

# 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

# – Relatório Final –

dezembro de 2016

*Jorge Bonito (Coord.)*

*Anabela Pereira*

*Carlos Albuquerque*

*Eunice Carrilho*

*Helena Cabral Marques*

*Manuel Rosas*

*Margarida Gaspar de Matos*

*Maria Manuela Oliveira*

*Marília Santos Rua*

*Mónica Condinho*

*Nuno Lunet*

*Pedro Aguiar*

*Rui Oliveira*

*Sofia Ravara*

*Vera Afreixo*



# 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

Universidade de Évora

Évora, dezembro de 2016

Portugal. Universidade de Évora  
Escola de Ciências Sociais | Departamento de Pedagogia e Educação  
Competências profissionais no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo no final da  
formação pré-graduada dos profissionais de saúde – 2016  
Relatório Final

### EDITOR

Jorge Bonito  
Departamento de Pedagogia e Educação  
Escola de Ciências Sociais  
Universidade de Évora  
Rua da Barba Rala, 1 – PITE  
7005-345 Évora  
Telefone: 266-768-050  
Telefax: 266-768-073  
Correio eletrónico: [jbonito@uevora.pt](mailto:jbonito@uevora.pt)  
Sítio Web: <http://www.uevora.pt>

### AUTORES

Jorge Bonito (Coordenador)  
Anabela Pereira  
Carlos Albuquerque  
Eunice Carrilho  
Helena Cabral Marques  
Manuel Rosas  
Margarida Gaspar de Matos  
Maria Manuela Oliveira  
Marília Santos Rua  
Mónica Condinho  
Nuno Lunet  
Pedro Aguiar  
Rui Oliveira  
Sofia Ravara  
Vera Afreixo

## ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE FIGURAS .....	5
ÍNDICE DE QUADROS .....	14
LISTA DE ABREVIATURAS.....	19
1. SUMÁRIO EXECUTIVO.....	21
2. NOTA INTRODUTÓRIA.....	24
2.1. ENQUADRAMENTO DO ESTUDO .....	24
2.2. OBJETIVOS A CONSIDERAR .....	25
2.3. PRINCIPAIS VARIÁVEIS A CONSIDERAR .....	26
2.4. CRONOGRAMA DOS TRABALHOS.....	26
3. O FENÓMENO ATUAL DO TABAGISMO.....	28
3.1. INTRODUÇÃO .....	28
3.2. COMO E PORQUÊ SE COMEÇA A FUMAR.....	29
3.3. A DEPENDÊNCIA DA NICOTINA .....	31
3.4. A QUESTÃO DOS CIGARROS ELETRÓNICOS .....	32
3.5. AS ESTRATÉGIAS DA INDÚSTRIA DO TABACO PARA PROMOVER OS SEUS PRODUTOS.	35
3.6. IMAGENS NOS MAÇOS DE TABACO: MAIS UM PASSO NA LUTA CONTRA O TABAGISMO.	36
3.7. TABAGISMO E CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS .....	38
3.8. TABAGISMO E ENFERMAGEM .....	40
3.9. TABAGISMO E MEDICINA .....	45
3.10. TABAGISMO E MEDICINA DENTÁRIA .....	52
4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO .....	55
4.1. DESENHO DO ESTUDO.....	55
4.2. POPULAÇÃO .....	55

4.3. AMOSTRAGEM.....	59
4.4. QUESTIONÁRIO.....	61
4.5. TESTAGEM PILOTO.....	65
4.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	66
4.7. APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO.....	66
4.8. ANÁLISE DA INFORMAÇÃO.....	72
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	76
5.1. MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS.....	76
5.2. LICENCIATURA EM ENFERMAGEM.....	123
5.3. MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA.....	171
5.4. MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA.....	218
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	265
6.1. CONCLUSÕES.....	265
6.2. LIMITAÇÕES.....	274
6.3. AGRADECIMENTOS.....	275
7. BIBLIOGRAFIA.....	276
APÊNDICE.....	289

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Localização dos estabelecimentos de ensino por NUTS 3. ....	56
Figura 2. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "sexo" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	77
Figura 3. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "estado civil" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	78
Figura 4. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "idade" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	78
Figura 5. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "idade com que iniciou os estudos universitários" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	79
Figura 6. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "alguma vez fumou ou consumiu produtos do tabaco" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	80
Figura 7. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "que idade tinha quando fumou ou consumiu tabaco pela primeira vez" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	81
Figura 8. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "com que idade iniciou o consumo regular de tabaco" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	82
Figura 9. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) dos fumadores e não fumadores em função do sexo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	82
Figura 10. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "fumador diário/fumador ocasional/ex-fumador" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	84
Figura 11. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "quanto tempo, depois de acordar, fuma o seu primeiro cigarro" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	86
Figura 12. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "quantos cigarros fuma por dia" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	86
Figura 13. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "está a pensar em deixar de fumar" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	87

Figura 14. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "tipo de produtos do tabaco consumidos antes de os ter consumido pela última vez" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	88
Figura 15. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "quais foram os motivos que o levaram a deixar de fumar" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	89
Figura 16. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco na residência" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	90
Figura 17. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco fora da residência" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	91
Figura 18. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "cumprimento da proibição de fumar nos edifícios escolares" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	91
Figura 19. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "cumprimento da proibição de fumar nos locais de práticas clínicas" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	92
Figura 20. Concordância, discordância e desconhecimento / indecisão relativamente à dimensão IV (atitudes e perceções) para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	98
Figura 21. Distribuição dos valores modais da dimensão IV (atitudes e perceções) para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	99
Figura 22. Preparação relativamente aos conteúdos teóricos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	106
Figura 23. Distribuição dos valores modais da dimensão V (perceções sobre a formação teórica recebida) para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	106
Figura 24. Preparação relativamente aos conteúdos práticos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	109
Figura 25. Perceções sobre a aquisição de competências em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo.....	114
Figura 26. Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	115
Figura 27. Número de horas, estimado, utilizado na formação académica para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	118

Figura 28. Anos do curso em que a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	120
Figura 29. Temas que deveriam ser trabalhados durante a formação académica com mais tempo ou de outro modo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	120
Figura 30. Técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	121
Figura 31. Aumento da carga horária e do modo de ensino dos temas relacionados com o tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	122
Figura 32. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “sexo” para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	124
Figura 33. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “estado civil” para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	125
Figura 34. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “Idade” para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	125
Figura 35. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “idade com que iniciou os estudos universitários” para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	126
Figura 36. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “alguma vez fumou ou consumiu produtos do tabaco” para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	127
Figura 37. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “que idade tinha quando fumou ou consumiu tabaco pela primeira vez” para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	128
Figura 38. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “com que idade iniciou o consumo regular de tabaco” para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	129
Figura 39. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) dos fumadores e não fumadores, em função do sexo para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	130
Figura 40. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “fumador diário/fumador ocasional/ex-fumador” para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	131
Figura 41. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “Quanto tempo, depois de acordar, fuma o seu primeiro cigarro” para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	134
Figura 42. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “Quantos cigarros fuma por dia” para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	134

Figura 43. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "está a pensar em deixar de fumar" para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	135
Figura 44. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "tipo de produtos do tabaco consumidos antes de os ter consumido pela última vez" para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	136
Figura 45. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "quais foram os motivos que o levaram a deixar de fumar" para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	137
Figura 46. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco na residência" para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	138
Figura 47. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco fora da residência" para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	138
Figura 48. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "cumprimento da proibição de fumar nos edifícios escolares" para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	139
Figura 49. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "cumprimento da proibição de fumar nos locais de práticas clínicas" para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	140
Figura 50. Concordância, discordância e desconhecimento / indecisão relativamente à dimensão IV (atitudes e perceções) para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	146
Figura 51. Distribuição dos valores modais da dimensão IV (atitudes e perceções) para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	147
Figura 52. Preparação relativamente aos conteúdos teóricos recebidos durante a formação académica para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	154
Figura 53. Distribuição dos valores modais da dimensão V (perceções sobre a formação teórica recebida) para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	154
Figura 54. Preparação relativamente aos conteúdos práticos recebidos durante a formação académica para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	157
Figura 55. Perceções sobre a aquisição de competências em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	162
Figura 56. Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	162

Figura 57. Número de horas, estimado, utilizado na formação académica para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	166
Figura 58. Anos do curso em que a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	168
Figura 59. Temas que deveriam ser trabalhados durante a formação académica com mais tempo ou de outro modo para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	168
Figura 60. Técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	169
Figura 61. Aumento da carga horária e do modo de ensino dos temas relacionados com o tabagismo para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	170
Figura 62. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Sexo" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	172
Figura 63. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Estado civil" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	173
Figura 64. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Idade" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	173
Figura 65. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "idade com que iniciou os estudos universitários" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	174
Figura 66. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem para a variável "alguma vez fumou ou consumiu produtos do tabaco" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	175
Figura 67. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "que idade tinha quando fumou ou consumiu tabaco pela primeira vez" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	176
Figura 68. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "com que idade iniciou o consumo regular de tabaco" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	177
Figura 69. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) dos fumadores e não fumadores em função do sexo. ....	177
Figura 70. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "fumador diário/fumador ocasional/ex-fumador" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	179
Figura 71. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "quanto tempo, depois de acordar, fuma o seu primeiro cigarro" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	181

Figura 72. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “quantos cigarros fuma por dia” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	182
Figura 73. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “está a pensar em deixar de fumar” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	182
Figura 74. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “tipo de produtos do tabaco consumidos antes de os ter consumido pela última vez” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	183
Figura 75. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “quais foram os motivos que o levaram a deixar de fumar” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	184
Figura 76. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “método usado para deixar de fumar” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	185
Figura 77. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco na residência” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	186
Figura 78. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco fora da residência” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	186
Figura 79. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “Cumprimento da proibição de fumar nos edifícios escolares” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	187
Figura 80. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “cumprimento da proibição de fumar nos locais de práticas clínicas” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	188
Figura 81. Concordância, discordância e desconhecimento / indecisão relativamente à dimensão IV (atitudes e perceções) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	194
Figura 82. Distribuição dos valores modais da dimensão IV (atitudes e perceções) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	194
Figura 83. Preparação relativamente aos conteúdos teóricos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	201
Figura 84. Distribuição dos valores modais da dimensão V (perceções sobre a formação teórica recebida) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	202
Figura 85. Preparação relativamente aos conteúdos práticos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	204

Figura 86. Perceções sobre a aquisição de competências em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	209
Figura 87. Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	210
Figura 88. Número de horas, estimado, utilizado na formação académica para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	213
Figura 89. Anos do curso em que a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	215
Figura 90. Temas que deveriam ser trabalhados durante a formação académica com mais tempo ou de outro modo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	215
Figura 91. Técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	216
Figura 92. Aumento da carga horária e do modo de ensino dos temas relacionados com o tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	217
Figura 93. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "sexo" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	219
Figura 94. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "estado civil" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	220
Figura 95. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "idade" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	220
Figura 96. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "idade com que iniciou os estudos universitários" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	221
Figura 97. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "alguma vez fumou ou consumiu produtos do tabaco" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	222
Figura 98. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "que idade tinha quando fumou ou consumiu tabaco pela primeira vez" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	223
Figura 99. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "com que idade iniciou o consumo regular de tabaco" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	224

Figura 100. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para os não fumadores, ex-fumadores, fumadores ocasionais e fumadores diários, em função do sexo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária .....	225
Figura 101. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “fumador diário/fumador ocasional/ex-fumador” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	226
Figura 102. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “quanto tempo, depois de acordar, fuma o seu primeiro cigarro” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	229
Figura 103. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “quantos cigarros fuma por dia” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	229
Figura 104. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “está a pensar em deixar de fumar” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	230
Figura 105. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “tipo de produtos do tabaco consumidos antes de os ter consumido pela última vez” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	231
Figura 106. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “quais foram os motivos que o levaram a deixar de fumar” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	231
Figura 107. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco na residência” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	232
Figura 108. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco fora da residência” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	233
Figura 109. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “cumprimento da proibição de fumar nos edifícios escolares” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	233
Figura 110. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “cumprimento da proibição de fumar nos locais de práticas clínicas” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	234
Figura 111. Concordância, discordância e desconhecimento / indecisão relativamente à dimensão IV (atitudes e perceções) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	240
Figura 112. Distribuição dos valores modais da dimensão IV (atitudes e perceções) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	240

Figura 113. Preparação relativamente aos conteúdos teóricos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	247
Figura 114. Distribuição dos valores modais da dimensão V (perceções sobre a formação teórica recebida) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	248
Figura 115. Preparação relativamente aos conteúdos práticos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	251
Figura 116. Perceções sobre a aquisição de competências em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	256
Figura 117. Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	257
Figura 118. Número de horas, estimado, utilizado na formação académica para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	260
Figura 119. Anos do curso em que a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	262
Figura 120. Temas que deveriam ser trabalhados durante a formação académica com mais tempo ou de outro modo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	262
Figura 121. Técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	263
Figura 122. Aumento da carga horária e do modo de ensino dos temas relacionados com o tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	264

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Cronograma do estudo.....	27
Quadro 2. Número de estabelecimentos de ensino superior participantes no estudo, distribuídos pelas NUTS 3. ....	57
Quadro 3. Relação do número de instituições que oferecem os cursos considerados e das que acederam em participar no estudo.....	58
Quadro 4. População de estudantes dos quatro cursos e respetiva amostra.....	61
Quadro 5. Dimensões do questionário, número e tipo itens associados. ....	63
Quadro 6. Resumo da consistência interna dos itens subjacentes às dimensões do questionário.....	65
Quadro 7. Dados referentes ao curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	68
Quadro 8. Dados referentes ao curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	68
Quadro 9. Dados referentes ao curso de Mestrado Integrado em Medicina ....	71
Quadro 10. Dados referentes ao curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	71
Quadro 11. Dados referentes ao número de alunos e de questionários recebidos da totalidade dos cursos/instituições. ....	72
Quadro 12. Erro amostral por curso.....	72
Quadro 13. Critérios de recomendação de fiabilidade estimada pelo Alfa de Cronbach.....	73
Quadro 14. Quantificação da significância.....	75
Quadro 15. Fiabilidade interna dos itens com escala ordinal, para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	76
Quadro 16. Experimentação de produtos de tabaco em relação ao sexo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	80
Quadro 17. Motivos para se ter começado a fumar para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ...	83
Quadro 18. Tipo de consumo de tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	84
Quadro 19. Comportamento tabágico, nos últimos 30 dias, relativo a alguns produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	85
Quadro 20. Associações entre variáveis das Dimensões I-III para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	93

Quadro 21. Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	94
Quadro 22. Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	94
Quadro 23. Atitudes e perceções relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	96
Quadro 24. Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	100
Quadro 25. Perceções sobre a formação prática recebida para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	107
Quadro 26. Modelo de regressão logística para a variável "Competência Para Intervir" (CPI) para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	110
Quadro 27. Área sob a curva: Variável(is) do resultado do Teste para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	111
Quadro 28. Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	112
Quadro 29. Associações entre variáveis das Dimensões IV, V, VI e VII para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	116
Quadro 30. Associação entre a competência para intervir e outras variáveis para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.....	117
Quadro 31. Associação entre o número de horas dedicadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, as atitudes e perceções sobre aspetos do tabagismo, a formação recebida e a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. ....	119
Quadro 32. Fiabilidade interna dos itens com escala ordinal para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	123
Quadro 33. Experimentação de produtos de tabaco em relação ao sexo para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	127
Quadro 34. Motivos para se ter começado a fumar para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	131
Quadro 35. Tipo de consumo de tabaco para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	132

Quadro 36. Comportamento tabágico, nos últimos 30 dias, relativo a alguns produtos do tabaco para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	132
Quadro 37. Associações entre variáveis das Dimensões I-III para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	141
Quadro 38. Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	142
Quadro 39. Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	142
Quadro 40. Atitudes e percepções relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	143
Quadro 41. Percepções sobre a formação teórica recebida para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	148
Quadro 42. Percepções sobre a formação prática recebida para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	155
Quadro 43. Modelo de regressão logística para a variável "Competência Para Intervir" (CPI) para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	158
Quadro 44. Área sob a curva: Variável(is)do resultado do Teste para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	159
Quadro 45. Percepções sobre a aquisição de competências para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	160
Quadro 46. Associações entre variáveis das Dimensões IV, V, VI e VII para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	164
Quadro 47. Associação entre a competência para intervir e outras variáveis para o curso de Licenciatura em Enfermagem.....	165
Quadro 48. Associação entre o número de horas dedicadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, as atitudes e percepções sobre aspetos do tabagismo, a formação recebida e a aquisição de competências para o curso de Licenciatura em Enfermagem. ....	167
Quadro 49. Fiabilidade interna dos itens com escala ordinal para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	171
Quadro 50. Experimentação de produtos de tabaco em relação ao sexo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	175
Quadro 51. Motivos para se ter começado a fumar para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	178
Quadro 52. Tipo de consumo de tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	179
Quadro 53. Comportamento tabágico, nos últimos 30 dias, relativo a alguns produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	180
Quadro 54. Associações entre variáveis das Dimensões I-III para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	189
Quadro 55. Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	189

Quadro 56. Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	190
Quadro 57. Atitudes e perceções relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	191
Quadro 58. Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	196
Quadro 59. Perceções sobre a formação prática recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	202
Quadro 60. Modelo de regressão logística para a variável "Competência Para intervir" (CPI) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	205
Quadro 61. Área sob a curva: Variável(is)do resultado do Teste para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	206
Quadro 62. Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	207
Quadro 63. Associações entre variáveis da Dimensão IV, V, VI e VII para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	211
Quadro 64. Associação entre a competência para intervir e outras variáveis para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.....	212
Quadro 65. Associação entre o número de horas dedicadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, as atitudes e perceções sobre aspetos do tabagismo, a formação recebida e a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. ....	214
Quadro 66. Fiabilidade interna dos itens com escala ordinal para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	218
Quadro 67. Experimentação de produtos de tabaco em relação ao sexo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	222
Quadro 68. Motivos para se ter começado a fumar para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	226
Quadro 69. Tipo de consumo de tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	227
Quadro 70. Comportamento tabágico, nos últimos 30 dias, relativo a alguns produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.....	227
Quadro 71. Associações entre variáveis das Dimensões I-III para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	235
Quadro 72. Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	235

Quadro 73. Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. .....	236
Quadro 74. Atitudes e percepções relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	237
Quadro 75. Percepções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.	242
Quadro 76. Percepções sobre a formação prática recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.	249
Quadro 77. Modelo de regressão logística para a variável “Competência Para Intervir” (CPI) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	252
Quadro 78. Área sob a curva: Variável(is) do resultado do Teste para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	253
Quadro 79. Percepções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. .....	254
Quadro 80. Associações entre variáveis da Dimensão IV, V, VI e VII para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	258
Quadro 81. Associação entre a competência para intervir e outras variáveis para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	259
Quadro 82. Associação entre o número de horas dedicadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, as atitudes e percepções sobre aspetos do tabagismo, a formação recebida e a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. ....	261

## LISTA DE ABREVIATURAS

AcF – Acompanhamento Farmacoterapêutico

*CDC – Centers for Disease Control*

CF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

*CPHA – Canadian Public Health Association*

DP – Desvio Padrão

FAT – Fumo Ambiental do Tabaco

DGS – Direção-Geral da Saúde

E – Licenciatura em Enfermagem

M – Mestrado Integrado em Medicina

MD – Mestrado Integrado em Medicina Dentária

MDF – Medicina Geral e Familiar

OE – Ordem dos Enfermeiros

OF – Ordem dos Farmacêuticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não-governamental

REPE – Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro

SNS – Serviço Nacional de Saúde

*WHO – World Health Organization*



## 1. SUMÁRIO EXECUTIVO

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, foi algo reconhecido 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. 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 (WHO, 2010). Daqui resulta que a saúde se transforma, frequentemente, num tema de preocupação à escala mundial, ainda mais se tivermos 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, cerebrovasculares, respiratórias, e, em praticamente todos os sistemas do organismo (WHO, 2015), o que, segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS) pode levar à morte prematura, ou seja, antes dos 70 anos de idade (DGS, 2016). 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 de SIDA, malária e tuberculose somadas, devendo mesmo subir para os oito milhões até 2030. 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 neste domínio, canalizando, sem qualquer restrição e de forma prioritária, recursos e meios de suporte à sua prevenção e tratamento.

