do governo ou da autoridade local.
- Contar com o apoio da administração e da direção.
- Criar um pequeno grupo de pessoas que assuma ativamente a liderança e coordenação das ações e que integre professores, pessoal não docente, alunos, pais e membros da comunidade.
- Auditar as ações correntes de promoção da saúde de acordo com os seis elementos essenciais das EPS (políticas de escolas saudáveis; ambiente físico da

---

<sup>8</sup> [http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta\\_ottawa.pdf](http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf)

escola; ambiente social da escola; competências individuais de saúde e competências para a ação; ligação à comunidade; serviços de saúde).

- Estabelecer objetivos consensuais e uma estratégia para os atingir.
- Redigir uma Carta de Escola Promotora de Saúde (documento que simboliza o compromisso da escola).
- Assegurar que o pessoal da escola e os parceiros da comunidade frequentem cursos de capacitação e que tenham oportunidade de pôr em prática os conhecimentos e as competências adquiridas.
- Celebrar os marcos de referência (exposição de alunos à comunidade local da Carta).
- Dar um prazo de 3-4 anos para atingir os objetivos específicos.

O Guia curricular do Programa EPS inclui nove temáticas: uso e abuso de substâncias; educação sexual; educação familiar; segurança; exercício físico; alimentação e nutrição; higiene pessoal; aspetos ambientais da educação para a saúde; aspetos psicológicos da educação para a saúde (Donoghue *in* Precioso, 2004).

Navarro (1999) sugere que a EPS (Escola Promotora de Saúde) deverá incluir adaptações da dimensão curricular (ensino formal), havendo uma ligação óbvia dos conteúdos programáticos à vida, nomeadamente na adoção de um estilo de vida saudável (Navarro, 1999 *in* Precioso, 2004). Assim, no que respeita ao consumo de tabaco, a Biologia pode abordar as consequências para a saúde do consumo de tabaco; a Matemática pode calcular os gastos do tabaco de um fumador e custos com o tratamento de um fumador com cancro de pulmão; a disciplina de Português ou Psicologia pode aprofundar os determinantes da conduta tabágica, de como resistir às influências psicossociais que levam ao início do hábito (Precioso, 2004).

Portugal é um dos 46 membros da Rede de Escolas Promotoras de Saúde [EPS] que atualmente se configura na plataforma School for Health In Europe [SHE] (SHE, acessível online em <http://www.schoolsforhealth.eu/>). Desde 2006 que formalmente deixou de existir a Escola Promotora de Saúde, o Ministério da Educação em despacho (reforçados anteriormente pelo Despacho nº19737 de 13.09.2005 e Despacho nº 25994 de 16.12.2005 e ainda pelo protocolo celebrado entre o ME e MS em Fevereiro de 2006) alterou o conceito de EPS passando a ser obrigatório a inclusão no projeto educativo da Escola/Agrupamento de temas e conteúdos na área de Promoção e Educação para a Saúde. Assim, todas as escolas (públicas e privadas) deverão desenvolver projetos nas áreas que identifiquem como prioritárias; Alimentação e atividade física, Consumo de substâncias psicoativas, sexualidade, infeções sexualmente transmissíveis e violência em

meio escolar; recorrendo para isso à metodologia de projeto, (ME, Despacho 15987 de 27 de Setembro de 2006).

### **3.3.7 Prática Desportiva / Tabagismo**

“O melhor caminho para a prevenção contra o abuso de drogas não é reprimir, e sim oferecer aos jovens oportunidades para que estes possam dar vazão às suas necessidades de viver experiências diferentes e significativas e de partilhá-las com os seus amigos” (Maia & Albuquerque, 2002, p.41 tradução livre)

Nos diferentes estudos que são aqui citados os conceitos de atividade física, exercício físico e prática desportiva são inequivocamente utilizados como sinónimos. É importante por isso esclarecer a definição partilhada pelos profissionais de motricidade humana:

Atividade Física: é qualquer movimento corporal, produzido pelos músculos esqueléticos que resulte num gasto energético maior do que os níveis de repouso (Caspersen, 1985 *in* WHO 2002).

Exercício Físico: movimento corporal planeado, estruturado e repetitivo realizado para aprimorar ou manter um ou mais componentes da condição física (Bouchard, C., Shephard, R., Stephens, T., Sutton, J. & McPherson, 1990)

Atividade Desportiva: é toda forma de atividade física que, através de uma participação organizada ou não, tem por objetivo a melhoria da condição física e psíquica, o desenvolvimento das relações sociais ou a obtenção de resultados em competições de todos os níveis (Conselho da Europa 1995).

A promoção de hábitos de vida saudáveis bem como, a possibilidade de se integrar socialmente através da prática de atividades desportivas, revelam-se factores preventivos para o consumo de drogas, nomeadamente consumo de tabaco (Brasil, 1997 *in* Maia & Albuquerque, 2002). Programas recreativos e desportivos revelam-se eficazes como estratégia de prevenção ao consumo de tabaco (Maia & Albuquerque, 2002; McArdlle *et al.*, 2000).

O estudo realizado nos Estados Unidos por Escobedo *et al.*, com uma amostragem de alunos dos 9 aos 17 anos de idade, revelou que alunos com participação no Desporto Interescolar revelam menos propensão para virem a ser consumidores regulares de tabaco (Escobedo, Marcus, Holtzman & Giovino, 1993). Esta relação pode dever-se a uma maior autoconfiança que resulte da prática desportiva, de um aconselhamento adicional por parte da equipa técnica (treinador e ou professor) sobre o tabagismo, de uma reduzida influência por parte dos colegas para o consumo de tabaco, do conhecimento e percepção do impacto negativo que o consumo de tabaco tem no

desempenho desportivo, de uma maior consciencialização das consequências do tabaco na saúde e um maior desejo de se manter saudável (Escobedo *et al.*, 1993).

De acordo com Matos *et al.*, jovens que praticam com regularidade atividade física referem mais frequentemente já ter experimentado fumar, mas no que concerne ao consumo regular, a situação inverte-se e são os jovens que não fumam regularmente aqueles que mais frequentemente praticam atividade física regular (Matos, Carvalhosa, Vitória & Clemente, 2003).

Jovens que já experimentaram tabaco ou que são consumidores regulares, afirmaram ser menos felizes e relataram com mais frequência sintomas de mal-estar psicológico e físico, alimentação menos saudável e insatisfação com a própria imagem corporal (Matos *et al.*, 2003). Num estudo levado a cabo por pesquisadores do Instituto de Pesquisa Social e Económica da Universidade de Essex, no Reino Unido revelam dados conducentes com o estudo de Matos e sua equipa (2003), em que se concluiu que os comportamentos não saudáveis, como fumar, beber álcool e o sedentarismo estão intimamente ligados com índices de felicidade mais baixos entre os adolescentes, mesmo quando Factores sociodemográficos, tais como sexo, idade, renda familiar e escolaridade dos pais são levados em conta. O mesmo estudo revelou ainda que entre os 13 e 15 anos, quando os jovens têm mais autonomia sobre as suas escolhas de estilo de vida, o consumo de alimentos torna-se menos saudável e o hábito de praticar exercício físico reduz (Booker & Sacker, 2011).

A participação e prática de desporto organizado (obedecendo a regras), em oposição com a prática informal ou de competição, pode reduzir a utilização de tabaco e drogas ilícitas, representando um factor importante na prevenção do consumo de drogas. (Mesko, Stihec, Sisko, Karpljuk & Vidernsek, 2010). Relativamente ao consumo de drogas e álcool (e não especificamente consumo de tabaco) concluiu-se poder haver uma relação entre a prática de desporto, especialmente desportos radicais e o consumo de drogas e álcool (cannabis), em que ambos os comportamentos (prática de desporto e consumo de drogas) revelam impulsos semelhantes para a busca de sensações: excitação, vertigens e flutuação. O mesmo estudo revelou que a prática de desporto pode mediar a necessidade que o adolescente manifesta de “efeito-escape”, recorrendo à prática de desporto, diminuindo conseqüentemente o consumo de tabaco e a iniciação ao consumo de cannabis (Mesko *et al.*, 2010; Peretti-Watel *et al.*, 2003).

O estudo realizado pelo Projeto «Aventura Social e Saúde» em colaboração com o Health Behaviour in School-aged Children [HBSC] pela Faculdade de Motricidade Humana sugere que os jovens que referem já ter experimentado ou serem consumidores

de drogas apresentam um perfil associado à inatividade e inexistência de atividade física. Neste estudo é ainda reforçada a relação entre a experimentação e o consumo de drogas ilícitas e a coexistência de outros consumos (tabaco e álcool) (Matos & Carvalhosa, 2011).

O estudo comparativo da prevalência do consumo de tabaco nas diferentes modalidades desportivas é ainda limitado. Contudo, num estudo realizado por Sousa M. com uma amostra de 8492 jovens atletas Brasileiros, dos 12 aos 17 anos, envolvendo as seguintes modalidades desportivas: Basquetebol, Voleibol, Andebol, Futsal, Futebol, Atletismo, Ciclismo, Voleibol de Praia, Ginástica Rítmica, Ténis, Natação, Judo, Karaté, Taekwondo, Ténis de Mesa e Xadrez; concluiu-se que no que se refere ao uso experimental de tabaco, a maior prevalência registou-se em jovens praticantes de Ciclismo (43.5%). Os jovens atletas praticantes de Ciclismo, Voleibol e Andebol foram os que apresentaram as maiores frequências de consumo regular de tabaco, já as menores prevalências foram observadas entre os jovens praticantes de Natação e Karaté. No que respeita ao consumo regular, a maior prevalência surgiu em jovens atletas praticantes de Andebol (12.2%). Destacaram-se a Ginástica Rítmica (100%), Ténis (92.3%), Natação, Judo e Xadrez (85%) como modalidades com uma elevada prevalência de atletas que relataram nunca ter experimentado consumir tabaco (Sousa, 2012).

### **3.3.8 Conceito de Dependência**

Inicialmente o consumo de tabaco era considerado e classificado como um hábito. Foi em 1970 que o National Institute of Drug Abuse [NIDA] publicamente passou a considerar a utilização de tabaco como forma de dependência. A partir de 1988 o Advisory Committee to the Surgeon General, adotou uma posição clara relativamente à classificação do consumo de tabaco como dependência sendo a nicotina a principal substância responsável por esta consequência (USDHHS, 1988). Desde de 1992 que a dependência da nicotina está classificada como doença pela Classificação Internacional de Doenças [CID-10] e pela WHO. Pode-se afirmar que o tabagismo constitui uma doença, caracterizada pela dependência crónica e pela recaída (WHO, 1992; USDHSS, 1988).

De acordo com a CID-10, a dependência de substâncias contempla seis critérios. A presença de, pelo menos, três desses critérios, de forma repetida, no ano anterior, indica a existência de dependência (WHO, 1992):

1. Um forte desejo ou compulsão para consumir a substância;
2. Dificuldade em controlar o consumo, no que concerne ao seu início, termo ou intensidade;

3. Síndrome de abstinência;
4. Desenvolvimento de tolerância;
5. Perda progressiva do interesse por atividades sociais, laborais ou de lazer, devido ao uso da substância, ao aumento do tempo dedicado à sua obtenção ou à sua utilização;
6. Persistência do consumo, mesmo quando já existem sintomas evidentes de doença.

A dependência do tabaco é um processo complexo, que resulta da interação de diferentes factores, mas sobretudo da presença e influência da nicotina, substância psicoativa com elevada capacidade de induzir dependência física e psicológica (WHO, 2004). Uma vez absorvida, a nicotina atinge o cérebro em apenas 10 segundos, conduzindo à produção e libertação de dopamina, provocando a melhoria da atenção e memória bem como, um aporte no controlo emocional e dos níveis de stress (sistema noradrenérgico). A nicotina é ainda um estimulante psicomotor que, nos novos utilizadores, reduz o tempo de reação e melhora a memória e a atenção. Contudo, a longo prazo a sua utilização induz à tolerância e produz efeitos aversivos (DiFranza *et al.*, 2002). A tolerância define-se pela necessidade de recorrer à utilização crescente de uma determinada substância, no caso a nicotina, para se obter o efeito de intoxicação desejado e, simultaneamente, por uma diminuição acentuada do resultado produzido, através da utilização continuada da mesma quantidade de substância (American Psychological Association [APA], 2002). A interrupção abrupta ou redução significativa dos níveis de nicotina consumidos (sob forma de cigarros ou outros produtos) produz um síndrome de abstinência, que a APA define pela presença de quatro ou mais dos seguintes critérios:

1. Humor disfórico ou deprimido;
2. Insónia;
3. Irritabilidade, frustração ou raiva;
4. Ansiedade;
5. Dificuldade de concentração;
6. Inquietação;
7. Diminuição da frequência cardíaca;
8. Aumento do apetite ou ganho ponderal.

A evolução de estágios <sup>9</sup> que conduz ao comportamento aditivo de tabaco e consequente dependência caracteriza-se pelas seguintes fases: preparatória; prova; experimentação; habituação (consumo regular) e manutenção (consumo dependente). Na fase de Manutenção/Dependência, a permanência do consumo de tabaco resulta da dependência física da nicotina, processo aprofundado anteriormente, bem como da dependência psicológica, esta última associada a alguns momentos agradáveis e aos efeitos calmantes da nicotina sobre a ansiedade (USDHHS, 1994; Becoña & Vázquez, 1998). Apesar dos aspetos neuroquímicos de adição à nicotina, é consensual a influência de outros factores, sendo esses, o de aprendizagem e condicionamento social, os associados à personalidade, os genéticos e de natureza económica (Willis *et al.*, 2004; WHO, 2004).

Fumar corresponde a um ato regulado pelas suas sequências imediatas, a repetição deste comportamento resulta de processos de aprendizagem e de reforços (positivos e negativos) que ao longo do tempo se generalizam e se tornam automáticos, num padrão de comportamento estável e duradouro que conduz à dependência (WHO, 2004; Benson E., 2002). É consensual que os fumadores usam a ação e efeitos diretos do consumo de tabaco (nicotina) para modelar estados emocionais e potenciar sensações de prazer (Gilbert, 1995 *in* Trigo, 2007). De acordo com DiFranza *et al.* (2002), as crianças tornam-se dependentes da nicotina mais facilmente do que os adultos. Verificou-se ainda que as raparigas revelaram mais precocemente e em maior número sintomas de dependência face aos rapazes (DiFranza *et al.* 2002).

Estudos recentes revelaram existir diferenças quanto ao número de recetores cerebrais de nicotina, taxa de metabolização e sensibilidade à nicotina. Estas variações genéticas parecem desempenhar um papel importante na determinação da quantidade de nicotina ingerida, número de anos de tabagismo, gravidade da dependência e intensidade do síndrome de abstinência ou da propensão para recair (Tricker, 2003). Estudos realizados neste âmbito revelam ainda que variações atribuídas aos factores genéticos na intensidade do hábito de fumar podem variar entre os 50% e os 70% (Groman & Fargerstrom, 2003; True *et al.*, 1997). Ainda no domínio biológico e genético, uma vivência de dependência por parte dos pais constitui um factor de risco e maior predisposição ao consumo por parte dos filhos (DGS, 2012).

---

<sup>9</sup> Consultar capítulo 3.3.4 Iniciação ao consumo tabágico/Jovens p.12

Os factores acima descritos permitem compreender porque razão nem todos os jovens e adolescentes que experimentam tabaco, se tornem, também eles, dependentes e conseqüentemente consumidores regulares. Contudo, é de salientar que de acordo com estudos recentes os primeiros sintomas de dependência do consumo de tabaco podem ocorrer rapidamente após alguns dias ou semanas de consumo de tabaco, mesmo que intermitente (DiFranza *et al.*, 2002).

### **3.3.9 Doenças associadas ao tabagismo**

De acordo com a WHO o consumo de tabaco é responsável anualmente por 6 milhões de mortes no mundo (WHO, 2006).

Foi em 1964 que se publicou oficialmente um extenso relatório “Smoking and Health” sobre os efeitos na saúde decorrentes do consumo de tabaco. Neste relatório assumiu-se oficialmente uma relação casual entre o consumo de tabaco e algumas formas de cancro, pulmão e laringe (USDHHS, 1964). Em estudos sucessores veio a confirmar-se a associação entre o consumo de tabaco com outros tipos de cancro (USDHHS, 1990).

Foram identificados mais de 50 compostos do fumo do cigarro com potencial cancerígeno, para além destes compostos existem ainda compostos com elevado potencial tóxico, que se tem vindo a provar terem efeitos prejudiciais ao nível do desenvolvimento e reprodução (OEHHA, 1997). O consumo de tabaco contribui para a redução da longevidade e constitui a principal causa de morbimortalidade evitável nos países industrializados, estimando-se que cerca de 25% das mortes estejam diretamente relacionadas com o tabagismo (WHO, 1996).

Atualmente as consequências e repercussões para a saúde associadas ao consumo de tabaco estão bem estabelecidas para um vasto número de doenças, donde se salientam diferentes manifestações de cancro, doenças do aparelho respiratório (doença pulmonar obstrutiva crónica), doenças cardiovasculares e efeitos nefastos para a saúde reprodutiva (USDHHS, 2004; WHO 1996). Estudos revelam que a morte por doença coronária é a principal causa de morte resultante do consumo e exposição ao fumo do tabaco (OEHHA, 1997).

O consumo de tabaco na infância e adolescência tem consequências imediatas, prejudicando a maturação e função pulmonares, agravando a sintomatologia decorrente da asma (tosse e expectoração) e dificultando o seu controlo, diminui o rendimento físico e altera o padrão lípido no sangue (aumento das LDL) (USDHHS, 2004). A exposição ao fumo por crianças e adolescentes está relacionada com alterações e maior predisposição

de infeções agudas e crónica no ouvido médio, com irritações oculares e nasais e com alterações do olfacto (OEHHA, 1997; USDHHS, 2004).

Nas mulheres, o consumo de tabaco contribui para uma menor fertilidade, menopausa precoce, manifestação precoce de osteoporose e quando combinado com a utilização de pílula contraceptiva nas mulheres com idade superior aos 35 anos, eleva o risco de doença cardiovascular (USDHHS, 2004; British Medical Association, 2004). Na gravidez, o impacto do consumo regular de tabaco eleva o risco de baixo peso à nascença, prematuridade, mal formações fetais, placenta prévia, descolamento de placenta e mortalidade perinatal. Numerosos estudos têm demonstrado um risco aumentado de síndrome da morte súbita infantil (SMSI) do lactente em recém-nascidos de mães fumadoras. Existe ainda evidência de que o consumo regular possa aumentar o risco de aborto espontâneo (British Medical Association, 2004; OEHHA, 1997; USDHHS, 2004).

As evidências epidemiológicas e bioquímicas sugerem que a exposição ao fumo do tabaco está fortemente associada a um elevado risco de contrair cancro do aparelho respiratório superior (lábio, língua, boca, faringe e laringe) e provocar irritação ocular (OEHHA, 1997). Estima-se que só, durante o ano de 2000, o consumo de tabaco tenha sido responsável por 85% das mortes por cancro de pulmão, por 26% das mortes por cancro e por 9% do total de mortes por doenças cardiovasculares ocorridas nos homens (Peto, Lopez, Boreham & Thun, 1996).

É consensual o reconhecimento que o tabagismo constitui um factor de risco não só para o fumador, mas também para os fumadores expostos diretamente ao fumo do tabaco (fumadores passivos), que têm uma maior probabilidade de vir a contrair cancro de pulmão, doenças cardiovasculares assim como diversas patologias respiratórias de natureza aguda e crónica (WHO, 2004; Trigo, 2007).

A menos que se invista na cessação tabágica, prevê-se que o número de mortes relacionadas com o consumo de tabaco continuará a aumentar nos próximos anos (WHO, 2006).

### **3.3.10 Cessação Tabágica/ Estratégias de Prevenção ao Consumo Tabágico**

Além do impacto direto que o consumo de tabaco tem sobre a saúde dos que estão expostos ao fumo do cigarro (WHO, 2004; Trigo, 2007), existem ainda os efeitos negativos nos níveis de serviço prestado e nos custos do sistema de saúde, que afetam toda a sociedade. Só em Portugal Continental, os encargos de ambulatório e de internamento associados ao consumo de tabaco rondam os 1.366.809.020€, o que revela a gravidade dos problemas de saúde decorrentes do consumo de tabaco (Gouveia *et al.*,

2008). O consumo de tabaco tem ainda consequências na economia e produtividade, um fumador custa em média mais 4.500,00€ anuais à entidade empregadora em comparação com um funcionário não fumador (Hughes *et al.*, 2011). Estes custos resultam primariamente das pausas para fumar, bem como dos custos associados a despesas de saúde, que no sistema de saúde nos EUA representa um sobrecusto nos seguros de saúde para empregadores segurados (Hughes *et al.*, 2011).

A cessação tabágica tem como consequência direta uma melhoria do estado de saúde individual e ainda promovendo benefícios imediatos em ambos os sexos, em todas as idades, em indivíduos com ou sem doenças relacionadas com o tabaco (WHO, 2004).

Perante o exposto, e com base nas estimativas da WHO, o investimento na cessação tabágica constituiu a medida mais efetiva para a obtenção, a curto e médio prazo, de melhorias nos indicadores de morbimortalidade decorrentes do consumo de tabaco (WHO, 2004). Cabe ao Sistema Nacional de Saúde intervir no sentido de prevenir e tratar a doença, desta forma, a Direção Geral de Saúde formulou o Programa-tipo que promove o pleno cumprimento das obrigações do SNS, criando e implementando consultas de cessação tabágica. Este programa consiste numa intervenção que pode ser breve ou intensiva de acordo com o nível de motivação para a cessação, bem como, o grau de dependência revelados pelo paciente. Assim, o número de consultas previstas depende do programa (breve ou intensivo). O programa breve visa: abordar, aconselhar, avaliar, ajudar e acompanhar. Para o programa intensivo a DGS propõe um conjunto de abordagens de natureza comportamental e medicamentosa ao longo de 4 a 5 consultas que correspondem a 12 meses de programa (DGS, 2012).

