

COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS NO ÂMBITO DA PREVENÇÃO E DO TRATAMENTO DO TABAGISMO NO FINAL DA FORMAÇÃO PRÉ-GRADUADA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Estudo de avaliação com os cursos de formação em Ciências
Farmacêuticas, Enfermagem, Medicina e Medicina Dentária

SUMÁRIO EXECUTIVO



FICHA TÉCNICA

COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS NO ÂMBITO DA PREVENÇÃO E DO TRATAMENTO DO TABAGISMO NO FINAL DA FORMAÇÃO PRÉ-GRADUADA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: ESTUDO DE AVALIAÇÃO COM OS CURSOS DE FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS, ENFERMAGEM, MEDICINA E MEDICINA DENTÁRIA | SUMÁRIO EXECUTIVO

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2017

ISBN: 978-972-675-268-4

PALAVRAS-CHAVE: Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Formação Pré-graduada, Medicina, Medicina Dentária, Tabagismo.

EDITOR

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa

Tel.: 218 430 500

Fax: 218 430 530

E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt

AUTOR

Coordenador Científico

Jorge Bonito, Ph. D.

Especialista Universitário em Prevenção de Riscos e Promoção da Saúde

Professor Auxiliar com Agregação

Departamento de Pedagogia e Educação da Escola de Ciências Sociais

Universidade de Évora

CIDTFF da Universidade de Aveiro

Lisboa, novembro, 2017

Este relatório foi adquirido pela Direção-Geral da Saúde através do Programa Nacional de Prevenção e Controlo do Tabagismo. O conteúdo deste sumário executivo representa os pontos de vista dos autores.

AUTORES COLABORADORES

Anabela Pereira, Ph. D.

Psicóloga
Professora Associada com Agregação
Departamento de Educação e Psicologia da
Universidade de Aveiro
CIDTFF da Universidade de Aveiro

Carlos Albuquerque, Ph. D.

Enfermeiro, Médico
Professor Adjunto
Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de
Viseu
CI&DETS do Instituto Politécnico de Viseu

Eunice Carrilho, Ph. D.

Professora Catedrática de Medicina Dentária
Institute for Biomedical Imaging and Life Sciences
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Helena Cabral Marques, Ph. D.

Professora Associada com Agregação
Departamento de Farmácia Galénica e Tecnologia
Farmacêutica da Universidade de Lisboa

Manuel Rosas, Msc.

Psicólogo
Especialista em Psicologia Clínica e da Saúde
Técnico Superior de Psicologia
Departamento de Qualidade de Vida da Câmara
Municipal de Viana do Castelo

Margarida Gaspar de Matos, Ph. D.

Psicóloga
Professora Catedrática
Coordenadora do Grupo de Investigação e Ensino
Promoção e Educação para a Saúde
Faculdade de Motricidade Humana da Universidade
de Lisboa

Maria Oliveira, Ph. D.

Professora Auxiliar com Agregação
Departamento de Matemática da Escola de Ciências
e Tecnologia da Universidade de Évora

Marília Santos Rua, Ph. D.

Enfermeira
Professora Adjunta
Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
CIDTFF da Universidade de Aveiro

Mónica Condinho, Ph. D.

Farmacêutica Comunitária
AcF – Acompanhamento Farmacoterapêutico, Lda.
Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de
Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve

Nuno Lunet, Ph. D.

Professor Auxiliar
Departamento de Ciências da Saúde Pública e
Forenses e Educação Médica da Faculdade de
Medicina da Universidade do Porto

Pedro Aguiar, Ph. D.

Professor Auxiliar de Estatística e Métodos
Estatísticos em Epidemiologia Clínica
Centro de Investigação em Saúde Pública
Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade
Nova de Lisboa

Rui Oliveira, Ph. D. Student

Bolseiro de Investigação Científica
Departamento de Pedagogia e Educação da
Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora

Sofia Ravara, Ph. D.

Médica Pneumologista
Professora Auxiliar
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da
Beira Interior
Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE
Centro de Investigação em Saúde Pública da Escola
Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de
Lisboa

Vera Afreixo, Ph. D.

Professora Auxiliar
Departamento de Matemática da Universidade de
Aveiro

Os autores agradecem:

Aos/às alunos/as do último ano dos cursos de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, de Licenciatura em Enfermagem, de Mestrado Integrado em Medicina e de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, que frequentavam no ano letivo de 2015-2016; às direções das escolas e

e às faculdades que ofereciam os referidos cursos; às coordenações dos cursos; e às associações académicas envolvidas; bem como a todos os envolvidos no processo de recolha de informação. Sem o seu interesse e participação não teria sido possível chegar a este termo.

ÍNDICE

1.	RESUMO EM LINGUAGEM CLARA SUMMARY IN PLAIN LANGUAGE	6
2.	PRÓLOGO.....	7
3.	NOTA INTRODUTÓRIA	8
3.1.	Enquadramento do estudo	8
3.2.	Objetivos do estudo	10
4.	O TABAGISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	11
4.1.	Tabagismo e desenvolvimento sustentável das sociedades	11
4.2.	Controlo da epidemia tabágica: a mudança da norma social	13
5.	ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO	15
5.1.	Desenho do estudo	15
5.2.	População	15
5.3.	Amostragem.....	15
5.4.	Questionário.....	16
5.5.	Procedimentos éticos.....	17
5.6.	Aplicação do questionário	17
5.7.	Análise da informação	18
6.	PRINCIPAIS RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
7.	LIMITAÇÕES	24
8.	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	25
9.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29

1. RESUMO EM LINGUAGEM CLARA

O que é este documento?

Este documento é o resultado de um estudo de avaliação das competências profissionais no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos cursos de Ciências Farmacêuticas, Enfermagem, Medicina e Medicina Dentária.

O que consta do documento?

Um relatório com os resultados encontrados e um conjunto de recomendações para a formação superior dos profissionais de saúde no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo.

Quais são as principais conclusões?

- Elevadas prevalências de tabagismo;
- Atitudes positivas relativamente ao controlo do tabaco;
- Um nível razoável de conscientização sobre as políticas de não fumador nos espaços das práticas letivas e clínicas;
- Um alinhamento com o quadro teórico e concetual sobre as temáticas da prevenção e do tratamento do tabagismo, assim como acerca do papel dos profissionais de saúde neste domínio;
- Limitadas competências de intervenção ao nível da prevenção e do tratamento do tabagismo;
- Necessária introdução de um conjunto de temas teóricos e práticos na formação académica destes profissionais, percecionados como omissos, que suportem o seu pensamento e as suas decisões na atual no domínio do tabagismo.

SUMMARY IN PLAIN LANGUAGE

What is this document?

This document is the result of an evaluation study of professional skills in the prevention and treatment of smoking at the end of the pre-graduate training courses in Pharmaceutical Sciences, Nursing, Medicine and Dentistry.

What can I find in this document?

A report with the results found and a set of recommendations for the superior training of health professionals in prevention and treatment of smoking area.

What are the main conclusions?

- High prevalence of smoking;
- Positive attitudes towards tobacco control;
- A reasonable level of awareness of non-smoker policies in the areas of educational and clinical practice;
- An alignment with the theoretical and conceptual framework on the prevention and treatment of smoking, as well as the role of health professionals in this area;
- Limited intervention skills in the prevention and treatment of smoking;
- Necessary introduction of a set of theoretical and practical subjects in the academic formation of these professionals, perceived as omissions that support their thinking and their decisions in the current smoking domain.

2. PRÓLOGO

A promoção e proteção da saúde, essenciais para a saúde e o bem-estar do ser humano e para o desenvolvimento económico e social sustentável, foram reconhecidas como importantes há mais de 37 anos pelos signatários da Declaração de Alma-Ata, elaborada no seio da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde no ano de 1978 (50). Não constitui, portanto, surpresa que as pessoas, na maioria dos países, classifiquem a saúde como uma das suas maiores prioridades, ultrapassada apenas pelas preocupações económicas, tais como o desemprego, os baixos salários ou o alto custo de vida (1). Daqui resulta que a saúde se transforma, frequentemente, num tema de preocupação à escala mundial, ainda mais se se tiver em linha de conta que há muitas maneiras de promover e manter a saúde, ou, em sentido inverso, muitos comportamentos cujas complicações sobre a saúde de quem os adota são, à luz das mais diversas evidências científicas, verdadeiramente catastróficas.

Como reconhecimento deste facto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) atribuiu ao tabagismo, como comportamento de risco, o estatuto de principal causa evitável de doença e de morte, sobretudo nos países desenvolvidos, provocando mais de duas dezenas de doenças oncológicas, cérebro-cardiovasculares, respiratórias, e em praticamente todos os sistemas do organismo (2), o que, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) pode levar à morte prematura, ou seja, antes dos 70 anos de idade (3).

Sustentando estes dados, o último relatório da OMS sobre a Epidemia Global do Tabaco, apresentado em julho de 2015 em Manila, Filipinas, salienta que cerca de seis milhões de pessoas morrem todos os anos com doenças relacionadas com o tabagismo, o que equivale

a uma morte a cada seis segundos; número que ultrapassa as vítimas do VIH/SIDA, malária e tuberculose somadas, devendo mesmo subir para os oito milhões até 2030 (2). A manter-se o ritmo atual de consumo de produtos de tabaco, atingir-se-á os 1000 milhões de mortes até ao fim deste século. Efetivamente, a manter-se a taxa de consumo atual, o tabagismo poderá ser considerado, muito em breve, a maior causa de morte em todo o mundo, exigindo-se neste pressuposto uma estratégia global e concertada, canalizando, sem qualquer restrição e de forma prioritária, recursos e meios de suporte à sua prevenção e tratamento.