Neste contexto, a matriz estruturante que deu corpo à redação do presente Relatório Final (RF) assume quatro grandes convicções que, no essencial, subentendem quatro focos prioritários: a) acreditamos que a prevenção e o combate ao consumo de tabaco é uma verdadeira prioridade nacional; b) acreditamos que 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; c) acreditamos que as medidas mais viáveis e eficazes para reduzir o consumo de tabaco sejam 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; e, finalmente, d) acreditamos que uma das melhores formas de potenciar a prevenção e o combate ao consumo de tabaco, passa por também dotar 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 decisões quando forem chamados a intervir.

Em concordância com estas prioridades e tendo em consideração a estrutura selecionada para a concretização deste documento, organizou-se este RF em seis grandes capítulos: em primeiro lugar, em *nota introdutória*, procede-se à contextualização do enquadramento do estudo, à descrição dos objetivos, bem como das principais variáveis a considerar, tendo como pano de fundo o cronograma dos trabalhos; apresenta-se de seguida a contextualização do *fenómeno atual do tabagismo* através da explicitação de como e porque se começa a fumar, dando igualmente ênfase a outros fundamentos teóricos cruciais para a compreensão deste fenómeno, como sejam a dependência da nicotina, a questão dos cigarros eletrónicos, as estratégias da indústria do tabaco para promover os seus produtos, as imagens nos maços de tabaco como um passo na luta contra o tabagismo, ou mesmo o conhecimento da realidade curricular associada à vertente da prevenção e do tratamento do tabagismo na formação pré-graduada dos futuros profissionais de saúde que frequentam os cursos de ciências farmacêuticas, enfermagem, medicina e medicina dentária; a segunda parte do

relatório, centrada na componente dos *materiais e métodos de suporte à investigação* que foi levada a efeito, recai sobre a delimitação do desenho do estudo, da caracterização da população e técnicas de amostragem. Já a componente dos materiais de suporte à recolha da informação, descreve, em detalhe, as dimensões e os respetivos itens que incorporaram o questionário, os pressupostos inerentes ao estudo piloto, bem como os procedimentos éticos e análise estatística da informação tida em consideração; no quinto capítulo espelham-se, objetivamente, os resultados obtidos pelo estudo em cada um dos cursos em avaliação, tendo como referência a seguinte codificação: CF – Ciências Farmacêuticas; E – Enfermagem; M – Medicina; e MD – Medicina Dentária; No último capítulo, tendo por referência os sete objetivos que delimitaram este trabalho de pesquisa (cf. Capítulo 2.2.), é processado: o enquadramento minucioso das conclusões; os principais resultados encontrados, subjacentes a cada um dos cursos em avaliação; e o elencar de um conjunto de recomendações fundamentadas na evidência dos próprios resultados.

Finalizando, gostaríamos de salientar que apesar das precauções vincadas neste relatório, a mensagem central do mesmo é de algum otimismo. Entendemos 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 coresponsabilização 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 contribuem para a diminuição dos gastos financeiros que o tratamento das complicações do tabagismo acarreta, e que, de forma alguma, não devem ser menosprezados, isto se tomarmos em consideração que o financiamento da saúde é uma parte importante dos esforços mais gerais para garantir proteção social para todos. Fazemos sinceros votos para que os resultados obtidos e o conjunto de recomendações disponibilizadas neste RF possam orientar os que têm que tomar decisões sobre que estratégias e políticas devem ser adotadas na direção correta.

## 2. NOTA INTRODUTÓRIA

### 2.1. ENQUADRAMENTO DO ESTUDO

A Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, alterada pela Lei n.º 109/2015, de 26 de agosto, aprovou 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. Como medidas de prevenção e controlo do tabagismo (Capítulo VII), define-se no art.º 20.º, n.º 4, que “a temática da prevenção e do tratamento do uso e da dependência do tabaco deve fazer parte dos *curricula* da formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde, em particular dos médicos, dos médicos dentistas, dos farmacêuticos e dos enfermeiros, enquanto agentes privilegiados de educação e promoção da saúde”.

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”.

Para a realização deste trabalho concorreram as experiências de uma equipa multicêntrica e multidisciplinar, associada a instituições de ensino superior e a outras organizações, a saber: AcF – Acompanhamento Farmacoterapêutico; 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).

Este relatório dá conta dos trabalhos desenvolvidos e dos principais resultados encontrados.

## **2.2. OBJETIVOS A CONSIDERAR**

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

- a) Avaliar, na perspetiva dos estudantes, as características da formação recebida sobre a prevenção e o tratamento do tabagismo;
- b) 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 fumo ambiental do tabaco (FAT);
- c) Avaliar os conhecimentos dos alunos sobre os efeitos na saúde associados ao consumo de tabaco e à exposição ao FAT;
- d) Avaliar as atitudes dos alunos relativamente ao seu papel profissional futuro, em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo;
- e) Avaliar a perceção dos alunos relativamente às competências profissionais adquiridas em matérias de prevenção e tratamento do tabagismo;
- f) Avaliar as necessidades de formação dos alunos para a intervenção em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo; e
- g) 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.

### **2.3. PRINCIPAIS VARIÁVEIS A CONSIDERAR**

A DGS considerou as seguintes variáveis do estudo:

- 1) Informação sociodemográfica;
- 2) Comportamento face ao consumo de tabaco e prevalência do consumo e da exposição ao FAT;
- 3) Atitudes dos estudantes face a diferentes aspetos relacionados com o acesso aos produtos do tabaco, com o consumo e a exposição ao FAT;
- 4) Nível de conhecimentos técnicos em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo;
- 5) Atitudes dos estudantes face ao seu papel, enquanto futuros profissionais de saúde, para a intervenção nesta área;
- 6) Perceção sobre as competências adquiridas em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo;
- 7) Identificação de necessidades de formação nesta área; e
- 8) Características de formação recebida durante o curso sobre a intervenção na prevenção e tratamento do tabagismo.

### **2.4. CRONOGRAMA DOS TRABALHOS**

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, seguindo-se o cronograma do Quadro 1.

Quadro 1. Cronograma do estudo.

FASES DO ESTUDO		2016 (meses)											
		F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
ESTUDO SINCRÓNICO	Definição da amostragem	■											
	Construção e validação do instrumento de recolha de informação		■	■	■								
	Contactos com os estabelecimentos de ensino superior	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
	Aplicação dos questionários	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
	Tratamento e análise da informação							■	■	■	■	■	■
RELATÓRIOS	Primeiro relatório de progresso				■								
	Segundo relatório de progresso									■			
	Relatório final											■	■

## 3. O FENÓMENO ATUAL DO TABAGISMO

### 3.1. INTRODUÇÃO

O tabagismo é classificado pela OMS como a principal causa evitável de doença e de morte, sobretudo nos países desenvolvidos (WHO, 2004a), representando, em todo o mundo, um problema de saúde pública (GTSS Collaborative Group, 2006; Warren, Sinha, Lee, Lea & Jones, 2011). O consumo de tabaco é responsável, aproximadamente, por cinco milhões de mortes por ano (Warren, Sinha, Lee, Lea & Jones, 2011). Continuando esta tendência, a OMS estima um aumento da mortalidade atingindo cerca de oito milhões por ano em 2030 (Ghimire, Sharma, Niraula, Devkota & Pradhan, 2013; Warren, Sinha, Lee, Lea & Jones, 2011). A OMS prevê, para 2020, que o tabaco se torne a maior causa de invalidez e mortalidade, causando mais mortes que o VIH, a tuberculose, a mortalidade infantil, os acidentes de viação, entre outros (WHO, 1996).

A nível mundial estima-se que a nicotina seja a segunda substância psicoativa mais consumida – 1,2 mil milhões de fumadores maiores de 15 anos. Há uma maior prevalência de homens fumadores do que mulheres (48% vs. 12%), a nível global, mas as diferenças são bem menores nos países desenvolvidos onde cerca de um quarto das mulheres fumam (Corrao, Guidon, Sharma & Shokoohi, 2000). Nestes países, a prevalência de fumadores tem vindo a aumentar (Ghimire, Sharma, Niraula, Devkota & Pradhan, 2013; Warren, Sinha, Lee, Lea & Jones, 2011). É um facto estabelecido que o consumo de tabaco está associado a muitas doenças fatais que podem ser prevenidas (Binnal, Rajesh, Denny & Ahmed, 2012).

Em 2013, o consumo de tabaco foi responsável por mais de 12.000 mortes em Portugal, o que representa cerca de 11% das mortes registadas nesse ano (Nunes & Narigão, 2016). Este dado torna-se ainda mais assustador quando sabemos que, de acordo com as fases de epidemia tabágica caracterizadas por Lopez, Collishaw e Piha, em 1994, Portugal se situa na fase 2 e 3, o que significa um expectável aumento da morbi-mortalidade associada ao consumo de tabaco nos próximos anos. Parece, pois, sensato e essencial que se tomem medidas mais eficazes de controlo e prevenção do

tabagismo, a bem da Saúde Pública em Portugal. Da perspetiva dos profissionais de saúde, tal passa, necessariamente, por um maior envolvimento e sensibilização de todos para a prevenção e controlo do tabagismo na sua prática profissional do dia-a-dia.

O cigarro e o fumo do cigarro são um verdadeiro *“cocktail”* de substâncias tóxicas que provocam de modo, direto ou indireto, diversas formas de cancro, doença pulmonar obstrutiva crónica, doenças cardiovasculares e complicações na gravidez (Edwards, 2004). Por outro lado, a investigação tem demonstrado haver uma relação entre o comportamento de fumar e diversas perturbações psicopatológicas, o que torna este problema um enorme desafio para os serviços de saúde.

Como se começa a fumar e o porquê de as pessoas fumarem são questões pertinentes para a compreensão deste fenómeno. A dependência que o tabaco provoca está relacionada com os efeitos da nicotina a nível neurobiológico, com a associação entre comportamento de fumar e outros comportamentos do indivíduo e com os fatores sociais relacionados com a facilitação, aceitação social e promoção do consumo.

### **3.2. COMO E PORQUÊ SE COMEÇA A FUMAR**

A adolescência é o período desenvolvimental em que a maioria dos jovens inicia o consumo de tabaco. Estima-se que na faixa etária entre os 12 e os 14 anos ocorrem as primeiras experiências e por volta dos 17 anos já esteja instalada a dependência à nicotina (Jarvis, 2004). Alguns autores defendem que a iniciação tabágica ocorre devido a uma interação entre o indivíduo e o meio (Lima, 1999; Lloyd-Richardson, Papandonatos, Kazura, Stanton, Niaura, 2002), nomeadamente através de fatores pessoais e sociais.

No grupo dos fatores pessoais, são incluídos os sociodemográficos (ser menor de 15 anos, disfunção familiar, absentismo escolar e baixo rendimento escolar); fatores psicológicos (stress e ansiedade, problemas de aprendizagem, problemas de comportamento, controlo do peso, procura

de novas sensações); fatores cognitivos e psicossociais (atitudes favoráveis ou desfavoráveis em relação aos efeitos do tabaco, normas subjetivas, sensação de autoeficácia) e outros aspetos relacionados com os comportamentos de saúde (consumo de álcool ou inatividade física). Os fatores sociais e culturais relacionam-se com as influências do meio, tais como a aceitabilidade social do hábito de fumar (pais fumadores), a influência social normativa e informativa, a publicidade, a acessibilidade e promoção do consumo (Ariza & Nebot, 2004; Becoña, Palomares & García, 1994).

A aquisição do hábito de fumar é um processo que se desenvolve gradualmente e passa por diversas fases; a preparação; a iniciação / experimentação; a habituação e a manutenção / dependência (Precioso, 1999).

A fase de preparação é caracterizada pelas primeiras aprendizagens através da observação e/ou imitação de figuras modelo (pais, irmãos, ídolos), pela exposição à publicidade e ao marketing apelativo. A criança ou o jovem vai formando uma crença acerca das consequências (positivas) e aceitabilidade social deste comportamento. Na fase de iniciação, o comportamento é experimentar fumar. Nesta fase, domina a curiosidade natural pelo cigarro, o desafio de experimentar e a influência dos amigos / primos ou irmãos mais velhos. A necessidade que o jovem sente de fumar passa pela importância de se integrar no grupo.

A fase seguinte caracteriza-se pela passagem do consumo ocasional (só em ocasiões pontuais como festas, por exemplo) para um consumo mais regular, ou seja, um comportamento organizado de acordo com algumas rotinas bem estabelecidas, por exemplo, fumar só aos fins de semana, fumar quando está com os amigos ou nas saídas à noite, entre outros contextos. Este comportamento vai-se tornando uma rotina e a frequência de consumo vai aumentando até chegar a fumar diariamente, ainda que poucos cigarros.

Os fatores determinantes para a aquisição do hábito estão relacionados com o comportamento dos amigos, a pressão para o consumo e a dificuldade em rejeitar as ofertas, bem como as crenças ou mitos ligados ao tabaco (por exemplo, “o tabaco acalma”; “o tabaco ajuda a estudar”; “dá confiança”; “ajuda a controlar o peso”). Paralelamente, a disponibilidade, o baixo custo e o fácil acesso

(máquinas de venda automáticas em locais públicos) são fatores cruciais para o aumento do consumo. Por último, surge a fase de dependência. A nicotina é uma droga altamente aditiva e, rapidamente, o jovem começa a associar determinado tipo de comportamento ou situação com o gesto de pegar num cigarro e fumar, criando uma sensação de prazer imediato, de acalmia ou de “bem-estar”. Estas experiências repetidas no tempo consolidam-se e o jovem inicia o seu percurso de dependência da nicotina por muitos anos. Apesar de muitos adolescentes e adultos referirem sentir prazer em fumar, também referem sentir uma necessidade intensa de fumar (impulso), muita dificuldade em largar o cigarro, ficar mais irritado ou nervoso, ficar mais inquieto e ter dificuldades de concentração ou problemas de sono (sintomas de privação). Quanto mais dependente da nicotina um indivíduo for, mais intensos são estes sintomas e mais difícil é deixar de fumar.

### **3.3. A DEPENDÊNCIA DA NICOTINA**

A dependência é considerada uma alteração da função cerebral ocasionada pelo consumo de substâncias psicoativas. Estas substâncias afetam os processos cerebrais normais da sensação, percepção, das emoções e da motivação (WHO, 2004b). As substâncias psicoativas mais comuns podem ser divididas em depressoras (álcool, sedativos / hipnóticos, solventes voláteis), estimulantes (nicotina, cocaína, anfetaminas, *ecstasy*), opióides (morfina e heroína) e alucinogénios (*cannabis*, *LSD*). Todas estas substâncias afetam de alguma forma regiões cerebrais ligadas ao sistema límbico (implicadas na motivação e aprendizagem de importantes estímulos ambientais e no reforço do comportamento que produz consequências agradáveis como prazer) e ao córtex pré-frontal (controlo do comportamento e pensamento).

O cérebro tem sistemas que se desenvolvem para orientar e dirigir o comportamento para estímulos vitais para a sobrevivência. Por exemplo, estímulos associados a alimentos, água ou parceiros sexuais ativam vias específicas e reforçam os comportamentos que levam à obtenção dos objetos correspondentes (sistemas de recompensa). As substâncias psicoativas ativam artificialmente tais

vias (sistema límbico, cíngulo anterior e córtex pré-frontal), mas de uma maneira muito forte resultando em motivação reforçada para a continuação de tal comportamento (por exemplo, “sinto muito prazer em fumar depois de uma boa refeição”). Com a exposição repetida (processo de sensibilização), a associação torna-se cada vez mais forte (envolvendo os sistemas de memória) suscitando uma maior resposta comportamental. Através de processos de aprendizagem (imitação / modelagem), a motivação para o consumo pode ser fortemente ativada por estímulos (meio ambiente, pessoas, situações) provocando um desejo de consumir que, no limite, acaba por dominar completamente as pessoas alterando o seu comportamento.

A nicotina provoca efeitos diferentes de indivíduo para indivíduo – estimula, especialmente em situações aborrecidas, e acalma em situações stressantes. O indivíduo aprende a associar “fumar cigarros” ou “dar umas passas” a certas situações, por exemplo, depois das refeições, na pausa para o café, na companhia de amigos ou simplesmente para passar o tempo. Os cigarros são também o objeto preferencial para ocupar as mãos, podendo funcionar como um facilitador de contactos sociais através da partilha de cigarros.

### ***3.4. A QUESTÃO DOS CIGARROS ELETRÓNICOS***

O cigarro eletrónico tem sido anunciado como uma alternativa ao cigarro convencional, com um aspeto muito semelhante e que reproduz o ato de fumar. Trata-se de um dispositivo que introduz a nicotina no organismo através da inalação de um líquido que é aquecido. Para além da nicotina, os principais constituintes da solução líquida são o propileno glicol (usado para produzir vapor), glicerol e aromatizantes. Estamos perante um fenómeno novo que, por um lado, incentiva e promove o consumo e a dependência de nicotina junto dos mais jovens e, por outro lado, facilita o processo de normalização social do ato de fumar, na medida em que é fomentado o seu uso em espaços fechados, públicos e privados.

Este tema tem sido objeto de discussão a nível mundial, incidindo o seu debate e reflexão em torno de três questões essenciais (Dautzenberg, France, & Office Francais de Prevention du Tabagisme, 2013):

- 1) Risco para a saúde dos utilizadores do cigarro eletrónico;
- 2) O impacto negativo sobre os esforços de controlo e prevenção do tabaco;
- 3) A dependência da nicotina e a eficácia da cessação tabágica.

A OMS, em 2014, publicou um relatório com as evidências atuais sobre o cigarro eletrónico, no sentido de informar e alertar a população para os eventuais riscos para a saúde e contribuir para uma maior tomada de consciência sobre este novo desafio à saúde pública mundial (WHO, 2014). Segundo a OMS, existe o risco de inalação de elevadas quantidades de nicotina num curto espaço de tempo podendo resultar em processos de intoxicação – variáveis de pessoa para pessoa, em função das características do produto, da profundidade de inalação (comportamento de fumar) e da concentração da solução de nicotina.

Como já foi referido, a nicotina é uma droga psicoativa, com um elevado poder de gerar dependência (seja qual for a quantidade inalada) e com múltiplos efeitos nefastos para o organismo. Embora a nicotina em si não seja um carcinogéneo, pode funcionar como um “promotor de células tumorais” (ou seja, contribui para o aparecimento de cancro) e também tem um papel importante nos processos neurodegenerativos (aparecimento precoce de disfunções cognitivas e demências). Hoje em dia existe evidência científica suficiente para advertir as crianças e adolescentes, grávidas e a população em geral para o risco real que a nicotina provoca no organismo a médio e longo prazo e, em particular, a nível do sistema nervoso central. Um outro risco para a saúde é uma *overdose* por ingestão excessiva ou contacto dérmico de nicotina.

Existe um conjunto de evidências, com base na avaliação dos componentes químicos usados nos líquidos e em aerossol, que apontam no sentido do potencial nível de toxicidade celular de algumas soluções e da inalação de micropartículas muito semelhante às do cigarro convencional. Foram já

identificados os seguintes compostos químicos nos cigarros eletrónicos: formaldeído, acetaldeído, acroleína, dietilenoglicol, níquel, crómio e chumbo.