Além das medidas adotadas pelo SNS existem outras medidas igualmente válidas e que poderão complementar os esforços do paciente para a cessação tabágica:

**Medidas Farmacológicas** (adotada pelo SNS através do programa-tipo da DGS): Existem vários estudos no âmbito de investigação que testaram a eficácia de diferentes fármacos como potenciadores e auxiliares na cessação tabágica, contudo os tratamentos que reconhecidamente revelaram atuar reduzindo os sintomas de abstinência e consequentemente assegurando o maior sucesso da cessação tabágica são: Terapia de Substituição da Nicotina (NRT), Bupropiona (antidepressivo) e Vareniclina (agonista parcial do recetor nicotínico) (DGS, 2012; Marques, 2012);

A NRT atua sobre o sistema nervoso central sobre recetores nervosos reduzindo os efeitos da abstinência. Pode ser administrada sob diferentes formas farmacêuticas, porém observou-se por ordem decrescente de benefício as seguintes formas: aerossol nasal, nicotina inalada, comprimidos ou pastilhas sublingual, adesivos cutâneos e goma

de mascar. A taxa de abandono do consumo de tabaco por NRT varia entre 20 a 24% (Stead, Perera, Bullen, Mant & Lancaster, 2008).

A Bupropiona é um antidepressivo aprovado pelo Food and Drug Administration (FDA) para tratamento do tabagismo e surgiu como primeira alternativa à NRT. Estudos sugerem que atue diretamente ao nível do sistema nervoso central inibindo a estimulação excessiva de dopamina e noradrenalina (Tonnesen *et al.* in Marques, 2012). A taxa de abandono do consumo com recurso a este fármaco é de 30% (Stead, *et al.*, 2008).

A Vareniclina atua ao nível dos recetores acetilcolina nicotínicos, reduzindo os sintomas de abstinência e a satisfação de fumar, sugere-se ainda que na presença de nicotina, este fármaco bloqueie o aumento de dopamina induzida pela nicotina, reduzindo consequentemente os efeitos de satisfação associados ao ato de fumar (Marques, 2012). A taxa de abandono do consumo com recurso à Vareniclina é de 44%.

**Medidas Não-Farmacológicas:** Exercício Físico, Medidas Políticas e Medicina Alternativa (DGS, 2012; Marques, 2012).

### 3.3.11 Cessação tabágica/Prática Desportiva

Existem inúmeras pesquisas que associam os mecanismos de dependência a um mediador químico cerebral relacionado com a sensação de prazer. Esta sensação resulta da libertação de endorfinas, mecanismo presente nos praticantes de exercício físico. Vários estudos revelam que a prática de exercício físico atenuou o desejo de fumar e reduziu os níveis absolutos dos sintomas de abstinência durante e após o exercício (Taylor & Katomeri, 2007; Daniel, Cropley & Fife-Schaw, 2006). Não se conhece ao certo o mecanismo que leva a prática de exercício físico a reduzir o desejo de fumar e os sintomas de abstinências contudo, Daniel e seus colaboradores colocam a hipótese de não ser o exercício físico em si que causava esta diminuição, mas sim a distração cognitiva que o exercício ocasionava. No entanto, apenas quando se analisou isoladamente o factor “distração cognitiva”, este só por si não produziu diferenças na intensidade dos sintomas de abstinência nem no desejo de fumar, podendo constituir um factor parcial que em conjunto com outros mecanismos produzidos pela prática de exercício físico (Daniel *et al.*, 2006).

Investigadores do Miriam’s Hospital Centers for Behavioral and Preventive Medicine nos EUA, realizaram estudos que suportam os benefícios da prática de exercício físico na cessação tabágica. Incidindo em particular na população feminina e recorrendo a exercício aeróbio os investigadores concluíram que a prática de exercício aporta os seguintes benefícios: diminuição dos sintomas de abstinência, nomeadamente a

ansiedade; controlo do peso; estabilização dos níveis de humor. De acordo com os resultados, homens e mulheres fumadores que recorram a um regime de treino aeróbio e de resistência muscular (com recurso a pesos) durante 12 semanas como parte do programa de tratamento do tabagismo são duas vezes mais propensos a cessarem com sucesso o consumo de tabaco (Ciccolo, 2011).

Baseado nestas evidências, recomenda-se a prática de exercício físico, por se revelar um coadjuvante de extrema importância na cessação tabágica, além de ser um promotor de hábitos de vida saudável.

### **3.3.12 Cessação tabágica/Medidas Políticas**

O terceiro imposto indireto mais importante em Portugal, em termos de receitas fiscais é o imposto sobre o tabaco, com um peso de 6.2% em 2012. Estima-se que em 2012 o Estado Português tenha arrecadado 1431,5 milhões de euros provenientes do imposto sobre o tabaco (INE, 2013). A Convenção-Quadro para o Controlo do Tabaco da WHO, adotada por Portugal em Novembro de 2005 <sup>10</sup>, contempla as principais medidas que deverão ser adotadas pelos respetivos Governos, no sentido de prevenir e controlar o tabagismo e considerando o impacto que tem na saúde pública. Está demonstrado que as medidas com maior efetividade são: uma política de preços elevados; (Cardoso & Plantier, 2008); a proibição total da promoção e marketing dos produtos do tabaco; as disposições legais de restrição de fumar em locais públicos fechados e a promoção da cessação tabágica constituem abordagens igualmente efetivas e que devem ser alvo de um forte investimento. (Stead *et al.*, 2008; Marques, 2012).

A WHO introduziu em 2008 o pacote de medidas «MPOWER». Este pacote pretende auxiliar os países na implementação de medidas políticas que resultem na diminuição do recurso ao tabaco e redução do número de fumadores. As seis medidas MPOWER são: monitorização e acompanhamento da evolução epidémica do tabagismo; proteger as pessoas do fumo do tabaco; disponibilizar ajuda para quem deseja deixar de fumar; avisar sobre os perigos do tabaco; impor proibições na publicidade, promoção e patrocínio aos produtos do tabaco; e aumento dos impostos sobre o tabaco. Menos de 10% da população mundial está abrangida por qualquer uma das medidas MPOWER (WHO, 2008).

---

<sup>10</sup> Decreto n.º 25-A de 8 de Novembro de 2005, que aprovou a Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controlo do Tabaco

Em Portugal, a Lei da Prevenção do Tabagismo entrou em vigor em 2007<sup>11</sup> de acordo com o Art.º 24.º daquele diploma legal, cabe à DGS em articulação com o Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e com o Grupo Técnico Consultivo assegurar o acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo do tabaco em Portugal, bem como avaliar o impacto da aplicação da lei em presença designadamente quanto ao seu cumprimento e à evolução das condições dos locais de trabalho e de atendimento ao público. Tudo isto com o objetivo de propor alterações adequadas à Prevenção e Controlo do Consumo do Tabaco. Como consequência direta da aplicação da lei, determinou-se que 5.1% deixaram de fumar. Relativamente às melhorias da saúde por efeito de aplicação da Lei, 35% dos cidadãos refere tê-la sentido (Cardoso & Plantier, 2008).

### **3.4 Apresentação do estudo**

“A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento” Platão

O objetivo da presente secção é a execução de uma análise retrospectiva quanto à escolha do tema selecionado, ao decurso do estudo de investigação e à apresentação dos resultados à comunidade escolar.

#### **3.4.1 Seleção do objeto de estudo**

A seleção do tema “Tabaco – Análise dos Hábitos Tabágicos na Escola Secundária Miguel Torga” no âmbito do estágio profissionalizante que decorreu em 2003/2004, surgiu como forma de ir ao encontro do projeto educativo da ESMT e sobretudo, fundamentar e apoiar a medida interventiva presente no *artigo 92º* (Regulamento Interno, 2003/04) que interditava a posse ou consumo de substâncias aditivas dentro do recinto escolar. Sendo o hábito tabágico uma das manifestações de adição e consumo mais explícitas e consolidadas na adolescência (Precioso, 2006), o núcleo de estágio de Educação Física tomou a decisão de focar o seu estudo neste âmbito.

Para se prevenir o comportamento aditivo do consumo de tabaco é necessário conhecer quando, onde e por que razão começam a fumar os alunos. Tornou-se prioridade neste contexto a caracterização dos hábitos tabágicos dos alunos da ESMT. Com base na informação obtida, procurou traçar-se um conjunto de propostas de intervenção e

---

<sup>11</sup> Lei nº 37/2007 acessível em <http://www.dre.pt/pdf1s%5C2007%5C08%5C15600%5C0527705285.pdf>

prevenção do consumo de tabaco, devidamente fundamentadas e que melhor respondessem às necessidades e realidade da Escola Secundária Miguel Torga.

### **3.4.2 Instrumento**

Optou-se por recorrer a um questionário (Anexo 1) elaborado pelo Núcleo de Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana (1995), por ser cientificamente validado e por se considerar que era, à data, o que melhor respondia às necessidades deste estudo, facultando as informações que se pretendia analisar:

- Caracterização dos hábitos de consumo de tabaco entre idades, géneros e ciclos de escolaridade (2º e 3º ciclos).
- Aferição sobre o potencial de influência da prática de desporto (formal) no consumo tabágico.
- Verificação da eventual influência do consumo por parte do pai, mãe, irmão e melhor amigo no desenvolvimento de hábitos tabágicos no aluno.

Assumiu-se que para caracterizar o hábito tabágico nos alunos da ESMT, se consideraria apenas o consumo ativo de cigarros, excluindo o consumo de tabaco por exposição indireta ao fumo.

Procedeu-se a uma adaptação ao questionário, por se considerar que os dados resultantes desta alteração eram relevantes para o estudo em questão. Na pergunta nº 8 onde se encontra a nota “se na questão anterior (8) respondeste NÃO passa à questão 12 e continua até ao fim; se respondeste SIM, continua na questão 9 e prossegue até ao fim do questionário” alterou-se para “se nunca fumaste, passa para a questão nº 12”, esta alteração permitiu-nos analisar a idade e o principal agente de influência sobre indivíduos ex-fumadores aquando do consumo do seu primeiro cigarro.

O questionário divide-se, assim, em duas partes. A primeira permite uma caracterização sociodemográfica dos indivíduos nomeadamente em relação à idade, género, e ano de escolaridade. A segunda é elaborada com questões de resposta fechada visando avaliar os hábitos tabágicos do indivíduo e pessoas próximas (familiares e melhor amigo/a) bem como factores de influência à iniciação e consumo tabágico.

Aplicou-se o questionário de autopreenchimento a uma amostra representativa dos alunos (906 alunos) da escola; os inquéritos foram ministrados aos alunos nas aulas de Educação Física pelos respetivos Professores da disciplina das diversas turmas. Desta forma, os alunos que estivessem dispensados das aulas de Educação Física ou que não tivessem estado presentes aquando da aplicação do questionário, não constituem parte da amostra. A aplicação dos questionários ficou concluída no dia 23 de Janeiro de 2004.

Como em qualquer estudo decorrente da aplicação de um questionário, existe o risco de uma parte dos inquiridos não responder com veracidade ao mesmo. A fim de deixar explícito o anonimato e idoneidade dos dados auferidos por meio do questionário, antes da aplicação dos mesmos procedeu-se a uma explicação e clarificação da finalidade do estudo, solicitando-se aos discentes que não colocassem o respetivo nome no questionário, já que desta forma inviabilizariam a utilização do mesmo. Sublinhou-se ainda a importância da sinceridade nas suas respostas, pois só assim este estudo teria efetivo interesse.

### 3.4.3 Amostra

A população do estudo é composta pelos alunos de todas as turmas do 7º ao 12º ano de escolaridade da Escola Secundária Miguel Torga em Massamá durante o ano letivo de 2003/2004.

**Tabela 1** – Caracterização da Amostra

|        |           | Idade |    |     |     |     |     |     |    |    |    | Total |
|--------|-----------|-------|----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|-------|
|        |           | 11    | 12 | 13  | 14  | 15  | 16  | 17  | 18 | 19 | 20 |       |
| Género | Masculino | 1     | 36 | 77  | 57  | 91  | 91  | 93  | 25 | 5  | 0  | 476   |
|        | Feminino  | 0     | 25 | 59  | 69  | 102 | 65  | 78  | 22 | 9  | 1  | 430   |
| Total  |           | 1     | 61 | 136 | 126 | 193 | 156 | 171 | 47 | 14 | 1  | 906   |

Dos 1350 alunos matriculados na escola, fazem parte da amostra 906 alunos (67%), 430 raparigas e 476 rapazes.

### 3.4.4 Procedimentos e Análise Estatística

Para o tratamento estatístico dos dados recolhidos recorreu-se ao software SPSS 12.0 (Statistical Package for the Social Sciences) para o sistema operativo Windows, onde foi executada a análise estatística e o cruzamento de variáveis.

O Tratamento Estatístico dos dados foi realizado segundo duas vertentes:

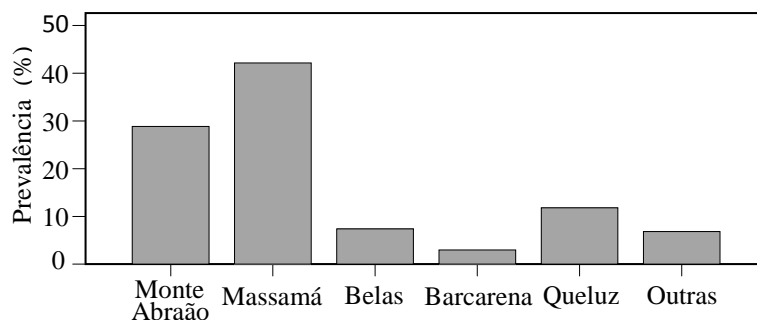
1 – Estatística Descritiva, por meio de uma análise de frequências (tendo sido utilizadas Tabelas e Gráficos),

2 – Estatística Inferencial, por meio de termos estatísticos de comparação, nomeadamente através da técnica não paramétrica de comparação “Qui-Quadrado”, para verificar a associação entre variáveis categóricas (género, idade e ciclo de escolaridade). Foi utilizado ainda o Teste de Correlação de Pearson, para verificação do grau de relação entre duas variáveis quantitativas. A probabilidade de erro escolhido foi de  $p = 0.05$ .

### 3.4.5 Apresentação dos Resultados

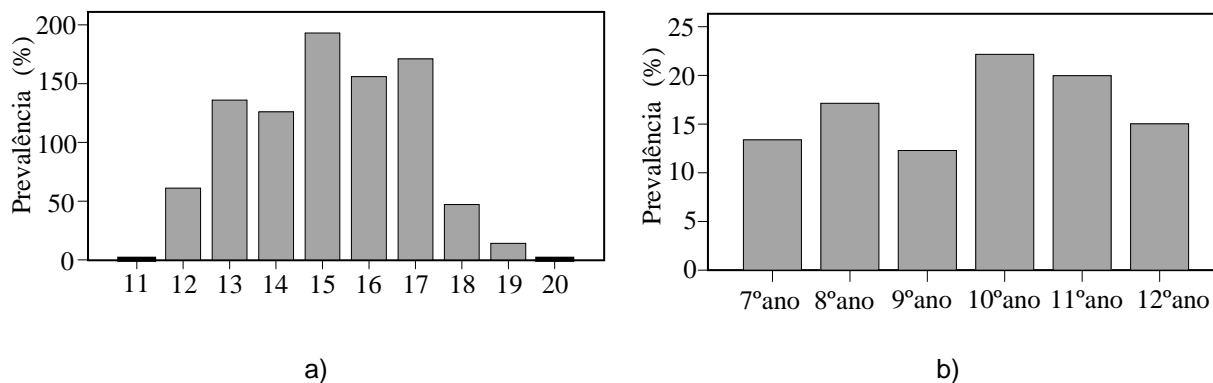
De acordo com os dados recolhidos em cada um dos pontos do questionário, apresenta-se a análise dos resultados obtidos:

Relativamente ao género, como já foi referido aquando da caracterização da amostra, existiam 476 alunos do género masculino e 430 do género feminino.



**Figura 4** – Freguesia de residência dos alunos

Verificou-se que 40.7% dos alunos residiam em Massamá, 27.9% em Monte Abraão, 11.4 % em Queluz, 7.1 % em Belas, 6.6% dos alunos residiam noutras freguesias, 2.9% em Barcarena. Dos alunos que constituem a amostra, 3.4% não responderam a esta questão.



**Figura 5** – a) Idade dos inquiridos; b) Ano de Escolaridade frequentado pelos inquiridos

A amostra é constituída por alunos com idades compreendidas entre os 11 e os 20 anos. Existe uma maior expressão na amostra para o intervalo de idades entre os 13 e os 17 anos. Verificou-se ainda um maior número de alunos no Ensino Secundário (57.2%) do que no 3º Ciclo (42.8%), ainda que esta diferença não seja significativa.

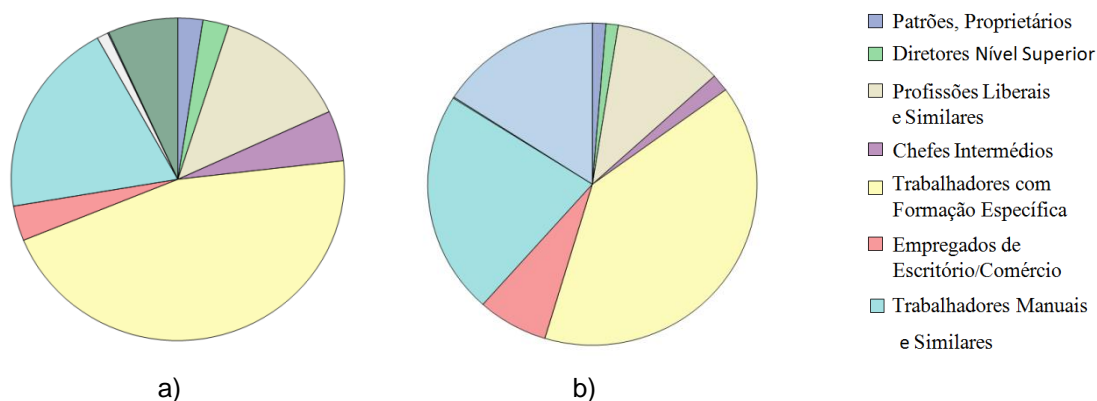


Figura 6 – a) Profissão do Pai; b) Profissão da Mãe

A fim de facilitar a interpretação dos dados obtidos nesta questão, as profissões foram agrupadas pelas seguintes categorias: Patrões/Proprietários; Diretores de Nível Superior; Profissões Liberais e Similares; Chefes Intermediários; Trabalhadores com Formação Específica; Empregados de Escritório/Comércio; Trabalhadores Manuais e Similares; Trabalhadores Agrícolas; Pescadores.

Observou-se que quer para o caso do progenitor masculino (pai), quer para o feminino (mãe) a maior percentagem de atividade profissional corresponde à categoria de Trabalhadores com Formação Específica, seguindo-se a categoria de Trabalhadores Manuais e Similares.

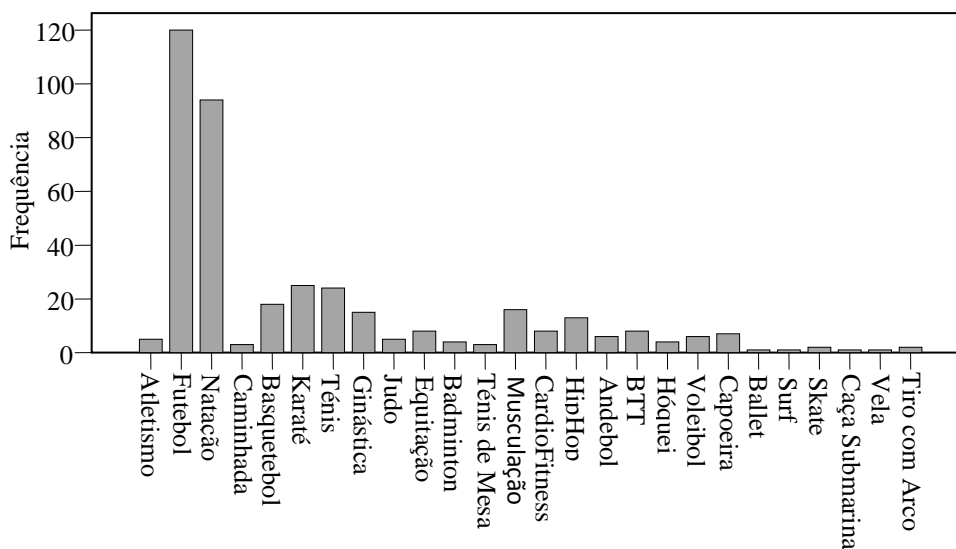
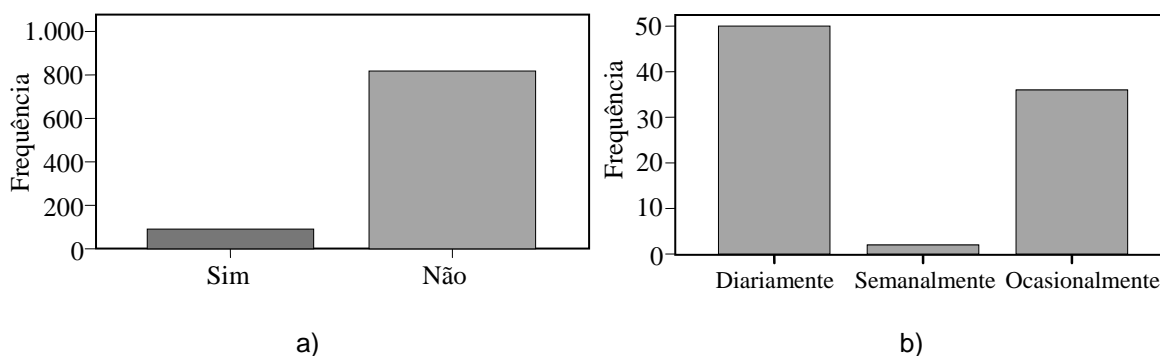


Figura 7 – Prática de desporto fora da escola (regulamentada)

Existiam mais alunos que não praticavam desporto fora da escola (55.1%) do que aqueles que praticavam (44.2%), o que demonstra que o número de alunos não praticantes de desporto fora da escola é bastante elevado, ao contrário do que seria

desejável. Dos alunos que indicavam praticar desporto fora da escola, as modalidades mais referenciadas foram Futebol e Natação.

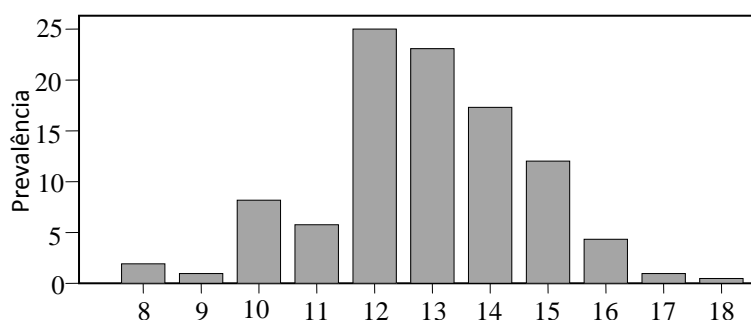
Hábito e frequência tabágica dos alunos à data do inquérito: ainda que o desejável fosse que nenhum aluno fumasse, o número de fumadores à data do inquérito correspondia a 91 alunos, por comparação com os 818 que responderam não fumar.