Neste contexto, a matriz que deu corpo à redação do Relatório Final assume quatro eixos estruturantes que, no essencial, subentendem quatro focos prioritários:

- A prevenção e o combate ao consumo de tabaco são uma verdadeira prioridade nacional;
- A iniciação e os padrões de consumo de tabaco são fortemente influenciados por fatores pessoais, mas também familiares, culturais e sociais, daí a necessidade emergente de se melhorar a resposta às necessidades de saúde da população, em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo;
- As medidas mais viáveis e eficazes para reduzir o consumo de tabaco devem ser baseadas na evidência científica, tendo em conta os fatores determinantes da iniciação ao tabagismo, em concreto na faixa etária da adolescência, bem como, conseqüentemente, os diferentes padrões de consumo e os problemas específicos de cada tipo de consumo e consumidor;
- Uma das melhores formas de potenciar a prevenção e o combate ao consumo de tabaco, passa por dotar também os atuais e futuros profissionais de saúde de formação qualificada assente numa

estratégia curricular / formativa que vá ao encontro das reais necessidades da população, garantindo, desta forma, que estes profissionais apresentem conhecimentos e competências necessárias para suportar o seu pensamento e as suas decisões quando forem chamados a intervir.

Em concordância com estas prioridades, organizou-se o Relatório Final em treze capítulos. Este Sumário Executivo é uma sinopse do Relatório Final dando uma visão global e geral do seu enquadramento, metodologia seguida, principais resultados encontrados e recomendações. Os leitores são encorajados a lerem o Relatório Final como aprofundamento da evidência científica das competências profissionais no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos profissionais de saúde.

Finalizando, salienta-se que apesar das precauções vincadas neste documento, a mensagem central do mesmo é de algum otimismo. Entende-se que todos os profissionais de saúde, independentemente dos seus estádios de desenvolvimento curricular ou profissional, podem, de imediato, dar passos em direção a uma efetiva prevenção universal do tabagismo, e, acima de tudo, centrar a sua ação na capacitação e corresponsabilização da pessoa, com vista a combater, sem tréguas, este flagelo que é o tabagismo. Por outro lado, as instituições que adotem, como prioridade, políticas de intervenção centradas na prevenção (a implementar em idades muito precoces) contribuem, significativamente, para o combate ao tabagismo, da mesma forma que cooperam para a diminuição dos gastos financeiros que o tratamento das complicações do tabagismo acarreta, isto se se tomar em consideração que o financiamento da saúde é uma parte

importante dos esforços mais gerais para garantir proteção social para todos.

Espera-se que os resultados obtidos e o conjunto de recomendações disponibilizadas neste documento possam orientar os que têm que tomar decisões sobre que estratégias e políticas devem ser adotadas na prevenção e controlo do tabagismo.

3. NOTA INTRODUTÓRIA

3.1. Enquadramento do estudo

No século XX, a epidemia do tabagismo matou cerca de 100 milhões de pessoas a nível mundial, podendo no século atual ser a causa de milhares de milhões de mortes (4). A OMS defende que a solução para esta epidemia mundial, que constitui um fator de risco de seis das oito principais causas de mortalidade no mundo, se encontra ao alcance de todos nós. Vontade política, quadro normativo e financiamento são medidas concretas que geram o impulso necessário para a redução do consumo de tabaco e, conseqüentemente, para salvar milhões de vidas no momento em que vivemos. A OMS afirma que reverter a epidemia do tabagismo deve ser assumido, sem margem para dúvida, como uma prioridade de saúde pública dos líderes de todos os países políticos (4).

Como resposta a esta globalização da epidemia do tabagismo, sob os auspícios da OMS, na 56.ª Assembleia Mundial de Saúde, em 21 de maio de 2003, em Genebra Suíça, 110 Estados-Membros aprovaram a primeira *WHO Framework Convention on Tobacco Control* (5), conferindo, neste domínio, um novo marco na promoção da saúde pública e em matéria de direito internacional. Desde o primeiro parágrafo do preâmbulo, declara-se que as Partes no presente convénio estão “determinadas a dar prioridade ao seu direito de proteger a saúde pública” (5 p. vi).

O Governo de Portugal assina a Convenção-Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco em 9 de janeiro de 2004, aprovando-a e transpondo-a para o ordenamento jurídico interno em 8 de novembro de 2005 (Decreto n.º 25-A/2005, de 8 de novembro) (6).

Dando execução ao disposto nesta Convenção-Quadro, transpondo para a ordem jurídica interna a Diretiva 2014/40/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 3 de abril 2014, a Diretiva Delegada 2014/109/UE, da Comissão, de 10 de outubro de 2014, e a Diretiva 2003/33/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de maio de 2003, é publicada a Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, alterada pela Lei n.º 109/2015, de 26 de agosto, que aprova as normas para a proteção dos cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e medidas de redução da procura relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo (7).

Como medidas de prevenção e controlo do tabagismo, a Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, alterada pela Lei n.º 109/2015, de 26 de agosto, estabelece que *"a temática da prevenção e do tratamento do uso e da dependência do tabaco deve fazer parte dos currículos da formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde, em particular dos médicos, dos médicos dentistas, dos farmacêuticos e dos enfermeiros, enquanto agentes privilegiados de educação e promoção da saúde"* (art.º 20.º, n.º 4).

Neste contexto, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 (8) considera o tabagismo um problema de saúde prioritário, tendo sido determinado, em 2012, a criação do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (PNPCT), programa de saúde prioritário, a desenvolver pela DGS (Despacho n.º 404/2012, de 13 de janeiro) (9).

O PNPCT, ao nível da promoção e do apoio à cessação tabágica, considera que *"o aconselhamento das pessoas fumadoras por parte de um profissional de saúde, mormente dos médicos de Medicina Geral e Familiar, com recurso a uma intervenção breve, bem como a redução dos custos das terapêuticas para deixar de fumar, pode aumentar a proporção de fumadores que anualmente faz uma tentativa para parar de fumar com sucesso"* (10). Entre 17 objetivos operacionais do eixo estratégico *"Promover e apoiar a cessação tabágica"* destacam-se os seguintes:

12. *Garantir resposta às necessidades de apoio intensivo à cessação tabágica, dos utentes fumadores, em 100% dos ACES e ULS, até final de 2015;*

13. *Melhorar a efetividade das consultas de apoio à cessação tabágica no âmbito do SNS;*

14. *Facilitar o acesso à terapêutica farmacológica da dependência tabágica, diminuindo os custos para o utilizador;*

15. *Aconselhar para a cessação tabágica, com recurso a uma intervenção breve, pelo menos 50% dos utentes do SNS fumadores, observados nos últimos três anos;*

16. *Aconselhar para a cessação tabágica, com recurso a uma intervenção breve, 100% dos utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), observados anualmente no SNS;*

17. *Aconselhar para a cessação tabágica, com recurso a uma intervenção breve, 100% das mulheres grávidas fumadoras, seguidas anualmente no SNS.*

Dando cumprimento ao disposto nas Grandes Opções do Plano para 2015 (Lei n.º 82-A/2014, de 31 de dezembro) (11) e às recomendações do relatório da OMS-Euro sobre a implementação do PNS, considerou-se adequado realizar uma revisão da sua

execução e estendê-lo a 2020, juntamente com os Programas de Saúde Prioritários. Entre as Metas de Saúde 2020, destaca-se a redução da prevalência do consumo de tabaco na população com 15 ou mais anos de idade e a eliminação da exposição ao Fumo Ambiental de Tabaco (FAT), tendo em conta que muitas doenças não transmissíveis são preveníveis através da intervenção nos fatores de risco e determinantes de saúde, nomeadamente os relacionados com o tabaco com vista à obtenção de Mais Valor em Saúde (12). O PNPCT manteve o estatuto de programa prioritário no âmbito do PNS com extensão a 2020, conforme Despacho n.º 6401/2016 do SEAS, de 11 de maio (13). Para além dos cinco eixos estratégicos, já anteriormente definidos, foi incluído um novo eixo dirigido à redução das desigualdades em saúde, nomeadamente às desigualdades regionais associadas à prevenção, tratamento e controlo do tabagismo.

Tendo por referência este enquadramento, a DGS lançou, em 9 de outubro de 2015, o Ajuste Direto n.º 332/2015 com a finalidade de ser realizado um “estudo de avaliação da aquisição de competências profissionais no âmbito da prevenção e tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos profissionais de saúde, no âmbito dos cursos de formação em enfermagem, farmácia, medicina e medicina dentária” (14).

Para a realização deste trabalho concorreu uma equipa multicêntrica e multidisciplinar, associada a instituições de ensino superior e a outras organizações: AcF – Acompanhamento Farmacoterapêutico, Lda.; Câmara Municipal de Viana do Castelo; Instituto Politécnico de Viseu (Escola Superior de Saúde); Universidade de Aveiro (Departamento de Educação e Psicologia, Departamento de Matemática, Escola Superior de Saúde); Universidade da Beira Interior (Faculdade de Ciências da Saúde); Universidade de Coimbra

(Faculdade de Medicina Dentária); Universidade de Évora (Escola de Ciências Sociais, Escola de Ciências e Tecnologia); Universidade de Lisboa (Faculdade de Farmácia, Faculdade de Motricidade Humana); Universidade Nova de Lisboa (Escola Nacional de Saúde Pública); e Universidade do Porto (Faculdade de Medicina, Instituto de Saúde Pública).

3.2. Objetivos do estudo

Este estudo apresenta os seguintes objetivos, definidos no Caderno de Encargos (14):

- Avaliar, na perspetiva dos estudantes, as características da formação recebida sobre a prevenção e o tratamento do tabagismo;
- Avaliar as atitudes e os comportamentos dos estudantes no último ano das respetivas licenciaturas ou mestrados integrados, face ao consumo do tabaco e à exposição ao FAT;
- Avaliar os conhecimentos dos alunos sobre os efeitos na saúde associados ao consumo de tabaco e à exposição ao FAT;
- Avaliar as atitudes dos alunos relativamente ao seu papel profissional futuro, em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo;
- Avaliar a perceção dos alunos relativamente às competências profissionais adquiridas em matérias de prevenção e tratamento do tabagismo;
- Avaliar as necessidades de formação dos alunos para a intervenção em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo;
- Identificar fatores associados à perceção dos alunos de que possuem as competências profissionais necessárias para a intervenção em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo.

4. O TABAGISMO COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

4.1. Tabagismo e desenvolvimento sustentável das sociedades

A epidemia tabágica continua a expandir-se mundialmente permanecendo uma das principais causas de morbilidade e de morte prematura (2, 4). Em todo o mundo, o tabagismo tem consequências devastadoras para a saúde das populações, matando cerca de seis milhões de pessoas por ano, incluindo mais de 600.000 pela exposição ao FAT (15). Por outro lado, prejudica seriamente a economia dos países, sobrecarregando a carga de doença e mortalidade prematura e os custos de saúde, reduzindo consideravelmente a produtividade (4).