Relativamente à exposição ambiental, o fumo não é apenas “vapor de água”, como é frequentemente afirmado na comercialização deste produto. Os estudos epidemiológicos efetuados até à data apontam no sentido de haver efeitos adversos para a saúde, nomeadamente a inalação de micropartículas e de nicotina pelos não fumadores. São uma ameaça real para as crianças e adolescentes, mas também para os fetos e bebés.

A introdução deste produto no mercado pode ter um forte impacto negativo nas medidas de controlo e prevenção do tabagismo, pelo que requer a atenção de todos nós. O efeito junto dos mais jovens, pela iniciação da utilização de nicotina, supostamente “mais saudável” ou “de menor risco”, leva a um aumento progressivo do consumo e conseqüentemente da dependência desta substância. O risco do começar a fumar cigarros eletrónicos e passar posteriormente para os cigarros convencionais é muito elevado. O efeito de vulgarização do ato de fumar, sobretudo em espaços fechados, faz com que este comportamento pareça normal e até mais atrativo, principalmente junto dos mais jovens, ajudando, dessa forma, a perpetuar a epidemia tabágica.

A estratégia de venda deste produto passa por transmitir a ideia de que o cigarro eletrónico é um produto “menos tóxico” do que o cigarro convencional. É incentivada pela presença de testemunhos médicos para dar maior credibilidade, pelo apoio de celebridades para difundir e dar maior visibilidade à mensagem e pelo uso de sabores agradáveis que, como se sabe, aumentam o poder aditivo do produto. Quanto à eficácia para ajudar a deixar de fumar e, em última instância, para o fim da dependência da nicotina, as conclusões são muito limitadas e em alguns estudos os resultados são duvidosos. Ainda não está comprovado que seja um método fiável para a cessação tabágica. Apesar da publicidade enganosa e das campanhas de marketing agressivas, todos os fumadores devem ser motivados no sentido de tomarem uma decisão de abandonar o tabaco e desta forma se libertarem da dependência da nicotina.

Os serviços de saúde são o espaço indicado para obter um tratamento efetivo e adequado a cada caso, com o apoio e supervisão de profissionais de saúde habilitados e tecnicamente treinados para esse efeito.

### ***3.5. AS ESTRATÉGIAS DA INDÚSTRIA DO TABACO PARA PROMOVER OS SEUS PRODUTOS***

A publicidade, a promoção e o patrocínio dos produtos de tabaco são as estratégias mais importantes da indústria tabaqueira para iniciar e manter os consumos dos seus produtos em diferentes setores da sociedade, nomeadamente através da introdução de marcas aromatizadas e a publicidade nos pontos de venda. Em relação ao primeiro ponto, a indústria tabaqueira tem a clara noção de que o primeiro contato dos adolescentes com o cigarro é uma experiência desagradável, pelo efeito aversivo da nicotina. Uma das muitas estratégias da indústria para promover o início do consumo é a introdução de marcas aromatizadas com sabores mais agradáveis (por exemplo, mentol, chocolate, entre outros) facilitando, assim, a experimentação e aumentando as probabilidades para o consumo regular e, conseqüentemente, para a dependência da nicotina. O *marketing* encarrega-se de induzir nos jovens a ideia de um produto que apela à aventura, rebeldia, independência, confiança, autoafirmação, como se fosse um “passaporte” para a vida adulta.

O ponto de venda é um importante canal de comunicação com o consumidor. O bom posicionamento do produto no interior de uma loja gera visibilidade. De todos os locais disponíveis dentro de uma loja, a zona junto ao caixa é a única posição que tem quase 100% de trânsito garantido, mesmo que o consumidor não tenha comprado nada, é a área mais valorizada e disputada por todos os fornecedores de qualquer categoria de produto. Pela sua importância e valorização, a parede do fundo ou a área de saída tem sido chamada de “centro do palco”, principalmente em lojas de conveniência, estações de serviço, centros comerciais, entre outros espaços. Ora a visibilidade gera impulso de compra, quanto maior a exposição diária e regular, mais eficaz é a ideia de produto socialmente aceite e logo, menor a rejeição à compra.

Um estudo de mercado feito por Brown & Williamson (US Supreme Court, 2000), uma empresa do universo da *Imperial Tobacco* do Canadá, revela que “o ambiente da loja, especialmente os *displays* internos, são a maior fonte de consciência de propaganda para todas as marcas de tabaco, sobretudo para crianças e adolescentes. A estrutura do *display*, as imagens, mensagens e as embalagens são muito convidativas e atraentes para o público jovem e urbano. O posicionamento junto de outros produtos, nomeadamente, alimentares ou doces, transmite uma falsa ideia de produto comum, inofensivo, esbatendo os efeitos das advertências sanitárias nos maços de tabaco. A exposição a estas pistas ambientais de forma regular, atraente e apelativa, com ou sem publicidade, criam uma sugestão, um impulso, um desejo de aquisição do produto. E é sabido que impulso gera venda. Relativamente a este assunto, o pensamento de Daniel Kahneman, prémio Nobel da Economia, em 2002, deixa perceber uma visão integrada sobre a ciência cognitiva e económica para explicar o comportamento aparentemente irracional, associado à incerteza da tomada de tomada de decisão e do julgamento humano.

### **3.6. IMAGENS NOS MAÇOS DE TABACO: MAIS UM PASSO NA LUTA CONTRA O TABAGISMO**

Desde maio de 2016, Portugal pôs em prática uma das orientações da Convenção Quadro para o Controlo do Tabaco, referente à rotulagem dos produtos do tabaco, nomeadamente, a colocação de imagens nos maços de tabaco com o objetivo de aumentar a visibilidade das advertências de saúde. As imagens fazem com que essas mensagens sejam mais facilmente recordadas pelos consumidores, contribuam para que muitos jovens não iniciem o consumo e para que muitos fumadores reduzam o consumo ou façam tentativas para parar de fumar (WHO, 2008a). Todos os cidadãos têm o direito a serem devidamente informados quanto aos efeitos aditivos e aos riscos para a saúde associados ao consumo de tabaco. A obrigatoriedade de colocar avisos de saúde ilustrados por imagens na rotulagem dos maços do tabaco é, assim, uma medida, sem custos adicionais para os Governos e que permite informar e alertar os consumidores sobre a nocividade destes produtos, pelo que deve fazer parte de uma estratégia global de controlo do tabagismo

(WHO, 2008b). A criação de “embalagens normalizadas” de produtos do tabaco é um passo importante para o controlo desta epidemia. Estas “embalagens normalizadas” incluem medidas que restringem ou proíbem o uso de logotipos, cores, imagens de marca ou informações promocionais nos maços de tabaco.

Em dezembro de 2012, a Austrália tornou-se o primeiro país a implementar plenamente a embalagem normalizada, a que se seguiu a Irlanda, em 2015. O Reino Unido e a França aprovaram leis para implementar a mesma medida a partir de maio de 2016. Segundo peritos internacionais as advertências sanitárias inseridas de uma forma bem visível e ilustradas com imagens, têm um forte impacto junto da população, sobretudo a menos escolarizada. Para quem fuma um maço de tabaco por dia, a visualização destas imagens pode ocorrer cerca de 560 vezes por mês, perto de 7000 por ano, o que evidencia a importância dessa medida e a necessidade destas mensagens e imagens serem cuidadosamente elaboradas. Os estudos mostram que as advertências que geram reações emocionais negativas, como medo e repulsa, têm maior eficácia na redução da frequência e intensidade do consumo, nas tentativas para deixar de fumar e na cessação tabágica.

Em síntese, o tabagismo é claramente uma das epidemias que mais danos provoca nos indivíduos e no ambiente. Não é só um problema do indivíduo, afeta os que o rodeiam e afeta o ambiente de um modo geral. O fumo provocado pelo cigarro é a maior fonte de poluição nos edifícios e a exposição crónica ao fumo do tabaco também provoca morbilidade e mortalidade. As crianças, os adolescentes, as grávidas e os cônjuges de fumadores são grupos de risco para doenças associadas ao tabaco. O consumo de cigarros é um presente envenenado porque, inicialmente provoca efeitos agradáveis e prazer, mas, para alguns, depois de experimentar, a repetição do comportamento e a multiplicação das situações e contextos onde fumam pode levar à dependência. Por outro lado, a pressão para o consumo é muito forte e a publicidade da indústria tabaqueira dissemina a epidemia a uma escala global. É importante lembrar que o tabaco conjuntamente com o álcool contribui de forma importante para o peso da morbi-mortalidade mundial.

O tratamento da dependência tabágica deve ser visto como um processo terapêutico que implica alterações dos hábitos, novas atitudes, compromisso com a mudança e promoção de um estilo de

vida mais saudável. O tratamento deverá ser acessível a todas as pessoas que dele necessitam e os indivíduos com tuberculose são claramente um dos grupos alvos prioritários de intervenção. O Serviço Nacional de Saúde continua a fazer um grande esforço no sentido de aumentar a acessibilidade dos utentes para obtenção de informações credíveis e de ajuda profissional. Por outro lado, salienta-se a aposta na capacitação contínua dos profissionais de saúde no sentido da prevenção e tratamento desta epidemia.

Para uma parte importante da população portuguesa e, em particular para os fumadores, o consumo de tabaco não é percecionado como um grave fator de risco para a saúde. Estes factos confirmam que é imperativo continuar a investir na prevenção e controlo deste importante problema de saúde pública (DGS, 2016). Desta forma, esperamos continuar a contribuir para promover a informação e a reflexão atenta sobre esta ameaça à saúde pública e proteger a população, capacitando-a para fazer escolhas mais saudáveis.

### ***3.7. TABAGISMO E CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS***

Constitui princípio geral da conduta profissional do farmacêutico a salvaguarda da Saúde Pública, bem como as ações de educação dirigidas à comunidade no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença (Lei n.º 131/2015, de 4 de dezembro). Incluem-se nestas ações, por certo, as intervenções na área do tabagismo. O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas forma farmacêuticos capacitados para desempenhar funções nas mais variadas áreas ligadas ao medicamento, às análises clínicas e à prestação de cuidados de saúde, entre outros. Contudo, cerca de 70% integram a Farmácia Comunitária e Hospitalar, posicionando-se, portanto, como profissionais de contacto direto com a comunidade (OF, 2016). O/a farmacêutico/a, quer na Farmácia Comunitária quer no Hospital, encerra em si características que lhe atribuem um enorme potencial para atuar na prevenção e controlo do tabagismo.

Na Farmácia Comunitária são de salientar a proximidade<sup>1</sup> e acessibilidade<sup>2</sup> do farmacêutico à população, a potencialidade para alcançar / sensibilizar um maior número de utentes, não só os doentes crónicos (que também frequentam Unidades de Saúde e Hospitais), mas também os utentes mais jovens e “mais saudáveis” que com maior probabilidade acedem à farmácia seja por transtornos *minor* seja pela aquisição de produtos de saúde ou aconselhamento; é, ainda, se salientar a facilidade com que o farmacêutico comunitário consegue manter o reforço regular quer da manutenção da abstinência quer da promoção da cessação tabágica devido às várias visitas do utente à farmácia. Num estudo inédito, apresentado por Ravara et al. (2012), os autores verificaram que o farmacêutico e a Farmácia Comunitária assumiam o segundo lugar do *ranking* enquanto profissional habilitado para ajudar a deixar de fumar e instituição prestadora desse serviço, só ultrapassados pelo médico e Centro de Saúde, respetivamente.

No Hospital, o farmacêutico acede ao doente internado que, pela sua condição necessariamente mais debilitada pode, com maior facilidade, aceitar a sensibilização / intervenção do profissional de saúde e evoluir no seu processo de mudança comportamental até à tomada de decisão. Ainda que, o internamento seja limitado no tempo, o farmacêutico hospitalar pode prosseguir o seu trabalho de promoção da cessação tabágica no âmbito da cedência de medicamentos em ambulatório, se aplicável, ou mesmo em estreita comunicação e colaboração com o colega da Farmácia Comunitária, que passará a acompanhar o doente após a alta hospitalar.

É, portanto, necessário dotar os farmacêuticos dos conhecimentos necessários à atuação nesta área, seja através de campanhas de sensibilização, de intervenção breve ou de apoio intensivo em consulta farmacêutica de cessação tabágica. No entanto, existe a perceção que, em geral, os farmacêuticos não se sentem suficientemente confiantes para intervir no tratamento da dependência tabágica, provavelmente, devido à abordagem insuficiente desta temática durante a sua formação. É, assim, crucial a integração na formação pré-graduada dos estudantes de Ciências Farmacêuticas o ensino sobre prevenção, controlo e tratamento do tabagismo. São vários os estudos internacionais que apontam para a necessidade de integrar estes conteúdos no plano curricular das Ciências Farmacêuticas, como forma de aumentar a aptidão dos/as farmacêuticos/as e o sucesso da sua

---

<sup>1</sup> Existiam em Portugal, no ano de 2013, 3084 farmácias comunitárias/postos farmacêuticos (INE, 2016).

intervenção (Goniewicz, Lingas, Czogala, Koszowski, Zielinska-Danch & Sobczak, 2010; Hudmon, Mark, Livin, Corelli & Schoroeder, 2014; Williams, 2009). A nível nacional não se conhecem estudos semelhantes.

### **3.8. TABAGISMO E ENFERMAGEM**

Olhar para o estado da arte sobre a formação pré-graduada em enfermagem e a forma como, na mesma, é integrada a temática da prevenção, tratamento e controlo do tabagismo, exige uma síntese da evolução da formação em enfermagem em confronto com o desenvolvimento da profissão e congruente com o desenvolvimento científico na área, assim como com as propostas / recomendações da OMS, do *Center for Disease Control (CDC)*, da DGS entre outros organismos, a que podemos designar por três eixos estratégicos (Formação, Profissão, Organismos oficiais ligados à Saúde).

Os desafios constantes colocados à enfermagem enquanto profissão fizeram emergir regulamentação adequada à mesma, da qual se salienta o Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Ministério da Saúde, 1996) e posteriormente em 1998, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (Ministério da Saúde, 1998). De acordo com os seus desígnios em 2003, a OE criou os Padrões de competência dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, nos quais estão explicitas as competências exigidas para o desempenho profissional do enfermeiro (OE, 2003). Os planos curriculares dos cursos de licenciatura em enfermagem das diferentes Instituições de Ensino Superior devem estar “alinhados” com estas mesmas competências.

Acresce referir que, nas últimas décadas, acompanhando o desenvolvimento tecnológico científico e profissional temos assistido a uma evolução no âmbito da formação pré-graduada em enfermagem. A integração da formação em enfermagem no Sistema de Ensino Superior Politécnico (Ministério da Saúde, 1988) e posteriormente regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de setembro e pela

---

<sup>2</sup> Horários alargados, ausência de marcação

Portaria 799/99, de 18 de setembro veio trazer à mesma novos desafios, no sentido de acompanhar os processos de ensino aprendizagem ajustados à formação em ensino superior.

Num passado recente, com a Lei n.º 49/2005, de 30 de agosto, a adequação a Bolonha dos programas de formação de nível superior, criaram dinâmicas formativas e curriculares mais direcionadas para o desenvolvimento de competências promovendo assim uma maior *abertura dos currícula* e permitindo uma adequação dos mesmos ao desenvolvimento de competências esperado e exigido pela OE, para o exercício profissional nas diferentes áreas.

No âmbito dos organismos oficiais ligado à saúde, nomeadamente a OMS (WHO, 2008a), a *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion* (CDC, 2014) e a DGS (Nunes et al., 2014), observamos, há muito, uma preocupação constante com os efeitos do tabaco, na saúde da população, fumadora ativa e passiva e os consequentes custos para a sociedade em termos de perdas precoces de vidas. Sabemos hoje, de acordo com dados da OMS que “Fumar é a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial” (Nunes et al., 2014, p. 7).

Comentados que estão os três eixos estratégicos à problemática da Prevenção, Tratamento e Controlo do Tabagismo faremos uma análise do que se preconiza em termos de formação pré-graduada em enfermagem, neste âmbito e do que é o contexto atual da mesma.

Em contextos mais teóricos o que nós sabemos é que, a matriz dos vários fundamentos científicos vai no sentido de que a problemática da prevenção e do controlo do tabagismo deve ser abordada, desde cedo a nível dos ensinamentos básico e secundário, no âmbito da educação para a cidadania, nos currículos da formação profissional, assim como da formação pré e pós-graduada de professores e de profissionais de saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros e farmacêuticos, enquanto agentes privilegiados de contato com a população ao longo do ciclo vital, intervindo a nível da educação e promoção da saúde (Nunes et al., 2007).

Nesta perspetiva a escola deveria constituir-se como agente facilitador de adoção de comportamentos saudáveis, consubstanciados por um conhecimento atualizado dos efeitos nocivos do uso de tabaco, para cada um individualmente, mas também para a comunidade de uma forma

geral. Isto pressupõe muito mais do que uma abordagem teórica de conhecimentos, mas antes uma estratégia interativa, com recurso a atividades significantes para cada sujeito e deste modo promotora do desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo e de sobre esta temática do tabagismo.

A este propósito Brito e Mendes (2012) referem que “As instituições do ensino superior podem desenvolver várias atividades para promover e proteger a saúde da sua comunidade educativa, criando formas salutaras de trabalhar, estudar e viver, proteger o ambiente e a sua sustentabilidade e ainda fomentar a promoção da saúde no ensino, na investigação e na comunidade abrangente” (p. 34). Esta visão acrescenta a importância da investigação no processo educativo o que, nesta temática, sobre o tabagismo, pode ser impulsionadora de mudanças de comportamentos na medida em que, os estudantes podem apreender o sentido dos resultados, de forma mais integrada, pois participam no processo que leva ao encontro dos mesmos.

Ainda sobre a importância que pode ter a escola, enquanto contexto promotor de saúde, Martins (2012) afirma que os contextos promotores de saúde são hoje o modelo mais aconselhado para promover a saúde dos cidadãos, sendo a escola um contexto formal singular em que a educação para a saúde dos estudantes pode ser potenciada.

Partindo deste pressupostos, a DGS, no *Programa Nacional Prevenção e Controlo do Tabagismo* no ponto referente às estratégias de Intervenção 2012-2016 – apresenta na sua alínea “e) Reforçar e apoiar a educação para a saúde na escola, em matéria de prevenção e controlo do tabagismo, em articulação com o Programa Nacional de Saúde Escolar e o Ministério de Educação e Ciência” (Nunes, 2012, p. 55).

Ainda neste programa é referido que em contexto da formação profissional é indispensável assegurar que os profissionais de saúde, os educadores e os professores sejam detentores de conhecimentos e competências necessários, de modo a melhorar a qualidade da sua intervenção (Nunes, 2012). Acrescenta ainda a necessidade de colocar a tónica na formação pré e pós-graduada

destes profissionais enquanto agentes de mudança. Para tal importa conhecer a oferta formativa, bem como as necessidades de formação dos profissionais de saúde, nesta matéria (Nunes, 2012).

O mesmo documento aponta como um dos objetivos operacionais do ponto 3.5.1 “5 - Melhorar a formação pré-graduada dos profissionais de saúde na área da prevenção e tratamento do tabagismo, de acordo com as necessidades identificadas, até final de 2016” (p. 59). Dentro das estratégias de intervenção propostas (3.5.2) salientamos “j) Caracterizar a oferta curricular a nível das escolas médicas, de enfermagem, e de outras áreas da saúde, na área da prevenção e tratamento do tabagismo e identificar as necessidades de formação pré-graduada neste domínio” (Nunes, 2012, p. 59).