**Figura 8** – a) Frequência do consumo de cigarros; b) Período de consumo dos Não Fumadores

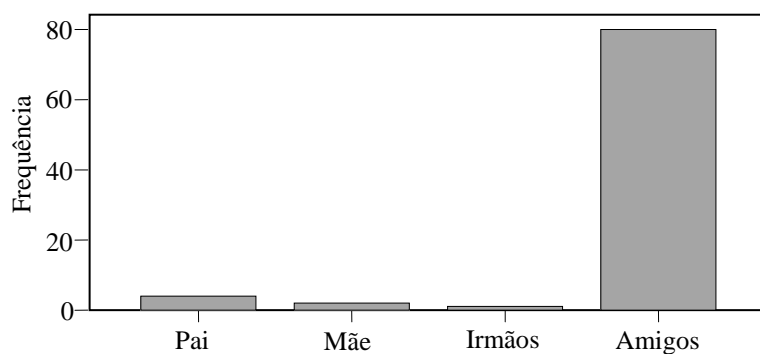
Dos alunos que responderam ao inquérito categorizando-se como fumadores (91), 3 não responderam com informação quanto à frequência do consumo. Dos 88 que responderam, 50 fumavam diariamente, 36 ocasionalmente e 2 semanalmente.

Dos alunos que referenciam não serem fumadores, 19.1% não responderam à questão colocada referente ao período de consumo, 13.3% responderam que fumaram menos de seis meses, 2.3% mais de seis meses. A maioria (65.3%) respondeu que nunca experimentou fumar (Anexo 2).



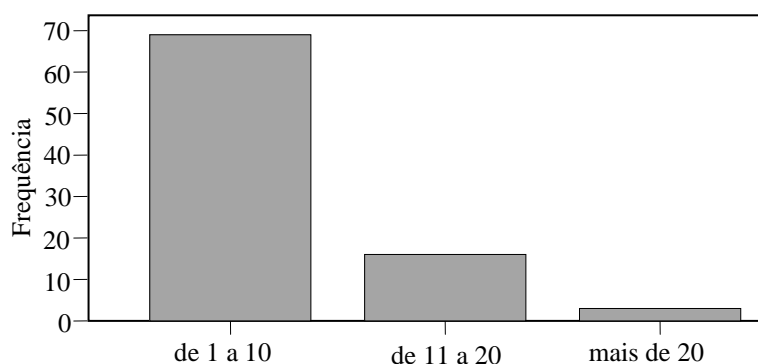
**Figura 9** – Idade do 1º Cigarro

A idade com maior expressão, onde os alunos referenciaram ter tido o 1º contacto com o hábito tabágico (1º cigarro) surge neste inquérito aos 12 anos. Pode-se verificar ainda, que o intervalo de idades onde surge o primeiro contacto com o cigarro é entre os 12 e os 14 anos.



**Figura 10** – Quem influenciou o hábito de consumo

Relativamente à iniciação tabágica (1º cigarro), 117 responderam que não tinham sido influenciados, enquanto 88 afirmaram terem sofrido pressões e influências no 1º cigarro. Destes últimos, 80 sofreram influência dos amigos, 4 do pai, 2 da mãe e apenas 1 do irmão. Pode-se concluir que para esta amostra em concreto, os amigos representaram um forte factor de influência na experimentação tabágica.



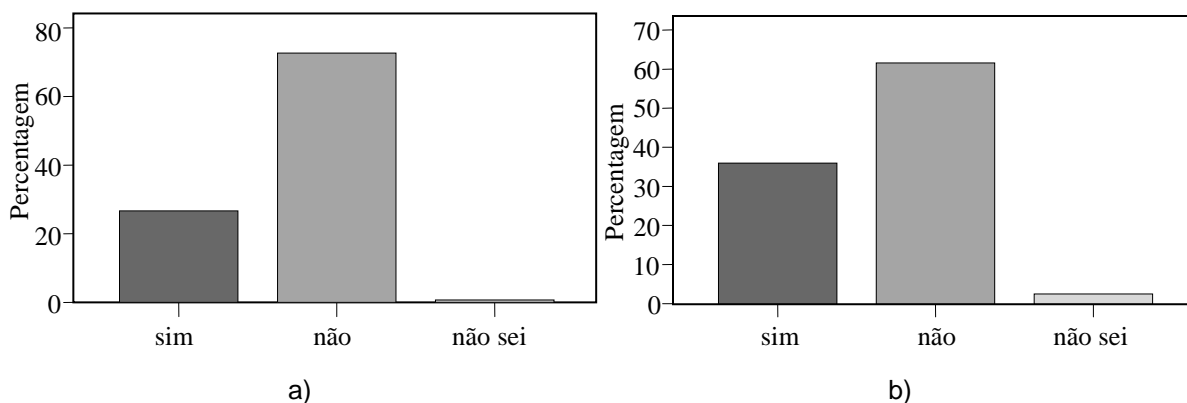
**Figura 11** – Número de cigarros consumidos por dia (alunos fumadores)

Do total de alunos que responderam a esta questão (88), 69 responderam que fumavam de 1 a 10 cigarros por dia o que equivale até  $\frac{1}{2}$  maço por dia; 16 alunos responderam que fumavam de 11 a 20 cigarros por dia e por último, 3 alunos responderam que fumavam mais de 1 maço por dia (mais de 20 cigarros).

Dos inquiridos, quando questionados acerca do local de eleição para o consumo de tabaco, 33 responderam que fumavam com mais frequência na escola, 28 em cafés/esplanadas, 24 bares e discotecas e 9 em casa (Anexo 3).

Quando questionados acerca do consumo de tabaco dos professores na presença dos alunos, 6 dos alunos inquiridos não responderam a esta questão. Dos que responderam, 10.5% afirmaram que os Professores da Escola fumavam na sua presença; 88.8% responderam que nunca viram os Professores da Escola a fumar (Anexo 4).

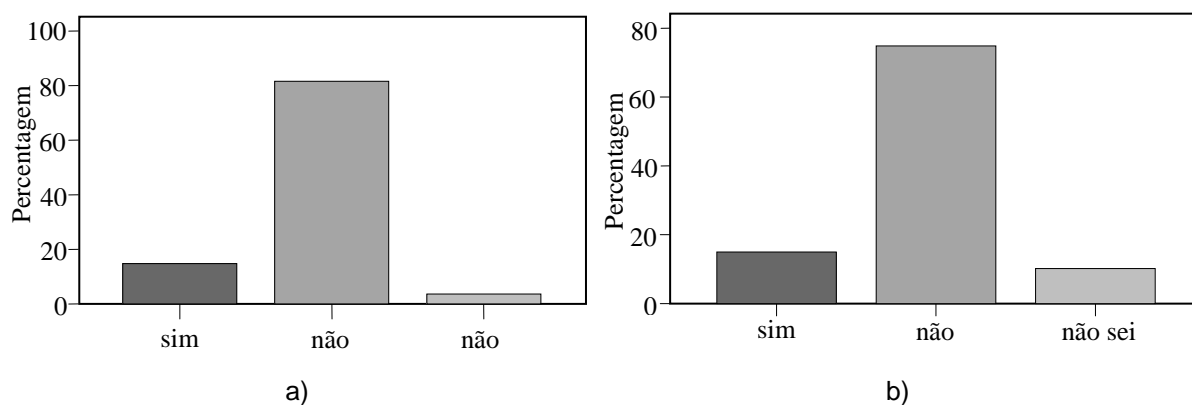
Nesta questão relativa ao consumo de cigarros dentro do recinto escolar, 6 dos alunos inquiridos não responderam. 98.4% respondeu que ainda que seja proibido o consumo de tabaco na escola, os alunos fumam dentro do recinto escolar Escola. Apenas 1% respondeu que os alunos não consomem tabaco na escola.



**Figura 12** – a) Hábito Tabágico da Mãe; b) Hábito Tabágico do Pai

Do total de alunos, 3.2% não respondeu quando questionados acerca do eventual consumo tabágico da mãe. 0.7% respondeu que não sabia se a mãe fumava, 25.8% assinalaram que as mães eram fumadoras e 70.4% que as mães eram não fumadoras.

Relativamente ao eventual consumo tabágico do Pai, 2.5% não respondeu a esta questão, 2.4% respondeu que não sabia se o pai era fumador, 35% assinalaram que o pai era fumador e 60% que o pai não era fumador.



**Figura 13** – a) Hábito Tabágico dos Irmãos; b) Hábito Tabágico do Melhor Amigo

Quanto ao consumo tabágico do(s) irmão(s) 12.3% não responderam a esta questão. 3.2% respondeu que não sabia se os irmãos fumavam, 13% indicaram ter irmãos fumadores e 71% indicaram que os irmãos eram não fumadores.

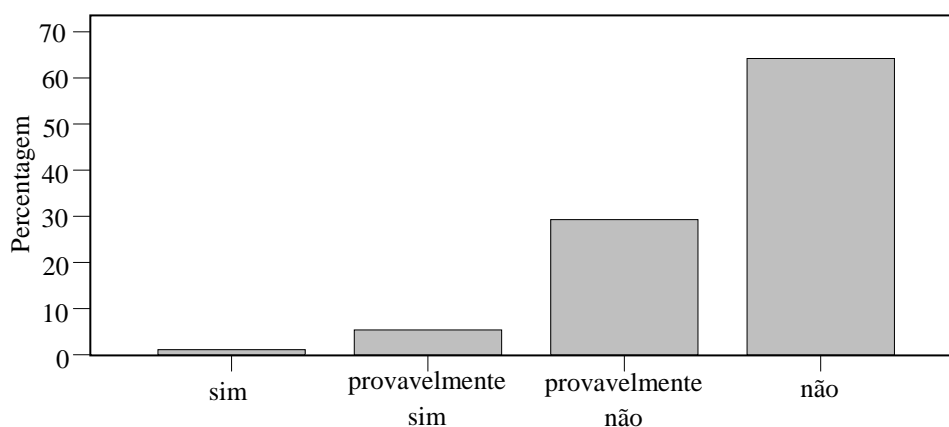
Do total de alunos, 4.1% não respondeu quando questionados acerca dos hábitos de consumo do(a) melhor amigo(a). 9.8% respondeu não saber se o melhor amigo fuma, 14.4% indicaram terem melhores amigos fumadores e 71.8% indicaram que os seus melhores amigos eram não fumadores.

Na questão que avalia a percepção que os alunos têm relativamente à opinião da mãe acerca do consumo de tabaco, do total de alunos, apenas 1% não respondeu, 91.9% respondeu que a Mãe não gostaria de o ver fumar, 3.4% respondeu que a Mãe não se importava e 3.7% respondeu que a Mãe não dizia nada (Anexo 5).

Relativamente à percepção que os alunos têm da opinião do Pai face ao consumo tabágico, do total de alunos, 1.8% não respondeu, 91.1% respondeu que o Pai não gostaria de o ver fumar, 3.2% respondeu que o Pai não se importava e 4.0% respondeu que o Pai não dizia nada (Anexo 6).

Na questão que avalia a percepção que os alunos têm relativamente à opinião do(s) irmão(s) acerca do consumo de tabaco, do total de alunos, 11.1% não responderam a esta questão, 65.3% respondeu que os irmãos não gostariam de o ver fumar, 12.1% respondeu que os irmãos não se importavam e 11.5% respondeu que os irmãos não diziam nada (Anexo 7).

Avaliou-se ainda a percepção que os alunos têm relativamente à opinião do Melhor amigo face ao consumo tabágico. Do total de alunos, 2.2% não respondeu a esta questão, 63.1% respondeu que o melhor amigo não gostaria de o ver fumar, 18.1% respondeu que o melhor amigo não se importava e 16.6% respondeu que o melhor amigo não dizia nada (Anexo 8).



**Figura 14** – Previsão dos alunos quanto ao facto de virem a ser fumadores regulares

Nesta questão 3 alunos não responderam. A maioria, 64% respondeu que não viriam a ser fumadores regulares daqui a uns anos, 29.2% respondeu que provavelmente não

viriam a ser fumadores regulares, enquanto 5.4% respondeu que provavelmente viriam a ser fumadores. Por fim apenas 1.1% respondeu que certamente viriam a ser fumadores regulares.

Para a análise da percepção estabeleceu-se a seguinte gradação: **1** – Não Concordo; **2** – Discordo Parcialmente; **3** – Concordo Parcialmente; **4** – Concordo.

Ou seja, atribui-se o valor mais elevado “4” para a atitude que se considera ser a mais correta para todas as afirmações que se seguem.

Na análise da percepção do aluno quanto à afirmação “fumar é mau para a saúde” concluiu-se que, independentemente do hábito tabágico dos alunos, a maioria, 94.7% concorda que fumar é prejudicial para a saúde. Responderam que concordam parcialmente 3.3%; que discordam parcialmente 1.1%, e que não concordam 0.7% (Anexo 9).

Face à afirmação “fumar acalma os nervos”, 39.1% dos alunos responderam que não concordam que fumar acalma os nervos; 16.1% discorda parcialmente; 30.3% concorda parcialmente e 13.5% diz que concorda (Anexo 10).

Na análise da percepção do aluno quanto à afirmação “fumar ajuda a concentrar no trabalho” 65.9% dos alunos responderam que não concordam que fumar ajuda a concentrar no trabalho; 20.6% discorda parcialmente; 9.5% concorda parcialmente e 3.2% diz que concorda (Anexo 11).

Da análise da afirmação “os fumadores morrem mais cedo” concluiu-se que, 64.9% concordam que os fumadores morrem mais cedo; 24.8% concordam parcialmente; 5.9% discordam parcialmente e 4.2% não concordam (Anexo 12).

Quando confrontados com a questão “fumar não é tão perigoso como dizem”, 62.8% dos alunos responderam não concordam que fumar não é tão perigoso quanto dizem; 19.6% discordam parcialmente; 8.2% concordam parcialmente e por fim 9% concordam (Anexo 13).

Face à afirmação “é difícil recusar quando me oferecem tabaco”, 81.1% dos alunos responderam que não concordam que é difícil recusar oferta de tabaco; 9.3% discordam parcialmente; 4.3% concordam parcialmente e 4.5% dizem que concordam (Anexo 14).

Quando confrontados com a afirmação “é difícil parar de fumar”, 47.7% dos alunos concordam que é difícil parar de fumar; 24.6% concordam parcialmente; 10.4% discordam parcialmente e 15.9% não concordam (Anexo 15).

Da análise da afirmação “respirar o fumo dos outros incomoda e é perigoso”, 76.9% dos alunos respondeu que concordam que o fumo incomoda os outros e é perigoso; 17.2%

concordam parcialmente; 2.4% discordam parcialmente e 2.7% não concordam (Anexo 16).

Na análise da percepção do aluno quanto à afirmação “não se devia fumar em locais fechados” concluiu-se que 85.7% dos alunos que responderam concordam que não se devia fumar em locais fechados; 10.3% concordam parcialmente; 1.9% discordam parcialmente e 1.6% não concordam (Anexo 17).

Face à afirmação “fumar ajuda a controlar o peso”, 55.4% dos alunos respondeu que não concordam que fumar ajude a controlar o peso; 18.2% discordam parcialmente; 15.3% concordam parcialmente e 10% não concordam (Anexo 18).

### **3.4.6 Análise Estatística das Hipóteses**

**Hipótese 1** - Existem diferenças nos Hábitos Tabágicos em função da Idade dos Alunos

Através da análise estatística do Qui-Quadrado (Anexo 19) obtiveram-se os seguintes resultados:

**Para a idade de 12 anos:** Esperavam-se 6 alunos fumadores mas, não existe nenhum aluno fumador com esta idade. Esperavam-se 55 alunos não fumadores mas, verificou-se que existiam 61 alunos, ou seja, há mais do que aqueles que eram esperados.

**Para a idade de 13 anos:** Esperavam-se 13 alunos fumadores mas, existe apenas 1 aluno fumador com esta idade. Esperavam-se 122 alunos não fumadores mas, verificou-se que existem 134 alunos, ou seja, há mais do que aqueles que eram esperados.

**Para a idade de 15 anos:** Esperavam-se 19 alunos fumadores mas, existem 11 alunos fumadores com esta idade, ou seja, existem menos do que se esperava. Esperavam-se 179 alunos não fumadores mas, verificou-se que existiam 182 alunos, ou seja, há mais do que aqueles que eram esperados.

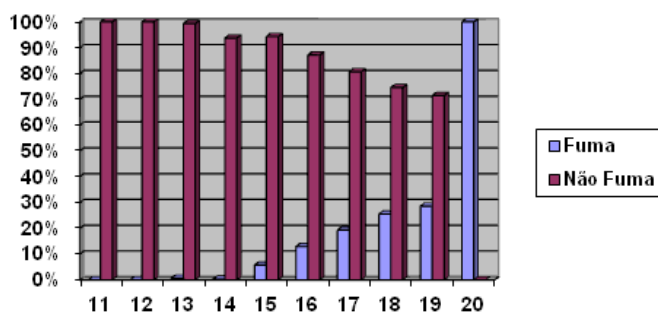
**Para a idade de 17 anos:** Esperavam-se 17 alunos fumadores mas, existem 33 alunos fumadores com esta idade, ou seja, existem bastantes mais alunos fumadores nesta idade do que se esperava. Esperavam-se 154 alunos não fumadores mas, verificou-se que existiam 138 alunos, ou seja, há menos alunos não fumadores do que aqueles que eram esperados.

**Para a idade de 18 anos:** Esperavam-se 5 alunos fumadores mas, existem 12 alunos fumadores com esta idade, ou seja, existem mais alunos fumadores nesta idade do que se esperava. Esperavam-se 42 alunos não fumadores mas, verificou-se que existiam 35 alunos, ou seja, há menos alunos não fumadores do que aqueles que eram esperados.

**Para a idade de 19 anos:** Esperavam-se 2 alunos fumadores mas, existem 4 alunos fumadores com esta idade, ou seja, existem mais alunos fumadores nesta idade do que

se esperava. Esperavam-se 13 alunos não fumadores mas, verificou-se que existiam 10 alunos, ou seja, há menos alunos não fumadores do que aqueles que eram esperados.

**Para a idade de 20 anos:** Esperavam-se 0 alunos fumadores mas, existe apenas 1 aluno fumador. Esperava-se 1 aluno não fumador mas, verificou-se a existência de 0 alunos.



**Figura 15** – Relação entre o consumo tabágico e idade

Como se pode verificar no gráfico 36, há diferenças no hábito tabágico em função das idades.

A análise desta hipótese refere-se a alunos que são fumadores, ou seja que tenham hábitos regulares de consumo.

Relativamente aos alunos fumadores, a maior percentagem surge aos 20 anos, no entanto, este dado é meramente estatístico, uma vez que apenas existe um aluno com esta idade. Ainda assim esperava-se que este não fosse fumador.

Deste modo, as idades nas quais surge maior percentagem de fumadores são aos 19 anos (28.6%) e aos 18 (25.5%). Aos 11 e 12 anos, de acordo com as respostas dadas pelos alunos não existe nenhum fumador.

No que diz respeito aos alunos não fumadores: o aluno com 11 anos referiu ser não fumador, os alunos com 12 anos são os que apresentam maior percentagem (100%), também na idade dos 13 anos a percentagem é elevada (99.3%). Podemos referir que à medida que a idade vai aumentando, a percentagem de alunos não fumadores diminui. Aos 19 anos existe portanto, menor percentagem (71.4%) de alunos não fumadores daqueles que se esperava.

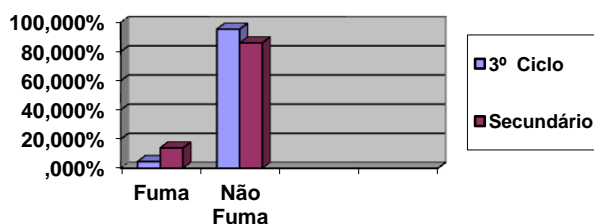
### **Hipótese 2** - Os Hábitos Tabágicos variam em função dos diferentes Ciclos Escolares

Através da análise estatística do Qui-Quadrado (Anexo 20) obtiveram-se os seguintes resultados:

**Para o 3º Ciclo:** Esperavam-se 39 alunos fumadores mas, existem 18 alunos, ou seja, existem menos alunos fumadores no 3º Ciclo do que se esperava. Esperavam-se 350

alunos não fumadores mas, verificou-se a existência de 371 alunos, isto é, existem mais alunos não fumadores do que se esperava.

**Para o Secundário:** Esperavam-se 52 alunos fumadores mas, existem 73 alunos, ou seja, existem mais alunos fumadores no Secundário do que se esperava. Esperavam-se 468 alunos não fumadores mas, verificou-se a existência de 447 alunos, i.e., existem menos alunos não fumadores do que se esperava.



**Figura 16** – Relação entre o consumo tabágico e ciclo escolar

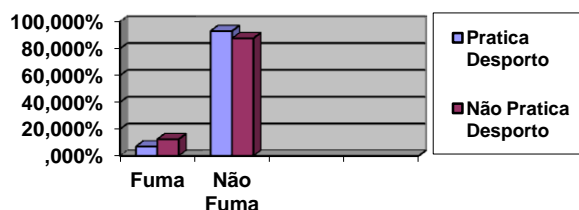
Verificou-se que existem diferenças no hábito tabágico entre os ciclos. Há mais alunos fumadores (14.0%) no Ensino Secundário, do que no 3º Ciclo (4.6%), mas relativamente aos alunos não fumadores, há maior percentagem no 3º Ciclo (95.4%), comparativamente com o Secundário (86.0%).

**Hipótese 3** - Existem menos fumadores entre os alunos que praticam desporto fora da escola do que aqueles que não praticam

Recorrendo à análise do Qui-Quadrado (Anexo 21) obtiveram-se os seguintes resultados:

**Para os Alunos que praticam Desporto fora da Escola:** Esperavam-se 40 alunos fumadores mas, existem 28 alunos, ou seja, existem menos alunos fumadores com prática de desporto fora da escola do que se esperava. Esperavam-se 362 alunos não fumadores mas, verificou-se a existência de 374 alunos, i.e., existem mais alunos não fumadores a praticar desporto fora da escola do que se esperava.