Em 2004, estimava-se que, globalmente, o tabaco fosse responsável por uma em cada sete mortes em homens e uma em cada quinze em mulheres (11). Mais recentemente, nos Estados Unidos da América (EUA), foi investigada a tendência temporal da mortalidade específica por sexo, após 50 anos de uma estratégia nacional abrangente de controlo do tabagismo. A taxa de mortalidade por todas as causas foi três vezes maior em fumadores do que em não-fumadores; a esperança de vida foi reduzida em 10 anos, em média, nos fumadores, independentemente do sexo (16, 17). Ainda nos EUA, entre 1959 e 2010, o risco de cancro de pulmão nos fumadores aumentou dramaticamente: duplicou nos homens e subiu dez vezes nas mulheres. Do mesmo modo, o risco de doença pulmonar obstrutiva crónica para fumadores aumentou significativamente. Em contraste, o risco de cancro de pulmão entre os nunca fumadores permaneceu inalterado (17). Os autores concluem que o tabagismo continua a ser o maior risco para a saúde em ambos os sexos, não obstante a diminuição da prevalência de

tabagismo, o menor consumo de cigarros pela maioria dos fumadores atuais e os níveis mais baixos de alcatrão contidos nos cigarros, em relação às décadas anteriores. De facto, vários estudos confirmam que, embora a prevalência de tabagismo tenha diminuído de forma constante ao longo do tempo nos EUA, os riscos para a saúde dos fumadores atribuíveis ao tabaco não diminuíram (17, 18, 19).

Outro estudo epidemiológico recente analisou as tendências de tabagismo em 187 países desde 1980 a 2012 (20). Os pontos de conclusão do estudo foram: a) estimativa ponderada da prevalência padronizada de fumadores diários por idade, sexo, país e ano; b) estimativa do número de cigarros fumados por dia, por país e ano. Os autores observaram reduções significativas e globais na prevalência estimada de fumadores diários em ambos os sexos. No entanto, esta tendência descendente abrandou desde 2006. O consumo diário de cigarros por fumador variou consideravelmente entre os países e não se correlacionou com a prevalência nacional de tabagismo. Apesar da diminuição da prevalência de fumadores diários, o número de fumadores aumentou significativamente devido ao crescimento populacional (20). Além disso, enquanto o consumo de tabaco tem decrescido consistentemente, ainda que lentamente em muitos países de economias de alto rendimento, tem vindo a aumentar em muitos países de baixo e médio rendimento (2, 19, 20).

Em Portugal, segundo o Inquérito Nacional de Saúde 2014 (21), a prevalência de consumidores de tabaco, na população residente com idade igual ou superior a 15 anos, é de 20,0% (27,8% em homens e 13,2% em mulheres), sendo de 16,8% a prevalência de fumadores diários (23,5% no sexo masculino e 10,9% no sexo feminino). Cerca

de 91% da população com 15 ou mais anos de idade referiu que nunca ou só ocasionalmente está exposta ao FAT, sendo os espaços de lazer que predominam (38,3%) como principais locais de exposição.

Segundo as estimativas apresentadas pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation* (22), o consumo de tabaco e a exposição ao FAT foram responsáveis, em 2015, pela morte de 11.099 pessoas residentes em Portugal (cerca de 11% do total de óbitos verificados nesse ano), com maior incidência no sexo masculino (cerca de 17% no total de óbitos no sexo masculino e 4% no sexo feminino). Para o mesmo período, as estimativas apontam que fumar foi responsável pela perda de cerca de 8,2% do total de anos prematuramente perdidos, ajustados pela incapacidade.

Acresce que a indústria continua a desenvolver e a comercializar novos produtos de tabaco e/ou nicotínicos que promovem a dependência da nicotina. A experimentação e o uso destes produtos emergentes, tais como o tabaco de enrolar, cigarros slim, tabaco mentolado ou aromatizado com sabores e aditivos diversos, cachimbo de água (também conhecido como *hookah*, *shisha*, *narguilé* ou *hubbly bubbly*), bem como os dispositivos de administração de nicotina livre de tabaco (cigarro eletrónico), têm atraído muitos consumidores, especialmente os mais jovens, sendo frequente o consumo dual ou de múltiplos produtos (18, 19, 23). O *marketing* destes novos produtos é escassamente regulamentado e agressivamente veiculado através da Internet e das redes sociais, transmitindo mensagens enganosas e criando falsas crenças e expectativas sobre a sua segurança e como potencial ferramenta de cessação tabágica, recrutando novos consumidores, protelando a cessação dos fumadores regulares e promovendo a aceitação social do tabagismo. Consequentemente, o mercado dos produtos

nicotínicos e de tabaco continua a crescer e a epidemia do tabagismo persiste globalmente (2, 4, 18, 19, 23).

O consumo de tabaco afeta todo o organismo. Como resultado, o tabagismo é uma das principais causas e/ou um fator agravante de inúmeras doenças, incluindo cancro, doenças respiratórias, cardiovasculares e cerebrovasculares, diabetes, tuberculose, pneumonia e outras infeções respiratórias. Além disso, o tabaco prejudica a saúde reprodutiva e sexual e a saúde ocular e oral; compromete seriamente a função imunitária, causando doença inflamatória sistémica e autoimune. Deve ser também enfatizado que o tabaco tem um enorme impacto negativo sobre o desenvolvimento fetal e a saúde das crianças (19, 24).

Em resumo, a carga de doença e mortalidade associada ao tabaco permite classificar o tabagismo como a segunda maior causa de morte e o quarto fator de risco mais frequente em todo o mundo (25).

No entanto, fumar não é uma livre escolha de adultos ou um estilo de vida, mas uma dependência e uma doença crónica iniciada habitualmente na infância ou na adolescência. As crianças, adolescentes e os adultos jovens estão altamente expostos ao *marketing* da indústria do tabaco. Mais de dois terços dos fumadores que experimentam, começam a fumar regularmente e tornam-se dependentes durante a infância e adolescência (18, 26).

A nicotina é a substância aditiva primária dos produtos de tabaco. A dependência nicotínica é bastante reforçada pela adição de outros produtos químicos aos produtos de tabaco. A dependência tabágica resulta dum processo de fabrico altamente engenhoso e sofisticado, combinando investigação pioneira química e física. A fabricação moderna de tabaco potencia a absorção de nicotina para atingir o

cérebro mais rapidamente. Os filtros e poros de ventilação desenhados na maioria dos cigarros modernos, assim como o mentol e outros aditivos, mascaram a aspereza do fumo do tabaco e anestesiaram as vias respiratórias superiores, incentivando os fumadores a inalar mais profundamente. A inalação profunda favorece a absorção sistémica e a dependência nicotínica, potenciando deste modo o risco de doença associada ao tabaco e dificultando a cessação tabágica (18, 19).

A maioria dos fumadores não procura tratamento ou apoio profissional para deixar de fumar, o que dificulta significativamente o sucesso das tentativas de cessação tabágica (18, 27). Mais de metade dos fumadores que não consegue parar de fumar morre prematuramente. Por outro lado, os fumadores que conseguem sobreviver mais tempo acabam por sofrer de uma ou mais doenças relacionadas com o tabagismo (28). Acresce que a exposição ao FAT causa ou está associada a muitas doenças provocadas pelo consumo ativo, sendo considerada um dos principais riscos para a saúde das crianças (19, 24, 29).

Todas as formas de utilização do tabaco prejudicam a saúde e qualquer tipo de exposição ao FAT tem consequências nefastas para o organismo, seja a curto ou a longo prazo. Não existe um consumo seguro de tabaco, nem um nível seguro de exposição ao FAT (19, 28). As únicas estratégias comprovadas que eliminam os malefícios do tabagismo são a cessação tabágica e a proteção total da exposição ao FAT (18, 19, 24, 29).

Por último, é de realçar que o tabaco é particularmente nocivo para as populações mais vulneráveis e prejudica o bem-estar económico e social em geral. O consumo de tabaco e a exposição ao FAT são mais frequentes e a cessação tabágica é mais difícil

entre os pobres, os desempregados, os desfavorecidos socialmente e entre as famílias que têm dificuldades em fazer face às despesas; entre aqueles com doença mental e transtornos de uso de substâncias; e entre as minorias étnicas e sexuais. Além disso, o *marketing* da indústria do tabaco tem como alvo preferencial as crianças, os adolescentes e as mulheres; os grupos socioeconómicos mais baixos e com menor literacia e os socialmente desfavorecidos. Acresce que a doença e a incapacidade causadas pelo tabaco geralmente desencadeiam um ciclo vicioso de empobrecimento e exclusão social. Ao nível nacional, os países e as famílias sofrem perdas económicas dramáticas como resultado da compra de tabaco e dos custos de saúde associados, bem como da perda de produtividade devido à mortalidade prematura e às doenças relacionadas com o tabagismo. No contexto da atual recessão económica e crise social, considera-se que o controlo do tabagismo é essencial, não só para promover a saúde das populações e para prevenir a doença e incapacidade, mas também para melhorar o bem-estar social e promover o desenvolvimento sustentável dos países e regiões (18, 19, 29, 30).

4.2. Controlo da epidemia tabágica: a mudança da norma social

A carga de doença e morte atribuível ao tabagismo é avassaladora. No entanto, mudar o paradigma é possível: o tabaco é também a principal causa de morte evitável (4, 18). A globalização do tabagismo é causada pelas atividades da indústria do tabaco, em particular:

- *Marketing* agressivo e privilegiadamente dirigido a crianças, mulheres e jovens, resultando em maior probabilidade de experimentação dos produtos de tabaco;

- Desenvolvimento e comercialização de produtos de nicotina e tabaco altamente aditivos;
- Manipulação enganosa dos consumidores quanto aos riscos para a saúde e dependência dos produtos do tabaco (18, 19, 26).