Este programa é consubstanciado pelo conhecimento científico emergente e simultaneamente pela legislação existente no nosso país (Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto), relativamente à importância da introdução desta temática nos âmbito dos cursos de 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, estabelece que a temática da prevenção e do controlo do tabagismo deve ser abordada no âmbito dos currículos da formação pré e pós-graduada dos professores do ensino básico e secundário e o tratamento do uso e da dependência do tabaco deve ainda ser incluído na 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.

Face ao enquadramento da problemática seria de esperar que no contexto formativo na enfermagem fosse visível na maioria dos currícula a abordagem desta temática no sentido, de não só melhorar o nível de competências dos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde sobre os efeitos do tabagismo no organismo humano, como de alteração de comportamentos de risco relativamente ao consumo de tabaco.

Com base na contextualização<sup>3</sup> da problemática feita neste trabalho (dados epidemiológicos sobre os malefícios do tabaco), é fácil compreender a necessidade urgente de capacitar os enfermeiros para atuarem como agentes promotores de mudanças de comportamentos e como apoio na manutenção dessas mudanças.

Em Portugal, contudo, os estudos realizados sobre esta temática, são quase inexistentes, excetuando-se o trabalho realizado por Bonito (2010) sobre o consumo de tabaco por estudantes de enfermagem e sobre a abordagem em contexto formativo, da temática do tabagismo dos quais salientamos 73,1%, que refere não ter recebido formação académica sobre os perigos e malefícios de fumar e 80,8% afirma não ter tido formação na área da educação para a saúde relativamente a estratégias de abordagem dos utentes para deixarem de fumar, embora 56% reconheça a sua importância. Para além deste estudo e após uma breve pesquisa por alguns planos curriculares de diferentes instituições de formação de enfermeiros, não foi evidente a formação para o desenvolvimento de competências nesta área, pelo que se poderá depreender a urgente necessidade que existe com vista à reestruturação dos *curricula* por forma a incorporarem, de modo objetivo e estruturado, uma componente letiva teórico-prática centrada na prevenção, tratamento e controlo do tabagismo.

Neste contexto entendemos ser oportuna a realização de estudos nesta área que, tendo por base resultados centrados na evidência científica, possam sustentar e fundamentar a necessidade de mudanças.

---

<sup>3</sup> Não se exploraram mais estes dados para não repetir o que já está das outras áreas e que é transversal, nomeadamente os dados epidemiológicos da OMS e da DGS.

### **3.9. TABAGISMO E MEDICINA**

#### ***O papel dos médicos no controlo do tabaco.***

A perceção pela população dos malefícios do tabaco e as normas sociais vão mudando lentamente como resposta às políticas de controlo de tabaco, sendo necessária uma ação sustentada de saúde pública. Os profissionais de saúde, decisores políticos, governos, organizações não-governamentais (ONG), os media e a sociedade em geral devem trabalhar numa parceria concertada para promover as boas práticas de controlo de tabagismo e a diminuição da aceitação social do tabagismo. Entre os vários atores sociais, os profissionais de saúde têm um papel crucial a desempenhar. Todos os profissionais de saúde, e especialmente os médicos, devem ser exemplos e líderes de saúde pública, comportando-se como modelos sendo “não fumadores”; educando a população sobre os riscos do consumo e da exposição FAT e os benefícios da cessação tabágica; identificando sistematicamente os fumadores na prática clínica, aconselhando-os a parar de fumar, promovendo e apoiando a cessação; e, por último, intervindo no processo de negociação e implementação das políticas de controlo do tabaco (WHO, 2005a; WHO, 2008; Nunes, 2011; 2012; Ravara, 2016).

#### **Comportamento tabágico e atitudes de tabagismo dos médicos portugueses e estudantes de medicina**

Em todo o mundo, a prevalência de tabagismo entre os profissionais de saúde e particularmente entre os médicos tem vindo a diminuir, embora haja diferenças marcadas entre os vários países (Smith & Leggat, 2007). Diversos autores realçam a estreita relação entre o comportamento tabágico dos médicos e o seu envolvimento nas atividades de controlo de tabaco com o estágio da epidemia tabágica, o progresso da implementação das políticas e a mudança da norma social em relação ao tabaco (Davis, 1993; Ravara, 2016; Smith & Leggat, 2008). De facto, nos países desenvolvidos que se encontram numa fase mais avançada da epidemia e do controlo do tabaco como a Austrália, Estados Unidos da América e Reino Unido, os médicos têm uma prevalência de tabagismo residual, em redor de 2% (Smith & Leggat, 2007; 2008). Acresce que, nestes países, os médicos,

individualmente e através das suas organizações profissionais, lideram o progresso do controlo de tabaco, influenciando a opinião pública e a negociação das políticas de saúde pública, conseguindo a desnormalização do comportamento de fumar e da indústria do tabaco (Ravara, 2016; Smith & Leggat, 2008). Na Europa, região do mundo onde globalmente mais se fuma, a prevalência de tabagismo entre os médicos é elevada, particularmente em alguns países da Europa Central, Leste e Sul (Smith & Leggat, 2007). Em Portugal, Fraga et al. (2005), destacam a elevada prevalência de tabagismo entre as profissões que deveriam ser exemplo e modelo tais como os médicos e enfermeiros e os professores, enfatizando a necessidade de monitorizar e reduzir o uso do tabaco entre os profissionais de saúde, seguindo as orientações da OMS (WHO, 2004; 2005). Os estudos sobre o comportamento tabágico dos médicos portugueses são escassos, tendo sido aplicadas metodologias diferentes em diferentes contextos. Embora alguns estudos tenham conseguido boas taxas de resposta, a maioria dos estudos utilizou amostras locais de conveniência e relatou consistentemente baixas taxas de resposta, geralmente menos de 35%. Estudos da década de 1970 à de 1990 relatam elevadas taxas de prevalência, mais altas do que a população em geral (Ravara, 2016). No entanto, diversos autores apontam que o consumo de tabaco entre os médicos portugueses diminuiu gradualmente nos últimos 30 anos de 67,0% (WHO, 1975, citada em Masironi, 1996) a 44,0% (WHO, 1988); 35,0% (41,0% nos homens e 30,0% nas mulheres) em 1994 (Sá et al., 1994), para 22,0% (26,0% de homens e 19,0% de mulheres) em 2000 (ENSP, 2003). Um estudo mais recente, baseado numa amostra aleatória de médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF), obtida por questionário postal com taxa útil de resposta de 22,4%, observou prevalências de 23,1% nos médicos do sexo masculino e 14% nas médicas (Nunes, 2011). Em contraste, Ravara et al. (2014a), num estudo baseado numa amostragem intencional obtida pela aplicação de questionários de autopreenchimento em dois congressos médicos com taxa de participação de 64%, apurou prevalências mais altas sobretudo nos médicos do sexo masculino (29,1%), sendo mais baixa a prevalência nas médicas (16%).

Apesar da inegável tendência decrescente, não é claro se os médicos portugueses fumam menos do que a população geral, ou se tal tendência se mantém ao longo da última década. Para responder a esta lacuna, Ravara e colaboradores, compararam as tendências do comportamento tabágico dos

médicos com uma amostra aleatória da população geral, emparelhada por sexo, educação e idade. Os autores concluem que o comportamento tabágico dos médicos não difere significativamente daquele da população geral. Os médicos portugueses não se comportam como modelos, quer por fumarem menos, quer por estarem mais motivados para cessar de fumar, quer por apresentarem taxas de cessação mais elevadas ou cessarem de fumar mais cedo do que a população geral. Acresce que cerca de 50% dos médicos que relatou já ter fumado consolidou o consumo regular de tabaco durante o curso de medicina, enquanto a maioria dos médicos, incluindo estudantes de medicina, relatou ser limitado o apoio à cessação nos seus locais de trabalho ou universidades (Ravara et al., 2014a).

Em Portugal, os escassos estudos que avaliaram a prevalência de tabagismo dos estudantes de medicina descrevem prevalências variáveis: 16,3% (Saleiro et al., 2007); 23,4% no sexo masculino e 14,9% no sexo feminino (Borges et al., 2008); 24,2% no sexo masculino e 18,8% no sexo feminino (De Carvalho, 2012); 13,9% (Leão, 2015); 36,5% no sexo masculino e 16,2% no sexo feminino (Soares & Ravara, 2016). Se por um lado esta variação pode ser explicada por diferenças na metodologia aplicada e na taxa de resposta obtida, o padrão de sexo é consistente em todos os estudos, mostrando prevalências significativamente mais elevadas no sexo masculino, tendência também observada nos estudos dos médicos. Notavelmente, diversos estudos compararam o consumo dos alunos dos primeiros e últimos anos, não tendo observado diferenças significativas (De Carvalho, 2012; Leão, 2015; Soares & Ravara, 2016). Tais tendências sugerem que a frequência do Mestrado Integrado em Medicina não promove a cessação tabágica dos estudantes, nem a prevenção deste comportamento entre os jovens médicos (Soares & Ravara, 2016). Por último, destacamos que, em geral, os estudantes de medicina e os médicos concordam maioritariamente com as políticas de controlo de tabaco, embora a concordância com as políticas *smoke-free* mais abrangentes, as quais estão estudadas como preditores *major* da norma social em relação ao tabaco, seja significativamente menor (Borges et al., 2008; De Carvalho, 2012; Ravara et al., 2011; 2014b). Enquanto o comportamento tabágico se associou significativamente com as atitudes de controlo de tabaco, a formação específica em tabagismo não influenciou consistentemente estas atitudes, sugerindo que os médicos e os estudantes não receberam formação adequada em políticas

de controlo de tabaco (Ravara et al., 2014b; Ravara, 2016). Recentemente, um estudo observacional descreveu o comportamento de fumar nos espaços exteriores contínuos a um hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS), concluindo que fumar no recinto hospitalar exterior é um comportamento frequente e visível, expondo o comportamento tabágico dos profissionais de saúde e sendo percecionado pelos utentes. Nas principais entradas a afluência de fumadores nos espaços exteriores era constante, com potencial para contaminar o interior do edifício e prejudicar a desnormalização do comportamento de fumar. Este estudo salienta a necessidade de legislação mais abrangente estendendo a proteção ao FAT aos espaços exteriores dos serviços de saúde, seguida de fiscalização e monitorização ao longo do tempo, além da educação para a saúde e apoio efetivo da cessação tabágica dos funcionários do SNS (Lima, 2015). No presente momento, encontra-se em discussão, na Assembleia da República, a Proposta de Lei n.º 38/XIII que, a ser aprovada, estenderá a proibição de fumar aos espaços exteriores dos serviços de saúde, escolas e universidades, além de espaços de recreação frequentados por crianças.

### **Formação específica e participação em atividades de controlo de tabaco**

Em Portugal, até ao momento, apenas um estudo avaliou as atitudes e práticas clínicas de cessação num contexto organizacional, em particular num hospital do SNS (Ravara et al., 2012). A maioria dos profissionais de saúde deste hospital reportou atitudes positivas em relação com as práticas clínicas de cessação. No entanto, a maioria dos profissionais de saúde não atuava regularmente na intervenção breve de cessação tabágica e não considerava necessária a formação específica em tabagismo, apesar de não ter formação consistente. Os autores alertam para a necessidade de uma intervenção sistémica, a fim de promover a mudança comportamental ao nível organizacional (Ravara et al., 2012). Outros estudos recentes destacam a lacuna de formação específica em tabagismo dos médicos portugueses e dos estudantes de medicina, limitando a sua participação em atividades de prevenção ou tratamento do tabagismo, apesar de reportarem atitudes positivas e interesse na formação específica que consideram ser atualmente insuficiente para obterem capacitação adequada para intervir (Borges et al., 2008; Carvalho, 2012; Leão, 2015; Nunes, 2011;

Ravara et al., 2014b). Em geral, os médicos mais jovens ou de MGF estão mais conscientes da necessidade de formação específica em tabagismo do que os seus colegas mais velhos, e do que os médicos hospitalares. A formação consistente em tabagismo foi o preditor mais consistente da participação em atividades de prevenção e tratamento de tabagismo (Nunes, 2011; Ravara et al., 2014b). No entanto, ressalva-se que a formação específica em tabagismo não influenciou consistentemente a concordância com as políticas abrangentes de controlo de tabaco, nem as crenças relativas ao tabaco (Ravara et al., 2014b). Para além destes aspetos, o escasso envolvimento dos médicos portugueses no controlo de tabaco está associado a uma mudança limitada da norma social em relação ao tabaco (Ravara, 2016).

#### **Oferta curricular no âmbito da prevenção e controlo do tabagismo na formação pré-graduada médica. Recomendações.**

O controlo do tabaco é considerado uma prioridade de saúde pública à escala mundial e o *gold-standard* das medidas preventivas, em termos de relação custo-benefício (World Bank, 1999). Acresce que a cessação tabágica é a medida preventiva mais eficaz a curto prazo, na redução da morbidade e da mortalidade associadas ao tabaco (Fiore et al., 2008). Os médicos são os profissionais de saúde com maior responsabilidade e impacto na abordagem do tabagismo (Fiore et al., 2008). A intervenção breve em cessação tabágica é uma competência clínica crucial que todos os médicos, independente da sua especialidade, devem dominar. Como tal, esta aprendizagem deverá ser incorporada em todas as escolas e faculdades de Medicina. Deverão ser contemplados tanto as intervenções comportamentais, como o tratamento farmacológico. O modelo de aprendizagem clínica deverá respeitar a integração de conhecimentos, atitudes, habilidades e competências (Lucas et al., 2016). Um grupo de consenso de especialistas em educação médica em tabagismo do *National Cancer Institute, United States of America* (Fiore et al., 1994) fez as seguintes recomendações, as quais se mantêm atuais:

- Deverá ser feita a avaliação sistemática dos conteúdos do curriculum de tabagismo em todas as faculdades de medicina, através da realização de inquéritos validados.

- Deverá ser feita a integração sistemática de intervenções eficazes de prevenção de tabagismo e cessação tabágica no curriculum de todas as faculdades de medicina.
- Deverá ser feita a respetiva avaliação do curriculum de tabagismo.

Tendo em vista caracterizar a oferta curricular em prevenção e controlo do tabagismo no ensino pré-graduado, foram efetuados vários inquéritos a nível nacional e mundial, com o objetivo de avaliar os conteúdos do *curriculum* das faculdades de medicina / ciências da saúde e as necessidades de formação (Ferry L. et al., 1999; Nunes e Narigão, 2013; Richmond et al., 1998; 2009).

Em termos globais, e apesar das diferenças metodológicas e da data de execução entre os vários estudos realizados, as conclusões são similares e podem-se resumir nos seguintes pontos:

1. A educação médica em tabagismo é ainda insuficiente nas faculdades de medicina de todo o mundo; lançando um desafio aos docentes para colmatar esta lacuna. No entanto, houve uma evolução positiva na última década.
2. O contraste entre esta lacuna de investimento na educação médica em tabagismo e os custos socioeconómicos e a co-morbilidade e mortalidade provocados pela epidemia tabágica não é aceitável (Ferry et al., 1999).
3. Atitudes, comportamentos e habilidades clínicas de abordagem do tabagismo são influenciados pela prevalência de tabagismo nos médicos, estudantes de medicina e docentes (Nerin & Richmond 2006; Nunes, 2011; Ravara, 2016; Richmond et al., 1998). A formação pré-graduada é a altura ideal para treinar a aprendizagem das técnicas de cessação tabágica, além de ter o potencial para prevenir o comportamento tabágico dos futuros médicos (Nerin & Richmond, 2006; Ravara, 2016).
4. É essencial que os estudantes de medicina e os futuros médicos, aprendam conhecimentos, habilidades e atitudes que os preparem para avaliar o estágio de mudança comportamental de tabagismo em todos os doentes, valorizar os efeitos do uso do tabaco na saúde, motivar os doentes a deixar de fumar, oferecer tratamento adequado, e ajudar os ex-fumadores a manterem-se sem fumar (Ferry et al., 1999; Fiore et al., 1994; Nerin & Richmond, 2006; Richmond et al., 1998).

5. Existe justificação plena para o desenvolvimento de um programa específico de formação em tabagismo nas faculdades de medicina, que deverá ser estruturado e integrado ao longo dos anos básicos e clínicos, utilizando estratégias interativas de aprendizagem dinâmica de conhecimentos, atitudes e habilidades (Nerin & Richmond, 2006).
6. Neste contexto, as escolas e faculdades de medicina deverão desenvolver investigação para identificar as barreiras e as dificuldades na introdução sistemática de um *curriculum* integrado de tabagismo e implementar, desenvolver e testar estratégias eficazes de aprendizagem de competências de cessação tabágica, controlo e prevenção de tabagismo (Ferry et al., 1999; Fiore et al., 1994; Nerin & Richmond, 2006; Richmond et al., 1998).

Por outro lado, o código de conduta de controlo de tabagismo para as organizações de profissionais de saúde (WHO, 2005b) afirma que “a fim de colaborar ativamente na redução do consumo de tabaco e de incluir o controlo de tabagismo na agenda da saúde pública a nível nacional, regional e global, é conveniente que as organizações da saúde atuem em conformidade”. Apesar destas recomendações, a Ordem dos Médicos Portuguesa não tem desenvolvido uma política consistente de controlo de tabagismo (Ravara et al., 2014b).

Um conhecimento e envolvimento escassos dos médicos e dos profissionais de saúde no controlo de tabagismo limita fortemente a capacitação da sociedade civil no sentido da diminuição da aceitação social do tabaco e de uma sociedade livre de tabaco (Ravara, 2016). Um programa nacional de controlo de tabagismo dirigido aos profissionais de saúde e médicos deverá alicerçar-se no envolvimento dos serviços de saúde e na formação pré e pós graduada em tabagismo (Nunes, 2012; Ravara, 2016).

Os serviços de saúde devem, por isso, promover e desenvolver uma política abrangente de controlo do tabagismo, a fim de:

- Promover e reforçar as políticas de proteção á exposição ao fumo de tabaco, inclusive no exterior das imediações dos edifícios, *i.e.*, *smoke-free campus*;
- Implementar um sistema de aconselhamento e apoio à cessação tabágica;

- Envolver e formar os profissionais de saúde em cessação tabágica;
- Formar e capacitar os profissionais de saúde em *advocacy*;
- Fortalecer a participação e a parceria com as ONG e a sociedade civil;
- Sensibilizar o público sobre a dependência tabágica, os riscos do tabagismo e da exposição ao FAT, e os benefícios da cessação tabágica;
- Promover e apoiar adequadamente a cessação tabágica

Finalmente, é necessário construir uma rede sólida de investigadores e construir parcerias entre a academia, a comunidade de saúde pública, os médicos, os gestores de saúde, as ONG e associações de doentes e profissionais de saúde, os governos, media, líderes de opinião, decisores políticos, e a sociedade civil em geral (Ravara, 2016).

Em Portugal, não foi ainda efetuado nenhum estudo multicêntrico que avaliasse a prevalência e atitudes de tabagismo nos estudantes de ciências da saúde do ensino pré-graduado, assim como os conteúdos curriculares em prevenção e controlo do tabaco. Deste modo, o presente estudo poderá colmatar esta lacuna de investigação e assim estabelecer recomendações para a formação pré-graduada em tabagismo dos profissionais de saúde, de acordo com as necessidades avaliadas

### **3.10. TABAGISMO E MEDICINA DENTÁRIA**

O consumo de tabaco representa um risco sério de desenvolvimento de doença periodontal e de cancro oral (Jansson & Lavstedt, 2002; US Department of Health and Human Services, 2000; Warren, Sinha, Lee, Lea & Jones, 2011). Alguns estudos atribuem ao tabaco 80% dos cancros orais (National Comprehensive Cancer Network, 2008; Posner, 2007; Warren, Sinha, Lee, Lea & Jones, 2011). Médicos e médicos dentistas serão testemunhas no futuro da relação do tabaco com o aparecimento de doenças nos seus pacientes e por esta razão deverão ter como objetivo primordial realizar e intervir em programas de prevenção do tabagismo (Ghimire, Sharma, Niraula, Devkota &

Pradhan, 2013). No entanto, estas ações devem ser introduzidas no seio dos médicos dentistas e, uma das estratégias para reduzir o número de óbitos relacionados com o tabaco, deverá passar por incentivar o envolvimento dos profissionais de saúde na prevenção do seu uso e no aconselhamento para a cessação (GTSS Collaborative Group, 2006).