**Para os Alunos que não praticam Desporto fora da Escola:** Esperavam-se 50 alunos fumadores mas, existem 62 alunos, isto é, existem mais alunos fumadores que não praticam desporto fora da escola do que se esperava. Esperavam-se 451 alunos não fumadores mas, verificou-se a existência de 439 alunos, i.e., existem menos alunos não fumadores a não praticar desporto fora da escola do que se esperava.



**Figura 17** – Relação entre o consumo tabágico e prática desportiva fora da escola

Pode-se então aferir que existe uma menor percentagem (7%) de alunos que fumam entre os alunos que praticam desporto fora da escola, do que entre os alunos que não praticam desporto fora da escola (12,4%). Há portanto, maior número de alunos não fumadores que praticam desporto.

**Hipótese 4** - O facto do Pai fumar contribui para a existência de hábito tabágico no Aluno. Através da análise de correlação (Anexo 22), verifica-se que existe uma associação entre as duas variáveis, no entanto, esta não é significativa, porque o valor de significância é  $<0.05$ .

Pela análise estatística do Qui-Quadrado (Anexo 23) obtiveram-se os seguintes resultados:

**No caso em que o pai é fumador:** E o aluno é fumador esperavam-se que houvessem 32 alunos mas, verificou-se que há 44, ou seja há mais alunos fumadores do que o expectável. E o aluno não é esperavam-se que houvessem 285 mas, verificou-se que havia 273, o que corresponde a um menor número de alunos não fumadores do que o esperado.

**No caso em que o pai não é fumador:** E o aluno é fumador esperavam-se que houvessem 55 alunos mas, verificou-se que existiam 42, há portanto, menos alunos fumadores com pais não fumador do que se esperava. E o aluno não é fumador esperavam-se que houvessem 492 alunos mas, verificou-se que existiam de 505, há portanto, mais alunos não fumadores com pai não fumador do que se esperava.

**Hipótese 5** - O facto da Mãe fumar contribui para a existência de hábito tabágico no Aluno

Através da análise de correlação (Análise estatística do Qui-Quadrado da Hipótese 4

**Anexo 24**), verifica-se que existe uma associação entre as duas variáveis, sendo significativa ( $> 0.05$ ). Ou seja, quando a variável “mãe é fumadora” aumenta, a variável “aluno é fumador” também aumenta.

Na análise decorrente do Teste Estatístico do Qui-Quadrado (Anexo 25) apenas se interpreta os valores em que há significância (resíduos ajustados “R” com valores:  $R < -2$  e  $R > 2$ ) e que para esta hipótese não existem.

**Hipótese 6** - O facto dos irmãos fumarem contribui para a existência de hábito tabágico no aluno

Através da análise de correlação (Anexo 26), verifica-se que existe uma associação entre as duas variáveis, no entanto, esta não é significativa, porque o valor de significância é  $< 0.05$ .

**Hipótese 7** - O facto do Melhor Amigo fumar contribui para a existência de hábito tabágico no aluno.

Recorrendo ao teste estatístico de correlação (Anexo 27), verifica-se que existe uma associação entre as duas variáveis, no entanto, esta não é significativa, dado  $p < 0.05$ .

Pela análise estatística do Qui-Quadrado (Anexo 28) obtiveram-se os seguintes resultados:

**No caso em que o melhor amigo é fumador:** E o aluno é fumador esperavam-se que houvessem 13 alunos mas, verificou-se que há 54, ou seja há mais alunos fumadores do que se esperava. E o aluno não é esperavam-se que houvessem 117 mas, verificou-se que havia 76, o que corresponde a um menor número de alunos não fumadores do que o esperado.

**No caso em que o melhor amigo não é fumador:** E o aluno é fumador esperavam-se que houvessem 66 alunos mas, verificou-se que há 26, ou seja há menos alunos fumadores do que se esperava. E o aluno não é esperavam-se que houvessem 587 mas, verificou-se que havia 627, o que corresponde a um maior número de alunos não fumadores do que o esperado.

#### **3.4.7 Discussão dos Dados**

No estudo decorrente da análise do questionário aplicado na ESMT, verificou-se que 10% dos alunos são fumadores e 89.8% não fumadores. Sem dados que precedam os obtidos, não se pode verificar se é registada uma alteração no número de alunos fumadores na escola. No entanto, os presentes dados poderão servir como futuro termo de comparação, podendo ser utilizados para monitorizar o sucesso e eficácia das estratégias de intervenção e prevenção ao consumo de tabaco implementadas na escola.

A prevalência de consumo nos alunos da ESMT é ligeiramente mais elevada do que a do estudo realizado por Matos *et al.* (8.1%), (Matos *et al.*, 2003). Comparando ainda os

resultados obtidos com os dados do estudo realizado por Damas *et al.*, verifica-se que são muito próximos (11.1% de alunos fumadores) (Damas *et al.* 2009).

No presente estudo, a idade na qual surge maior prevalência de fumadores é aos 19 anos (28.6%) e 18 anos (25.5%).

No que respeita aos alunos não fumadores, com 11 e 12 anos de idade a amostra resulta numa taxa de 100% de não fumadores. Aos 13 anos, a prevalência de alunos não fumadores é elevada (99.3%). Aos 19 anos, no entanto, a tendência inverte-se e há menor prevalência de alunos não fumadores (71.4%) do que estatisticamente seria expectável (92.82%).

Em Portugal, estudos referenciam que o pico da iniciação tabágica ocorre na adolescência entre os 12 e os 14 anos (Nunes, 2003; Precioso *et al.*, 2012). Contudo, o consumo regular só se desenvolve maioritariamente entre os 18 e os 24 anos (Nunes, 2003), o que corresponde aos dados obtidos na ESMT.

A análise da prevalência do consumo ao longo dos ciclos de escolaridade (3º Ciclo e Secundário) revelou a existência de mais alunos fumadores (14%) no Ensino Secundário, do que no 3º Ciclo (4.6%).

Mais uma vez, a inexistência de dados precedentes aos obtidos inviabiliza a comparação e determinação sobre flutuações da prevalência de fumadores no 3º ciclo e Secundário.

No estudo realizado por Macedo & Precioso (2006), em que se analisou a evolução da epidemia tabágica em adolescentes escolarizados, verificou-se um aumento significativo da prevalência do consumo de tabaco, em especial no género feminino, em alunos com idades compreendidas entre os 13 e 15 anos (Macedo & Precioso, 2006). Apesar da maior prevalência de consumo de tabaco estar associada ao Secundário, Precioso (2006) considera que a idade de maior risco (idade associada ao início do consumo) se situa dos 11 aos 12 anos de idade, ou seja, aproximadamente no 7º ano de escolaridade.

Na análise dos hábitos de consumo de tabaco entre géneros, verificou-se que 46.2% dos fumadores são rapazes e 53.8% raparigas, o que indica que à data da aplicação do questionário (2003/2004), o número de fumadores do sexo feminino era superior ao masculino. Também no estudo realizado em 2004/2005 por Damas *et al.* o número de fumadores do género feminino (52.5%) era superior ao masculino (47.7%) (Damas *et al.*, 2009). O resultado obtido é ainda coincidente com os dados do estudo da HBSC, no qual a prevalência de fumadores regulares era superior nas raparigas (12%) em relação aos rapazes (9%) (Currie *et al.*, 2008). No entanto, no estudo realizado por Precioso *et al.* em 2008/2009, registou-se uma maior prevalência de fumadores regulares nos rapazes

(12.3%) face às raparigas (8.6%) em alunos com 15 anos. Este dado é, no entanto, justificado por Precioso *et al.* pela sub-representação de escolas da região de Lisboa e Vale do Tejo, zona que apresenta maior predominio de consumo de tabaco no sexo feminino (Precioso *et al.*, 2012). Mantemos, no entanto, as devidas reservas quanto à distribuição por géneros organizada por idades, pois à época da análise dos dados do inquérito a estudo centrou-se numa perspetiva global da problemática.

A ausência de estudos precedentes ao realizado inviabiliza a verificação de um eventual aumento do número de fumadoras. Fica fora do nosso alcance confirmar se o comportamento dos hábitos tabágicos da ESMT acompanharia a tendência com um aumento do consumo de fumadoras e diminuição de fumadores do género masculino, característica da fase III de evolução epidémica tabágica em Portugal (Precioso *et al.*, 2009).

O primeiro contato com o hábito, primeiro cigarro por parte dos alunos que são fumadores ou que já experimentaram, ocorreu por volta dos 12 ou 13 anos, com maior expressão nos 12 anos de idade.

Diversos estudos revelam idades mais tardias para a iniciação do consumo de tabaco (Precioso, 2006; Orlando *et al.*, in Trigo, 2007). Contudo, os mesmos não referem a idade em que se estabeleceu o primeiro contato com o cigarro, não se devendo por isso assumir que o consumo do primeiro cigarro se traduza no início do consumo regular de tabaco. No estudo realizado por Damas *et al.* os inquiridos fumadores referiram ter começado a fumar entre os 7 e 18 anos, ou seja a idade média para iniciação do consumo neste estudo foi aos 15.2 anos (Damas *et al.*, 2009). Também o estudo realizado por Borges *et al.*, determinou que a idade de início do consumo tabágico ocorreu entre os 13 e os 18 anos, com idade média aos 15.5 anos (Borges *et al.*, 2008).

De acordo com Precioso (2006) a fase de “Iniciação” e “Experimentação” que consiste na primeira prova do cigarro, está fortemente associada ao processo de socialização secundária que decorre, em particular, na escola com os amigos mais próximos e também por intermédio dos *media* e, ocorre dos 7 aos 14 anos.

Dos alunos inquiridos 55.5% não praticavam desporto fora da escola, enquanto que 44.5% o faziam. Ao proceder à análise da prevalência de consumo de tabaco em função da prática de desporto fora da escola, verificou-se uma menor prevalência de consumo de tabaco (7%) nos alunos que praticavam desporto fora da escola, quando comparado com os alunos de que não o faziam (12.4%).

Estes resultados corroboram aqueles que foram obtidos noutros estudos, os quais referem que os jovens que praticam mais atividade física dizem mais frequentemente já ter experimentado fumar. Contudo, no que respeita ao consumo regular, a situação inverte-se e são os jovens que não fumam regularmente os que com maior frequência praticam atividade física regular (Escobedo *et al.*, 1993; Matos *et al.*, 2003). No entanto, o Núcleo de Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana, contraria os resultados obtidos, referindo que não há grandes diferenças entre praticantes e não praticantes de desporto no que respeita à adoção do consumo (Carvalho, 1998).

Apesar de não ter sido objeto de análise neste estudo a relação entre as modalidades desportivas mais praticadas pelos alunos (em contexto formal e fora da escola) e o consumo de tabaco. No estudo realizado por Sousa, que envolvia as seguintes modalidades desportivas: Basquetebol, Voleibol, Andebol, Futsal, Futebol, Atletismo, Ciclismo, Voleibol de praia, Ginástica Rítmica, Ténis, Natação, Judo, Karaté, Taekwondo, Ténis de mesa e Xadrez; verificou-se que as modalidades associadas a menores prevalências ou até mesmo inexistência de consumo de tabaco foram respetivamente: Natação e Karaté (Sousa, 2012). A análise das modalidades praticadas pelos alunos da ESMT revela que as mais praticadas são Futebol e Natação. Nenhuma destas modalidades está fortemente associada, segundo Sousa, a elevadas prevalências de consumo de tabaco.

Dos alunos que fumam, 42.9% afirmaram terem sido influenciados, enquanto 57.1% indicaram não terem sofrido qualquer influência. Dos que assinalaram terem sido sujeitos à influência, 92% indicaram ter sido influenciados pelos amigos, 4.6% pelo pai, 2.3% pela mãe e apenas 1.1% pelos irmãos.

Diversos estudos assinalam a pressão dos pares, como factor preditivo do consumo de tabaco (Precioso, 2006). O consumo de tabaco por parte de um ou mais amigos é frequentemente assinalado pelos jovens e adolescentes como a razão que os levou a consumir (Fraga *et al.*, 2006).

Relativamente ao hábito tabágico dos pais, 26.6% das mães dos alunos são fumadoras, 35.9% dos pais são fumadores, 14.8% dos alunos têm irmãos fumadores e por fim 15% têm o melhor amigo fumador. Dos alunos fumadores, têm Pai fumador 13.9% e Mãe fumadora 12.8%. No caso em que os irmãos são fumadores, 23,9% dos alunos também o são. Verificou-se ainda que, quando o melhor amigo é fumador, há 41.5% de alunos fumadores.

Pelos dados obtidos, pode-se atribuir uma gradação, na qual se regista maior prevalência de alunos fumadores com melhor amigo fumador; irmão fumador, pai e fumador e por último mãe fumadora. Os resultados desta análise corroboram o critério de gradação de factores que condicionam os hábitos tabágicos, sugerindo, nos rapazes, o facto de ter como melhor amigo um fumador é um critério prioritário. Estes dados validam a crença de que ter como melhor amigo um fumador é um factor que preditivo do consumo, ainda que este tenha maior influência no género masculino em comparação com o feminino (Charlton & Blair, 1989 *in* Matos *et al.*, 2003).

A percentagem de alunos fumadores com pai fumador é superior (49.4%) à dos alunos fumadores mas com pai não fumador (47.2%). Estes dados são concordantes com os obtidos no estudo realizado por Precioso (Precioso, 1999; Precioso *et al.*, 2007) em que se verificou uma maior percentagem de alunos fumadores cujo pai é também ele fumador, comparativamente ao grupo de alunos filho de pai não fumador. O mesmo estudo conclui que o tabagismo dos pais, bem como as suas atitudes em relação ao tabaco, é um factor microsocial de risco relacionado com o consumo de tabaco pelos filhos (Precioso, 2006).

A percentagem de alunos fumadores com mãe fumadora é de 33.7%, enquanto 64% é fumador mas a mãe não o é. Ao contrário dos resultados obtidos no caso em que o pai é fumador, no caso da mãe, o número de alunos fumadores é superior quando esta não é fumadora.

Os resultados obtidos não são coincidentes com o estudo realizado Precioso & Macedo (2007), uma vez que referem que o consumo tabágico da mãe aparenta ser mais importante e determinante do que o do pai (Precioso & Macedo, 2007). No estudo realizado na ESMT, o consumo do pai parece ter mais influência no consumo corrente do filho.

Dos alunos fumadores 8.1% têm pais (mãe e pai) fumadores, enquanto 10.9% têm pais não consumidores de tabaco. Estes dados vão ao encontro das conclusões dos estudos de Smedslund & Ahn (1999) nas quais se enuncia que os filhos de um fumador (pai ou mãe) apresentam maior probabilidade de se tornarem fumadores, duplicando este risco quando ambos os progenitores são fumadores. A mesma conclusão é partilhada por Precioso, que afirma que crianças criadas em ambientes familiares em que os adultos não fumam e os pais desaprovam o consumo do tabaco têm menores probabilidades de se tornar fumadores habituais. A influência dos pais parece máxima na fase de transição do consumo experimental para o consumo.

Dos alunos fumadores 34.6% têm irmãos também fumadores. Os dados obtidos revelam existir influência entre o consumo de tabaco do(s) irmão(s) e o hábito de consumo do próprio.

No estudo realizado por Precioso, verificou-se que os jovens têm mais possibilidade de virem a ser fumadores se alguém no agregado familiar já o seja, e que os irmãos parecem ter mais influência que os pais neste aspeto (Precioso, 2006). Também o estudo de Wetter *et al.* (2004) partilha esta conclusão, referindo que os jovens não fumadores, mas cujos irmãos fumam, apresentam maior probabilidade de vir a fumar (Wetter *et al.*, 2004 *in* Trigo, 2007). Segundo o Ulster Cancer Foundation, os jovens podem começar a fumar para copiar os seus irmãos mais velhos (Precioso, 2006).

No presente estudo verificou-se que dos alunos fumadores, 2.87% tem como melhor amigo um aluno não fumador e 5.96% tem um melhor amigo fumador. Dos alunos não fumadores, 69.2% tem um melhor amigo não fumador e 8.3% tem um melhor amigo fumador.

Os resultados obtidos são coincidentes com outros estudos que referem que a pressão social direta ou indiretamente exercida pelos amigos é considerada um dos mais influentes Factores relacionados com o consumo de tabaco nos jovens. Os mesmos estudos relatam ainda que ter um melhor amigo fumador é um factor preditivo muito importante para que os jovens venham a consumir tabaco no futuro (Precioso, 2006).

Os resultados deste estudo referem que 92.8% dos alunos assinalam que a sua perceção é que a mãe não gostaria que eles fumassem e 92.7%, percecionam que o pai não gostaria de os ver fumar.

Em geral, os pais desconhecem o consumo de tabaco dos filhos e, quando tomam conhecimento deste geralmente ficam zangados e pedem-lhes para não fumar. Os jovens não costumam ceder à vontade dos pais, reconhecendo inclusivamente que lhes mentem (Matos *et al.*, 2003).

Dos alunos fumadores 35.2% indicam a escola como local de eleição onde mais frequentemente fumavam, 29.8% fumavam em cafés e esplanadas, 25.5% em bares ou discotecas e 9.6% fumavam em casa. Apesar de ser proibido fumar na escola, 99% dos alunos indicou que os seus colegas da escola fumam dentro do recinto da mesma.

Os resultados obtidos neste estudo coincidem com os obtidos noutros estudos em que os jovens confirmam que o local de eleição para fumar é maioritariamente na escola (Precioso, 1999; Macedo & Precioso, 2006; Matos *et al.*, 2003). Apesar da proibição ao consumo de tabaco na escola regulamentada pelo decreto-lei nº 393/88, de 8 de

Novembro, artigo 2ºb) que esclarece “Não é permitido o uso de tabaco: nos estabelecimentos de ensino, incluindo salas de aula, de estudo, de leitura ou de reuniões, bibliotecas, ginásios e refeitórios” e do reforço da mesma, executado no Regulamento Interno da ESMT (artigo 92º), os dados revelam ainda que as interdições ao consumo não eram respeitadas pelos alunos.

#### **3.4.8 Conclusões do Estudo**

A prevalência de fumadores é 10%. Verificou-se que é mais elevada nas faixas etárias dos 18 (25.5%) e 19 anos (28.6%). Não se registaram fumadores para os 11 e 12 anos. Pode-se então concluir que existe diferença no hábito de consumo tabágico em função da idade. Pela análise dos dados pode-se concluir que à medida que a idade vai aumentando, aumenta também a prevalência do consumo de tabaco.

A idade para a experimentação (1º cigarro) registou maior prevalência entre os 12 (5.7%) e 13 (5.3%) anos. De salientar que há registo de alunos cuja idade de experimentação ocorreu aos 8 anos (0.3%), ainda que não seja estatisticamente significativo, revela que no 1º ciclo já há um contacto com o tabaco.

Há mais alunos (12.8%) a indicar que não foram influenciados aquando do consumo do 1º cigarro, do que alunos a assumirem que este cigarro sofre efeito da influência (9.7%) dos amigos (8.8%), pai (0,4%), mãe (0,2%) ou irmão/s (0,1%). Concluiu-se neste estudo, que a experimentação está associada à influência dos amigos.

A prevalência do consumo no 3º ciclo é inferior (4.6%) à registada no Secundário (14%). Estes dados confirmam a diferença entre os hábitos de consumo de tabaco entre ciclos de escolaridade (3º ciclo e Secundário).

Há maior prevalência de consumo para sexo feminino (53.8%) em detrimento do sexo masculino (46.2%).

Dos alunos fumadores, 5.5% fumam regularmente, 0.2% semanalmente e 4.0% ocasionalmente. A maior percentagem corresponde a alunos com hábitos de consumo regulares, destes 7.6% fumam diariamente de 1 a 10 cigarros, 1.8% fumam de 11 a 20 cigarros e 0,3% fumam mais de 20 cigarros.

Apesar de ser proibido, maioritariamente os alunos fumam na escola (3.6%). Também fumam em cafés e esplanadas (3.1%) e em bares ou discotecas (2.6%). Apenas uma minoria revela fumar em casa (1,0%).

A interdição ao consumo na escola aplicava-se apenas aos alunos, 10.5% dos alunos revela que os professores fumam na presença dos alunos.

Dos alunos não fumadores 65.3% nunca fumou, 13.3% fumou menos de 6 meses e 2.3% fumou por um período superior a 6 meses. Estes dados permitem deduzir que quanto maior o período de consumo maior a presença do hábito de consumo.

Quanto à percepção dos alunos relativamente à problemática do consumo tabágico, a maioria tem a percepção correta quando às consequências inerentes ao consumo de tabaco: 94.7% concorda que fumar é prejudicial para a saúde; 39.1% não concorda que fumar acalme os nervos, enquanto 30.3% concorda parcialmente; 65.9% não concorda que fumar ajude a concentrar no trabalho; 64.9% concordam que os fumadores morram mais cedo; 62.8% não concordam que fumar não seja tão perigoso como evidenciam; 81.1% não concordam que seja difícil recusar a oferta de tabaco; 47.7% concordam que é difícil para de fumar e 24.6% concordam parcialmente; 76.9% concordam que respirar o fumo dos outros incomoda e é perigoso; 85.7% concorda que não se devia fumar em locais fechados; 55.4% não concorda que fumar ajude a controlar o peso.

Existem mais alunos não fumadores que não são praticantes de desporto fora da escola (12.4%), do que fumadores praticantes de desporto (7%).

Relativamente à previsão que os alunos têm quanto ao facto de se manterem ou virem a ser fumadores, verifica-se o seguinte: 35.6% dos alunos fumadores prevêem manterem-se fumadores, enquanto nos alunos não fumadores 2.8% prevêem vir a ser.

Nos alunos fumadores a prevalência de consumo do pai, mãe, irmão/s e melhor amigo é respetivamente: 13.0%, 12.8%, 23.9% e 41.5%. Do leque de pessoas associadas ao aluno, o que maior prevalência apresenta é o melhor amigo.

A percentagem de alunos fumadores com pai fumador é superior (49.4%) à dos alunos fumadores mas com pai não fumador (47.2%). O mesmo não sucede no caso da mãe, em que a percentagem de alunos fumadores com mãe fumadora é inferior (33.7%), à dos alunos fumadores com mãe não fumadora (64%). No caso do melhor amigo/a, a percentagem de alunos fumadores com melhor amigo/a é superior (5.96%) à dos alunos fumadores com melhor amigo não fumador (2.87%).