A OMS afirma que a indústria do tabaco é o vetor da epidemia do tabaco (4). Assim sendo, a estratégia-chave para combater a epidemia passa por impedir as táticas da indústria do tabaco, através das seguintes medidas (4, 18):

- Promulgação e aplicação de legislação para regulamentar as atividades da indústria;
- Sensibilização da população sobre a dependência dos produtos nicotínicos e de tabaco e os malefícios associados ao seu consumo;
- Participação ativa da sociedade civil no controlo do tabaco.

A implementação de políticas abrangentes de controlo de tabagismo, como parte de um programa integral de saúde pública, sustentado ao longo do tempo e adequadamente financiado, reduz consistentemente o consumo de tabaco e a carga de doença e morte associadas. Com o fim de travar a epidemia, a OMS criou a Convenção-Quadro de Prevenção e Controlo de Tabaco (CQPCT), o primeiro tratado internacional de saúde pública, que reúne de uma forma abrangente e integrada as políticas intersectoriais de controlo do tabaco. Por outro lado, é fundamental envolver a sociedade civil no controlo do tabagismo, sensibilizando e informando a opinião pública sobre os riscos para a saúde associados ao consumo e à exposição ao FAT e criando um clima social favorável à implementação das medidas de prevenção e controlo de tabaco (4, 18).

As estratégias delineadas na CQPCT da OMS são baseadas na evidência científica e de saúde pública, seguindo as boas práticas de controlo do tabagismo implementadas por países pioneiros que já conseguiram diminuir significativamente a prevalência do consumo de tabaco e alterar a norma social (18, 19). Estas políticas incluem (4, 18):

- A monitorização do consumo dos produtos de tabaco e das políticas de prevenção;
- A implementação efetiva de espaços públicos 100% livres de fumo de tabaco;
- A sensibilização da população sobre a dependência dos produtos nicotínicos e de tabaco; sobre os riscos para a saúde associados ao seu consumo e à exposição ao FAT, através de campanhas nos media e através da colocação de advertências de saúde, gráficas e de texto, nas embalagens dos produtos de tabaco;
- A sensibilização da população sobre os benefícios da cessação, promovendo a cessação tabágica, a divulgação, a oferta e o acesso universal a programas de tratamento dos fumadores;
- A aplicação abrangente e efetiva da proibição integral da publicidade, promoção e patrocínio da indústria do tabaco;
- O aumento consistente e sustentado dos impostos de todos os produtos do tabaco;
- A regulamentação efetiva e consistente dos produtos do tabaco;
- A regulamentação abrangente da cadeia de produção, distribuição e venda dos produtos de tabaco e o controlo efetivo do comércio ilícito dos produtos de tabaco, ao nível nacional, regional e internacional.

Além disso, as políticas de controlo de tabaco são apoiadas pela maioria da população, envolvem poucos recursos financeiros e são facilmente exequíveis. Uma política concertada de tributação dos produtos de

tabaco é fortemente dissuasora do consumo e contribui para a redução consistente do consumo. Por outro lado, gera receitas a curto prazo para os governos, que poderão ser revertidas para o financiamento de um programa nacional de controlo do tabagismo (2, 18).

As políticas abrangentes de controlo do consumo de tabaco diminuem a prevalência de tabagismo e a visibilidade pública do comportamento de fumar, conseguindo alterar as normas sociais ao longo do tempo, diminuindo a aceitação social do tabagismo e “desnormalizando” o comportamento de fumar (18, 19).

5. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO

As atividades para a prossecução dos objetivos do estudo tiveram início, por indicação dos Serviços Administrativos da Universidade de Évora, em 3 de fevereiro de 2016.

5.1. Desenho do estudo

Tendo em consideração os objetivos e as variáveis definidas, o desenho da pesquisa foi de natureza mista, observacional, transversal e analítico, com recuso a análise multivariada para identificação de potenciais variáveis explicativas (31, 32).

5.2. População

A população alvo foi constituída pelo universo dos alunos dos cursos pré-graduados em enfermagem, farmácia, medicina e medicina dentária.

Uma vez que a preparação de profissionais ao nível das ciências básicas da saúde e das ciências farmacêuticas, dando acesso à atribuição do título profissional de

farmacêutico da Ordem dos Farmacêuticos, é realizada no Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, optou-se por considerar este curso descurando, deste modo, a Licenciatura em Farmácia.

Numa primeira fase, para se apurar o tamanho da população, foi realizado um levantamento dos estabelecimentos de ensino superior, públicos e privados, em território nacional, que ofereciam o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, a Licenciatura em Enfermagem, o Mestrado Integrado em Medicina e o Mestrado Integrado em Medicina Dentária, com base nos registos da Direção-Geral do Ensino Superior do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (33).

Por NUTS 2, a distribuição do número das instituições foi a seguinte: Alentejo (n = 4); Algarve (n = 4); Área Metropolitana de Lisboa (n = 15); Centro (n = 14); Norte (n = 23); Região Autónoma da Madeira (n = 2); Região Autónoma dos Açores (n = 2).

Numa segunda fase, foram contactadas todas as instituições de ensino superior, primeiramente por via eletrónica e, quando justificado, por telefone, com o objetivo de ser apresentado o estudo, reunir a anuência de participação no mesmo e recolher a informação acerca do número de alunos que frequentavam, no ano letivo de 2015/2016, o último ano do curso que era objeto de estudo. Foram envolvidas 62 das 64 instituições de ensino superior que ofertavam os referidos cursos, com um total de 6065 alunos.

5.3. Amostragem

Optou-se por uma amostragem não probabilística acidental (31, 34). A inferência estatística, generalizando para a população teórica, não surge, todavia, como assinalam os autores, como um obstáculo neste caso,

uma vez que as principais características específicas desta população estão representadas na amostra acidental. Todos os indivíduos inquiridos pertencem ao mesmo grupo, ou seja, frequentam o último ano de cada curso em apreciação, estando representados todos os subgrupos.

A determinação do tamanho da amostra teve como critério o nível de significância e o erro amostral, proposto por Gailmard (35). Para este estudo considerou-se um nível de confiança mínimo de 95%, usualmente aceite para as Ciências Sociais, com um erro amostral máximo de 5%, sendo a amostra representativa da população.

Tendo por base o tamanho da população de cada curso, para o nível de confiança e erro máximo amostral considerados, o tamanho das amostras é conforme se discrimina: Ciências Farmacêuticas - N = 278; Enfermagem - N = 335; Medicina - N = 319; Medicina Dentária - N = 237.

5.4. Questionário

Tendo como referencial o tamanho amostral e os objetivos definidos para o estudo, cruzados com as variáveis, decidiu-se utilizar a técnica de inquérito por questionário para a recolha de informação, que permite envolver a amostra de modo mais fácil e uma maior sistematização dos resultados obtidos. Com o questionário pretende-se conhecer o que opinam ou pensam os inquiridos, mediante perguntas realizadas por escrito e que podem ser respondidas sem a presença do investigador (36).

Como suporte de elaboração do instrumento levou-se em consideração a literatura da especialidade dedicada à temática da capacitação dos profissionais de saúde para intervirem em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo e as

recomendações de especialistas para o desenho de um questionário (37, 38, 39).

Os trabalhos de Schriesheim e Denisi (40) revelam que os itens agrupados por temas (por exemplo, em subescalas homogéneas) apresentam maior validade convergente e divergente do que se aparecessem misturados. Seguindo este preceito, foram criadas oito dimensões (agrupamentos de itens). A primeira dimensão diz respeito à informação sociodemográfica (sexo, estado civil, idade, designação do curso, duração e ano do curso que se frequenta). Segue-se a dimensão sobre a prevalência do consumo de produtos do tabaco (experimentação e respetiva idade, consumo regular e respetivos motivos, classificação e tipo de consumo no último mês, dependência, tentativas de cessação, respetivos motivos e métodos). A terceira dimensão diz respeito à exposição involuntária ao fumo ambiental do tabaco (em casa e em outros locais, como sejam os edifícios escolares e os locais das práticas clínicas).

Para a avaliação de atitudes e conhecimentos (dimensão IV) levaram-se em consideração alguns princípios de medida (41): unidimensionalidade ou homogeneidade; linearidade e intervalos iguais ou intervalos de aparência igual; validade, reprodutibilidade. Optou-se por escalas sumativas *Likert* (42). Os itens não se selecionam para cobrir todo o espectro mas antes em função da sua relação comprovada com todos os demais; ou seja, o seu poder discriminatório, e tendem a estar situados nos extremos do contínuo (ou favoráveis ou desfavoráveis). Todos os itens têm o mesmo valor em princípio e as mesmas respostas dadas a itens distintos têm valor idêntico. O peso da pontuação final não depende de um valor previamente assinalado em cada item, mas da resposta do sujeito a cada um (sim ou não, mais ou menos de acordo).

Na redação dos itens procuraram-se respeitar algumas das características que devem ter este tipo de formulação (43), em particular a relevância (as opiniões recolhidas nos itens devem ser relevantes e claramente relacionadas como objeto da atitude), clareza (utilização de expressões simples, evitar duplas negações, ter cuidado com expressões universais; não utilizar expressões que incluam duas afirmações ou opiniões), discriminação (evitar opiniões com as quais previsivelmente todos ou quase todos estão de acordo), bipolaridade (alguns itens devem ser negativos).

A ordem dos itens parece influenciar, contudo, muitos dos estudos realizados não permitiram, ainda, apurar em que situações influenciam mais ou a que outras variáveis se encontram associadas a este influxo (42). A conclusão óbvia é que os itens devem apresentar-se sempre na mesma ordem.

As perceções sobre a formação teórica e prática recebida durante a formação académica e sobre a aquisição de competências em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo ocupam, respetivamente, as dimensões IV, V e VI. Para a elaboração dos itens destas dimensões levaram-se em conta as observações relativas à medição de atitudes e conhecimentos. Foi elaborada uma escala ordinal de seis pontos: “o tema não foi abordado”, “não me sinto preparado/a”; “sinto-me pouco preparado/a”; “sinto-me bem preparado/a”; “sinto-me muito bem preparado/a”; “não sei / estou indeciso/a”.

Foi realizada uma aplicação do questionário piloto a uma amostra de 59 alunos (81,4% do sexo feminino; 98,3% solteiros) do 1.º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade de Évora, com uma média de idades de 19,6 anos, tendo ingressado no ensino superior com a média de 18,7 anos de idade.