Muitos estudos têm recolhido informações sobre a prevenção do consumo de tabaco e o aconselhamento de cessação realizados pelos profissionais de saúde (Ghimire, Sharma, Niraula, Devkota & Pradhan, 2013; GTSS Collaborative Group, 2006; Gupta & Ray, 2003; Haresaku, Hanioka, Yamamoto, Ojima, 2010; Khami, Murtomaa, Razeghi, Virtanen, 2010; Naskar & Bhattacharya, 1999; Mammas, Bertias, Linardakis, Tzanakis, Labadarios, Kafatos, 2003; Posner, 2007; Vakefliu, Argjiri, Poposhi, Agron, Melani, 2002; Warren, Sinha, Lee, Lea & Jones, 2011). Todavia, a OMS, o CDC e o *Canadian Public Health Association (CPHA)* recolheram essas informações em todos os países recorrendo a inquéritos sujeitos a uma metodologia consistente. Recolheram dados sobre o uso do tabaco e aconselhamento para a cessação entre estudantes de saúde em todos os estados membros da OMS. No primeiro trimestre de 2005 realizaram 16 inquéritos em 10 países, entre estudantes do terceiro ano em quatro áreas da saúde (Medicina Dentária, Medicina, Enfermagem e Farmácia). Os resultados indicaram que o tabagismo entre esses estudantes era superior a 20% em sete dos dez países estudados. No entanto, 87%-99% acreditava que deveriam ter um papel no aconselhamento dos doentes para parar de fumar; apenas 5%-37% desses estudantes do terceiro ano tinha realmente recebido treino formal sobre como conduzir tal aconselhamento (GTSS Collaborative Group, 2006). Os resultados deste estudo resumem o que se conhece e o que foi referido por outros estudos (Binnal, Rajesh, Denny, Ahmed, 2012; Ghimire, Sharma, Niraula, Devkota, Pradhan, 2013; Khami, Murtomaa, Razeghi, Virtanen, 2010; Nagarajappa, Daryani, Sharda, Asawa, Batra, Sanadhya, Ramesh, 2013; Pacauskiene, Smailiene, Siudikiene, Savanevskyte, Nedzelskiene, 2014; Obeidat, Khabour, Alzoubi, Mahasneh, Bibars, Khader, Alsa'di, 2014; Underwood, Fox, Manogue, 2008; Warren, Sinha, Lee, Lea, Jones, Asma, 2011). Nada semelhante foi encontrado na literatura sobre Portugal.

Várias estratégias foram adotadas com o objetivo de realizar a prevenção junto do consumidor e o aconselhamento para a cessação. Por exemplo, a *Japanese Dental Association* adotou um código

de prática para o controlo do tabaco que exorta as organizações regionais a influenciar os centros educacionais de saúde para incluir o controlo do tabagismo nos seus currículos através de educação continuada e outros programas de treino (Haresaku, Hanioka, Yamamoto, Ojima, 2010). As instituições de ensino na área da saúde, as organizações públicas de saúde e os profissionais de saúde devem trabalhar em equipa forte para projetar e implementar a aprendizagem e o treino em aconselhamento para a cessação tabágica, entre os estudantes e os profissionais de saúde (GTSS Collaborative Group, 2006).

## 4. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO

### 4.1. DESENHO DO ESTUDO

Tendo em consideração os objetivos e as variáveis definidas pela DGS no Caderno de Encargos (DGS, 2015), optou-se por um quadro metodológico que permitisse descrever significados que são considerados inerentes ao próprio objeto e aos atos, numa abordagem focalizada, pontual e estruturada, em que são utilizadas técnicas de análise dedutivas, orientadas pelos resultados que podem ser generalizáveis em função das características da amostra. O desenho da pesquisa é, por isso, de natureza mista, observacional, transversal e analítico (Fortin, 2009; Postlethwaite, 2005). Procurar-se determinar conceitos e as suas relações e examinar, de modo sistemático, a relação existente entre duas ou mais variáveis, de modo a fornecer algumas explicações.

### 4.2. POPULAÇÃO

A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente na finalidade do estudo, que correspondem aos alunos dos estudos pré-graduados em enfermagem, farmácia, medicina e medicina dentária.

O Caderno de Encargos inclui, na população do estudo, o “curso de farmácia” (DGS, 2015, p. 6). A Licenciatura em Farmácia forma técnicos de farmácia, enquanto técnicos de diagnóstico e de terapêutica, que desenvolvem atividades paramédicas “no circuito do medicamento, tais como análises e ensaios farmacológicos; interpretação da prescrição terapêutica e de fórmulas farmacêuticas, sua preparação, identificação e distribuição, controlo da conservação, distribuição e stocks de medicamentos e outros produtos, informação e aconselhamento sobre o uso do medicamento” (Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de dezembro, art.º 5.º, n.º 1, alínea f). 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 a Licenciatura em Enfermagem, o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, 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 (DGES, 2008). A Figura 1 dá conta da distribuição dos estabelecimentos de ensino superior onde existem estes 4 cursos pelas unidades territoriais de nível 3.

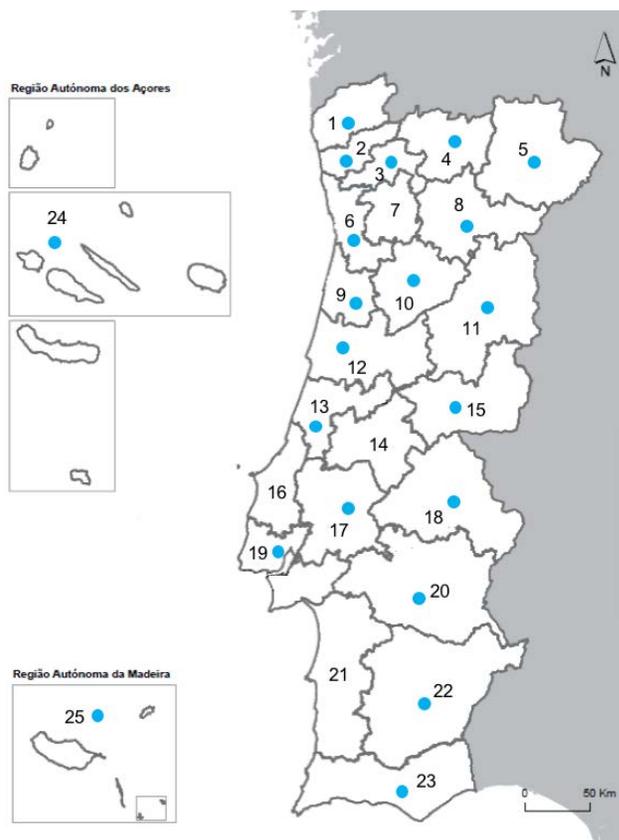


Figura 1. Localização dos estabelecimentos de ensino por NUTS 3.

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

Numa segunda fase, foram contactadas todas as instituições de ensino superior, primeiramente por via eletrónica e, quando justificadamente, 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. No Quadro 2 dá-se conta da população de estabelecimentos de ensino superior por NUT 3 e do número dos que aceitaram participar no estudo, com referência ao mapa da Figura 1.

Quadro 2. Número de estabelecimentos de ensino superior participantes no estudo, distribuídos pelas NUTS 3.

Referência no mapa	NUTS 3	N.º de instituições	N.º de instituições participantes no estudo <sup>4</sup>
1	Alto Minho	2	2
2	Cávado	3	2
3	Ave	1	1
4	Alto Tâmega	1	1
5	Terras de Trás-os-Montes	1	1
6	Área Metropolitana do Porto	14	14
7	Tâmega e Sousa	0	0
8	Douro	1	1
9	Região de Aveiro	2	2
10	Viseu Dão-Lafões	3	2
11	Beiras e Serra da Estrela	3	3
12	Região de Coimbra	4	4
13	Região de Leiria	1	1
14	Médio Tejo	0	0
15	Beira Baixa	1	1

<sup>4</sup> Considera-se, para este efeito, a data de 20 de outubro de 2016.

Quadro 2 (Continuação). Número de estabelecimentos de ensino superior participantes no estudo, distribuídos pelas NUTS 3.

Referência no mapa	NUTS 3	N.º de instituições	N.º de instituições participantes no estudo <sup>5</sup>
16	Oeste	0	0
17	Lezíria do Tejo	1	1
18	Alto Alentejo	1	1
19	Área Metropolitana de Lisboa	15	15
20	Alentejo Central	1	1
21	Alentejo Litoral	0	0
22	Baixo Alentejo	1	1
23	Algarve	4	4
24	Região Autónoma dos Açores	2	2
25	Região Autónoma da Madeira	2	2
<b>TOTAL</b>		<b>64</b>	<b>62</b>

Relativamente a cada curso, apresenta-se no Quadro 3 a relação do número de estabelecimentos de ensino superior que aceitaram participar neste estudo.

Quadro 3. Relação do número de instituições que oferecem os cursos considerados e das que acederam em participar no estudo.

Curso	N.º de instituições existentes	N.º de instituições participantes	Taxa de adesão (%)
Ciências Farmacêuticas	9	9	100
Enfermagem	40	38	95
Medicina	8	8	100
Medicina Dentária	7	7	100
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>62</b>	<b>97</b>

<sup>5</sup> Considera-se, para este efeito, a data de 20 de outubro de 2016.

O número total de estudantes envolvidos no último ano em todos os 4 cursos referenciados, apurado junto das respetivas instituições, no ano letivo de 2015-2016, é de 6065.

### **4.3. AMOSTRAGEM**

O método mais direto de se conhecerem as características que um conjunto de pessoas apresenta consiste na realização de um levantamento desses mesmos atributos de modo exaustivo em todos os indivíduos da população, técnica comumente conhecida por censo. Um censo elimina o erro de amostragem e fornece dados sobre todos os indivíduos da população (Israel, 1992), permitindo caracterizá-la de modo mais efetivo e factual. Considerando os recursos disponíveis para a realização deste estudo, entendeu-se que era desejável realizar um censo em toda a população teórica, cuja dimensão era conhecida e o acesso autorizado e mediado.

No decurso do processo da recolha de informação, percebeu-se a dificuldade em completar o censo. Existiam alguns obstáculos estruturais inerentes às instituições (por exemplo, declinar a cedência de informações pessoais sobre alunos/as; questões de natureza ética) e à matriz curricular dos cursos e, não sem menor relevo, a idiossincrasia de cada respondente era determinante para o sucesso deste método. A janela temporal inicial para o trabalho de campo abria-se, apenas, no período entre abril e o final de junho de 2016. Precisamente neste intervalo, no último ano de cada curso em estudo, os/as alunos/as encontram-se fora das suas instituições, em práticas em espaços clínicos ou de estágio. As possibilidades concretas e expeditas de se reunir um grupo, por vezes já de si numeroso, num único espaço para se proceder à recolha da informação, eram demasiado abreviadas ou apresentadas como inexequíveis pelos estabelecimentos de ensino superior. Também por todos estes aspetos, foi determinante a auscultação das instituições sobre o método de recolha de informação e a sua coadjuvação e encaminhamento de cada caso em particular.

Face ao exposto, optou-se por uma amostragem não probabilística acidental (Fortin, 2009; Maroco, 2003). 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 (2014). O nível de significância refere-se à probabilidade de que o investigador rejeite por erro a hipótese nula ( $H_0$ ), aceitando que existe diferença entre os grupos quando na realidade esta não existe. O erro amostral é um erro aleatório e traduz a diferença entre a estimativa da amostra e o parâmetro da população. 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%.

Para a determinação do tamanho da amostra aplicou-se a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

em que a variável  $n$  representa o tamanho da amostra,  $N$  a população,  $Z$  a variável normal padronizada associada ao nível de confiança desejado,  $p$  traduz a verdadeira probabilidade do evento; e  $e$  o erro amostral (Siegel & Castellan, 2014).

Tendo por base o tamanho da população de cada curso (Quadro 3), para o nível de confiança e erro máximo amostral considerados, o tamanho das amostras é conforme se discrimina no Quadro 4.

Quadro 4. População de estudantes dos quatro cursos e respetiva amostra.

Cursos	População	Amostra
		$\alpha = 0,05, e = 5\%$
Ciências Farmacêuticas	995	278
Enfermagem	2589	335
Medicina	1865	319
Medicina dentária	616	237

#### 4.4. 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 (Buendía, 1998).

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 (Brace, 2008; Moreira, 2009; Siniscalco & Auriat, 2005).

Os trabalhos de Schriesheim e Denisi (1980) 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 8 agrupamentos de itens (dimensões). A primeira dimensão diz respeito à informação sociodemográfica (sexo, estado civil, idade, designação do curso, duração do curso 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 das atitudes (dimensão IV) levaram-se em consideração alguns princípios de medida (Oppenheim, 1972): unidimensionalidade ou homogeneidade; linearidade e intervalos iguais ou intervalos de aparência igual; validade, reprodutibilidade. Optámos por escalas sumativas Likert (Morales, 2000). Os itens não se seleccionam 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 (Edwards, 1957), 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 (Morales, 2000). A conclusão óbvia é que os itens devem apresentar-se sempre na mesma ordem. Os trabalhos de Schriesheim e Denisi (1980) revelaram que os itens agrupados por temas (por exemplo, em subescalas homogéneas) apresentam maior validade convergente e divergente do que se aparecessem misturados. Atendendo a este elemento os itens foram agrupados em dimensões.

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 das atitudes. Foi elaborada uma escala ordinal de 6 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”.

A síntese das dimensões do questionário, o número e tipo de itens associados apresenta-se no Quadro 5.

Quadro 5. Dimensões do questionário, número e tipo itens associados.

Dimensões	Designação	N.º de itens	Tipo de itens (Fortin, 2009)
I	Informação sociodemográfica	6	Itens de medida nominal Itens com escala ordinal
II	Prevalência do consumo de produtos do tabaco	14	Itens com escalas nominal Itens com escala ordinal Itens de resposta aberta
III	Exposição ao fumo ambiental do tabaco	4	Itens com escala ordinal Itens de resposta aberta
IV	Atitudes e perceções	28	Itens com escala ordinal
V	Perceções sobre a formação teórica recebida <sup>6</sup>	34	Itens com escala ordinal
VI	Perceções sobre a formação prática recebida	7	Itens com escala ordinal
VII	Perceções sobre a aquisição de competências <sup>7</sup>	10	Itens com escala ordinal Item com escala referenciada (de proporção)
VIII	Perceções sobre os métodos pedagógicos.	7	Itens com escala nominal

<sup>6</sup> Esta dimensão grupo tem 34 perguntas para os cursos de Ciências Farmacêuticas, Medicina e Medicina Dentária e 33 perguntas para o curso de Enfermagem.

<sup>7</sup> Esta dimensão grupo tem 10 perguntas para os cursos de Ciências Farmacêuticas, Medicina e Medicina Dentária e 9 perguntas para o curso de Enfermagem.

A qualidade de uma escala, ou de um teste em geral, não pode apreciar-se pelo número de itens. Ainda que a fiabilidade (consistência interna) aumente com o número de itens, na verdade também aumenta se aumentarmos o número de respostas. Morales (2000) conclui que sobre o número de itens necessário como ponto de partida não existe nenhuma norma. O questionário elaborado para este estudo é composto por 110 itens, não se incorrendo no risco para que alerta Nunnally (1978).<sup>8</sup>

Na dimensão IV (atitudes e perceções) optou-se por criar uma opção com a forma “Não sei. Estou indeciso/a”. A inclusão desta opção cria um número ímpar de resposta e justifica-se pelo seguinte: a) facilita a resposta aos genuinamente indecisos ou que não sabem, de facto; b) em geral, e à margem do que se force ou não decisão, os sujeitos que respondem parece que se sentem mais satisfeitos quando dispõem de uma resposta que não os compromete (Morales, 2000); c) observou-se que quando não se dispõe de uma “resposta central”, são mais os itens que se deixam sem resposta (Morales, 2000); d) o número de sujeitos que escolha a “resposta central” é em si mesmo informativo; e) procurou-se que a atenção dirigida fosse sobre opinião expressa (favorável ou desfavorável), pelo que se optou por reposicionar a “resposta central” no limite direito da escala.

Nas dimensões V, VI e VII, a escala é par, de seis pontos, optando-se por colocar nos extremos esquerdo e direito, respetivamente, as opções sob a forma “O tema não foi abordado” e “Não sei. Estou indeciso/a”.

A versão final do questionário construído (Apêndice) foi apreciada e depurada pela equipa de investigadores e validado o seu conteúdo pela equipa do *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo* da DGS (cf. *Primeiro Relatório de Progresso*).

---

<sup>8</sup> Uma amostra deve ser 5 vezes maior que o número de itens; caso contrário é menos provável que os itens que discriminem numa amostra discriminem também adequadamente outra similar. Trata-se de uma recomendação mínima, porque é sempre preferível dispor de uma amostra maior.

#### 4.5. TESTAGEM PILOTO

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.

A informação recolhida e analisada permitiu tomar decisões acerca da fiabilidade (consistência interna) de cada item e das dimensões do questionário. A consistência interna foi calculada através do parâmetro *Alfa de Cronbach* ( $\alpha$ ), seguindo os critérios de Peterson (1994). Os resultados da fiabilidade resumem-se no Quadro 6.

Quadro 6. Resumo da consistência interna dos itens subjacentes às dimensões do questionário.

Dimensão	Grupos de perguntas	$\alpha$	Fiabilidade
III	q_17-q_18	0,671	Baixa
IV	q_32.1-q_32.26	0,740	Baixa
IV CORR	q_32.1-q_32.26 exclusão de q_32.24	0,805	Moderada a elevada
V	q_33.1-q_33.33	0,962	Elevada
VI	q_34.1-q_34.7	0,942	Elevada
VII	q_35.1-q_35.9	0,943	Elevada

A dimensão IV, inicialmente, possuía um valor de  $\alpha$  de 0,740 (fiabilidade baixa). Foi melhorado após análise dos dados da correlação item-total corrigida, que apresentava um valor negativo, provocando a diminuição do valor de  $\alpha$  estandardizado, passando a possuir o valor de 0,805 (fiabilidade moderada a elevada).

A análise dos valores de *Alfa de Cronbach* determinados permite considerar que existe fiabilidade interna no questionário piloto, não se vendo necessidade de alterar os grupos de perguntas com

resposta de escala. A fiabilidade interna das dimensões referidas no Quadro 6, seguindo os critérios de Peterson (1994), varia de baixa a elevada.

#### **4.6. 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 (Apêndice 1).

#### **4.7. 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 tivemos para o trabalho de campo, todos estivessem reunidos num mesmo local. Várias das coordenações dos cursos deram-nos conta deste obstáculo, solicitando-nos 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 assinalada 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 de 2016. Face à baixa taxa de respostas, verificada em dois cursos, em particular, Mestrado Integrado de Ciências Farmacêuticas e 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 fossem convidados, uma vez mais, os alunos 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. Nos Quadros 7-12 dá-se conta dos dados relativos a cada curso. Referem-se, também, as instituições que não aceitaram participar no estudo.