No presente estudo concluiu-se que o consumo de tabaco do pai, mãe e irmão(s) contribui para a existência de hábito tabágico no aluno. O mesmo sucede para o melhor amigo/a, em que o consumo de tabaco deste influencia a existência de hábito tabágico no aluno, sendo de todos o que mais influência tem (quando comparado com pai, mãe e irmão/s).

### **3.4.9 Apresentação à Comunidade**

A análise estatística dos dados obtidos permitiu extrair algumas conclusões e traçar um perfil de consumo de tabaco dos alunos da ESMT. A apresentação deste estudo teve o objetivo de divulgar à comunidade educativa da ESMT a caracterização dos hábitos de consumo de tabaco dos alunos, nomeadamente ao modo como este hábito se inicia e desenvolve ao nível de géneros, idades e ciclos escolares. A apresentação teve ainda a intenção de proporcionar um espaço de debate e participação de profissionais que permitissem traçar estratégias de intervenção adequadas e eficazes à realidade traçada no estudo.

A divulgação e promoção da sessão de apresentação foi realizada três semanas antes, através do envio de um prospeto publicitário da sessão de apresentação por e-mail para o responsável pela divulgação de todas as atividades relacionadas com o estágio da F.M.H., por sua vez o e-mail foi reencaminhado para as diversas escolas dos agrupamentos de estágio. Foram ainda afixados prospectos de divulgação/inscrição nas instalações da Faculdade de Motricidade Humana. Ao nível da escola ESMT, foi colocado também em cada livro de ponto uma circular de divulgação da atividade, fazendo-se acompanhar de uma ficha de inscrição. Para além da divulgação formal, foi ainda realizado um reforço verbal junto dos restantes professores da escola.

Para o efeito, foram requisitados atempadamente os espaços e meios (auditório, data-show, reprografia) necessários à atividade.

A sessão de apresentação dividiu-se em três partes: uma primeira em que foram apresentados os resultados do Estudo pelo núcleo de estágio; a segunda parte englobou a intervenção do Dr. Mário Rui André; por último foi realizado um pequeno debate conduzido pelo grupo de estágio.

A apresentação dos resultados foi realizada com recurso à projeção em data-show e consistia na projeção de 41 slides organizados na seguinte sequência: explicação sucinta do estudo (objetivos gerais e específicos); Revisão de literatura; Metodologia (amostra, instrumentos, procedimentos); Apresentação dos resultados; Conclusões; Propostas. A apresentação correu como previsto, bem como a intervenção do Dr. Mário Rui André.

A terceira parte da sessão de apresentação, o debate, foi previamente estruturado com um conjunto de perguntas de partida. Apesar da preparação prévia, o debate não foi tão pacífico quanto se desejava.

Foi elaborado e aplicado um questionário de apreciação com a finalidade de avaliar a sessão de apresentação. O questionário foi entregue aos Professores presentes na

sessão permitindo desta forma, fazer um balanço da mesma e melhorar futuramente aspetos que não tenham sido tão bem sucedidos.

## **4 REFLEXÃO FINAL**

### **4.1 Proposta de Alteração do Estudo**

Após uma reavaliação do estudo realizado em 2003/2004 na ESMT e, considerando todo o conhecimento adquirido profissional e pessoalmente ao longo destes anos, este ponto pretende apresentar alterações que visem a melhoria e viabilidade de aplicação futura deste mesmo estudo em qualquer realidade escolar.

Como já foi referido anteriormente, a seleção do tema “Tabaco – Análise dos Hábitos Tabágicos na Escola Secundária Miguel Torga” foi na sequência da alteração ao Regulamento Interno (artigo 92º) que introduziu a seguinte medida interventiva “(...) a realização de uma escolaridade bem sucedida, numa perspetiva de formação integral do cidadão, implica a responsabilização do aluno, enquanto elemento nuclear da comunidade educativa, e a assunção dos seguintes deveres gerais (...) i) Não possuir e não consumir substâncias aditivas, em especial drogas, tabaco e bebidas alcoólicas, nem qualquer forma de tráfico, facilitação e consumo das mesmas” (Regulamento Interno, 2003/04 p.35, tradução livre).

O grande objetivo deste estudo visou conhecer os hábitos tabágicos desta escola, permitindo assim: apurar a realidade da escola no que concerne aos hábitos de consumo de tabaco, reconhecer os factores determinantes deste comportamento aditivo para, posteriormente se planear e organizar medidas a implementar com base nas metas e objetivos a atingir. Apesar de se considerar, pelas razões anteriormente reveladas, que a escolha do tema foi acertada, deixando inequivocamente um contributo à comunidade educativa da Escola Secundária Miguel Torga, ao reavaliar o estudo verificou-se que os objetivos específicos projetados pelo núcleo de estágio não permitiram traçar um perfil dos hábitos de consumo que melhor reportasse a realidade da escola.

Dadas as limitações decorrentes da função enquanto professores, bem como as razões que motivaram escolha do tema (medidas interventivas lançadas pela escola) constata-se que as hipóteses do presente estudo se centraram na análise das relações de influência para além do âmbito da escola (pais e irmãos). Desta forma, pode considerar-se que teria sido mais adequado focalizar o estudo nas questões 11. 12. e 13. do questionário aplicado. Uma análise mais aprofundada destas questões permitiria aferir se a medida implementada na escola teria impacto no comportamento tabágico dos alunos e se

deveria ser revista ou acompanhada de outras soluções complementares. No geral, o estudo beneficiaria com uma abordagem centrada na escola e seus intervenientes, justamente por haver maior margem de manobra, meios de ação e influência no âmbito escolar.

O questionário utilizado (elaborado pelo Núcleo de Exercício e Saúde da Faculdade de Motricidade Humana 1995), respondia às necessidades em causa e continua a ser adequado à recolha de dados que possibilita a caracterização dos hábitos de consumo de tabaco na população de alunos de uma hipotética comunidade escolar. Contudo, sugerem-se as seguintes adaptações:

- Na primeira parte, que compreende a recolha de dados sociodemográficos, a fim de não comprometer o anonimato e idoneidade propõe-se retirar o ponto 5, “Turma que frequenta”. A informação obtida nesta questão não é relevante para o estudo e pode gerar inibição na resposta aos questionários sob pena dos alunos serem identificados.

Seria ainda de interesse verificar a possibilidade de adaptar ao questionário perguntas que facilitassem a recolha de informação relativa ao(s) período(s) do dia em que os alunos mais fumam e as motivações; determinantes de adição; método de obtenção dos cigarros. Este tipo de informações permite apurar, entre outros, o padrão de consumo ao longo do dia, e, verificar se os alunos consomem mais na escola, se o consumo está associado a períodos de ócio e inocupação, podendo eventualmente a escola ajustar a oferta de atividades não curriculares (nomeadamente “Desporto Escolar”), promovendo alternativas saudáveis à ocupação de tempo livre.

- No geral, a aplicação do questionário cumpriu as normas estatísticas. Contudo, o facto de ter sido veiculado exclusivamente às aulas de Educação Física comprometeu a representatividade da amostra<sup>12</sup>. Num cenário idóneo, todos os alunos em igualdade de circunstâncias para pertencer à amostra deveriam estar contemplados. Por exemplo, através da aplicação orientada pelos diretores de turma (permitindo assim a imparcialidade).

A população de alunos da ESMT era constituída por 1350 alunos. Para se obter um nível de confiança de 99% ter-se-ia de contar com uma amostra de 446 alunos. A amostra do estudo era constituída por 906, pelo que se pode considerar significativa.

---

<sup>12</sup> “Uma amostra é representativa se as unidades que a constituem foram escolhidas por um processo tal que todos os membros da população tenham a mesma probabilidade de fazer parte da amostra “ acedido jul. 25, 2013 <http://www.ifdr.pt/content.aspx?menuid=202&eid=696>

- No estudo original na análise da hipótese 6 <sup>13</sup> “O facto dos Irmãos fumarem contribui para a existência de hábito tabágico no Aluno”, apresentou-se a tabela da análise do Qui-Quadrado da hipótese 5 “O facto da Mãe fumar contribui para a existência de hábito tabágico no Aluno”. Assim, ficam comprometidos os resultados da análise estatística para esta hipótese espelhados na tabela correspondente, bem como as conclusões decorrentes da mesma.

Os procedimentos estatísticos utilizados para o tratamento dos dados são válidos, mas para a caracterização dos hábitos de consumo dos alunos não se torna essencial a elaboração de hipóteses, a menos que se queira confirmar a relação entre duas variáveis e que tal informação se considere fulcral para o estabelecimento de estratégias futuras de intervenção em meio escolar.

Desta forma, propõe-se o estudo das seguintes variáveis:

Caracterização dos hábitos tabágicos (fumador, não fumador) dos alunos

- Hábitos tabágicos segundo o género por idade; hábitos tabágicos segundo o género por ciclo de escolaridade; hábitos tabágicos segundo o género em função da presença de prática desportiva fora da escola; idade de experimentação (1º cigarro) segundo o género e atual situação de hábito de consumo;

Caracterização dos fumadores da amostra:

- Regularidade do consumo de tabaco; quantidade de tabaco consumido; idade de início de consumo; local preferencial para o consumo de tabaco; presença de influência dos pais, irmão, melhor amigo(a) e professores na adoção do comportamento tabágico dos alunos;

Propostas de Hipóteses de análise:

**Hipótese 1:** Existência de influência do consumo de tabaco dos professores no hábito tabágico dos alunos.

Esta hipótese permite analisar o nível de influência que o consumo de tabaco dos professores pode representar no hábito tabágico nascente no aluno. Possibilita ainda traçar estratégias de prevenção e interdição do consumo de tabaco na escola, quer por parte dos alunos como já estava previsto, quer por todos os funcionários (docentes e não docentes).

---

<sup>13</sup> Os inquéritos originais foram armazenados na Escola secundária Miguel Torga, os mesmos foram destruídos não se encontrando à data da elaboração do Relatório de Mestrado disponíveis.

Precioso defende a criação de um ambiente escolar de reforço às ações educativas exercidas sobre os alunos (Precioso, 2006). Sustenta também, com a finalidade de levar a cabo a sua ação antitabágica na escola com eficácia, que é necessário que o professor se abstenha de fumar pelo menos durante o horário escolar, já que o seu exemplo é crucial para as crianças e os jovens (Precioso, 2006).

**Hipótese 2:** Existência de influência do consumo de tabaco do melhor amigo/a no hábito tabágico dos alunos.

Propõe-se manter a hipótese anterior, uma vez que a presença de hábito tabágico do melhor amigo(a) se considera um dos factores preditivos mais influentes para o consumo do próprio (Precioso, 2006). Caso se verifique esta forte relação de influência, as estratégias de prevenção em meio escolar devem reforçar a aquisição de competências sociais para gerir situações de pressão social.

**Hipótese 3:** Existência de influência da prática de uma modalidade desportiva no hábito tabágico dos alunos.

**Hipótese 4:** Existência de diferenças na prevalência do consumo de tabaco nas diferentes modalidades desportivas praticadas pelos alunos.

Sendo o estudo realizado por profissionais de Educação Física, é salutar a existência de um conhecimento da relação entre a prática de modalidades desportivas e hábitos de consumo de tabaco. Seria ainda interessante analisar a prevalência do consumo de tabaco em diferentes modalidades desportivas, a fim de verificar se existem modalidades com características preventivas ao consumo de tabaco bem como se se registam modalidades desportivas mais fortemente associadas ao consumo.

Os dados resultantes desta hipótese permitiriam, no enquadramento da docência de Educação Física, propor iniciativas associadas à promoção e adoção de estilos de vida saudáveis, que envolvam a prática de modalidades desportivas (pontualmente ou extensivamente) que, pelas suas características, estejam associadas a uma baixa prevalência de consumo de tabaco.

A exposição e discussão de dados presentes no relatório de estudo de investigação (2003/04) foi escassa, cingindo-se à apresentação e interpretação dos dados sem recorrer a estudos comparativos. Este aspeto do trabalho foi injustamente remetido para as conclusões. No presente relatório de mestrado tentou colmatar-se tal aspeto, bem como a atualização da revisão de literatura.

A apresentação das conclusões no estudo original encontra-se dividida entre conclusões gerais e conclusões específicas das hipóteses. A primeira parte corresponde, na verdade,

à discussão dos resultados. No que concerne às conclusões das hipóteses, tal como o nome indica, apenas são referidas as hipóteses de estudo.

As conclusões deveriam abranger de forma sumária as conclusões dos objetivos dos quais foi proposta uma análise, e dos dados que permitissem traçar o perfil tabágico dos alunos da ESMT, nomeadamente: distribuição dos hábitos tabágicos dos alunos segundo o género em função da idade; distribuição dos hábitos tabágicos dos alunos segundo o género em função do ciclo de escolaridade; hábitos tabágicos dos alunos segundo o género em função da presença de prática desportiva fora da escola; idade de experimentação (primeiro cigarro) segundo o género; factor de influência ao consumo do 1º cigarro (pai, mãe, irmão e melhor amigo(a); quantidade de cigarros consumidos por dia nos alunos fumadores; locais de eleição ao consumo de tabaco; percepção da prevalência tabágica dos professores; consumo de tabaco na escola; prevalência tabágica da mãe, pai, irmão e melhor amigo(a); percepção dos alunos à opinião da mãe, pai, irmãos e melhor amigo(a) quanto ao eventual consumo de tabaco pelo próprio; previsão do aluno relativamente ao seu eventual comportamento tabágico futuro; percepção do aluno quanto a afirmações relacionadas com o hábito tabágico. Devem incluir-se ainda neste capítulo as conclusões mais específicas para as hipóteses propostas: diferenças nos hábitos tabágicos em função das idades dos alunos; variação dos hábitos tabágicos em função dos diferentes ciclos escolares; menor incidência do tabagismo em alunos praticantes de desporto fora da escola; influência dos hábitos tabágicos do Pai; influência dos hábitos tabágicos da Mãe; influência dos hábitos tabágicos do Irmão; influência dos hábitos tabágicos do Melhor Amigo.

Tais alterações foram revistas e reorganizadas no presente trabalho.

A divulgação da sessão de apresentação deste estudo foi realizada com a devida antecedência tendo sido amplamente aceite, refletindo-se num elevado número de participantes.

O início da sessão de apresentação agendou-se para as 10 horas, no entanto, tendo-se adiado para as 10 horas e 20 minutos devido a indisponibilidade de materiais audiovisuais. A sessão terminou, no entanto, dentro do horário previsto. O contratempo em questão poderá servir para se ter em conta em experiências futuras de natureza semelhante, recorrendo-se nestes casos a ensaios técnicos prévios.

A apresentação dos resultados foi realizada com recurso à projeção em data-show de 41 slides. À luz das ferramentas tecnológicas atuais, a quantidade de diapositivos pode considerar-se excessiva, infringindo algumas normas de qualidade da apresentação e de

transmissão da informação: recorreu-se à utilização de diferentes *layouts*; sobrecarregou-se com diferentes cores o corpo do texto; os dados e legendas dos gráficos não se encontravam legíveis em alguns casos.

Propõe-se para uma futura apresentação à comunidade o cumprimento de algumas normas que guiam o sucesso da apresentação tais como: restrição do número de slides, sintetizando ao máximo a informação; uso do mesmo *layout* para todos os diapositivos, preferencialmente conjugado com o grafismo de uso interno da instituição de ensino (Faculdade ou escola); padronização da cor de fundo dos slides, facilitando a experiência visual; uniformização da fonte e formatação do texto exibido (evitar animações, sombreados); uso de cor neutra para o corpo do texto (preto, cinzento) e um fundo claro para maior nitidez e mais fácil leitura; recurso à hierarquia gráfica (títulos, subtítulos, corpo do texto); legendagem correta de figuras (nomeadamente gráficos) e citação, sempre que aplicável, à fonte de informação; inclusão de imagens e figuras com boa qualidade gráfica; adequação das dimensões de grafismos ou imagens, evitando a sobreposição à mensagem (corpo do texto).

A escolha e intervenção do preletor, Dr. Mário Rui André, foram bem-sucedidas, tendo sido mencionadas no relatório da sessão de apresentação que decorreu da análise dos questionários de apreciação da sessão (entregues no final da sessão a todos os participantes) como um dos pontos fortes da sessão de apresentação.

A terceira parte da sessão de apresentação, que corresponde ao debate, exaltou alguns ânimos e não foi tão pacífico quanto se desejaria. Este facto poderá dever-se à inexperiência das moderadoras, que eram em simultâneo as autoras do estudo. Também a ausência de referentes anteriores terá contribuído para uma linguagem de exposição menos rigorosa que a que se pretende neste contexto, o que conduziu a um menor grau de empatia com a importância do assunto em causa.

De futuro, propõe-se o recurso ao “role-play” para testar a estrutura e organização do debate e dotar os professores de competências para expor os conteúdos com maior clareza e melhor executar a gestão de conflitos.

## **4.2 Conclusão**

A experiência decorrente da atividade enquanto professora estagiária de Educação Física na Escola Secundária Miguel Torga (2003/2004), e de todas as competências e tarefas desenvolvidas ao longo do ano letivo, nomeadamente a elaboração de um estudo de investigação, revelou-se um elemento enriquecedor e motivador no decurso da atividade profissional em causa.

O estudo de investigação permitiu reconhecer e aplicar conhecimentos – considerados, na altura, como base teórica - nomeadamente ao nível de procedimentos estatísticos e metodologia da investigação. Possibilitou ainda aprofundar conhecimentos ao nível do papel e importância da escola como meio de promoção de saúde, assim como sublinhar o contributo da disciplina de Educação Física e das ações e atividades desenvolvidas por este núcleo (Desporto escolar, Torneios). Deste modo, consolidou-se uma plataforma de promoção de hábitos de vida saudável e modelação de normas e valores. Num plano mais abrangente, permitiu reconhecer o verdadeiro impacto do consumo de tabaco na saúde individual e na sociedade em que nos inserimos.

À data do estágio profissional, a elaboração deste estudo facilitou a focalização com maior ênfase para as diferentes etapas de um projeto de investigação centrado na caracterização do consumo tabágico e da exposição das conclusões decorrentes do mesmo a toda a comunidade escolar.

Constatou-se que apesar da existência de legislação em vigor com vista a enfrentar a problemática do consumo tabágico, os alunos facilmente encontravam modos de a contornar, evidenciando a dimensão real do desajuste entre as necessidades em questão e as estratégias adotadas. A insuficiência de tais estratégias era sublinhada, por exemplo, no facto das medidas previstas no regulamento interno terem como objeto apenas os alunos, o que denota uma ausência de assertividade no sentido de implementar medidas de maior eficácia e coerência. Esta abordagem acabou por contagiar o próprio núcleo de estágio, uma vez que não foi objeto de estudo a prevalência de consumo tabágico de professores e funcionários dentro do recinto escolar, especialmente em espaços comuns (sala de professores). Os factores acima enumerados destacaram a importância do papel e dos comportamentos do corpo docente, já que é pela norma social, pela atitude e pelas ações desempenhadas que se poderá influenciar consideravelmente os alunos e ter êxito nos programas de prevenção.

Pela densidade de tarefas associadas ao estágio, tornou-se notória a lacuna na projeção e planeamento de medidas específicas e de carácter preventivo que se sucedem ao estudo de investigação. Tal limitação condicionou a perceção obtida no que respeita à prevenção do consumo tabágico em meio escolar, considerando que abordagens mais extremistas (como é o caso da projeção de imagens-choque) e incidir sobre os aspetos nocivos associados ao consumo de tabaco seriam os métodos mais eficazes para desenvolver a prevenção em meio escolar. À *posteriori*, no entanto, comprovou-se que as medidas anteriores, pese à sua carga mediática, são de reduzido sucesso, pois os alunos

nas faixas etárias em questão desvalorizam as consequências de doenças que se manifestarão a médio ou longo prazo.

Pelos resultados auferidos neste estudo foi igualmente possível ajustar a perceção respeitante ao número de fumadores na população de alunos. Neste caso, a realidade superou a perceção prévia que se tinha da problemática em questão, revelando um número menor de alunos com hábitos tabágicos.

Uma valência altamente compensatória foi o facto de se deixar um contributo prático e útil à comunidade escolar, que tão generosa e profissionalmente apoiou os estagiários ao longo da etapa prática de profissionalização. O estudo reforçou positivamente, por isso, a relevância do papel da disciplina de Educação Física, que tantas vezes é colocada em segundo plano e desacreditada a respeito dos seus conteúdos, quer pelas entidades de gestão (Ministério da Educação), quer pelos profissionais de outras disciplinas.

O facto do estágio ter abrangido o 3º ciclo e secundário levou a que se aprofundassem conhecimentos acerca do comportamento tabágico em específico para estes ciclos de escolaridade, o que mais tarde se revelou desajustado ao percurso profissional em questão, que acabou por se desenvolver com maior incidência no âmbito do 1º ciclo.

Presentemente, após a análise do estudo de investigação, a elaboração do presente relatório de mestrado foi um elemento estimulante para o decurso da minha atividade em questão, bem para crescimento pessoal, especialmente na condição de mãe.

Enquanto profissional da disciplina de Atividade Física Desportiva nas Atividades de Enriquecimento Curricular (AEC's) no 1º ciclo de escolaridade, inúmeras vezes foi ponderada a questão da aplicabilidade dos conhecimentos inerentes ao Mestrado. Ter elaborado o presente relatório evidenciou que a temática do «consumo tabágico» pode e deve ser abordada no 1º ciclo, e proporcionou ferramentas para criar um discurso adequado à ótica da promoção de hábitos de vida saudável, através do desenvolvimento de programas preventivos do tipo psicossocial.

Foram abordados os diferentes organismos e instituições responsáveis pela promoção de saúde, pela prevenção de comportamentos de risco e pelo tratamento do hábito tabágico. Desta forma, existem condições mais idóneas ao desenvolvimento de programas de prevenção tabágica, em conjunto com os restantes profissionais e toda a comunidade escolar, cooperando com as diferentes instituições com intervenção neste âmbito (Ministério da Educação, Ministério da Saúde).