5.5. Procedimentos éticos

O questionário recebeu parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu (Parecer n.º 8/2016, de 29 de março). Apesar deste parecer, algumas instituições organizaram o seu próprio processo internamente, de modo a apreciarem os objetivos do estudo e o instrumento apenso, emitindo o seu parecer favorável. Foi elaborada uma Declaração de Consentimento Informado, que seguiu apenas a cada questionário em suporte papel e encabeça a entrada na versão eletrónica.

5.6. Aplicação do questionário

A aplicação de um questionário a alunos do último ano dos cursos em estudo apresenta algumas arduidades. Estes alunos encontram-se, como se referiu, em práticas fora dos estabelecimentos escolares, não existindo, em muitos dos casos, momento em que, na janela temporal que se teve para o trabalho de campo, todos estivessem reunidos num mesmo local. Vários responsáveis pela coordenação dos cursos deram conta deste obstáculo, solicitando expressamente um questionário em suporte digital.

Atendendo a estes constrangimentos, a aplicação do questionário seguiu um conjunto de procedimentos estruturantes. O questionário foi construído sob dois suportes: a) em papel, de formato A3, num total de 8 páginas (2 folhas), tipo “brochura”, com um código para cada curso / estabelecimento de ensino superior; b) informático, com recurso à plataforma LimeSurvey, tendo sido criado um código de acesso para cada curso / instituição, no sentido de incrementar maior controlo na receção e identificação dos mesmos.

Em qualquer dos modos, encontrava-se assegurado o anonimato dos respondentes e

a confidencialidade das respostas, não sendo possível indexar a resposta ao respondente. O endereço *Internet Protocol* é mantido anónimo e o questionário em papel não requer qualquer elemento que se associe a um aluno específico.

A opção do suporte do questionário foi articulada com cada instituição que, conhecendo muito bem a sua própria estrutura, organização e dinâmica, o indicou como sendo o mais expedito, a saber: a) link para plataforma informática; b) em papel, por um docente aplicador local; c) em papel, pelos membros da equipa. Entre as 62 instituições que acederam participar no estudo registaram-se os três tipos de opções para o processo de aplicação. A aplicação do questionário fez-se por administração direta, ou seja, o próprio inquirido assinala as suas respostas diretamente no formulário.

A aplicação dos questionários iniciou-se em 12 de abril de 2016 e prolongou-se até 15 de julho desse ano. Face à baixa taxa de respostas, verificada em dois cursos, em particular, no Mestrado Integrado de Ciências Farmacêuticas e o Mestrado Integrado em Medicina, por indicação da DGS, dilatou-se o período de trabalho de campo para os meses de setembro e outubro de 2016. Tal procedimento envolveu um novo acompanhamento assertivo junto das instituições de ensino superior (coordenações de curso e associações académicas), de modo a que os alunos fossem convidados, uma vez mais, a responderem ao questionário na plataforma informática. Perante a deadline da conclusão deste estudo, decidiu-se encerrar o processo de recolha de informação em 20 de outubro de 2016.

No total, obtiveram-se 2095 questionários válidos (1118 em papel e 977 através da plataforma informática), num universo constituído por 6065 alunos, com uma taxa de resposta efetiva de 34,5%.

Tendo por base o número de questionários válidos, em cada curso, e o método de determinação do tamanho amostral de Siegel e Castellan (44), para um nível de confiança de 95%, o erro amostral em cada curso é sempre inferior a 5%, sendo a amostra representativa da população em estudo: Ciências Farmacêuticas – e=4,71%; Enfermagem – e=2,24%; Medicina – e=4,01%; Medicina Dentária – e=4,93%.

5.7. Análise da informação

Os dados recolhidos pelos questionários foram tratados e analisados com recurso a técnicas de análise quantitativas e qualitativas.

A informação recolhida na plataforma informática foi exportada diretamente para o *Software* IBM SPSS Statistics 24, licenciado à Universidade de Évora. De seguida, procedeu-se à análise estatística univariada, bivariada e multivariada.

As perguntas de resposta aberta existentes no questionário foram analisadas através de Análise de Conteúdo por Teoria Fundamentada (52), técnica sistemática usada em Ciências Sociais, que permite a construção de teorias através da análise de dados qualitativos. As asserções foram introduzidas e analisadas no *software* de apoio à análise qualitativa webQDA 3.0, licenciado à Universidade de Évora, procedendo-se à sua categorização e registo de ocorrências.

6. PRINCIPAIS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta secção, apresenta-se uma síntese dos principais resultados encontrados, indexados a cada curso (com a codificação: CF – Ciências Farmacêuticas; E – Enfermagem; M – Medicina; MD – Medicina Dentária),

discutindo-se alguns aspetos à luz do quadro teórico e concetual.

Informação sociodemográfica

A amostra total foi constituída por 2095 sujeitos, representativa da distribuição à população alvo. A distribuição por sexo e estado civil está, também, em consonância com a população alvo.

A maioria dos inquiridos (79,5%) era do sexo feminino: CF – 77,8%; E – 84,4%; M – 72,1%; MD – 73,0%, indicando como estado civil solteiro/a (94,3%): CF – 97,0%; E – 94,0%; M – 93,1%; MD – 94,6%.

A média das idades era de: CF – 23,6 anos, E – 23,2 anos, M – 25,3 anos e MD – 23,6 anos. Os estudos universitários foram iniciados com: CF – 18,1 anos, E – 19,0 anos, M – 18,2 anos e MD – 18,7 anos.

Atitudes e comportamentos dos estudantes face ao consumo de tabaco e à exposição ao FAT

Do relato dos resultados relativos a esta dimensão, destaca-se o seguinte:

- A maioria dos inquiridos já fumou produtos de tabaco (MD – 56,5%; E – 55,9%; CF – 53,0%; M – 52,7%);
- A prevalência de fumadores era: E – 22,1%; MD – 19,7%; CF – 19,4%; M – 12,2%;
- O valor da prevalência global dos quatro cursos analisados foi de 18,4%;
- Entre os/as que experimentaram fumar, nos últimos 30 dias prévios à resposta ao questionário, fumam ocasionalmente vs. fumam diariamente vs. são ex-fumadores: MD – 66,7% vs. 15,8% vs. 17,5%; M – 44,3% vs. 41,0% vs. 14,8%; CF – 43,8% vs. 56,2% vs. 0,0%; E – 22,8% vs. 63,9% vs. 13,3%. No período em análise, 62,6% (E), 46,4% (CF),

45,7% (M), 17,6% (MD) são mulheres que fumam pelo menos uma vez por dia;

- O principal produto de tabaco que foi consumido, nos últimos 30 dias anteriores à resposta ao inquérito, foi o cigarro, embora coexistisse a experimentação e o consumo ocasional e diário de outros produtos, com menor / reduzida expressão;
- Entre os/as que experimentaram fumar, nos últimos 30 dias prévios à resposta ao questionário, fumam ocasionalmente vs. fumam diariamente vs. são ex-fumadores: MD – 66,7% vs. 15,8% vs. 17,5%; M – 44,3% vs. 41,0% vs. 14,8%; CF – 43,8% vs. 56,2% vs. 0,0%; E – 22,8% vs. 63,9% vs. 13,3%. No período em análise, 62,6% (E), 46,4% (CF), 45,7% (M) e 17,6% (MD) eram mulheres que fumavam pelo menos uma vez por dia;
- A maioria dos/as alunos/as consumia até 10 cigarros por dia (CF – 76,7%; M – 76,5%; E – 75,8%; MD – 70,2%), sendo que o primeiro cigarro era consumido 1 h após acordar (CF – 67,4%; MD – 63,8%; M – 62,7%; E – 58,3%);
- A variável “sexo” estava significativamente associada à experimentação em todos os cursos, com maior percentagem nos homens;
- Considerando a variável “sexo”, a prevalência de fumadores vs. fumadoras era de: CF – 32,3% vs. 15,1%; MD – 29,7% vs. 15,9%; E – 23,5% vs. 21,8% e M – 17,1% vs. 10,2%;
- O primeiro contacto com o tabaco terá sido, em média, aos 17,9 anos (E), 17,7 anos (CF) e 16,4 anos (M e MD);
- O principal motivo para se ter começado a fumar relacionou-se com a influência dos amigos e/ou colegas que fumavam (M – 72,1%; MD – 66,1%; CF – 62,5%; E – 56,9%),

logo seguido do gosto do sabor e/ou do cheiro do tabaco;

- O aspeto gráfico das embalagens de tabaco e a influência dos familiares eram os motivos mais afastados para o início do comportamento tabágico;
- Os fatores motivacionais para se ter iniciado a consumir tabaco estavam na linha dos encontrados por outros autores, como seja a extroversão e o stresse (51);
- A maioria dos/as inquiridos/as que consumia tabaco já tinha tentado deixar de fumar (M - 69,4%; CF - 62,5%; E - 60,3%; MD - 57,6%), a maior parte uma única vez. No entanto, apesar desta escassa evidência, a maioria dos inquiridos mantinha a intenção de deixar de fumar nos próximos 30 dias ou nos próximos 6 meses (M - 62,8; E - 61,7%; CF - 60,4%; MD - 59,6%);
- Entre os/as ex-fumadores/as, a maioria deixou de consumir há mais de um ano (CF - 81,2%; M e MD - 78,7%; E - 69,5%), manifestando como principais motivos: os riscos para a saúde que esta prática apresentava (M - 26,7%; MD - 23,9%; E - 22,1%; CF - 20,4%); a sua “força de vontade” (M - 30,3%; MD - 29,1%; E - 27,0%; CF - 24,6%); e o exemplo que deve dar enquanto futuros/as profissionais de saúde (MD - 8,9%; E - 6,9%; CF - 6,7%; M - 6,3%);
- A maioria dos alunos defendeu que os profissionais de saúde deveriam ser “modelos” para os seus pacientes e para o público, em geral, relativamente ao uso do tabaco (CF - 78,3%; MD - 78,0%; M - 70,7%; E - 64,1%), porém essa mesma atribuição não era apontada, em maior percentagem, como motivo para o abandono da prática do tabagismo;
- A maior parte dos/as alunos/as não esteve exposta ao FAT, no local onde reside, em nenhum dia da semana transata à

resposta ao questionário (CF - 56,9%; E - 46,4%; M - 73,3%; MD - 50,2%);

- Quando se analisam os dados relativamente à exposição ao FAT fora do local onde se reside, a situação inverte-se nos cursos de CF e E: a maior parte considerou ter estado exposto/a ao FAT todos os dias (31,0% e 32,8%, respetivamente). Nos cursos de M e de MD, a maior parte esteve exposta entre 1 a 2 dias (38,2% e 31,3%, respetivamente);
- A maioria dos inquiridos atestou que a proibição regulamentar de fumar nos edifícios escolares era aplicada (M - 87,2%; MD - 83,6%; CF e E - 80,0%). Essa percentagem aumentava quando se referia aos locais de práticas clínicas e/ou estágios, nos cursos de MD, CF, E e (92,7%, 86,3%, 81,7% e respetivamente) e diminuía no curso de M (73,2%).