Quadro 7. Dados referentes ao curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

NUTS 3	Estabelecimento de ensino	Unidade orgânica	Procedimento de recolha de informação	N.º alunos (último ano)	N.º respostas válidas	Taxa de resposta efetiva (%)
Algarve	Universidade do Algarve	Faculdade de Ciências e Tecnologia	Papel	32	27	84,4
	Universidade de Lisboa	Faculdade de Farmácia	Em linha	242	108	44,6
Área Metropolitana de Lisboa	Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz		Em linha	80	7	8,8
	Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias		Em linha	22	22	100,0
	Universidade do Porto	Faculdade de Farmácia	Em linha	223	52	23,3
Área Metropolitana do Porto	Instituto Superior de Ciências da Saúde	Norte	Em linha	59	21	35,6
	Universidade Fernando Pessoa		Em linha	90	4	4,4
Beiras e Serra da Estrela	Universidade da Beira Interior		Em linha	42	1	2,4
Região de Coimbra	Universidade de Coimbra	Faculdade de Farmácia	Em linha	205	60	29,3
<b>Total</b>				<b>995</b>	<b>302</b>	<b>30,4</b>

Quadro 8. Dados referentes ao curso de Licenciatura em Enfermagem.

NUTS 3	Estabelecimento de ensino	Unidade orgânica	Procedimento de recolha de informação	N.º alunos (último ano)	N.º respostas válidas	Taxa de resposta efetiva (%)
Alentejo Central	Universidade de Évora	Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus	Papel	64	49	76,6
Algarve	Escola Superior de Saúde Jean Piaget	Algarve	Em linha	30	9	30,0
	Universidade do Algarve	Escola Superior de Saúde	Em linha	39	0	0,0
Alto Alentejo	Instituto Politécnico de Portalegre	Escola Superior de Saúde	Papel	54	52	96,3
Alto Minho	Instituto Politécnico de Viana do Castelo	Escola Superior de Saúde	Em linha	67	20	29,9
	Universidade Fernando Pessoa (unidade de Ponte de Lima - ensino politécnico)		Em linha	12	4	33,3

Quadro 8 (continuação). Dados referentes ao curso de Licenciatura em Enfermagem.

NUTS 3	Estabelecimento de ensino	Unidade orgânica	Procedimento de recolha de informação	N.º alunos (último ano)	N.º respostas válidas	Taxa de resposta efetiva (%)
Alto Tâmega	Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado		Papel	54	0	0,0
	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa		Papel	265	173	65,3
Área Metropolitana de Lisboa	Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias		Em linha	25	4	16,0
	Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa		Papel	41	32	78,0
	Escola Superior de Saúde Egas Moniz		Em linha	36	4	11,1
	Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches		Em linha	38	10	26,3
	Instituto Politécnico de Setúbal	Escola Superior de Saúde	Em linha	37	3	8,1
	Universidade Atlântica	Escola Superior de Saúde Atlântica	Papel	22	12	54,5
	Universidade Católica Portuguesa	Escola Superior Politécnica de Saúde (Lisboa)	Em linha	40	11	27,5
	Área Metropolitana do Porto	CESPU - Instituto Politécnico de Saúde do Norte	Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa	Em linha	34	9
Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria			Em linha	50	10	20,0
Escola Superior de Enfermagem do Porto			Em linha	300	13	4,3
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia			Em linha	7	5	71,4
Universidade Católica Portuguesa		Escola Superior Politécnica de Saúde (Porto)	Papel	28	20	71,4
Universidade Fernando Pessoa		Escola Superior de Saúde	Em linha	30	3	10,0
Ave	CESPU - Instituto Politécnico de Saúde do Norte	Escola Superior de Saúde do Vale do Ave	Em linha	66	59	89,4
Baixo Alentejo	Instituto Politécnico de Beja	Escola Superior de Saúde	Em linha	42	32	76,2
Beira Baixa	Instituto Politécnico de Castelo Branco	Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	Papel	62	49	79,0
Beiras e Serra da Estrela	Instituto Politécnico da Guarda	Escola Superior de Saúde da Guarda	Em linha	65	2	3,1

Quadro 8 (continuação). Dados referentes ao curso de Licenciatura em Enfermagem.

NUTS 3	Estabelecimento de ensino	Unidade orgânica	Procedimento de recolha de informação	N.º alunos (último ano)	N.º respostas válidas	Taxa de resposta efetiva (%)
Cávado	Instituto Superior de Saúde do Alto Ave		Papel	10	9	90,0
	Universidade do Minho	Escola Superior de Enfermagem		*	*	*
Douro	Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro	Escola Superior de Enfermagem de Vila Real	Em linha	74	26	35,1
Lezíria do Tejo	Instituto Politécnico de Santarém	Escola Superior de Saúde de Santarém	Papel	78	61	78,2
Região Autónoma da Madeira	Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny		Papel	35	30	85,7
	Universidade da Madeira	Escola Superior de Saúde	Papel	27	25	92,6
Região Autónoma dos Açores	Universidade dos Açores	Escola Superior de Saúde - Angra do Heroísmo	Em linha	31	17	54,8
	Universidade dos Açores	Escola Superior de Saúde - Ponta Delgada	Papel	40	9	22,5
Região de Aveiro	Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis		Em linha	22	22	100,0
	Universidade de Aveiro	Escola Superior de Saúde de Aveiro	Papel	78	40	51,3
Região de Coimbra	Escola Superior de Enfermagem de Coimbra		Em linha	385	126	32,7
Região de Leiria	Instituto Politécnico de Leiria	Escola Superior de Saúde de Leiria	Papel	113	80	70,8
Terras de Trás-os-Montes	Instituto Politécnico de Bragança	Escola Superior de Saúde de Bragança	Em linha	80	10	12,5
Viseu Dão-Lafões	Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Viseu			*	*	*
	Instituto Politécnico de Viseu	Escola Superior de Saúde de Viseu	Papel	108	60	55,6
<b>Total</b>				<b>2589</b>	<b>1100</b>	<b>42,5</b>

\* - A instituição não respondeu ao pedido de autorização para aplicação do questionário.

Quadro 9. Dados referentes ao curso de Mestrado Integrado em Medicina

NUTS 3	Estabelecimento de ensino	Unidade orgânica	Procedimento de recolha de informação	N.º alunos (último ano)	N.º respostas válidas	Taxa de resposta efetiva (%)
Algarve	Universidade do Algarve	Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina	Em linha	30	30	100
Área Metropolitana de Lisboa	Universidade de Lisboa	Faculdade de Medicina	Em linha	363	62	17,1
	Universidade Nova de Lisboa	Faculdade de Ciências Médicas	Papel	292	67	22,9
Área Metropolitana do Porto	Universidade do Porto	Faculdade de Medicina	Em linha	344	101	29,4
	Universidade do Porto	Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar	Papel	264	40	15,2
Beiras e Serra da Estrela	Universidade da Beira Interior		Em linha	127	20	15,7
Cávado	Universidade do Minho		Papel	145	94	64,8
Região de Coimbra	Universidade de Coimbra	Faculdade de Medicina	Em linha	300	38	12,7
<b>Total</b>				<b>1865</b>	<b>452</b>	<b>24,2</b>

Quadro 10. Dados referentes ao curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

NUTS 3	Estabelecimento de ensino	Unidade orgânica	Procedimento de recolha de informação	N.º alunos (último ano)	N.º respostas válidas	Taxa de resposta efetiva (%)
Área Metropolitana de Lisboa	Universidade de Lisboa	Faculdade de Medicina Dentária	Em linha	37	10	27,0
	Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz		Papel	152	66	43,4
Área Metropolitana do Porto	Universidade do Porto	Faculdade de Medicina Dentária	Papel	77	50	64,9
	Instituto Superior de Ciências da Saúde	Norte	Em linha	129	30	23,3
	Universidade Fernando Pessoa		Em linha	124	15	12,1
Região de Coimbra	Universidade de Coimbra	Faculdade de Medicina	Papel	50	37	74,0
Viseu Dão-Lafões	Universidade Católica Portuguesa	Centro Regional das Beiras	Papel	47	33	70,2
<b>Total</b>				<b>616</b>	<b>241</b>	<b>39,1</b>

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% (Quadro 11).

Quadro 11. Dados referentes ao número de alunos e de questionários recebidos da totalidade dos cursos/instituições.

Dados totais do estudo	N	%
Total de alunos (último ano)	6065	100,0
Total de questionários recebidos em modo papel	1118	53,4
Total de questionários recebidos em modo digital	977	46,6
Total de questionários válidos	2095	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 (2014), para um nível de confiança de 95%, o erro amostral em cada curso é sempre inferior a 5% (Quadro 12).

Quadro 12. Erro amostral por curso.

Curso	e (%)
Ciências Farmacêuticas	4,71
Enfermagem	2,24
Medicina	4,01
Medicina Dentária	4,93

#### **4.8. 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 21*, licenciado à Universidade de Évora. Os dados procedentes dos questionários em papel foram transferidos para o referido programa informático, para organização e sistematização, de modo a possibilitar a análise dos resultados. Foram criadas 4 bases de dados, uma para cada curso: *Dados\_DGS\_cod\_CF*, para o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas; *Dados\_DGS\_cod\_E*, para a Licenciatura em Enfermagem; *Dados\_DGS\_cod\_M*, para o Mestrado Integrado em Medicina; e *Dados\_DGS\_cod\_MD*, para o Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Antes de se iniciar a análise dos dados dos questionários foi necessário averiguar a consistência interna, de modo a verificar se os itens apresentam homogeneidade entre si, através do cálculo do parâmetro *Alfa de Cronbach* ( $\alpha$ ) atendendo aos seguintes critérios (Peterson, 1994) (Quadro 13).

Quadro 13. Critérios de recomendação de fiabilidade estimada pelo *Alfa de Cronbach*.

Condição	$\alpha$ considerado aceitável
Fiabilidade inaceitável	0,6
Fiabilidade baixa	0,7
Fiabilidade moderada a elevada	0,8-0,9
Fiabilidade elevada	> 0,9

Na dimensão IV (Atitudes e perceções) as respostas foram pontuadas do seguinte modo: as posições que estão em desacordo com o quadro teórico receberam os valores mais baixos (“Discordo completamente – 1” e “Discordo – 2”) e as que se alinham com o referencial teórico os mais altos (“Concordo – 3” e “Concordo totalmente – 4”). Uma vez que procuramos opinião expressa e não a sua ausência, à opção “Não sei. Estou indeciso/a” foi atribuído valor nulo.

Na dimensão V (Perceções sobre a formação teórica recebida), na VI (Perceções sobre a formação prática recebida) e na VII (Perceções sobre a aquisição de competências) as respostas foram pontuadas com o seguinte critério: as posições que evidenciam preparação receberam os valores mais elevados (“Sinto-me bem preparado/a” – 3 e “Sinto-me muito bem preparado/a” – 4). Às opções

de fraca preparação e sua ausência foram-lhes atribuídos os valores mais baixos (“Não me sinto preparado/a” – 1 e “Sinto-me pouco preparado/a – 2”. A assunção de que o tema não foi abordado, fator condicionante das demais respostas intra e extra dimensão foi pontuada com o valor -1. Por fim, uma vez que procuramos opinião expressa e não a sua ausência, à opção “Não sei. Estou indeciso/a” foi atribuído valor nulo.

De seguida, procedeu-se à análise estatística univariada, bivariada e multivariada. A estatística descrita “descreve, de forma sumária, alguma característica de uma ou mais variáveis fornecidas por uma amostra de dados” (Hill & Hill, 2005, p. 192), tendo sempre presente a sua triangulação. Yin (2010), a este respeito, defende que um dos princípios para a recolha de dados num desenho investigativo deste tipo deve ser a utilização de fontes múltiplas de evidências. Basear-se em fontes distintas de informação permite que qualquer descoberta ou conclusão seja mais convincente e aperfeiçoada tendo em vista a corroboração do mesmo facto. A opção pela triangulação de dados provenientes de uma amostra representativa pesou na decisão da análise univariada, privilegiando-se o uso de frequências relativas, em percentagem, e do uso de algumas outras medidas de tendência central, como seja a mediana e a moda, e de dispersão (intervalo interquartil).

A análise bivariada permite definir características de modo a comparar as variáveis duas a duas, para se avaliar o seu grau de associação (Mujis, 2004). Esta avaliação pode ser efetuada através do cálculo de parâmetros que permitem quantificar a associação linear entre duas variáveis, a covariância, ou o coeficiente de correlação. Recorreu-se, por isso, a um conjunto de testes não paramétricos, não se exigindo que a distribuição da variável sob estudo seja conhecida. A abordagem não paramétrica teve em conta o tipo de variáveis (algumas ordinais) e a presença de distribuições com evidências de padrão não normal. Estes *distribution-free tests* revestem-se de igual potência, comparativamente aos testes paramétricos, em amostras relativamente pequenas e de diferentes dimensões, como vem a ser o caso deste estudo.

Foram, por isso, calculados coeficientes de *Pearson* (em variáveis quantitativas) e de *Spearman* (no caso de variáveis qualitativas). Utilizaram-se, ainda, o *Teste U de Mann-Whitney* e o *Teste de Kruskal-Wallis* (para testar a homogeneidade de duas amostras ordinais) e o *Teste Qui-quadrado*

(para avaliar quantitativamente a relação entre o resultado observado e a distribuição esperada para o fenómeno).

Na quantificação da significância utilizou-se o critério que se apresenta no Quadro 14. As análises que apresentam valores de  $p$  significativos, muito significativos ou altamente significativos têm-nos realçados de **cor amarelo**.

Quadro 14. Quantificação da significância.

Valor de $p$	Significado
$0,05 \geq p > 0,01$	Significativo
$0,01 \geq p > 0,001$	Muito significativo
$0,001 \geq p$	Altamente significativo

A análise multivariada permite estudar o comportamento de três ou mais variáveis simultaneamente, sendo utilizada sobretudo para identificar as variáveis menos representativas de forma a elimina-las, simplificando os modelos estatísticos. Na análise multivariada, foram testadas técnicas mais recentes, nomeadamente as de regressão por *Mínimos Quadrados Parciais*. Na regressão logística o modelo usado tem em conta as variáveis que pareceram potenciais regressores, considerando as eventuais associações entre variáveis, para um modelo criado em contexto de não multicolinearidade, ou seja, em que as variáveis independentes não estão fortemente correlacionadas entre si.

As perguntas de resposta aberta existentes no questionário foram analisadas através de *Análise de Conteúdo por Teoria Fundamentada* (Strauss & Corvin, 2002), 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.

## 5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesta seção apresentam-se os resultados encontrados para cada curso.

### 5.1. MESTRADO INTEGRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

O Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas tem a duração de 5 anos letivos. No processo de inquérito, em 9 estabelecimentos de ensino superior, com 995 alunos, obtivemos 302 respostas validadas, traduzindo uma taxa de resposta de 30,4%. Para o nível de confiança considerado de 95% o erro amostral calculado é de 4,71%.

A informação recolhida e analisada permitiu tomar decisões acerca da consistência interna de cada item e das dimensões do questionário. A consistência interna foi calculada através do parâmetro *Alfa de Cronbach* ( $\alpha$ ). Os resultados da fiabilidade interna resumem-se no Quadro 15. Os dados revelam que todos os grupos de perguntas com itens de resposta em escala ordinal apresentam fiabilidade entre moderada a elevada e elevada (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 15. Fiabilidade interna dos itens com escala ordinal, para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

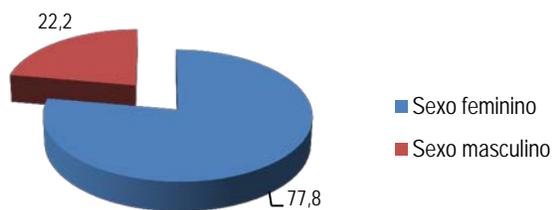
Grupo de perguntas	N.º de itens	$\alpha$
IV	28	0,819
V	34	0,974
VI	7	0,970
VII	8	0,955

De seguida, apresentam-se os resultados da análise estatística descritiva para as várias dimensões.

## Dimensão I – Informação sociodemográfica

### *Variável “sexo”*

Os dados relativos à variável “sexo” apresentam-se no gráfico da Figura 2. Cerca de 78% dos respondentes são do sexo feminino.



*Figura 2.* Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “Sexo” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.  
N = 302.

### *Variável “estado civil”*

Relativamente ao estado civil, cerca de 97% dos/as inquiridos/as declarou-se solteiro/a (Figura 3).

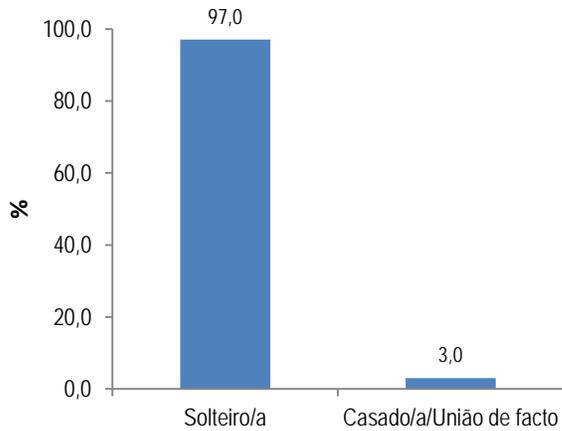


Figura 3. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Estado civil" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.  
N = 302.

#### Variável "idade"

No que diz respeito à idade dos/as alunos/as (Figura 4), foi calculada a média de 23,60 anos, a mediana de 23,00, com um desvio padrão de 2,602. O valor mais frequente é de 23 anos e o da idade máxima é de 50 anos.

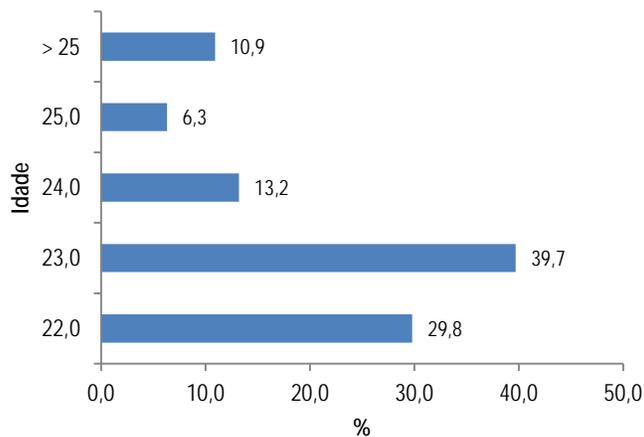
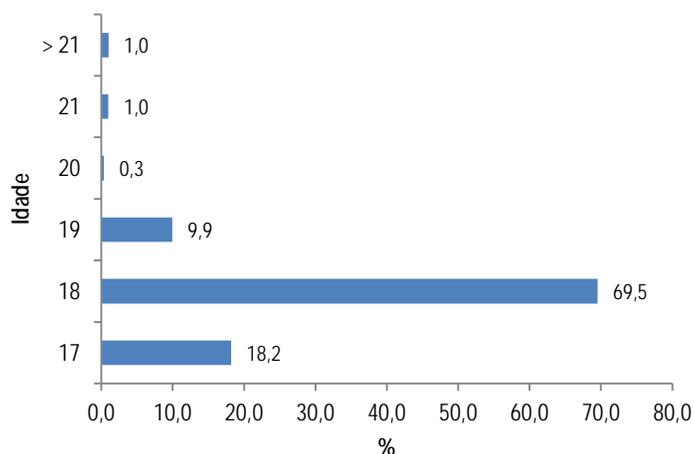


Figura 4. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Idade" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.  
N = 302.