O processo que culmina na disponibilização do presente relatório é de uma natureza eminentemente pró-ativa, pois o *corpus* científico com o qual se tomou contacto foi

motivador de propostas de desenvolvimento e implementação de um projeto no âmbito da promoção de saúde e prevenção de comportamentos de risco (consumo de tabaco) dentro da comunidade escolar:

- Alimentação: revisão supervisionada por profissionais de saúde da ementa escolar; ações pontuais ao longo do ano que promovam entre os alunos o conhecimento da origem dos alimentos (cadeia produtiva até ao consumo); reconhecer diferentes tipos de alimentos (roda dos alimentos) e saber seleccioná-los tendo em conta os critérios anteriores para manter uma alimentação equilibrada com escolhas saudáveis; confeção saudável de alimentos.
- Atividade Física: promover nas pausas letivas a prática de atividade física; organizar desafios semanais direcionados para a prática desportiva; disponibilizar materiais e equipamentos que promovam e suportem a prática de atividade física; organização de atividades pontuais com carácter desportivo que proporcionem vivências com diferentes modalidades (torneios, treinos experimentais em parceria com clubes).
- Contacto com substâncias psicoativas e prevenção da violência em meio escolar: implementar um programa preventivo do tipo psicossocial; lançar pontualmente estes temas como objeto de estudo aos alunos, promovendo a descoberta guiada (investigar individualmente ou em grupo e apresentar à comunidade);

A materialização dos objetivos anteriores permitiu, finalmente, dar corpo e propósito ao conjunto de dados com os quais se contactou. O conhecimento alcançado poderá assim ser partilhado e aplicado, passando da teoria à prática. São sustentáveis, assim, expectativas para que este projeto possa beneficiar toda a comunidade escolar influenciando positivamente os seus intervenientes.

O presente estudo tem, de acordo com as premissas enumeradas previamente, a intenção de prever uma ação no âmbito da prevenção tabágica concebida para aplicar a alunos que frequentam o 2º ciclo. Esta opção é fundamentada no facto de se demonstrar que é durante tal período que se cria a predisposição ao consumo de tabaco. Deste modo, o programa ganharia a sua máxima eficácia pois é dirigido a um grupo de jovens especialmente permeável a todo o tipo de influências.

Na alínea subsequente apresenta-se a proposta-tipo, com os tópicos essenciais e a metodologia para a sua aplicação.

### 4.3 Proposta de Intervenção

“A intervenção preventiva será mais eficaz se for realizada com a participação dos Alunos” (Onofre, 1995).

De acordo com as estimativas da OMS, o investimento na cessação tabágica constitui a via mais efetiva para a obtenção, a curto e a médio prazo, de melhorias nos indicadores de morbilidade e mortalidade relacionados com o consumo de tabaco (DGS, 2008).

Para se desenvolver um projeto eficaz de prevenção a um comportamento, designadamente o consumo tabágico, é essencial conhecer a realidade desse comportamento na população que se visa atingir. Este conhecimento deverá ter como base uma caracterização dos hábitos de consumo de toda a comunidade escolar (alunos, pais, funcionários docentes e não docentes da escola).

Assim, propõe-se que o ponto de partida da proposta decorra da aplicação de um questionário aos alunos que participam no programa (Anexo 29), permitindo traçar um perfil tabágico da comunidade escolar bem como, monitorizar a eficácia do projeto de prevenção (aplicação anual).

Apesar de se ter elaborado um questionário-tipo para versão impressa, caso a escola considere mais prático e eficaz o recurso à versão *on-line*, sobretudo para o caso dos pais e funcionários, a alternativa é perfeitamente exequível.

A presente proposta incide no 2º e 3º ciclos de escolaridade, porque é justamente nestes ciclos que se encontra em Portugal o pico da iniciação tabágica. Porém, está presente a necessidade de este tipo de programas serem complementados por mais intervenções do mesmo género inclusive até ao ensino universitário, evitando o adiamento da iniciação e consumo.

Não obstante esta proposta de intervenção seja dirigida à prevenção tabágica nos alunos, considera-se que o sucesso desta dependerá também de ações complementares que afetem os restantes membros da comunidade escolar, tais como:

- Uma política escolar que suporte a prevenção tabágica e que seja respeitada pelos membros da comunidade escolar;
- Medidas de cessação do consumo tabágico, não só dentro da escola como no espaço envolvente (portão da escola e zonas próximas e com visibilidade da escola);
- Valorização e adoção de normas e valores que descartem comportamentos nocivos assumindo comportamentos promotores de saúde.

O programa proposto é constituído por um conjunto de 28 sessões (45 minutos cada), a serem aplicadas individualmente por turma, uma vez por semana ao longo de todo o período letivo, considerando as pausas letivas. Pretende-se assim garantir a qualidade de aquisição de conhecimentos, assim como a continuidade no processo de interiorização de normas e valores que conduzam à capacidade de resistir à pressão dos pares. As sessões deverão ser conduzidas durante as aulas pelos professores de Ciências Naturais, Português, Educação Visual, Matemática e Educação Física.

A fim de motivar os profissionais envolvidos na aplicação do programa (professores das disciplinas curriculares), propõe-se a realização de uma sessão de apresentação do mesmo e sensibilização para a temática do consumo de tabaco e importância da prevenção em meio escolar.

Recorrendo a instrumentos variados - tais como escuta ativa, debate, dinâmica de grupo, expressão plástica, expressão corporal, expressão dramática, expressão lúdica, reflexão – tem por objetivos principais alguns dos seguintes: abordar e consolidar informações associadas ao consumo de tabaco; potenciar a construção de atitudes acerca do consumo; desenvolver competências de assertividade e autoestima que permitam resistir a pressões e influências sociais (influência de amigos, dos *media*); estimular comportamentos promotores de saúde.

A tabela 2 propõe a organização de uma amostra de dez sessões de acordo com os objetivos.

**Tabela 2** – Proposta de intervenção

| Sessão | Disciplina Curricular | Objetivo Geral                                       | Proposta de Atividade  | Proposta de Intervenção   |
|--------|-----------------------|--|--|---|
| 1      | Educação Visual       | Auto-estima<br>Auto-imagem<br>Relações Interpessoais | 1. Desenhar um auto-retrato, turma tentará adivinhar a quem pertence cada desenho.<br><br>2. Cada aluno retira de um saco o nome de um colega e terá que desenhá-lo e colocar duas qualidades deste. | 1.1 Identificar problemas de auto-estima e dismorfismo corporal.<br>1.2 Questionar ao grupo sobre a importância de gostar de si mesmo. Solicitar sugestões de promoção da auto-estima. “O tabaco contribui para eu gostar de mim?”<br>2.1 Identificar relação entre pares e líderes no grupo.<br>2.2 Estimular a visão de características e qualidades dos seus pares.<br>“o tabaco contribui para que me reconheçam qualidades?” |
| 2      | Educação Física       | Tomada de decisão<br>Resolução de                    | 1. Primeiros socorros: sistema de prioridade de assistência a vítima ACHE.   | 1.1 Através de descoberta guiada criar a oportunidade de experimentarem o processo de   |

|   |                      |   |  |  |
|---|----------------------|---|--|--|
|   |                      | problemas   | 4 Grupos de trabalho: 2 representam vítimas múltiplas – o perfil da vítima decorre do consumo de tabaco; 2 representam “possibilidade de ajuda/socorristas” (trocam) Devem colocar as vítimas por ordem de prioridade de assistência e fundamentar as decisões.  | tomada de decisão.<br>1.2 Discutir o tema da tomada de decisão versus hábito tabágico com os alunos.<br>“Qual a relação entre ser fumador e a tomada de decisão?”  |
| 3 | Ciências da Natureza | Efeitos decorrentes do consumo na saúde<br>Construção de atitudes acerca do consumo | 1. Dividir a turma por grupos e pedir que selecionem um dos sistemas: aparelho respiratório, aparelhos digestivo, sistema cardiovascular, aparelho reprodutor.<br>O Professor distribui textos, livros e material de suporte sobre o tema para cada um dos grupos. Os alunos deverão investigar e reunir informação sobre as doenças/consequências na saúde individual decorrentes do consumo de tabaco que afetam o sistema selecionado –Utilizando revistas, num papel de cenário representar através de recorte colagem , cada grupo apresenta o resultado aos colegas. | 1.1 O professor depois da intervenção dos alunos, solicita sugestões para evitar as consequências decorrentes do consumo de tabaco.<br>1.2 Aproveitando as sugestões referidas no ponto anterior, o professor sugere a implementação de plano de prevenção ao consumo.<br>“Se fumar faz isso ao sistema cardio-respiratório, então como é que eu posso prevenir isso?” |
| 4 | Matemática           | Construção de atitudes acerca do consumo  | 1. Disponibilizando o valor de custo de 1 maço de cigarros e quantidade de cigarros por maço,. Os alunos calculam valor despendido num ano gasto para 3 situações (fumador que consome 1 maço por semana; fumador que consome 10 cigarros dia; fumador que consome 1 maço por dia). É importante que se peça aos alunos associem cada situação a alguém conhecido (familiar, professor, amigo).<br>2. Para cada uma das situações deverão propor uma atividade lúdica e promotora de saúde cujo valor despendido pudesse proporcionar                                      | 1.1 O Professor demonstra que o consumo de tabaco prejudica mais do que a saúde física do indivíduo: saúde financeira, gestão da economia familiar.<br>“O que é que a família podia comprar ou usufruir se o pai não fumasse?”<br>2.1 O professor sugere algumas atividades (paintball, Wii, adquirir bicicleta e andar, inscrever num clube de futebol, insufláveis). |
| 5 | Português            | Tomada de decisão<br>Resolução de problemas   | 1.Individualmente propor aos alunos que escrevam (escrita criativa) um pequeno texto com uma personagem principal que aborde “o consumo do 1º cigarro”, nesta versão a personagem deverá experimentar.<br>2. Reescrever o mesmo texto com as mesmas personagens, desta vez com uma versão em que a   | 1.1 O Professor direciona o foco do texto para os argumentos utilizados para influenciar o consumo.<br>2.1 O professor direciona o foco do texto para os argumentos de recusa ao consumo.<br>2.2 O professor sugere aos alunos que os textos não   |

|   |                      |  |   |  |
|---|----------------------|--|---|--|
|   |                      |  | personagem recuse experimentar.<br>Partilhar os textos na turma.  | sejam apenas lidos mas sim representados.  |
| 6 | Educação Visual      | Efeitos decorrentes do consumo na saúde e na sociedade<br>Construção de atitudes acerca do consumo | 1. Visualização de um vídeo disponível <i>online</i> sobre os efeitos decorrentes do consumo de tabaco na saúde e na sociedade.<br>2. Debate e partilha de sensações, emoções e conhecimentos adquiridos através da exposição do filme.   | 1.1 O professor seleciona anteriormente alguns vídeos de curta duração e que despertem o interesse dos alunos.<br>2.1 Professor pergunta aos alunos como se sentem após terem visualizado o vídeo.<br>“Como é que se sentem agora?”<br>2.2 O Professor sugere que divulguem e partilhem o vídeo noutros contextos (com os pais, no facebook).  |
| 7 | Educação Física      | Estimular comportament os promotores de saúde  | 1. Percurso de Orientação: Dividir a turma em grupos (3/4 alunos).<br>O professor disponibiliza um mapa da escola, onde os alunos deverão identificar as zonas de habitual consumo de tabaco (atrás do pavilhão, debaixo do telheiro).<br>Nas zonas identificadas cada grupo propõe atividades de carácter desportivo (jogos adaptados, modalidades) em forma de circuito.<br>Testar em cada ponto as opções propostas por cada grupo. No final, a turma deverá propor um circuito - Circuito Turma-selecionando as tarefas por ponto geográfico que considerem mais ajustadas. | 1.1 O Professor orienta os alunos para a criatividade na seleção das atividades.<br>1.2 Questiona os alunos para as vantagens da atividade proposta em detrimento do consumo de tabaco.<br>“Qual das duas opções é a mais divertida?”  |
| 8 | Ciências da Natureza | Efeitos decorrentes do consumo na saúde<br>Construção de atitudes acerca do consumo                | 1. Disponibilizam-se 3 sacos mistério (cada saco contém um pedaço de tecido impregnado com um odor característico (perfume, fruta, cigarro). Os alunos deverão individualmente tentar adivinhar a que corresponde cada odor e descrevê-lo (adjetivá-lo).<br><br>2. Disponibilizar e expor cartões com substâncias tóxicas presente no fumo do cigarro* e uma aplicação dessas substâncias noutro contexto.<br>Exemplo: “Formoldeído: Utilização para conservação de   | 1.1 O Professor deve reforçar os constrangimentos sociais que o mau odor provoca.<br>1.2 O professor aproveita esta atividade para propor a seguinte.<br>“O tabaco tem este cheiro, o que será que origina este cheiro?”<br><br>2.1 O Professor pode recorrer a outras formas de apresentação das substâncias: quadro interativo, imagens, materiais reciclados.<br>2.2 O professor evidencia os efeitos nefastos destas substâncias do tabaco na saúde. |

|    |            |  |  |  |
|----|------------|--|--|--|
|    |            |  | <p>cadáveres”.</p> <p>Dividindo a turma por grupos (3/4 alunos), desafia-los a escolher 4 substâncias que acreditem estar presentes no fumo de cigarro. Na altura de verificar qual dos grupos ganhou, revelar aos alunos que todos os ingredientes estão presentes no fumo do cigarro. Permitir o debate e partilha sobre o impacto destes ingredientes na saúde.</p> <p>*não divulgar aos alunos que todas as substâncias estão presentes no fumo do cigarro</p>   | <p>“Se os pesticidas matam insetos e alguns animais (ratos, esquilos), então imaginem o que fará a qualquer um de nós”</p>   |
| 9  | Matemática | <p>Construção de atitudes acerca do consumo</p> <p>Estimular comportament os promotores de saúde</p> | <p>1. Individualmente, selecionar um familiar ou pessoa próxima que fume. Recebendo a informação de que um fumador regular perde em média 10 anos de vida e a esperança média de vida da população portuguesa atual. Calcular a esperança média de vida para o indivíduo fumador selecionado.</p> <p>2. Pedir aos alunos que demonstrem através de um gráfico recorrendo a materiais recicláveis (pacotes de leite) as consequências ao longo do tempo dos efeitos da cessação tabágica (informação disponibilizada pelo professor):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ao fim de 48 horas diminui o risco de sofrer ataque cardíaco;</li> <li>- Ao fim de 2 semanas a circulação melhora;</li> <li>- Ao fim de 10 anos o risco de sofrer um cancro de pulmão é igual ao de um não fumador.</li> </ul> | <p>1.1 Reforça a apreciação dos alunos decorrente da atividade, que o tabaco diminui drasticamente a esperança média de vida das pessoas.</p> <p>2.1 O professor deve trazer gráficos impressos com os dados para a atividade.</p> <p>2.2 O Professor propõe a exposição deste trabalho num espaço comum da escola (entrada, polivalente, pavilhão).</p> |
| 10 | Português  | <p>Tomada de decisão</p> <p>Resolução de problemas</p>   | <p>1. A pares com o colega de mesa, deverão fazer uma dramatização (<i>role-play</i>) em que um dos alunos faz o papel de persuasor para o consumo de cigarro e o outro tem o papel de recusar com argumentos válidos e até tentar ele persuadir o colega a deixar de fumar (inverter os papéis).</p>  | <p>1.1 Relembrar os conteúdos trabalhados nas sessões anteriores de outras disciplinas e que fundamentam os argumentos a serem utilizados.</p>   |

O programa de prevenção aqui sugerido combina características psicossociais com metodologias expressivas. Deste modo, atua na promoção de competências pessoais e sociais e na prevenção do consumo de substâncias (tabaco, álcool e drogas), recorrendo à expressão (podendo ela ser uma forma de arte) para facilitar a construção de conhecimento entre alunos e professores.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Becoña, E. & Vázquez, F. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- Benson, E. (2002). In Brief Drug tolerance triggered by internal cues, study suggests. *Monitor on Psychology*, 33(8), 18.
- Booker, C. L. & Sacker, A. (2012). Psychological well-being and reactions to multiple unemployment events: adaptation or sensitisation?. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(9), 832-838.
- Borges, A., Marques, F., Lima, J., Costa, L., Gonçalves, P., Fernandes, R. & Gonçalves, N. (2008). Hábitos tabágicos em alunos do 6º ano de Medicina e medidas anti-tabágicas. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 14(3), 379-390.
- Borio, G. (1993). The Tobacco Timeline. Tobacco Org. Acedido em abr. 14, 2013, disponível em: [http://archive.tobacco.org/resources/history/Tobacco\\_History.html](http://archive.tobacco.org/resources/history/Tobacco_History.html).
- Botvin, G. J., Griffin, K. W., Paul, E., & Macaulay, A. P. (2003). Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through life skills training. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 12(4), 1-17.
- Bouchard, C., Shephard, R. J., Stephens, T., Sutton, J. R., & McPherson, B. D. (1990). *Exercise, fitness, and health: a consensus of current knowledge*. Canada: Human Kinetics Publishers.
- British Medical Association. (2004). *Smoking and reproductive life: the impact of smoking on sexual, reproductive and child health*. London: BMA.
- Caldeira, A. M. (2000). O tabaco brasileiro em Portugal: divulgação e formas de consumo durante o Antigo Regime. *Congresso Luso-Brasileiro* (567-586) Lisboa: Portugal-Brasil.
- Calheiros, J. (2006). Fumo ambiental e saúde. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 22, 245-253.
- California Environmental Protection Agency :Office of Enviromental Health Hazard Assessment (1997). *Health Effects of Exposure to Environmental Tobacco Smoke - Final Report September 1997*. California: OEHHA.
- Cardoso, C., & Plantier, T. (2007). Acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal. Estudo do impacte da Lei, (37).
- Carvalho, A.M.R. (1998). Tabagismo nas escolas portuguesas ou a cultura de um problema. *O Professor*, 61, 3-21.

Chassin, L., Presson, C. C., Rose, J. S., & Sherman, S. J. (1996). The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood: demographic predictors of continuity and change. *Health Psychology*, 15(6), 478.

Ciccolo, J. T., Dunsiger, S. I., Williams, D. M., Bartholomew, J. B., Jennings, E. G., Ussher, M. H., & Marcus, B. H. (2011). Resistance training as an aid to standard smoking cessation treatment: A pilot study. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(8), 756-760.

Conselho da Europa (1995). *The significance of sport for society – Health, socialisation, economy*. Holanda: CDDS.

Currie, C., Gabhainn, S. N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Picket, W. & Barnekow, V. (2008). *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey*. Copenhagen: Child and Adolescent Health Research Unit, WHO.

Damas, C., Saleiro, S., Marinho, A., Fernandes, G. & Gomes, I. (2009). Avaliação de hábitos tabágicos em alunos do ensino secundário. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15(1), 43-53.

Daniel, J. Z., Cropley, M., & Fife-Schaw, C. (2006). The effect of exercise in reducing desire to smoke and cigarette withdrawal symptoms is not caused by distraction. *Addiction*, 101(8), 1187-1192.

DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Rigotti, N. A., Fletcher, K., Ockene, J. K., McNeill, A. D., & Wood, C. (2002). Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control*, 11(3), 228-235.

Direção Geral de Saúde (2012). *Norma da Direção-Geral de Saúde: Diagnóstico de Policonsumos em Adolescentes e Jovens*. Lisboa: DGS.

Direção Geral de Saúde. *Cessação Tabágica* (2008). Acedido em ago. 29, 2013, disponível em:  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/Tobacco/Documents/gp\\_smoke\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/gp_smoke_pt.pdf)

Escobedo, L. G., Marcus, S. E., Holtzman, D., & Giovino, G. A. (1993). Sports participation, age at smoking initiation, and the risk of smoking among US high school students. *The Journal of the American Medical Association*, 269(11), 1391-1395.

Escola Secundária Miguel Torga, Projeto Educativo de Escola 2003.

Escola Secundária Miguel Torga, Regulamento Interno de Escola 2003/2004.

European Smoking Prevention Framework (1998). *Querer é poder: Programa de prevenção do tabagismo para jovens dos 12 aos 14 anos. Conselhos de prevenção do Tabagismo* (documento não publicado).

Ferreira, F. I. (2005). *O local em educação, animação, gestão e parceria*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Fiore, M. C. (1992). Trends in cigarette smoking in the United States. The epidemiology of tobacco use. *The Medical Clinics of North America*, 76(2), 289-303.

Fowles, J., & Dybing, E. (2003). Application of toxicological risk assessment principles to the chemical constituents of cigarette smoke. *Tobacco Control*, 12(4), 424-430.

Fraga, S., Ramos, E., & Barros, H. (2006). Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 620-6.

Gouveia M., Borges M., Pinheiro L., Costa J., Paulo S., Cortez-Pinto H., & Carneiro A. (2008). *Estudo Comparativo dos Custos e Carga da Doença do Tabagismo e Alcoolismo em Portugal*. Acedido em jul. 31, 2013, disponível em: <https://docs.google.com/a/hospitaldofuturo.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=aG9zcGI0YWxkb2Z1dHVyby5jb218dGVzdGV8Z3g6NDliYzQ1YzE1NzI1NzJkNw>

Groman, E., & Fagerström, K. (2003). Nicotine dependence: development, mechanisms, individual differences and links to possible neurophysiological correlates. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 115(5-6), 155-160.

Harrell, J. S., Bangdiwala, S. I., Deng, S., Webb, J. P., & Bradley, C. (1998). Smoking initiation in youth: the roles of gender, race, socioeconomic, and developmental status. *Journal of Adolescent Health*, 23(5), 271-279.

Hughes, M. C., Yette, E. M., Hannon, P. A., Harris, J. R., Tran, N. M., & Reid, T. R. (2011). Promoting tobacco cessation via the workplace: opportunities for improvement. *Tobacco Control*, 20(4), 305-308.

Instituto Nacional de Estatística & Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

International Union for Health Promotion and Education (2009). *Construindo Escolas Promotoras de Saúde: Diretrizes para promover a saúde em meio escolar*. Acedido em jul. 18, 2013, disponível em: [http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books\\_Reports/HPS\\_GuidelinesII\\_2009\\_Portuguese.pdf](http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_GuidelinesII_2009_Portuguese.pdf)

Jha, P., Ranson, M. K., Nguyen, S. N., & Yach, D. (2002). Estimates of global and regional smoking prevalence in 1995, by age and sex. *American Journal of Public Health*, 92(6), 1002-1006.

Macedo, M., & Precioso, J. (2006). Evolução da epidemia tabágica em adolescentes portugueses escolarizados e vias para o seu controlo: Uma análise baseada nos dados do Health behaviour in School-Aged Children (HBSC). *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 12(5), 525-538.

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

Maia, L. B., & Albuquerque, V. L. M. D. (2012). O esporte e a atividade física como estratégia de prevenção ao uso indevido de drogas nas escolas. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 7(3), 39-52.