O estudo realizado indica algumas associações nas análises realizadas:

- No curso de Ciências Farmacêuticas, foram encontradas associações significativas entre as variáveis:
 - a) Sexo e a idade que se tinha quando se fumou pela primeira vez e a exposição ao FAT em casa;
 - b) O facto de alguma vez se ter fumado e a exposição ao FAT em casa e fora dela;
 - c) Hábitos tabágicos detalhados (nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente), a idade que se tinha quando se fumou pela primeira vez e a exposição ao FAT em casa e fora dela;
 - d) Sexo e o facto de alguma vez se ter fumado e os hábitos tabágicos.

- No curso de Enfermagem, foram encontradas associações significativas entre as variáveis:
 - a) Alguma vez se ter fumado e a exposição ao FAT em casa e fora dela;
 - b) Hábitos tabágicos detalhados, a idade que se tinha quando se fumou pela primeira vez e a com que se começou a consumir regularmente tabaco, e a exposição ao FAT em casa e fora dela;
 - c) Sexo e o facto de alguma vez se ter fumado e os hábitos tabágicos.
 - No curso de Medicina foram encontradas associações significativas entre as variáveis:
 - a) O facto de alguma vez se ter fumado e a exposição ao FAT em casa e fora dela;
 - b) Hábitos tabágicos detalhados e a exposição ao FAT fora de casa;
 - c) Sexo e o facto de alguma vez se ter fumado e os hábitos tabágicos.
 - No curso de Medicina Dentária, foram encontradas associações significativas entre as variáveis:
 - a) Sexo e o número de vezes que se tentou deixar de fumar;
 - b) O facto de alguma vez se ter fumado e a exposição ao FAT em casa e fora dela;
 - c) Os hábitos tabágicos detalhados e a exposição ao FAT dentro e fora de casa;
 - d) Sexo e o facto de alguma vez se ter fumado e os hábitos tabágicos.
- Conhecimentos dos alunos sobre os efeitos na saúde associados ao consumo de tabaco e à exposição ao FAT**
- A maioria dos/das alunos/as manifestou conhecimentos sobre os efeitos na saúde associados ao consumo de tabaco consentâneas com o atual quadro teórico concetual (itens 29-34; 36-45) (M – 81,0%; E – 78,3%; CF – 75,2%; MD – 74,2%), discordando deste referencial uma minoria (MD – 11,2%; CF – 11,0%; E – 10,9%; M – 8,5%). O desconhecimento / indecisão é considerado por uma franja de 14,1% (MD), 13,8% (CF), 10,9% (E) e 10,5% (M). O valor modal é de 3 (“Concordo”) para os cursos de CF, E e MD e de 4 (“Concordo completamente”) para o curso de M;
 - No mesmo sentido, a maioria dos alunos (MD – 93,5%; CF – 91,2%; E – 90,3%; M – 90,3%) defendeu que o consumo de tabaco deveria ser proibido a pessoas com menos de 18 anos de idade, ainda que a lei seja omissa relativamente a este detalhe, proibindo unicamente a venda a este grupo etário.
- Atitudes dos alunos relativamente ao seu papel profissional futuro, em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo**
- A maioria dos/das alunos/as manifestou-se favoravelmente ao quadro teórico concetual (itens 19-28; 35; 46) (MD – 85,7%; M – 84,2%; CF – 82,2%; E – 80,9%), discordando deste referencial uma minoria (E – 15,0%; CF – 13,7%; M – 12,6%; MD – 11,0%). O desconhecimento / indecisão foi considerado por um grupo de 4,1% (CF e E), 3,3% (MD) e 3,2% (M). O valor modal foi de 4 (“Concordo completamente”) para todos os cursos;
 - A maioria dos respondentes defendeu que os profissionais de saúde deveriam ter formação específica em técnicas de aconselhamento e tratamento da cessação

tabágica (M – 97,7%; MD – 96,5%; E – 94,0%; CF – 96,3%);

- Todavia, ainda que se defenda esta posição, o facto de os profissionais de saúde deverem ser “modelos” para os seus pacientes afastou-se daquela proposição, em média, 23,3 pontos percentuais abaixo ao nível da concordância.

Perceções dos alunos relativamente às características da formação recebida sobre prevenção e tratamento do tabagismo

- Uma significativa percentagem de estudantes considerou, no global, que a componente teórica não foi abordada no seu curso: CF – 27,5%; MD – 23,3%; E – 23,6%; M – 13,4%;
- Relativamente à componente teórica, não se sentem preparados/as ou estão pouco preparados/as: 37,7% (M), 37,4% (MD), 35,6% (CF) e 32,3% (E), sendo que, de igual modo, um grupo similar sente-se bem preparado / muito bem preparado teoricamente: 47,7% (M), 38,6% (E), 35,5% (MD) e 32,7% (CF). Neste domínio, 4,2% (CF), 3,9% (MD), 2,2% (E) e 1,1% (M) não sabe ou está indeciso acerca da sua preparação teórica;
- No que diz respeito à componente de formação prática, um grupo superior ao anterior (o da componente teórica) declarou que não foi abordada durante o curso: CF – 42,0%; E – 34,7%, MD – 31,7%, M – 24,4%, ou afirmou, neste contexto, que não se sentia preparado ou estava pouco preparado: 40,5% (MD), 38,4% (M), 37,1% (CF), 35,2% (E);
- Apesar da identificação desta lacuna, coexistia um grupo que se considerava bem preparado / muito bem preparado relativamente à componente prática: 36,0% (M), 28,2% (E), 25,6% (MD) e 18,5%

(CF). Neste domínio, 2,4% (CF), 2,3% (E; MD) e 1,2% (M) não sabia ou estava indeciso acerca da sua preparação prática.

Perceções dos alunos relativamente às competências profissionais adquiridas em matérias de prevenção e tratamento do tabagismo

- Relativamente ao grau de preparação para intervir em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo, considerando-se, na perspetiva dos/as inquiridos/as, o facto de um conjunto de competências não terem sido abordadas durante a formação académica, associadas à conseqüente pouca preparação, verificou-se que corresponde ao maior grupo que se manifestou (não abordagem / não preparados): 45,3% (MD), 45,0% (E), 38,2% (M) e 36,6% (CF).
- Um grupo de dimensões inferiores considerou-se bem preparado / muito bem preparado: 36,0% (M), 31,3% (CF), 28,2% (E) e 25,6% (MD). Acerca das perceções sobre a aquisição de competências, o desconhecimento / indecisão situou-se entre 2,3% (CF e E), 2,2% (MD) e 1,2% (M).
- Numa escala de 10 pontos (de 1 “pouco confiante” a 10 “totalmente confiante”), os/as alunos/as posicionaram-se em função da autoperceção das competências pessoais para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação futura enquanto profissionais de saúde. As médias dos resultados encontrados, por curso, foram as seguintes: 5,15 (M), 4,85 (CF), 4,78 (E) e 4,61 (MD).

Fatores associados à percepção dos alunos de que possuem as competências profissionais necessárias para a intervenção em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo

Dicotomizando a autopercepção das competências pessoais para intervir, tendo em conta as seguintes variáveis: “sexo”; “alguma vez fumou ou consumiu produtos do tabaco”, “durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo” e “percepções sobre a formação prática recebida”, foi possível construir um modelo ajustado para cada curso:

- No curso de CF, a competência para intervir nominal estava significativamente associada às seguintes variáveis: a) se alguma vez fumou; b) atitudes e conhecimentos (global); c) percepções sobre a formação teórica recebida (global); d) percepções sobre a formação prática recebida (global); e) percepções sobre a aquisição de competências; f) avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica e g) hábitos tabágicos;
- No caso do curso de E, a competência para intervir nominal estava significativamente associada às seguintes variáveis: a) atitudes e conhecimentos (global); b) percepções sobre a formação teórica recebida (global); c) percepções sobre a formação prática recebida (global); d) percepções sobre a aquisição de competências e e) exposição ao FAT no interior da casa onde se reside;
- No curso de M, a competência para intervir nominal estava significativamente associada às seguintes variáveis: a) se alguma vez fumou; b) idade que se tinha quando se fumou pela primeira vez; c) atitudes e conhecimentos (global); d)

percepções sobre a formação teórica recebida (global); e) percepções sobre a formação prática recebida (global); f) percepções sobre a aquisição de competências; g) avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica e h) exposição ao FAT fora de casa;

- Relativamente ao curso de MD, a competência para intervir nominal estava significativamente associada às seguintes variáveis: a) sexo; b) percepções sobre a formação teórica recebida (global); c) percepções sobre a formação prática recebida (global); d) percepções sobre a aquisição de competências e e) cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares.