### *Variável "idade com que iniciou os estudos universitários"*

A maior parte dos/as alunos/as iniciou os seus estudos universitários (Figura 5) com 18 anos de idade (cerca de 70%), seguida da classe dos 17 anos de idade. Para esta variável encontrou-se a média de 18,05 e a mediana de 18,00, com desvio padrão de 1,322. O valor mais frequente é 18 anos de idade.



*Figura 5.* Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Idade com que iniciou os estudos universitários" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. N = 302.

## **Dimensão II – Prevalência do consumo de produtos do tabaco**

A maioria dos/as inquiridos/as (53,0%) declara que já fumou ou consumiu produtos de tabaco, como cigarros, cigarrilhas ou outros produtos (Figura 6). Esta experimentação parece ter maior expressão no sexo masculino (69,4%) (Quadro 16).



Figura 6. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “Alguma vez fumou ou consumiu produtos do tabaco” para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. N = 247.

Quadro 16. Experimentação de produtos de tabaco em relação ao sexo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco?)			Pearson Chi-Square
Sexo	Sim N (%)	Não N (%)	p-value
Feminino	88 (47,6)	97 (52,4)	0,002**
Masculino	43 (69,4)	19 (30,6)	

\*. Correlação significativa.

\*\* . Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

A idade de experimentação de produtos do tabaco, de acordo com a informação recolhida, ocorreu entre os 10 anos os 25 anos (Figura 7). A maior parte dos/as alunos/as declarou ter experimentado fumar ou consumir produtos do tabaco com 16 anos de idade (24,4%), seguido da classe dos 15 anos de idade (17,6%). A média calculada de idades é de 16,52 anos e a mediana de 16,00, com um desvio padrão de 2,552. A idade mais comum de experimentação é aos 16 anos.

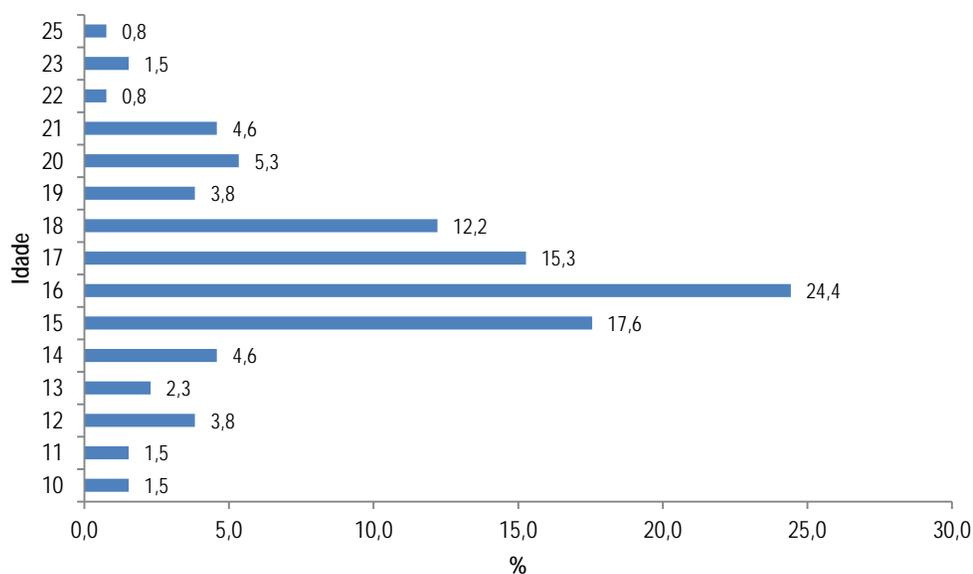


Figura 7. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Que idade tinha quando fumou ou consumiu tabaco pela primeira vez" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. N = 131.

Cerca de 63% dos/as inquiridos/as (N = 131) declararam apenas terem experimentado produtos do tabaco, não sendo atualmente consumidores (Figura 8). Entre os/as consumidores/as (36,6%), a maior parte (20,8%) começou a fumar regularmente com 18 anos de idade, seguido da classe com 17 anos (16,7%). A média calculada de idades é de 17,67 anos e a mediana de 18,00, com um desvio padrão de 2,409. A idade mais comum de início do consumo regular de tabaco é aos 18 anos.

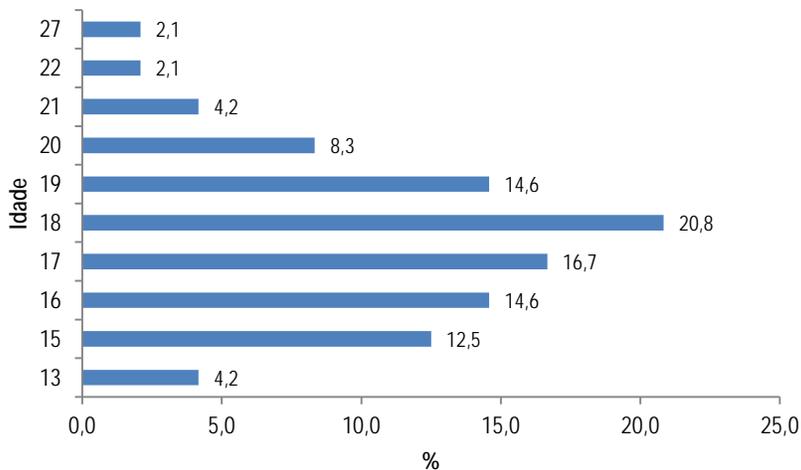


Figura 8. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. N = 48.

No gráfico da Figura 9, relacionam-se os dados relativos à percentagem de fumadores e de não fumadores com o sexo. Percebe-se uma prevalência do consumo maior no sexo masculino, de 32,3%, com diferença muito significativa relativamente ao sexo feminino.

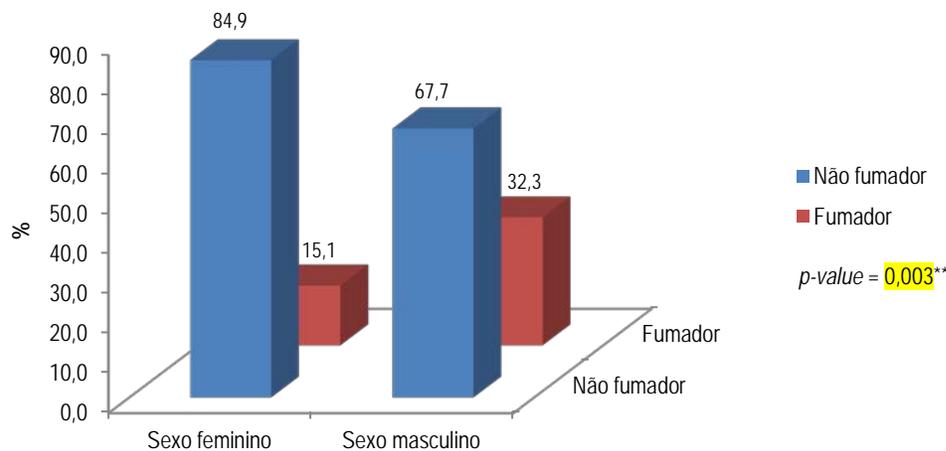


Figura 9. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) dos fumadores e não fumadores em função do sexo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Entre os consumidores regulares de tabaco ( $N = 48$ ), 62,5% declara que já tentou deixar de fumar, sendo que a maior parte apenas uma vez (37,9%), seguido pelo grupo que tentou duas vezes (31,0%). Nesta pergunta foram declaradas tentativas de deixar de fumar entre uma vez e 9 vezes, com o valor de mediana de duas tentativas, embora a classe modal seja a de uma tentativa e o desvio padrão de 1,885.

Os motivos que conduziram estes/as alunos/as ao início do consumo de tabaco apresentam-se no Quadro 17 e parecem claramente apontar a influência dos amigos e/ou colegas (62,5%) e o gosto e aroma do tabaco (56,3%). A estética das embalagens (95,8%) e a influência dos familiares (85,4%) foram os motivos mais afastados para o seu comportamento.

Quadro 17. Motivos para se ter começado a fumar para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.  $N = 48$ .

Motivos <sup>9</sup>	Sim (%)	Não (%)
Porque os meus familiares fumavam.	14,6	85,4
Porque os meus amigos e/ou colegas fumavam.	62,5	37,5
Porque gostei do sabor e/ou do cheiro do tabaco.	56,3	43,8
Porque era fácil arranjar tabaco.	20,8	79,2
Porque as embalagens me atraíam.	4,2	95,8
Não me recordo.	18,8	81,3
Por outras razões.	20,8	79,2

Entre os/as alunos/as que apontaram outras razões, destacam-se as seguintes categorias: ansiedade ( $n = 1$ ); stresse ( $n = 3$ ); conforto ( $n = 2$ ); facilidade de iniciar conversas sociais / hábito social ( $n = 3$ ); curiosidade ( $n = 1$ ).

<sup>9</sup> Nesta questão poderia assinalar-se mais que uma opção de resposta.

Entre os/as estudantes que começam a consumir regularmente tabaco (N = 48), cerca de 48% fuma diariamente, pelo menos uma vez por dia; 43,8% fá-lo menos de uma vez por dia e 8,3% acabou por abandonar essa prática (Figura 10).

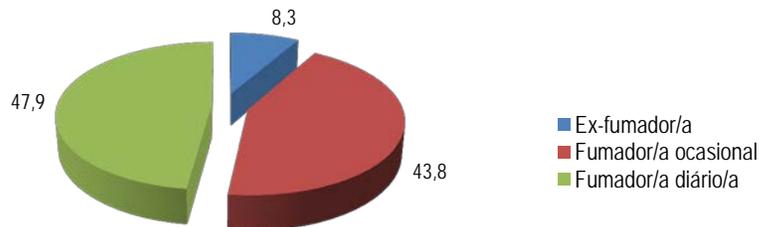


Figura 10. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Fumador diário/fumador ocasional/ex-fumador" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. N = 48.

No Quadro 18 apresentam-se os resultados relativamente ao tipo de consumo, relacionados com a variável sexo.

Quadro 18. Tipo de consumo de tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Atualmente (últimos 30 dias) como classifica o seu consumo de tabaco?			Pearson Chi-Square
Sexo	Fumo ocasionalmente N (%)	Fumo diariamente N (%)	p-value
Feminino	15 (53,6)	13 (46,4)	0,105
Masculino	6 (30,0)	14 (70,0)	

\*. Correlação significativa.

\*\*.. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

No Quadro 19 revela-se o padrão de consumo declarado, nos últimos 30 dias, relativamente a alguns dos produtos de tabaco.

Quadro 19. Comportamento tabágico, nos últimos 30 dias, relativo a alguns produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.  
N = 43.

Produtos do tabaco	Consumo diário (%)	Consumo ocasional (%)	Experimentação (%)	Não consumo (%)	Interquartil range
Cigarros	39,5	18,6	34,9	7,0	2
Cigarrilhas	4,7	2,3	2,3	90,7	0
Charutos	2,3	2,3	2,3	93,0	0
Tabaco de enrolar	9,3	14,0	4,7	72,1	1
Cachimbo	2,3	0,0	2,3	95,3	0
Cachimbo de água ( <i>sicha</i> )	2,3	7,0	2,3	88,4	0
Tabaco de mascar	2,3	0,0	0,0	97,7	0
Rapé	2,3	0,0	0,0	97,7	0
Cigarro eletrónico	2,3	4,7	2,3	90,7	0
Cigarro sem queima ( <i>Heat not-burn</i> )	0,0	0,0	0,0	100,0	0

A informação do Quadro 19 revela que o consumo diário de produtos de tabaco diz respeito, essencialmente, a cigarros (39,5%). Cerca de 35% dos/as inquiridos/as declara que o seu consumo de cigarros, nos últimos 30 dias, foi apenas experimental; os outros produtos de tabaco não apresentam expressão de experimentação. Cerca de 14,0 % disse consumir ocasionalmente tabaco de enrolar; o cachimbo de água surge com 7% de preferências para consumo, mas não diário, seguido cigarro eletrónico (4,7%). Não foram indicados outro tipo de produtos do tabaco que fossem consumidos.

O gráfico da Figura 11 revela o tempo em que, depois de acordar, se fuma o primeiro cigarro. A maioria declara que o faz após 1 h de acordar (67,4%) e 18,6% entre a meia hora e os primeiros 60 minutos. Apenas uma pessoa disse fazê-lo nos primeiros 5 minutos após acordar (DP = 0,798).

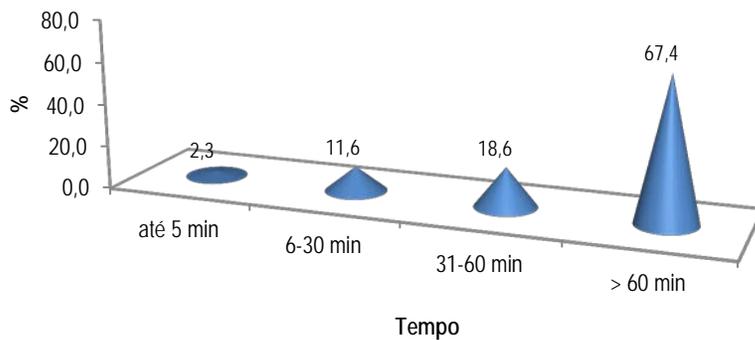


Figura 11. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Quanto tempo, depois de acordar, fuma o seu primeiro cigarro" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. N = 43.

No gráfico da Figura 12 podemos verificar que a maioria dos/as fumadores/as consome até 10 cigarros por dia (76,7%), situando-se em 23,3% o valor dos/as que fumam entre 11 e 20 cigarros (DP = 0,427).

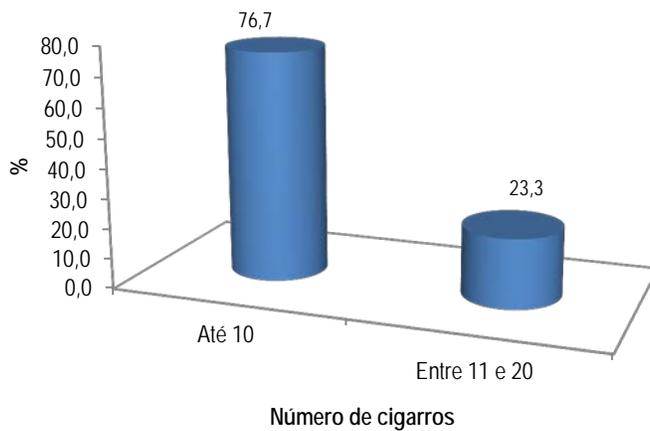


Figura 12. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Quantos cigarros fuma por dia" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. N = 43.

O gráfico da Figura 13 dá conta que 39,5% dos/as consumidores/as de tabaco não está a pensar em deixar de fumar, *ex aequo* com aqueles/as que pensam em deixar este consumo nos próximos 6 meses (DP = 0,764).

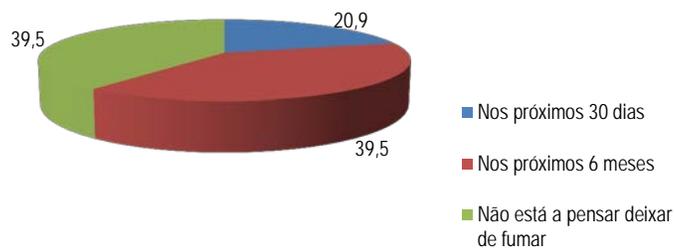


Figura 13. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Está a pensar em deixar de fumar" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. N = 43.

Entre os/as ex-fumadores/as procurou-se apurar há quanto tempo tinham deixado de fumar. Os dados revelam que 81,2% fê-lo há mais de um ano e 18,8% há menos de um ano (N = 85; DP = 0,39).

Neste estudo pretendemos perceber que tipo de produtos do tabaco eram consumidos antes dos/as estudantes os terem consumido pela última vez. Verificamos, pela informação da Figura 14, que a maior parte (25,3%) consumia cigarros, seguido do cachimbo de água (3,5%) e do tabaco de enrolar (2,5%). O cigarro eletrónico, as cigarrilhas e os charutos apresentam frequências muito reduzidas e os demais produtos ficaram sem qualquer escolha.

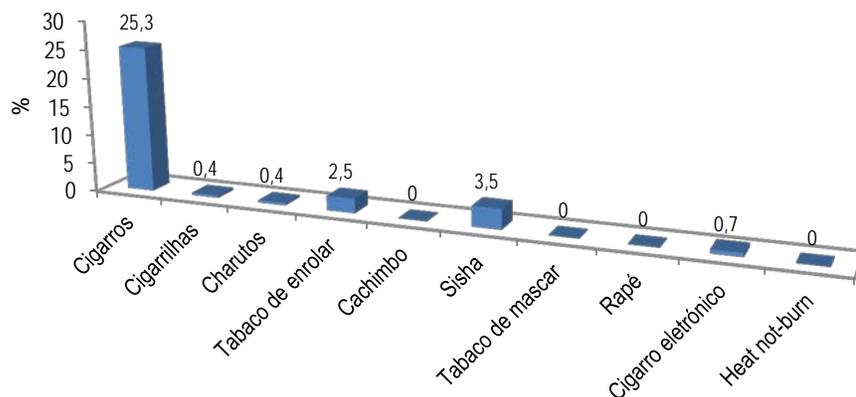


Figura 14. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Tipo de produtos do tabaco consumidos antes de os ter consumido pela última vez" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. N = 285.

Este item prevê a possibilidade de se indicar o consumo de outros produtos do tabaco que se consumia antes de os ter consumido pela última vez. Nesta opção, registam-se duas asserções, com a designação "erva".

Os/as ex-fumadores/as revelam, também, os motivos que os/as levaram a deixar de fumar (Figura 15), percebendo-se que o fizeram particularmente por preocupações sobre os riscos para a sua saúde (20,4%) e para dar exemplo, enquanto futuros/as profissionais de saúde (6,7%).

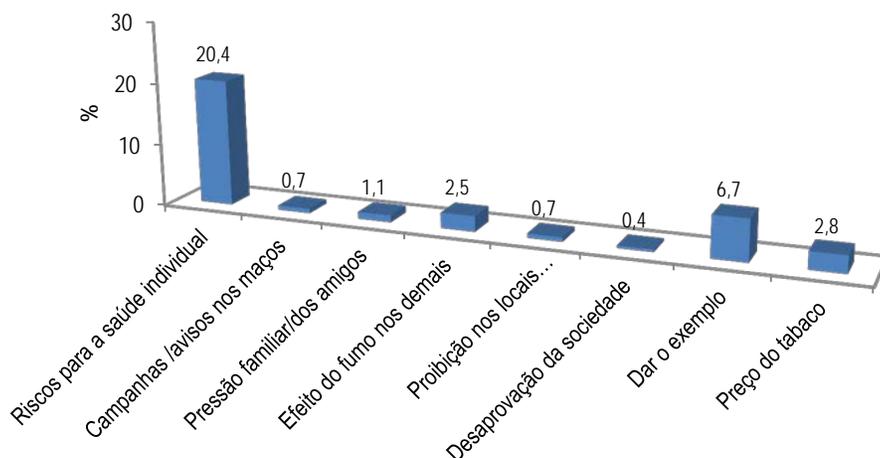


Figura 15. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Quais foram os motivos que o levaram a deixar de fumar" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacéuticas. N = 285.

A análise de conteúdo a este item identificou outros motivos para a decisão da cessação tabágica, sendo os de maior destaque: não gostar (18,5%); desinteresse (13,5%); mal-estar (6,5%). A gravidez recebeu duas inserções e prática desportiva e a doença apenas uma.