Marques, A. R. M. (2012). *Evidência na abordagem da cessação tabágica*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Medicina - Universidade do Porto.

Matos, M. G. D., Gaspar, T., Vitória, P., & Clemente, M. P. (2003). Comportamentos e atitudes sobre o tabaco em adolescentes portugueses fumadores. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 205-219.

Matos, M., & Carvalhosa, S. (2001). Violência na escola: vítimas, provocadores e outros. *Aventura Social & Saúde*, 2 (1), 2-6.

Matos, M., Carvalhosa, S., Vitória, P., & Clemente, M. (2001). Os jovens portugueses e o tabaco. *Aventura Social & Saúde*, 6 (1), 2-8.

McArdle, P., Wiegersma, A., Gilvarry, E., McCarthy, S., Fitzgerald, M., Kolte, B., & Quensel, S. (2000). International variations in youth drug use: the effect of individual behaviours, peer and family influences, and geographical location. *European Addiction Research*, 6(4), 163-169.

McNeill, A. D. (1991). The development of dependence on smoking in children. *British Journal of Addiction*, 86(5), 589-592.

Mendoza Berjano, R., Batista Foguet, J. M., & Sagrera Pérez, M. R. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud 1986-1990: Resultados del estudio HBSC-2010 con chicos y chicas españoles de 11 a 18 años*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Meško, M., Videmšek, M., Karpljuk, D., & Štihec, J. (2012). Relation between participation in sport activities and drug-taking among 14 year-old primary school pupils in Slovenia. *Zdravniški vestnik*, 79(11), 769-773.

Ministério da Saúde (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar: Despacho n.º 12.045/2006 (2ª série)*. Lisboa: Divisão de Saúde Escolar.

National Respiratory Training Centre (2004). *Smoking cessation module*. Warwick: NRTC.

Nunes, C. (1995). Análise das Relações Estabelecidas Entre os Diferentes Intervenientes – Grupos Alvo – do “Projecto de Prevenção do Álcool, Tabaco e Outros (P.A.T.O.)”, In *Actas do Seminário*, UTL, Implementado no Bairro da Boavista – Escola Primária 125.

Nunes, E. (2003). Aspectos Económicos. In Ramos, M. I. & Moura, L. (Eds.) *Tabaco, Álcool e Jogo. Do Lazer aos Consumos de Risco*, (pp.67-76). Coimbra: Quarteto Editora.

Onofre, M. (1995). Prioridades de formação didáctica em educação física. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Educação Física*, 12, 75-97.

Peretti-Watel, P., Guagliardo, V., Verger, P., Pruvost, J., Mignon, P., & Obadia, Y. (2003). Sporting activity and drug use: alcohol, cigarette and cannabis use among elite student athletes. *Addiction*, 98(9), 1249-1256.

Peto, R., Boreham, J., & Lopez, A. D. (1996). *Mortality from smoking in developed countries 1950-2010*. Oxford: Oxford University Press.

Precioso, J. (2004). Educação para a Saúde na escola: um direito dos alunos que urge satisfazer. *O Professor*, 85, 17-24.

Precioso, J. (2006). Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 201-222.

Precioso, J., Macedo, M., & Rebelo, L. (2007). Relação entre o tabagismo dos pais e o consumo de tabaco dos filhos: implicações para a prevenção. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 23, 259-66.

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

Rose, J. S., Chassin, L., Presson, C. C., & Sherman, S. J. (1996). Demographic factors in adult smoking status: Mediating and moderating influences. *Psychology of Addictive Behaviors*, 10(1), 28.

- Rosendo, I., Fonseca, G., Guedes, A. R., & Martins, V. (2009). Caracterização dos fumadores e factores que influenciam a motivação para a cessação tabágica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15(5), 783-802.
- Shafey, O., Dolwick, S., & Guindon, G. E. (2003). *Tobacco Control Country Profiles 2003*. (2ª edição). Atlanta: American Cancer Society.
- Sokolowska M & Siegel S. (2002). Drug tolerance triggered by internal cues, study suggests. *Journal of Experimental Psychology*, 33 (8), 16.
- Sousa, M. D. (2012). *Prevalência de uso de tabaco e bebida alcoólica em atletas-jovens brasileiros*. Dissertação de Mestrado. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Special Eurobarometer 385 (2012). Acedido em abr. 27, 2013, disponível em: [http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro\\_attitudes\\_towards\\_tobacco\\_2012\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/eurobaro_attitudes_towards_tobacco_2012_en.pdf)
- Stead, L. F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., & Lancaster, T. (2008). *Nicotine replacement therapy for smoking cessation*. (3ª edição). Oxford: Cochrane Tobacco Addiction Group.
- Taylor, A., & Katomeri, M. (2007). Walking reduces cue-elicited cigarette cravings and withdrawal symptoms, and delays ad libitum smoking. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(11), 1183-1190.
- The Royal College of Physicians of London (2000). *Nicotine Addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of The Royal College of Physicians*. Londres: TRCPL.
- Thun, M., Peto, R., Boreham, J., & Lopez, A. D. (2012). Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tobacco Control*, 21(2), 96-101.
- Tricker, A. R. (2003). Nicotine metabolism, human drug metabolism polymorphisms, and smoking behaviour. *Toxicology*, 183(1), 151-173.
- Trigo, M. (2007). *Cigarros, tabaco e nicotina: Factores biocomportamentais associados ao tabagismo*. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação- Universidade de Lisboa.
- True, W. R., Heath, A. C., Scherrer, J. F., Waterman, B., Goldberg, J., Lin, N., ... & Tsuang, M. T. (1997). Genetic and environmental contributions to smoking. *Addiction*, 92(10), 1277-1287.

USDHHS - United States Department of Health and Human Services (1964). *Smoking and health: Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service*. (1103). Washington, D. C: Public Health Service Publication.

USDHHS - United States Department of Health and Human Services (1988). *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction: a report of the Surgeon General 1988* (88-8406). Washington, D. C: Center for Health Promotion and Education: Office on Smoking and Health.

USDHHS - United States Department of Health and Human Services (1989). *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress: a report of the Surgeon General 1989* (89-8411). Washington, D. C: Center for Health Promotion and Education: Office on Smoking and Health.

USDHHS - United States Department of Health and Human Services (1990). *The Health Benefits of Smoking Cessation: a report of the Surgeon General 1990* (90-8416). Washington, D. C: Center for Health Promotion and Education: Office on Smoking and Health.

USDHHS - United States Department of Health and Human Services (1994). Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction. *Center for Disease Control and Prevention*, 43(RR-2), 1-18.

USDHHS - United States Department of Health and Human Services (2001). Women and Smoking. A Report of the Surgeon General. *Center for Disease Control and Prevention*, 51(RR12), 1-30.

USDHHS - United States Department of Health and Human Services (2004). *The Health Consequences of Smoking: The 2004 Surgeon General's Report*. Atlanta: Center for Disease Control and Prevention.

Vitória P., Raposo C., Peixoto F., Carvalho A. & Clemente M. (2000). *Programa "Querer é Poder I"*. Lisboa: Conselho de Prevenção do Tabagismo.

Vitória, P. D., Salgueiro, M. F., Silva, S. A., & Vries, H. (2009). The impact of social influence on adolescent intention to smoke: Combining types and referents of influence. *British journal of health psychology*, 14(4), 681-699.

Wetter, D. W., Kenford, S. L., Welsch, S. K., Smith, S. S., Fouladi, R. T., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2004). Prevalence and predictors of transitions in smoking behavior among college students. *Health Psychology*, 23(2), 168.

Wills, T. A., Resko, J. A., Ainette, M. G., & Mendoza, D. (2004). Smoking onset in adolescence: a person-centered analysis with time-varying predictors. *Health Psychology*, 23(2), 158.

World Health Organization (1992). *WHO Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems. Report on Phase II: A Randomized Clinical Trial of Brief Interventions in Primary Health Care*. Geneva: WHO

World Health Organization (1999). *Health for all in the 21st century: An Introduction* (vol.5). Copenhaga: WHO.

World Health Organization (2002). *The World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Acedido em out. 23, 2013, disponível em: [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_en.PDF](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.PDF).

World Health Organization (2004). International Agency for Research on Cancer, IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. In *Tobacco smoke and involuntary smoking*, (vol.83). Lyon: WHO.

World Health Organization (2006). Tobacco: deadly in any form or disguise. In *World no Tobacco Day 2006*, (p.46). Génova: WHO.

World Health Organization (2008). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic - the MPOWER package*. Acedido em jul. 31, 2013, disponível em: [http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf)

World Health Organization (2013). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2012. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship*. Acedido em abr. 14, 2013, disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85380/1/9789241505871_eng.pdf)

World Health Organization (2004). *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*. Génova: WHO.

## **ANEXOS**

## Anexo 1

## QUESTIONÁRIO – HÁBITOS TABÁGICOS

Este questionário destina-se a conhecer os hábitos tabágicos da população da Escola Secundária Miguel Torga. As respostas são anónimas e confidenciais tendo por único objectivo o motivo atrás descrito. Como tal, agradecemos que o preenchas com o máximo de sinceridade.

1. Sexo M  F  2. Freguesia da Residência \_\_\_\_\_
3. Idade \_\_\_\_\_ 4. Ano Escolar que Frequentas \_\_\_\_\_
5. Turma que frequentas \_\_\_\_\_
6. Profissão 6.1. da Mãe \_\_\_\_\_
- 6.2. do Pai \_\_\_\_\_

## 7. Praticas algum Desporto fora da Escola?

Sim  Qual? \_\_\_\_\_

Não

## 8 Actualmente fumas?

|                              |   |                              |   |
|------------------------------|---|------------------------------|---|
| Sim <input type="checkbox"/> | Diariamente <input type="checkbox"/>    | Não <input type="checkbox"/> | Nunca experimentei <input type="checkbox"/>     |
|                              | Semanalmente <input type="checkbox"/>   |                              | Fumei menos de 6 meses <input type="checkbox"/> |
|                              | Ocasionalmente <input type="checkbox"/> |                              | Fumei mais de 6 meses <input type="checkbox"/>  |

**Nota Importante** – se na questão anterior (8) respondeste **NÃO** passa à questão 12 e continua até ao fim; se respondeste **SIM** continua na questão 9 e prossegue até ao fim do questionário.

## 9. O teu primeiro cigarro foi aos \_\_\_\_\_ anos.

Esse cigarro teve a influência de alguém? Sim  Pai  Irmãos

Não  Mãe  Amigos

## 10. Actualmente quantos cigarros fumas por dia:

de 1 a 10  de 11 a 20  Mais de 20

## 11. Em qual dos seguintes locais fumas com mais frequência?

(indica apenas uma opção)

Escola  Casa

Bares ou Discotecas  Cafés ou Esplanadas

12. Os Professores da tua Escola fumam na tua presença? Sim

Não

13. Embora sendo proibido, na tua Escola os alunos fumam? Sim

Não

14. Indica se as seguintes pessoas fumam: Sim Não Não Sei

|              |                          |                          |                          |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mãe          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pai          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irmãos       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Melhor Amigo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. O que pensariam as seguintes pessoas se te vissem fumar?

|                   | Mãe                      | Pai                      | Irmãos                   | Melhor Amigo             |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Não gostariam     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não se importavam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Não diziam nada   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

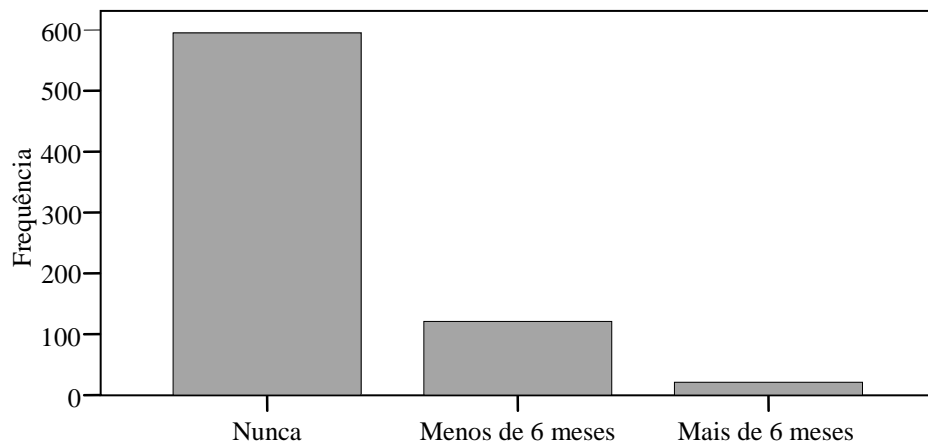
16. Achas que daqui a uns anos vais ser um(a) fumador(a) regular?

Sim  Provavelmente sim  Provavelmente não  Não

17. Para cada uma das frases escolhe a resposta que corresponde àquilo que pensas.

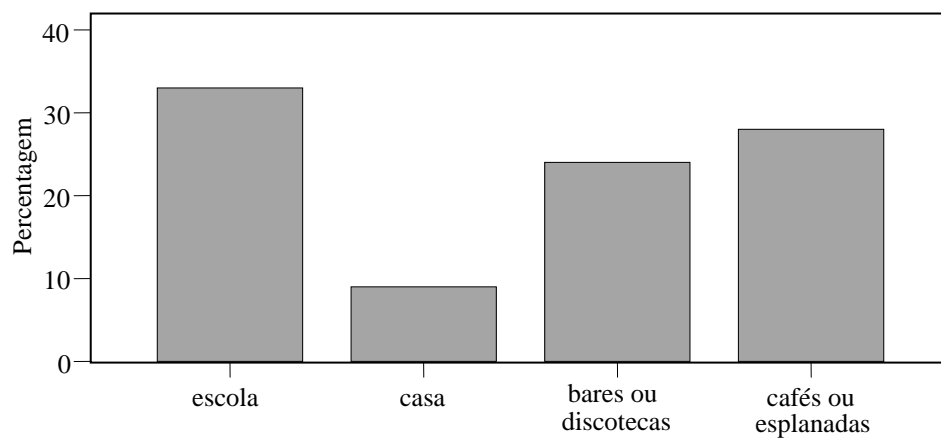
|  | Concordo                 | Concordo Parcialmente    | Discordo Parcialmente    | Não Concordo             |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17.1. Fumar é mau para a saúde                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.2. Fumar acalma os nervos                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.3. Fumar ajuda a concentrar no trabalho             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.4. Os fumadores morrem mais cedo                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.5. Fumar não é tão perigoso quanto dizem            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.6. É difícil recusar quando me oferecem tabaco      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.7. É difícil parar de fumar                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.8. Respirar o fumo dos outros incomoda e é perigoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.9. Não se devia fumar em locais fechados            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17.10. Fumar ajuda a controlar o peso                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Anexo 2



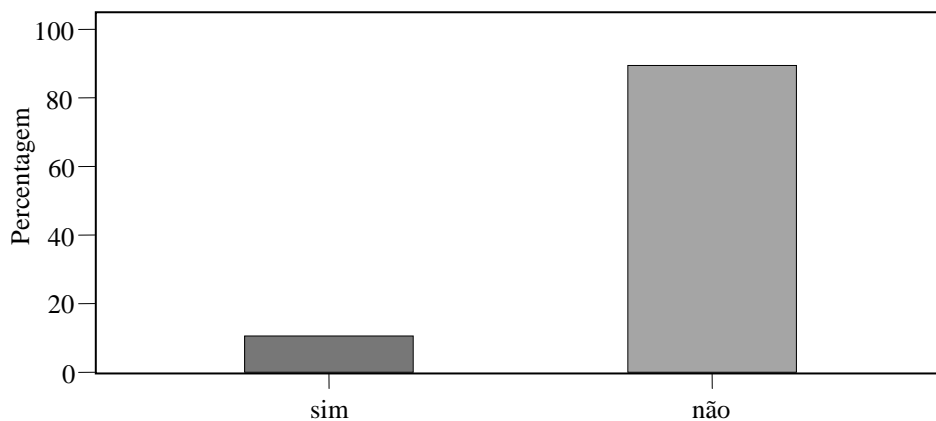
Período de consumo dos Não Fumadores

## Anexo 3



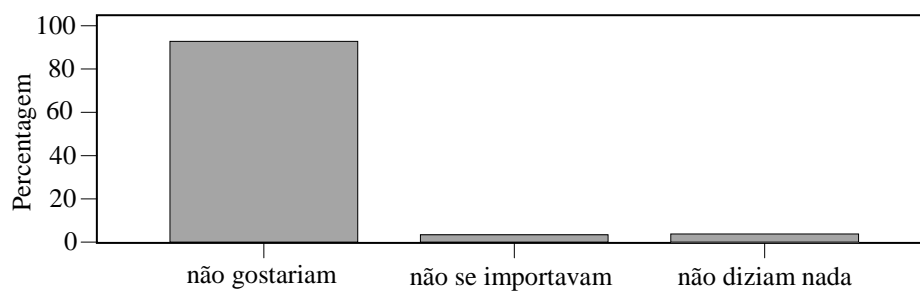
Local onde fuma

### Anexo 4



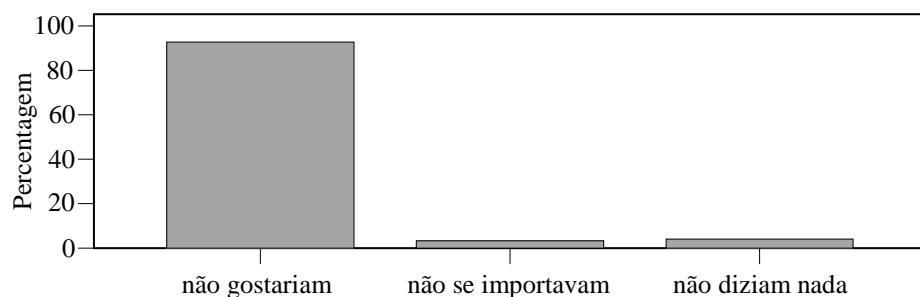
Consumo de tabaco dos professores na presença dos alunos

### Anexo 5



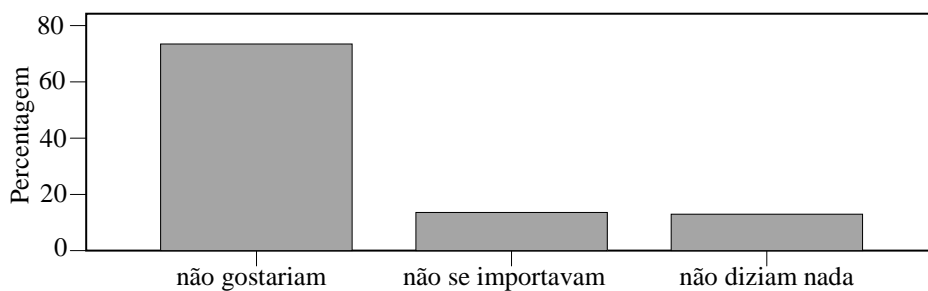
Percepção dos Alunos da Opinião da Mãe

### Anexo 6



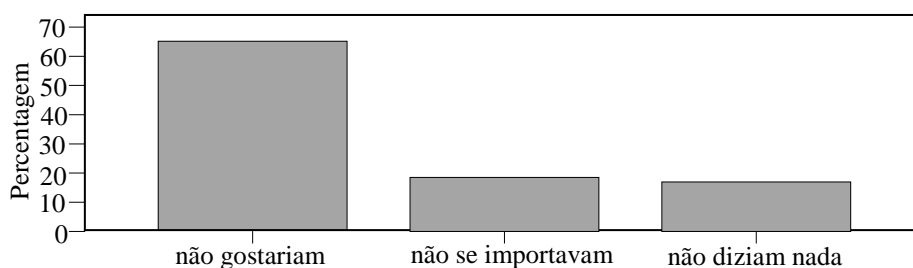
Percepção dos Alunos da Opinião do Pai

### Anexo 7



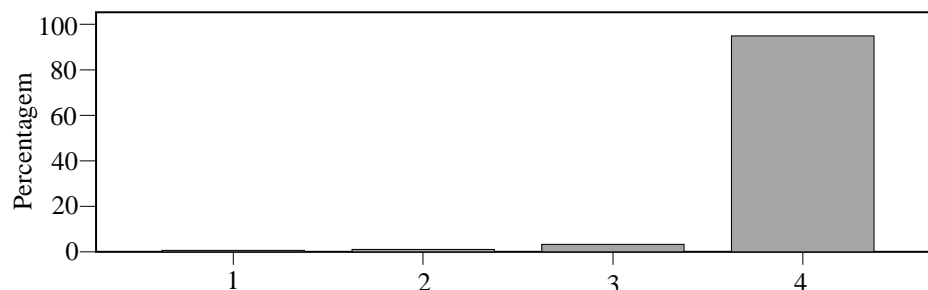
Perceção dos Alunos da Opinião dos Irmãos

### Anexo 8



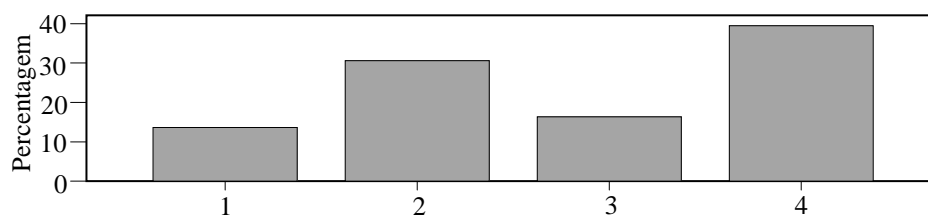
Perceção dos Alunos da Opinião do Melhor Amigo