Necessidades de formação dos alunos para intervenção em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo

- O número de horas médio de formação dedicado à abordagem da temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, ao longo do curso, relatado pelos inquiridos, variou entre 2,9 h (M), 2,4 h (E e MD) e 2,0 h (CF).
- Este fator encontra-se diretamente associado à autopercepção das competências pessoais para intervir, às percepções da formação teórica e prática recebidas (global) e às percepções sobre a aquisição de competências nos cursos de CF, M e MD. Em E, para além destas variáveis, está muito significativamente associado às atitudes e aos conhecimentos (global).
- A temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada ao longo de todos os anos dos quatro cursos, com maior destaque nos 2.º e 3.º anos do curso de CF (25,2% e 21,9% respetivamente), nos 1.º e 2.º anos do curso de E (22,4% e 38,3%

- respetivamente), nos 4.º e 5.º anos do curso de M (33,3% e 38,1%, respetivamente) e nos 3.º e 4.º anos no curso de MD (37,6% e 32,5%, respetivamente).
- Os/as alunos/as inquiridos/as sugeriram, com maior destaque, o seguinte conjunto de temas, relacionados com o tabagismo, que foram abordados no decurso do curso: a) “crianças e adolescentes” (E - 45,6%, M - 44,3%, MD - 43,9%, CF - 42,4%); b) “mulheres grávidas” (E - 41,5%, M - 40,8%, MD - 40,5%, CF - 38,1%); c) “fumadores com doença psiquiátrica” (M - 31,6%, E - 28,8%, CF - 27,5%, MD - 26,6%); d) “pessoas idosas” (M - 26,9%, CF - 22,8%, MD - 21,9%, E - 20,7%) e “doentes internados” (M - 34,3%, E - 33,5%, CF - 26,2%, MD - 25,7%).
 - As três principais técnicas, por curso, utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo foram:
 - a) CF - Técnicas de prescrição farmacológica (55,3%), palestras (49,4%) e discussões em pequenos grupos (39,4%);
 - b) E - Discussões em pequenos grupos (52,3%), palestras (38,7%) e exercícios para o desenvolvimento de competências de comunicação relacionadas com o tratamento do tabagismo como parte de uma entrevista a um paciente (32,5%);
 - c) M - Palestras (67,7%), discussões em pequenos grupos (48,6%) e observação da prática de aconselhamento realizada pelo supervisor clínico (46,5%);
 - d) MD - Palestras (48,2%), discussões em pequenos grupos (27,2%) e experiências clínicas na prevenção e no tratamento de fumadores (25,0%).
 - Relativamente às alterações a introduzir na abordagem aos temas sobre o tabagismo, estas ficaram dicotomizadas entre os/as que consideraram que se deve incrementar o tempo dedicado à temática e ensiná-la de outro modo (M - 37,8%, CF - 37,6%, MD - 33,5%, E - 28,0%) e os/as que desejavam, apenas, um aumento do tempo de ensino e aprendizagem para o estudo do tabagismo (CF - 31,2%; E - 26,0%; M - 22,3%; MD - 22,0%).

Variáveis em estudo preditores da perceção sobre as competências para intervir

O modelo de regressão logística seguido permitiu determinar as variáveis em estudo que se revelam preditores das competências para intervir, no domínio da prevenção e do tratamento do tabagismo.

- Constata-se que quanto maior for o número de horas destinadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo e mais favoráveis forem as perceções dos estudantes sobre a formação prática recebida durante o curso maior será a sua confiança nas competências pessoais para intervir neste domínio.

Em síntese, estes resultados estão na continuidade dos que foram encontrados em outros países. Os resultados do estudo piloto GHPS 2005 (45) indicam que a maioria dos estudantes de saúde, no terceiro ano, nos países pesquisados, não receberam treino formal em aconselhamento para a cessação tabágica, mas mais de 90% dos estudantes desejam que essas técnicas sejam incluídas no seu currículo formal.

7. LIMITAÇÕES

Este estudo apresentou limitações devido à dificuldade de acesso aos sujeitos envolvidos.

Os/as alunos/as a inquirir frequentavam o último ano do seu curso. Este ano coincide, precisamente, com as práticas que realizam fora das instituições de ensino, em espaços clínicos ou de estágio. As possibilidades de se conseguir reunir o último ano de cada curso em cada instituição, num espaço físico para a resposta ao questionário, foram sempre remotas. Algumas coordenações dos cursos, com as quais a equipa manteve recorrentes contactos, apresentaram a proposta da aplicação do questionário ser realizada por via digital. Para tal, além do questionário em papel, foi elaborado um modelo em suporte digital na plataforma LimeSurvey.

O acesso aos endereços eletrónicos dos alunos foi, de um modo geral, condicionado, por motivos de natureza ética. Procurando minimizar esta condicionante, foram respeitados os procedimentos de collecting survey data indicados relativamente aos Internet surveys. Foram contactadas as coordenações de curso, por diversas vezes, para difusão interna do questionário, que incluía um texto de apresentação e a Declaração de Consentimento Informado. Contactaram-se, também, algumas associações académicas, procurando mobilizar os associados para a resposta ao questionário. Para cada curso / instituição foi criado um código e uma palavra-passe. A reduzida taxa de resposta que se registou no final de agosto de 2016 conduziu a uma nova sensibilização dos/as alunos/as em setembro de 2016 para a resposta ao questionário. Em 20 de outubro de 2016 foi decidido encerrar o processo de recolha de informação na plataforma informática.

No global, existe uma diferença de seis pontos percentuais da preferência em modo papel comparativamente ao modo digital.

8. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O presente relatório contextualiza os resultados de um estudo que produziu indicadores relativos à aquisição de competências profissionais, associadas à vertente da prevenção e do tratamento do tabagismo, expressas por futuros profissionais de saúde no final da sua formação pré-graduada.

O estudo destaca vários resultados importantes, que incluem:

- a) Elevadas prevalências de tabagismo;
- b) Atitudes positivas relativamente ao controlo do tabaco;
- c) Um nível razoável de conscientização sobre as políticas de não fumador nos espaços das práticas letivas e clínicas.

Para além destes, os resultados encontrados neste estudo permitem evidenciar que, apesar de existir um alinhamento com o quadro teórico e concetual sobre as temáticas da prevenção e do tratamento do tabagismo, assim como o papel dos profissionais de saúde neste domínio, um grupo expressivo de alunos/as considera não estar preparado nas componentes teórica e prática do tema, com limitadas competências de intervenção, posicionando-se, no global dos quatro cursos, 0,15 pontos abaixo do valor da mediana numa escala de 10 pontos. Tal facto está associado a um conjunto de fatores, diretamente relacionados com a formação teórica e prática recebidas, o número de horas de formação dedicado ao assunto e a outros fatores que influenciam as atitudes e perceções sobre o fenómeno do tabagismo.

A evidência dos resultados permite elaborar, por isso, um conjunto de recomendações:

1. A necessidade da existência de uma estratégia articulada, no interior das instituições de ensino superior, que seja

promotora da saúde e da cessação tabágica, entre todos os/as alunos/as e, em particular, dos cursos em apreciação.

- 1.1. Recorde-se que o entendimento de que os profissionais de saúde deveriam ser “modelos” para os seus pacientes e para o público relativamente ao uso do tabaco não reuniu concordância média superior a 72,8%. Considera-se, por isso, de modo implícito, que os resultados apontam, também, para a necessidade de se investir precocemente em estratégias eficazes de promoção e educação para a saúde, empoderando os/as jovens para defenderem e promoverem a sua saúde, no sentido de se absterem de comportamentos de risco, neste caso, o consumo de produtos do tabaco.
- 1.2. As instituições do ensino superior devem promover nos/as seus/suas alunos/as o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo e incentivar a autodeterminação para a prática de comportamentos mais saudáveis e a mudança de atitudes relativamente à normalização do consumo de tabaco.
- 1.3. Destaque-se, ainda, o facto de um grupo de alunos/as considerar que a formação superior recebida não provocou alguma mudança de atitude, acerca do tabagismo, comparativamente ao momento da entrada do curso (E – 12,7%, CF – 12,1%, MD – 11,1%, M – 10,3%), devendo ser objeto de reflexão e da concetualização de medidas que venham a contrariar estes resultados.
- 1.4. Sugere-se o desenvolvimento de um programa para a cessação tabágica, dedicando particular atenção ao grupo específico de inquiridos/as fumadores/as que manifestaram a intenção de deixar de fumar nos 30 dias-6 meses seguintes à resposta ao inquérito.
- 1.5. A intervenção deverá estar alicerçada na teoria e prática baseada na evidência (46) e nas novas tecnologias (47), como sejam os novos diapositivos móveis apps (48).
2. Cumprir e fazer cumprir, rigorosamente, a norma legal que estabelece a proibição de fumar no interior dos edifícios escolares e nos locais das práticas clínicas.
3. Introduzir um conjunto de temas teóricos e práticos na formação académica, que são percecionados pelos/as alunos/as como omissos da sua formação académica superior, garantindo, deste modo, que venham a apresentar os conhecimentos necessários, baseados em evidência científica, para suportar o seu pensamento e as suas decisões na atuação profissional futura.
 - 3.1. Sugere-se o estudo e treino da Intervenção de Apoio Intensivo de acordo com o Programa-tipo da Direção-Geral da Saúde (DGS, 28/12/2007) (49), em particular:
 - 3.1.1. Modelos de mudança comportamental relacionados com o tabagismo (e.g., Prochaska e DiClemente);
 - 3.1.2. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A);

- 3.1.3. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A);
 - 3.1.4. Como avaliar a motivação e prontidão para fazer uma tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A);
 - 3.1.5. Como ajudar a pessoa que fuma a marcar o “Dia D” e preparar a tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A);
 - 3.1.6. Como acompanhar o progresso da pessoa que parou de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5A);
 - 3.1.7. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A, ABC ou 2A+R);
 - 3.1.8. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar na Intervenção Muito Breve (algoritmo 3A ou 2A+R);
 - 3.1.9. Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3A ou 2A+R);
 - 3.1.10. Como abordar pessoas que estejam ambivalentes ou não desejem parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5R);
 - 3.1.11. Prescrição, indicações e contra-indicações das terapêuticas de substituição da nicotina e de fármacos de primeira linha para a cessação tabágica.
4. Definir um conjunto de competências básicas e práticas, a desenvolver nos/as alunos/as destes quatro cursos, relacionadas com a prevenção e o tratamento do tabagismo durante a sua formação académica, e integrá-las de modo sistemático nos currícula em tabagismo das instituições de formação.
 - 4.1. Para tal, devem ser implementadas e supervisionadas um conjunto de práticas clínicas, durante a formação académica, percursoras das estratégias de prevenção e tratamento do tabagismo a realizar na atuação profissional futura. Destaca-se:
 - 4.2. A intervenção breve em cessação tabágica é uma competência clínica crucial que todos os profissionais de saúde, independentemente da sua especialidade, devem dominar. Como tal, é de relevar a formação prática sobre a: a) a abordagem a utilizar com os pacientes fumadores em diferentes fases de preparação para a cessação tabágica e o registo na ficha clínica; e b) a entrevista motivacional como uma intervenção adaptada a qualquer processo de mudança comportamental;
 - 4.3. A necessidade de incorporar nos planos de formação intervenções comportamentais e tratamento farmacológico, participando em consultas de cessação tabágica (estágio) e participação em projetos de prevenção e tratamento do tabagismo na comunidade;
 - 4.4. O modelo de aprendizagem clínica deve respeitar a integração de conhecimentos, atitudes, habilidades e competências.