### Anexo 9



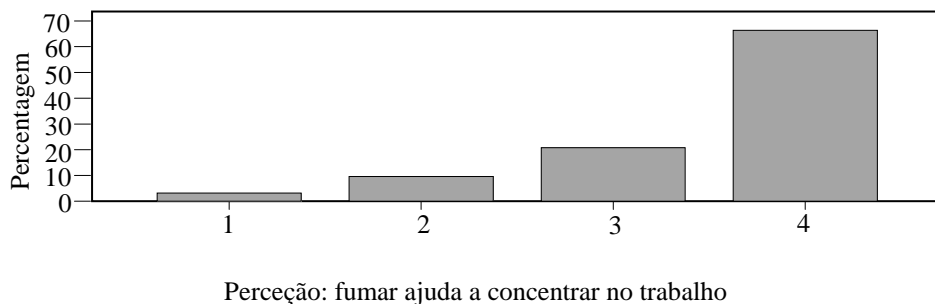
Perceção: fumar é mau para a saúde

### Anexo 10

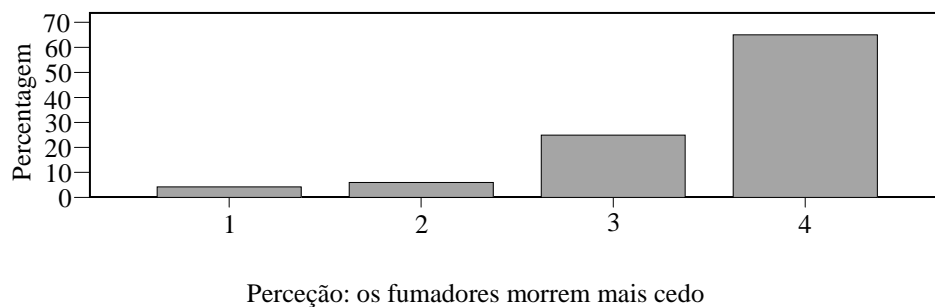


Perceção: fumar acalma os nervos

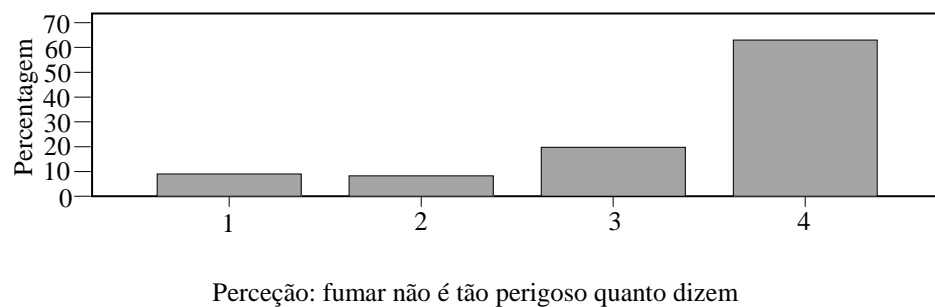
**Anexo 11**



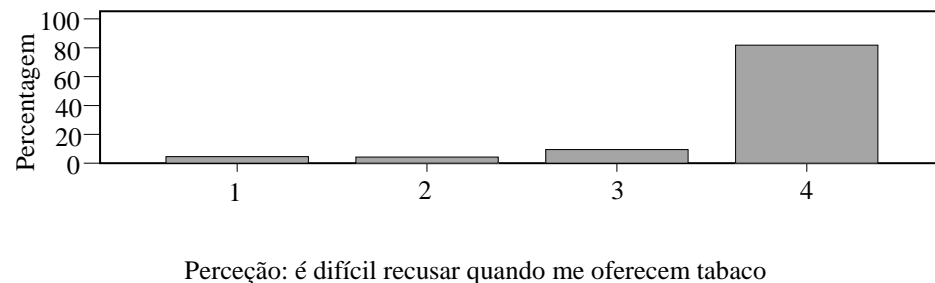
**Anexo 12**



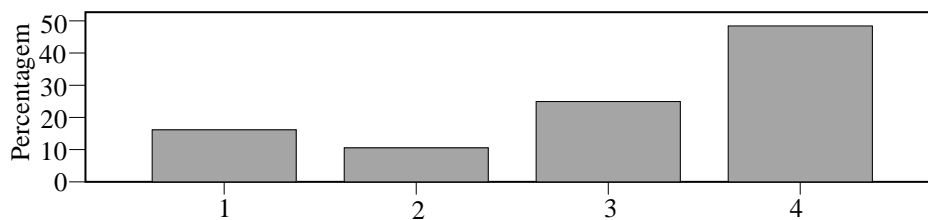
**Anexo 13**



**Anexo 14**

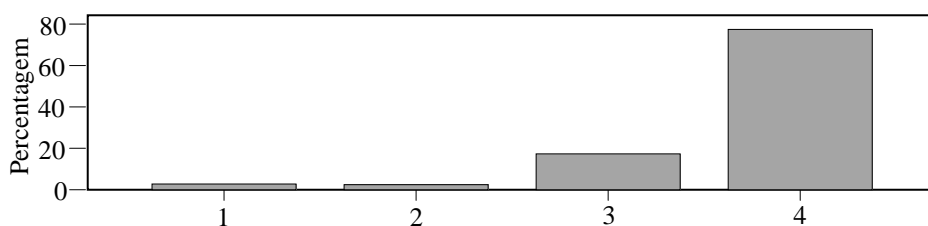


**Anexo 15**



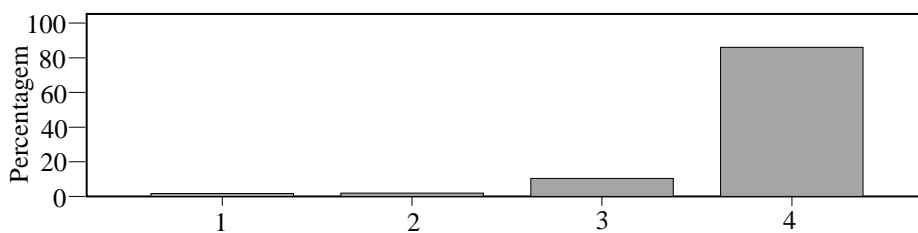
Perceção: é difícil parar de fumar

**Anexo 16**



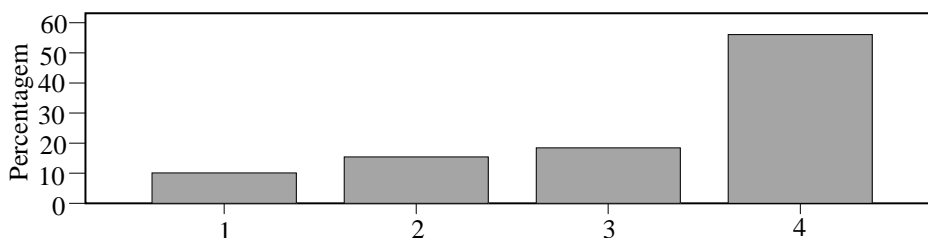
Perceção: respirar o fumo dos outros incomoda e é perigoso

**Anexo 17**



Perceção: não se devia fumar em locais fechados

**Anexo 18**



Perceção: fumar ajuda a controlar o peso

## Anexo 19

|       |                            | Atualmente Fumas?          |             | Total      |        |    |
|-------|----------------------------|----------------------------|-------------|------------|--------|----|
|       |                            | Sim                        | Não         |            |        |    |
| Idade | 11                         | Count                      | 0           | 1          | 1      |    |
|       |                            | Expected Count             | 0,1         | 0,9        | 1      |    |
|       |                            | % within Idade             | 0,0%        | 100,0%     | 100,0% |    |
|       |                            | % within Atualmente Fumas? | 0,0%        | 0,1%       | 0,1%   |    |
|       |                            | % of Total                 | 0,0%        | 0,1%       | 0,1%   |    |
|       |                            | <b>Adjusted Residual</b>   | <b>-0,3</b> | <b>0,3</b> |        |    |
|       |                            | 12                         | Count       | 0          | 61     | 61 |
|       |                            | Expected Count             | 6,1         | 54,9       | 61     |    |
|       |                            | % within Idade             | 0,0%        | 100,0%     | 100,0% |    |
|       |                            | % within Atualmente Fumas? | 0,0%        | 7,5%       | 6,7%   |    |
|       | % of Total                 | 0,0%                       | 6,7%        | 6,7%       |        |    |
|       | Adjusted Residual          | <b>-2,7</b>                | <b>2,7</b>  |            |        |    |
|       | 13                         | Count                      | 1           | 134        | 135    |    |
|       | Expected Count             | 13,4                       | 121,6       | 135        |        |    |
|       | % within Idade             | 0,7%                       | 99,3%       | 100,0%     |        |    |
|       | % within Atualmente Fumas? | 1,1%                       | 16,5%       | 14,9%      |        |    |
|       | % of Total                 | 0,1%                       | 14,8%       | 14,9%      |        |    |
|       | Adjusted Residual          | <b>-3,9</b>                | <b>3,9</b>  |            |        |    |
|       | 14                         | Count                      | 8           | 118        | 126    |    |
|       | Expected Count             | 12,5                       | 113,5       | 126        |        |    |
|       | % within Idade             | 6,3%                       | 93,7%       | 100,0%     |        |    |
|       | % within Atualmente Fumas? | 8,9%                       | 14,5%       | 13,9%      |        |    |
|       | % of Total                 | 0,9%                       | 13,1%       | 13,9%      |        |    |
|       | Adjusted Residual          | <b>-1,5</b>                | <b>1,5</b>  |            |        |    |
|       | 15                         | Count                      | 11          | 182        | 193    |    |
|       | Expected Count             | 19,2                       | 173,8       | 193        |        |    |
|       | % within Idade             | 5,7%                       | 94,3%       | 100,0%     |        |    |
|       | % within Atualmente Fumas? | 12,2%                      | 22,4%       | 21,3%      |        |    |
|       | % of Total                 | 1,2%                       | 20,1%       | 21,3%      |        |    |
|       | Adjusted Residual          | <b>-2,2</b>                | <b>2,2</b>  |            |        |    |
|       | 16                         | Count                      | 20          | 135        | 155    |    |
|       | Expected Count             | 15,4                       | 139,6       | 155        |        |    |
|       | % within Idade             | 12,9%                      | 87,1%       | 100,0%     |        |    |
|       | % within Atualmente Fumas? | 22,2%                      | 16,6%       | 17,1%      |        |    |
|       | % of Total                 | 2,2%                       | 14,9%       | 17,1%      |        |    |
|       | Adjusted Residual          | <b>1,3</b>                 | <b>-1,3</b> |            |        |    |
|       | 17                         | Count                      | 33          | 138        | 171    |    |
|       | Expected Count             | 17                         | 154         | 171        |        |    |
|       | % within Idade             | 19,3%                      | 80,7%       | 100,0%     |        |    |
|       | % within Atualmente Fumas? | 36,7%                      | 17,0%       | 18,9%      |        |    |
|       | % of Total                 | 3,7%                       | 15,3%       | 18,9%      |        |    |
|       | Adjusted Residual          | <b>4,5</b>                 | <b>-4,5</b> |            |        |    |
|       | 18                         | Count                      | 12          | 35         | 47     |    |
|       | Expected Count             | 4,7                        | 42,3        | 47         |        |    |
|       | % within Idade             | 25,5%                      | 74,5%       | 100,0%     |        |    |
|       | % within Atualmente Fumas? | 13,3%                      | 4,3%        | 5,2%       |        |    |
|       | % of Total                 | 1,3%                       | 3,9%        | 5,2%       |        |    |
|       | Adjusted Residual          | <b>3,7</b>                 | <b>-3,7</b> |            |        |    |
|       | 19                         | Count                      | 4           | 10         | 14     |    |

|              |                            |            |             |            |
|--------------|----------------------------|------------|-------------|------------|
|              | Expected Count             | 1,4        | 12,6        | 14         |
|              | % within Idade             | 28,6%      | 71,4%       | 100,0%     |
|              | % within Atualmente Fumas? | 4,4%       | 1,2%        | 1,5%       |
|              | % of Total                 | 0,4%       | 1,1%        | 1,5%       |
|              | <b>Adjusted Residual</b>   | <b>2,3</b> | <b>-2,3</b> |            |
| <b>20</b>    | <b>Count</b>               | <b>1</b>   | <b>0</b>    | <b>1</b>   |
|              | Expected Count             | 0,1        | 0,9         | 1          |
|              | % within Idade             | 100,0%     | 0,0%        | 100,0%     |
|              | % within Atualmente Fumas? | 1,1%       | 0,0%        | 0,1%       |
|              | % of Total                 | 0,1%       | 0,0%        | 0,1%       |
|              | <b>Adjusted Residual</b>   | <b>3</b>   | <b>-3</b>   |            |
| <b>Total</b> | <b>Count</b>               | <b>90</b>  | <b>814</b>  | <b>904</b> |
|              | Expected Count             | 90         | 814         | 904        |
|              | % within Idade             | 10,0%      | 90,0%       | 100,0%     |
|              | % within Atualmente Fumas? | 100,0%     | 100,0%      | 100,0%     |
|              | % of Total                 | 10,0%      | 90,0%       | 100,0%     |

Análise estatística do Qui-Quadrado da Hipótese 1

**Anexo 20**

| Ciclo Escolaridade | Atualmente Fumas?           |             | Total        |            |
|--------------------|-----------------------------|-------------|--------------|------------|
|                    | Sim                         | Não         |              |            |
| <b>1</b>           | <b>Count</b>                | <b>18</b>   | <b>371</b>   | <b>389</b> |
|                    | Expected Count              | 38,9        | 350,1        | 389,0      |
|                    | % within ciclo escolaridade | 4,6%        | 95,4%        | 100,0%     |
|                    | % within Atualmente Fumas?  | 19,8%       | 45,4%        | 42,8%      |
|                    | % of Total                  | 0,02        | 0,408        | 0,428      |
|                    | <b>Adjusted Residual</b>    | <b>-4,7</b> | <b>4,7</b>   |            |
| <b>2</b>           | <b>Count</b>                | <b>73</b>   | <b>447</b>   | <b>520</b> |
|                    | Expected Count              | 52,1        | 467,9        | 520,0      |
|                    | % within ciclo escolaridade | 14,0%       | 86,0%        | 100,0%     |
|                    | % within Atualmente Fumas?  | 80,2%       | 54,6%        | 57,2%      |
|                    | % of Total                  | <b>0,08</b> | <b>0,492</b> | 0,572      |
|                    | <b>Adjusted Residual</b>    | <b>4,7</b>  | <b>-4,7</b>  |            |
| <b>Total</b>       | <b>Count</b>                | <b>91</b>   | <b>818</b>   | <b>909</b> |
|                    | Expected Count              | 91,0        | 818,0        | 909,0      |
|                    | % within ciclo escolaridade | 10,0%       | 90,0%        | 100,0%     |
|                    | % within Atualmente Fumas?  | 100,0%      | 100,0%       | 100,0%     |
|                    | % of Total                  | <b>0,1</b>  | <b>0,9</b>   | <b>1</b>   |

Análise estatística do Qui-Quadrado da Hipótese 2

O Ciclo de Escolaridade está codificado com o valor 1 para o 3º ciclo e o valor 2 para o secundário.

## Anexo 21

| Prática Desportiva fora da Escola |  | Atualmente Fumas? |             | Total  |
|-----------------------------------|--|-------------------|-------------|--------|
|                                   |  | Sim               | Não         |        |
| Sim                               | Count                                      | 28,0              | 374,0       | 402,0  |
|                                   | Expected Count                             | 40,1              | 361,9       | 402,0  |
|                                   | % within Prática Desportiva fora da Escola | 7,0%              | 93,0%       | 100,0% |
|                                   | % within Atualmente Fumas?                 | 0,311             | 0,46        | 0,445  |
|                                   | % of Total                                 | 0,031             | 0,414       | 0,445  |
|                                   | <b>Adjusted Residual</b>                   | <b>-2,7</b>       | <b>2,7</b>  |        |
| Não                               | Count                                      | 62,0              | 439,0       | 501,0  |
|                                   | Expected Count                             | 49,9              | 451,1       | 501,0  |
|                                   | % within Prática Desportiva fora da Escola | 12,4%             | 87,6%       | 100,0% |
|                                   | % within Atualmente Fumas?                 | 0,689             | 0,54        | 0,555  |
|                                   | % of Total                                 | 0,069             | 0,486       | 0,555  |
|                                   | <b>Adjusted Residual</b>                   | <b>2,7</b>        | <b>-2,7</b> |        |
| Total                             | Count                                      | 90,0              | 813,0       | 903,0  |
|                                   | Expected Count                             | 90,0              | 813,0       | 903,0  |
|                                   | % within Prática Desportiva fora da Escola | 10,0%             | 90,0%       | 100,0% |
|                                   | % within Atualmente Fumas?                 | 1                 | 1           | 1      |
|                                   | <b>% of Total</b>                          | <b>0,1</b>        | <b>0,9</b>  | 1      |

### Análise estatística do Qui-Quadrado da Hipótese 3

## Anexo 22

|                   |                        | Atualmente Fumas? | Ppai         |
|-------------------|------------------------|-------------------|--------------|
| Atualmente Fumas? | Pearson Correlation    | 1                 | ,082(*)      |
|                   | <b>Sig. (2-tailed)</b> | .                 | <b>0,015</b> |
|                   | N                      | 909               | 886          |
| Ppai              | Pearson Correlation    | ,082(*)           | 100,0%       |
|                   | <b>Sig. (2-tailed)</b> | <b>0,015</b>      | .            |
|                   | N                      | 886               | 888          |

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

### Análise de correlação Hipótese 4

## Anexo 23

|         |                          |                          | Atualmente Fumas? |             | Total |
|---------|--------------------------|--------------------------|-------------------|-------------|-------|
|         |                          |                          | Sim               | Não         |       |
| Ppai    | Sim                      | Count                    | 44                | 273         | 317   |
|         |                          | Expected Count           | 31,8              | 285,2       | 317,0 |
|         |                          | <b>Adjusted Residual</b> | <b>2,8</b>        | <b>-2,8</b> |       |
| Não     | Count                    | 42                       | 505               | 547         |       |
|         | Expected Count           | 54,9                     | 492,1             | 547,0       |       |
|         | <b>Adjusted Residual</b> | <b>-3</b>                | <b>3</b>          |             |       |
| Não sei | Count                    | 3                        | 19                | 22          |       |
|         | Expected Count           | 2,2                      | 19,8              | 22,0        |       |
|         | <b>Adjusted Residual</b> | <b>0,6</b>               | <b>-0,6</b>       |             |       |

|       |                |    |     |       |
|-------|----------------|----|-----|-------|
| Total | Count          | 89 | 797 | 886   |
|       | Expected Count | 89 | 797 | 886,0 |

Análise estatística do Qui-Quadrado da Hipótese 4

### Anexo 24

|                   |                        | Atualmente Fumas? | Pmãe         |
|-------------------|------------------------|-------------------|--------------|
| Atualmente Fumas? | Pearson Correlation    | 1                 | 0,041        |
|                   | <b>Sig. (2-tailed)</b> | .                 | <b>0,224</b> |
|                   | N                      | 909               | 880          |
| Pmãe              | Pearson Correlation    | 0,041             | 1            |
|                   | <b>Sig. (2-tailed)</b> | <b>0,224</b>      | .            |
|                   | N                      | 880               | 882          |

Análise de correlação Hipótese 5

### Anexo 25

| Atualmente Fumas? |                          | Pmãe        |             |             | Total |
|-------------------|--------------------------|-------------|-------------|-------------|-------|
|                   |                          | Sim         | Não         | Não sei     |       |
| Sim               | Count                    | 30          | 57          | 2           | 89    |
|                   | Expected Count           | 23,7        | 64,7        | 0,6         | 89,0  |
|                   | <b>Adjusted Residual</b> | <b>1,6</b>  | <b>-1,9</b> | <b>1,9</b>  |       |
| Não               | Count                    | 204         | 583         | 4           | 791   |
|                   | Expected Count           | 210,3       | 575,3       | 5,4         | 791,0 |
|                   | <b>Adjusted Residual</b> | <b>-1,6</b> | <b>1,9</b>  | <b>-1,9</b> |       |
| Total             | Count                    | 234         | 640         | 6           | 880   |
|                   | Expected Count           | 234,0       | 640,0       | 6,0         | 880,0 |

Análise estatística do Qui-Quadrado da Hipótese 5

### Anexo 26

|                   |                        | Atualmente Fumas? | Pirmãos      |
|-------------------|------------------------|-------------------|--------------|
| Atualmente Fumas? | Pearson Correlation    | 1                 | ,151(**)     |
|                   | <b>Sig. (2-tailed)</b> | .                 | <b>0,000</b> |
|                   | N                      | 909               | 798          |
| Pirmãos           | Pearson Correlation    | ,151(**)          | 1            |
|                   | <b>Sig. (2-tailed)</b> | <b>0,000</b>      | .            |
|                   | N                      | 798               | 799          |

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Análise de correlação Hipótese 6

## Anexo 27

|                   |                        | Atualmente Fumas? | PmelhorA     |
|-------------------|------------------------|-------------------|--------------|
| Atualmente Fumas? | Pearson Correlation    | 1                 | ,319(**)     |
|                   | <b>Sig. (2-tailed)</b> | .                 | <b>0,000</b> |
|                   | N                      | 909               | 872          |
| PmelhorA          | Pearson Correlation    | ,319(**)          | 1            |
|                   | <b>Sig. (2-tailed)</b> | <b>0,000</b>      | .            |
|                   | N                      | 872               | 874          |

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Análise de correlação Hipótese 7

## Anexo 28

| Atualmente Fumas? |                          | PmelhorA     |              |             | Total |
|-------------------|--------------------------|--------------|--------------|-------------|-------|
|                   |                          | Sim          | Não          | Não sei     |       |
| Sim               | Count                    | 54           | 26           | 8           | 88    |
|                   | <i>Expected Count</i>    | 13,1         | 65,9         | 9,0         | 88,0  |
|                   | <b>Adjusted Residual</b> | <b>12,9</b>  | <b>-10,3</b> | <b>-0,4</b> |       |
| Não               | Count                    | 76           | 627          | 81          | 784   |
|                   | <i>Expected Count</i>    | 116,9        | 587,1        | 80,0        | 784,0 |
|                   | <b>Adjusted Residual</b> | <b>-12,9</b> | <b>10,3</b>  | <b>0</b>    |       |
| Total             | Count                    | 130          | 653          | 89          | 872   |
|                   | <i>Expected Count</i>    | 130,0        | 653,0        | 89,0        | 872,0 |

## Análise estatística do Qui-Quadrado da Hipótese 7

## Anexo 29

### Caracterização dos Hábitos de Consumo de Tabaco

#### 1. Género

M

F

#### 2. Idade

10 ou menos

13

16 ou mais

11

14

12

15

#### 3. Ano Escolar que Frequentas

5º

7º

9º

6º

8º

#### 4. Alguma vez experimentaste fumar?

Sim

Não

(Se respondeste sim prossegue com o questionário)

#### 5. Onde é que experimentaste o 1º cigarro?

---

#### 6. Que idade tinhas quando experimentaste fumar?

6

9

12

15

7

10

13

16

8

11

14

**7. Atualmente fumas?**

Sim

Não

**8. Com que regularidade?**

Diariamente

Semanalmente

Ocasionalmente

**9. Onde fumas?**

Casa

Escola

Cafés ou Esplanadas