5. Incrementar, de modo significativo, o número de horas destinadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo na formação académica.
6. Avaliar sistematicamente os conteúdos dos currículos de tabagismo nos cursos de formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde.

A educação formal é uma estratégia importante na promoção da cessação tabágica, pelo que será conveniente que as matrizes curriculares e a prática docente dediquem maior ênfase à aquisição de conhecimentos e habilidades de aconselhamento a todos os alunos. Tal estratégia deveria incluir treino em programas de advocacy para o controlo do tabagismo e de skills para cessação do tabagismo.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Relatório Mundial de Saúde 2010: Financiamento dos Sistemas de Saúde. Geneva: WHO; 2010. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>.
2. World Health Organization. WHO Report on the global tobacco epidemic 2015: raising taxes on tobacco. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf
3. Direção-Geral da Saúde. Fumar prejudica gravemente a sua saúde e a dos que o rodeia [Internet]. Lisboa: DGS; 2016 Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/controlo-do-tabagismo.aspx>.
4. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. Geneva: WHO; 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43818/1/9789241596282_eng.pdf.
5. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO; 2003. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf?ua=1>.
6. Portugal. Ministério dos Negócios Estrangeiros. Decreto n.º 25-A/2005, de 8 de novembro. Aprova a Convenção-Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco. Diário da República n.º 214/2005, 1º Suplemento, Série I-A de 2005-11-08; p 6456-(2) a 6456-(35).
7. Portugal. Assembleia da República. Lei n.º 109/2015, de 26 de agosto. Primeira alteração à Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto. Diário da República n.º 166/2015, Série I de 2015-08-26; p 6336 - 6369.
8. Ferrinho P, Simões J, Machado MC, George F, coords. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2012 Jan. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>.
9. Portugal. Ministério da Saúde. Despacho n.º 404/2012, de 13 de janeiro. Determina quais os programas de saúde prioritários a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde. Diário da República n.º 10/2012, Série II de 2012-01-13; p 1341 - 1342.
10. Nunes E. Programa Nacional Prevenção e Controlo do Tabagismo. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2012. Disponível em: <https://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude-prioritarios/controlo-do-tabagismo.aspx>.
11. Portugal. Assembleia da República. Lei n.º 82-A/2014, de 31 de dezembro. Aprova as Grandes Opções do Plano para 2015. Diário da República n.º 252/2014, 1º Suplemento, Série I de 2014-12-31; p 6546-(2) a 6546-(73).
12. Direção-Geral da Saúde. Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2020 [Internet]. Lisboa: DGS; 2015 maio. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpen.gine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>.
13. Portugal. Ministério da Saúde. Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio. Determina o desenvolvimento, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, de programas de saúde prioritários, entre os quais na área de Prevenção e Controlo do Tabagismo. Diário da República n.º 94/2016, Série II de 2016-05-16; p 15239 - 15239.

14. Direção-Geral da Saúde. Ajuste direto n.º 332/2015: caderno de encargos [Texto não publicado]. Lisboa: DGS; 2015.
15. Oberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet*. 2011;377(9760):139-146. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61388-8.
16. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st Century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med*. 2013 Jan 24;368:341-350. DOI: 10.1056/NEJMsa1211128.
17. Thun MJ, Carter BD, Feskanich D, Freedman, ND, Prentice R, Lopez AD, et al. 50-Year trends in smoking-related mortality in the United States. *N Engl J Med*. 2013;368(4):351-364. DOI: 10.1056/NEJMsa12111.
18. Ravara SB. The role healthcare professionals in tobacco control [Tese de doutoramento não publicada]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2016.
19. U. S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking-50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014. Disponível em: <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/full-report.pdf>.
20. Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson, M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 87 countries, 1980-2012. *JAMA*. 2014;311(2):183-192. DOI:10.1001/jama.2013.284692.
21. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Inquérito Nacional de Saúde 2014. Lisboa: INE; 2016. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2.
22. Direção-Geral da Saúde. A Saúde dos Portugueses 2016. Lisboa: DGS; 2017. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.2/18278/1/A%20Sa%C3%BAde%20dos%20Portugueses%202016.pdf>.
23. Dutra LM, Glantz SA. Electronic cigarettes and conventional cigarette use among U.S. adolescents: a cross-sectional study. *JAMA Pediatrics*. 2014;168(7):610-617. DOI:10.1001/jamapediatrics.2013.5488.
24. Royal College of Physicians. Passive smoking and children: a report by the Tobacco Advisory Group. London: RCP; 2010. Disponível em: <https://cdn.shopify.com/s/files/1/0924/4392/files/passive-smoking-and-children.pdf>.
25. World Health Organization. Tobacco Industry Interference with Tobacco Control. Geneva: WHO; 2008. Disponível em: <http://www.who.int/tobacco/publications/industry/interference/en/>.
26. U. S. Department of Health and Human Services. Preventing tobacco use among youth and young adults: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2012. Disponível em: <https://www.surgeongeneral.gov/library/r>

- [eports/preventing-youth-tobacco-use/full-report.pdf](#).
27. Fiore MC, Jaén CR, Baker TB, Bailey WC, Bennett G, Benowitz NL et al. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. *American Journal Preventive Medicine*. 2008 Aug;35(2):158-176.
 28. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2014 Jun;328:1519-1533. DOI: 10.1136/bmj.38142.554479.AE.
 29. U. S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006. Disponível em: <https://www.surgeongeneral.gov/library/reports/secondhandsmoke/fullreport.pdf>.
 30. European Commission. Special Eurobarometer 429: attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Brussels: EU; 2015 may. Disponível em: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_429_en.pdf.
 31. Fortin MF. O processo de investigação. Da concepção à realização. 5.ª ed. Loures: Lusociência; 2009.
 32. Postlethwaite T. Educational research: some basic concepts and terminology. Paris: UNESCO; 2005. Disponível em: http://www.unesco.org/iiep/PDF/TR_Mods/Qu_Mod1.pdf.
 33. Direção-Geral do Ensino Superior. Ciclos autorizados [Internet]. Lisboa: DGES; 2008. Disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/OfertaFormativa/CursosConferentesDeGrau/CEautorizados.htm>.
 34. Maroco J. Análise estatística. 2.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo; 2003.
 35. Gailmard S. Statistical modeling and inference for social science. New York: Cambridge University Press; 2014.
 36. Buendía L. Técnicas e instrumentos de recogida de datos. In Colás MP, Buendía L, orgs. Investigación educativa. 3.ª ed. Sevilla: Ediciones Alfar; 1988.
 37. Brace I. Questionnaire design. 2nd ed. London: Kogan Page; 2008.
 38. Moreira JM. Questionários: teoria e prática. Coimbra: Edições Almedina; 2009.
 39. Siniscalco MT, Auriat N. Questionnaire design. In: Kenneth NR, editor. Quantitative research methods in educational planning: module 8. Paris: International Institute for Educational Planning/UNESCO; 2005. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002145/214555E.pdf>.
 40. Schriesheim CA, Denisi AS. Item presentation as influence on questionnaire validity: a fiel experiment. *Educational and psychological measurement*. 1980;40:175-182. Disponível em: <http://epm.sagepub.com/content/40/1/175.short>.
 41. Oppenheim AN. Questionnaire design and attitude measurement. London: Heinemann Educational Books; 1972.
 42. Morales P. Medición de actitudes en psicología y educación: construcción de escalas y problemas metodológicos. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2000.

43. Edwards AL. Techniques of Attitude Scale Construction. New York: Appleton Century-Crofts; 1957.
44. Siegel S, Castellan Jr NJ. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. 2.ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
45. Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco use and cessation counseling: global health professionals survey pilot study, 10 countries, 2005. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2005 May 27;54(20):505-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15917734>.
46. Epton T, Norman P, Sheeran P, Harris PR, Webb TL, Ciravegna F, et al. A theory-based online health behavior intervention for new university students: study protocol. BMC Public Health. 2013 Feb;13(1):107. DOI:10.1186/1471-2458-13-107.
47. Dalum P, Brandt CL, Skov-Ettrup L, Tolstrup J, Kok G. The systematic development of an internet-based smoking cessation intervention for adults. Health Promot Pract. 2016; 17(4):490-500. DOI:10.1177/1524839916631536
48. Whittaker R, McRobbie H, Bullen C, Rodgers A, Gu Y. (2016). Mobile phone-based interventions for smoking cessation: review. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;11(Art. No.: CD006611). DOI: 10.1002/14651858.CD006611.pub3.
49. Direção-Geral da Saúde. Programa-tipo de actuação em cessação tabágica: Circular Normativa nº 26/DSPPS de 28 de dezembro de 2007. Lisboa: DGS; 2007. Disponível em: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-do-tabagismo/circulares-despachos-e-comunicados.aspx>
50. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care (6-12 September 1978) [Internet]. Alma-Ata: USSR. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata-declaration_en.pdf?ua=1.
51. Saraiva AG, Chaves CM, Duarte JC, Amaral MO. A dependência de tabaco em estudantes de enfermagem. Revista de Enfermagem Referência. [Internet]. 2017 Mar [citado 2017 Out 31]; serIV(12):9-18. DOI.org/10.12707/RIV16032.
52. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa – Portugal
Tel.: +351 218 430 500
Fax: +351 218 430 530
E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt



Melhor informação,
Mais saúde. |