Por fim, nesta dimensão, inquiriram-se os/as alunos/as acerca do(s) método(s) usado(s) para deixar de fumar na última tentativa. Cerca de 24,6% considera que não usou método algum, socorrendo-se apenas da sua "força de vontade". Nenhum outro método referido recebeu uma escolha que fosse expressiva (apenas uma pessoa referiu o apoio médico). Algumas inserções, sem significado, foram registadas: "não tive adição" ( $n = 4$ ); "não precisei de nenhum método" ( $n = 1$ ), "rebuçados de mentol" ( $n = 1$ ); "apenas experimentei" ( $n = 13$ ).

### Dimensão III – Exposição ao fumo ambiental do tabaco

Entre os/as inquiridos/as, 56,9% declarou não estar exposto/a ao FAT no local onde reside, durante a última semana antes de serem questionados/as. Cerca de 20% disse que está exposto/a diariamente e 13,8% teve pessoas a fumar na sua residência 1 a 2 dias (Figura 16). As mulheres estão menos expostas ao FAT (19,5%) que os homens (35,6%) ( $p\text{-value} = 0,16$ ).

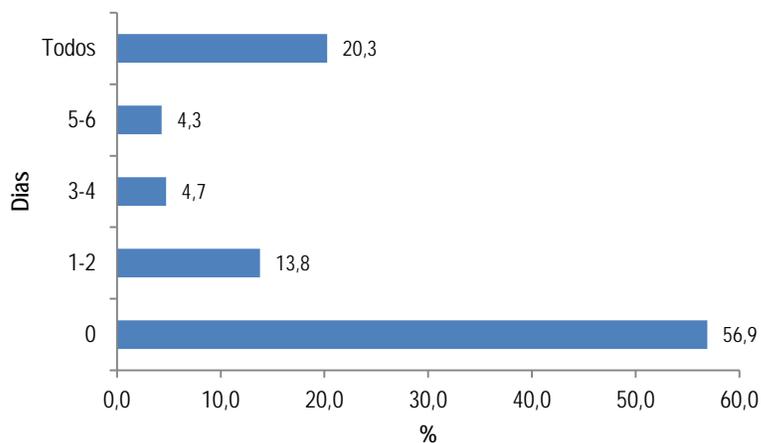


Figura 16. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco na residência" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. N = 232.

A exposição ao FAT em outros locais, sem ser onde se reside, parece ser intensa. Cerca de 31% considera que esteve exposto/a todos os dias da semana transata ao inquérito. Segue-se o grupo que teve na sua presença pessoas a fumar em 1 a 2 dias (28,9%) e 3 a 4 dias (15,5%) (Figura 17).

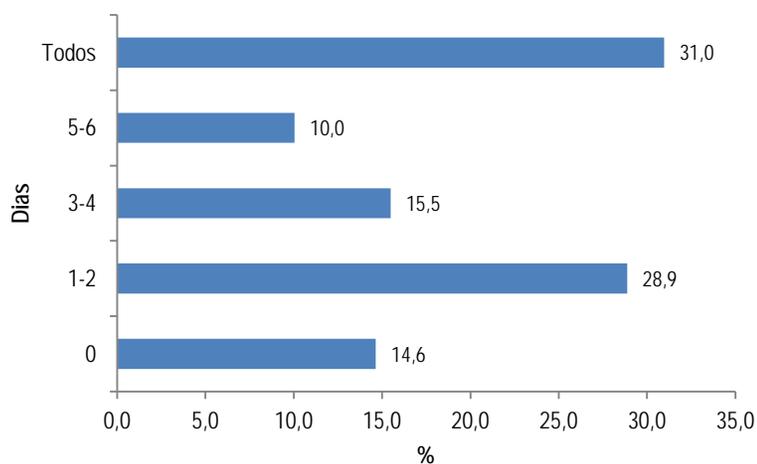


Figura 17. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco fora da residência" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. N = 239.

A leitura do gráfico da Figura 18 deixa perceber que 80,0% considera que a proibição regulamentar de fumar nos edifícios escolares é aplicada. Ainda assim, 10,4% dos inquiridos/as discorda desta posição, considerando que não é aplicada a regulamentação.

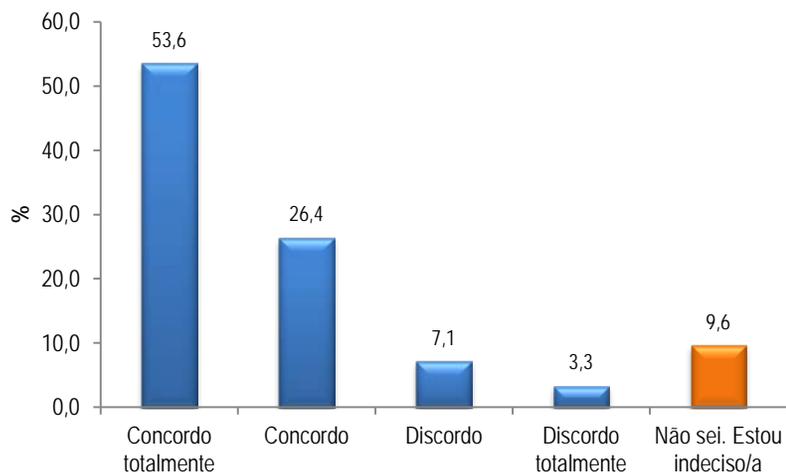


Figura 18. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Cumprimento da proibição de fumar nos edifícios escolares" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. N = 239.

A análise de conteúdo às asserções introduzidas neste campo, como critério para a resposta dada, permitiu construir as seguintes categorias: respeito pelos outros ( $n = 4$ ); fuma-se à entrada da escola ( $n = 44$ ); FAT ( $n = 36$ ); existe cumprimento da legislação ( $n = 49$ ); dar o exemplo ( $n = 2$ ); prejudicial para a saúde ( $n = 17$ ); existem locais para se fumar ( $n = 2$ ); fuma-se em locais proibidos ( $n = 1$ ).

Os resultados obtidos para os locais onde se desenvolvem as práticas clínicas estão próximos dos encontrados para os edifícios escolares. Cerca de 86% concorda que é cumprido o regulamento destes espaços, com apenas 4,7% a discordar desta posição (Figura 19).

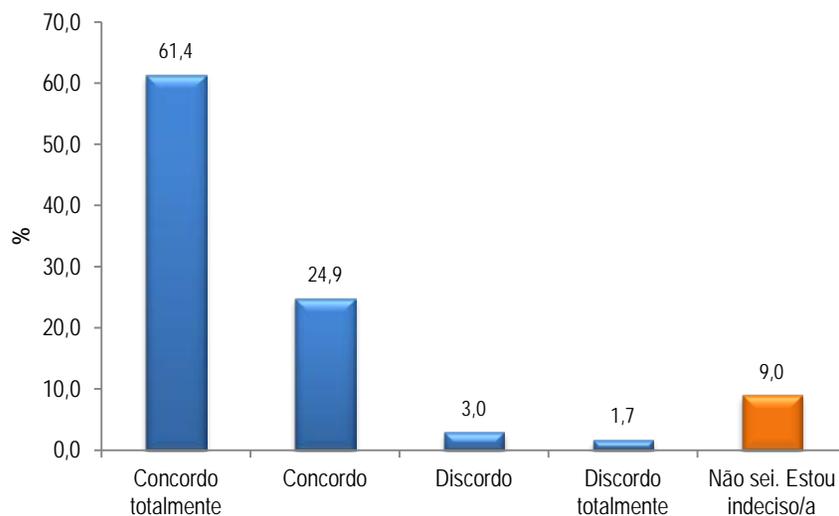


Figura 19. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Cumprimento da proibição de fumar nos locais de práticas clínicas" para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. N = 233.

A análise de conteúdo conduziu à elaboração das seguintes categorias: falta de higiene ( $n = 2$ ); fuma-se à entrada ( $n = 13$ ); é cumprida a legislação ( $n = 28$ ); é perigoso ( $n = 7$ ); preocupação pelo estado de saúde dos utentes ( $n = 26$ ); FAT ( $n = 10$ ); existem locais próprios para se fumar ( $n = 2$ ); por vezes, fuma-se no interior dos edifícios ( $n = 1$ ); dar o exemplo ( $n = 8$ ).

Numa análise mais detalhada, procuraram-se relações entre as variáveis, testando a heterogeneidade de duas amostras ordinais. Os resultados apresentam-se nos Quadro 20, Quadro 21 e Quadro 22.

Quadro 20. Associações entre variáveis das Dimensões I-III para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Variáveis	Que idade tinha quando fumou pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares	
<i>p-values</i>							
Sexo	0,014*	0,118	0,819	0,021*	0,201	0,437	Mann-Whitney
Alguma vez fumou?	NA	NA	NA	<0,001***	<0,001***	0,300	
Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente).	0,008***	0,252	0,229	<0,001***	<0,001***	0,087	Kruskal-Wallis

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

A leitura do Quadro anterior permite perceber correlações significativas entre o sexo, a idade em que experimentou pela primeira vez fumar e a exposição ao FAT no local onde se reside. São, ainda, identificadas correlações muito significativas entre o facto de se ter fumado alguma vez e a exposição ao FAT em casa e fora dela, assim como os hábitos tabágicos (detalhados), a idade em que experimentou pela primeira vez fumar, a exposição ao FAT no local onde se reside e em outros locais sem ser onde se reside.

Quadro 21. Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Variáveis	Alguma vez fumou?	Hábitos tabágicos (Nunca fumou; experimentou; fuma diariamente)	Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma diariamente)
<i>Pearson Chi-Square</i> ( <i>p-values</i> )			
Sexo	0,003***	<0,001***	<0,001***
Alguma vez fumou?	NA	<0,001***	<0,001***
Hábitos tabágicos (Nunca fumou; experimentou; fuma diariamente).		NA	<0,001***

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

No domínio da análise apresentada no Quadro 22, foram identificadas correlações significativas e muito significativas entre todas as variáveis em análise.

Quadro 22. Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Variáveis	Que idade tinha quando fumou ou consumiu pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares
<i>p-values</i>						
Que idade tinha quando fumou ou consumiu pela primeira vez?	NA	<0,001***	0,44*	0,926	0,305	0,592
Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?		NA	0,248	0,136	0,900	0,512
Quantas vezes tentou deixar de fumar ou consumir tabaco?			NA	0,594	0,154	0,163
Exposição ao FAT em casa				NA	<0,001***	0,085

Quadro 22 (Continuação). Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Variáveis	Que idade tinha quando fumou ou consumiu pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares
<i>p-values</i>						
Exposição ao FAT fora de casa					NA	0,832

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

No que diz respeito a outras associações, os dados do Quadro 22 dão conta de diferenças significativas entre a idade com que se consumiu pela primeira vez tabaco, a idade com que se iniciou o seu consumo regular e o número de vezes com que se deixou de fumar ou de consumir tabaco. Além destas, é muito significativa a associação entre a exposição ao FAT em ambiente onde se reside e fora dele.

#### Dimensão IV – Atitudes e perceções

Os resultados que se seguem (Quadro 23) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 28 afirmações relacionadas com atitudes e perceções quanto ao consumo de tabaco. A fiabilidade dos itens é moderada a alta, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,819 (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 23. Atitudes e percepções relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacéuticas.

Perguntas	DT (1) (%)	D (2) (%)	C (3) (%)	CT (4) (%)	NS IND (%)	N	$\bar{X}$	$\hat{X}$	Interquartil range
19. O consumo de tabaco deveria ser proibido a pessoas com menos de 18 anos de idade.	0,5	5,6	23,6	67,6	2,8	216	4	4	1
20. Os profissionais de saúde deveriam ter formação específica em técnicas de aconselhamento e tratamento da cessação tabágica.	0,5	0,9	25,5	70,8	2,3	216	4	4	1
21. Os profissionais de saúde deveriam ser "modelos para os seus pacientes e para o público relativamente ao uso do tabaco.	3,7	13,4	38,0	40,3	4,6	216	3	4	1
22. Os profissionais de saúde deveriam, por norma, perguntar aos seus pacientes os seus hábitos tabágicos.	0,9	13,4	43,5	39,4	2,8	216	3	3	1
23. Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, os seus pacientes a deixar de fumar.	0,9	5,1	36,7	56,7	0,5	215	4	4	1
24. Os profissionais de saúde deveriam trabalhar com grupos da comunidade sobre a prevenção do tabagismo.	0,9	4,2	43,1	48,1	3,7	216	3	4	1
25. Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica.	0,5	0,9	22,2	75,5	0,9	216	4	4	0
26. As probabilidades dos pacientes deixarem de fumar com sucesso aumentam se os profissionais de saúde os aconselharem a deixar de fumar.	2,3	15,3	47,7	26,4	8,3	216	3	3	2
27. É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fumar.	8,8	33,8	34,7	15,3	7,4	216	2,5	3	1
28. Todos os estabelecimentos de ensino superior deveriam ter consultas de cessação tabágica acessíveis aos alunos para aconselhamento, tratamento e acompanhamento.	3,2	16,7	39,8	33,8	6,5	216	3	3	2
29. A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para a saúde individual.	0,9	1,9	21,8	74,5	0,9	216	4	4	1
30. A morte neonatal está associada à exposição ao fumo ambiental do tabaco.	1,9	12,5	40,3	19,9	25,5	216	3	3	3

Quadro 23 (Continuação). Atitudes e percepções relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Perguntas	DT (1) (%)	D (2) (%)	C (3) (%)	CT (4) (%)	NS IND (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
31. O tabagismo materno durante a gravidez aumenta o risco de Síndrome de Morte Súbita do lactente.	0,0	2,8	45,4	35,6	16,2	216	3	3	1
32. A exposição ao fumo ambiental do tabaco aumenta o risco de doença pulmonar em adultos não fumadores.	0,5	1,4	39,8	56,5	1,9	216	4	4	1
33. A exposição ao fumo ambiental do tabaco não aumenta o risco de doença cardiovascular em adultos não fumadores.	34,3	37,5	13,0	10,6	4,6	216	2	2	1
34. O tabagismo dos progenitores aumenta o risco de doenças do trato respiratório inferior, em crianças expostas, como a pneumonia.	2,8	2,8	43,5	41,2	9,7	216	3	3	1
35. Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças.	0,5	0,5	18,5	79,2	1,4	216	4	4	0
36. Não existe um nível sem risco de exposição ao fumo ambiental do tabaco.	5,6	12,6	40,0	21,9	20,0	215	3	3	2
37. Os fumadores que não param de fumar encurtam em mais de 10 anos a sua expectativa de vida.	0,5	3,2	45,8	37,0	13,4	216	3	3	1
38. Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco.	0,5	4,2	41,2	15,7	38,4	216	3	3	3
39. O tabaco contribui para a pobreza e as desigualdades em saúde.	5,6	25,9	30,6	13,4	24,5	216	2	3	2
40. O constituinte do tabaco responsável pela dependência é o alcatrão.	58,8	22,7	7,9	3,7	6,9	216	1	1	1
41. O tabaco aumenta o risco de diabetes e agrava a evolução desta doença.	5,1	16,2	32,4	19,0	27,3	216	3	3	3
42. O tabaco aumenta o risco de tuberculose e agrava a evolução desta doença.	7,0	9,8	36,9	22,4	23,8	214	3	3	2
43. Fumar um maço de tabaco de cigarros por dia não está associado a um risco muito elevado para a saúde.	68,1	20,4	5,6	3,2	2,8	216	1	1	1

Quadro 23 (Continuação). Atitudes e percepções relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Perguntas	DT (1) (%)	D (2) (%)	C (3) (%)	CT (4) (%)	NS IND (%)	N	$\bar{X}$	$\hat{X}$	Interquartil range
44. Parar de fumar tem sempre benefícios.	1,4	4,6	26,9	63,9	3,2	216	4	4	1
45. Os benefícios de parar de fumar são maiores quanto mais cedo se parar de fumar.	0,5	1,4	29,6	66,7	1,9	216	4	4	1
46. A formação superior recebida provocou-lhe alguma mudança de atitude, acerca do tabagismo, comparativamente ao momento da entrada no curso.	13,0	19,0	42,1	18,1	7,9	216	3	3	1

Uma primeira análise à informação do Quadro 23, corrigidas as respostas dos itens 33, 40 e 43, permite colocar em evidência que a maioria dos/as inquiridos/as concorda com o quadro teórico apresentado nesta dimensão (78,2%), tendo 9,6% manifestado o seu desconhecimento ou indecisão. No gráfico da Figura 20 apresentam-se as percentagens de concordância, de discordância e de indecisão para esta dimensão.

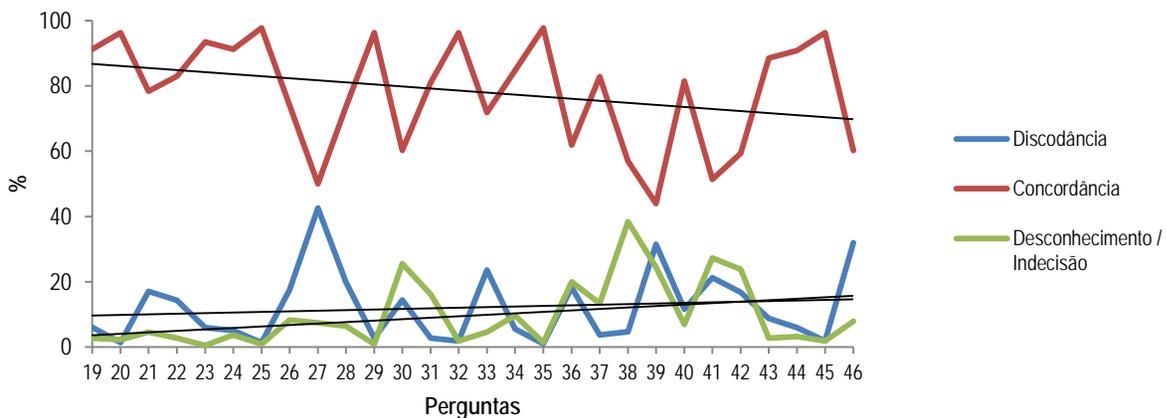


Figura 20. Concordância, discordância e desconhecimento / indecisão relativamente à dimensão IV (atitudes e percepções) para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

No gráfico da Figura 21 representam-se os valores modais dos itens desta dimensão. O valor modal da dimensão é 3 (“Concordo”).

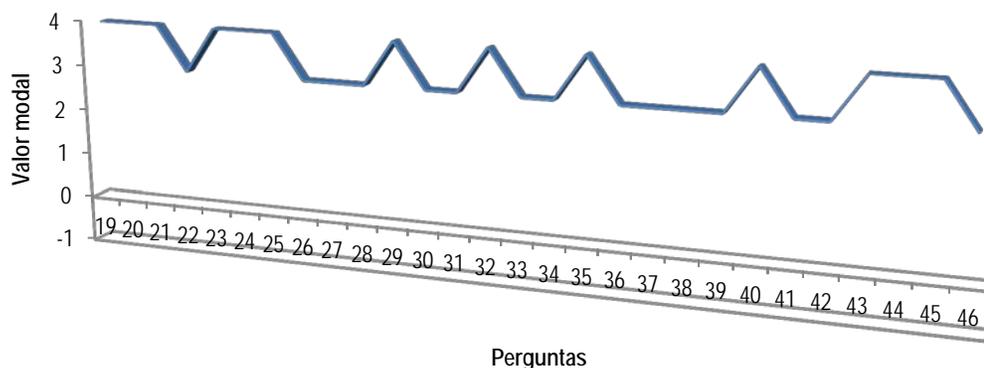


Figura 21. Distribuição dos valores modais da dimensão IV (atitudes e percepções) para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

As asserções que reuniram maior consenso ao nível da concordância, *ex aequo* com 98%, foram, a saber: “Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica” e “Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças”. A proposição “Parar de fumar tem sempre benefícios” congregou a menor percentagem de concordância. Do lado oposto, para além das referidas asserções mais aprovadas, recebeu uma percentagem muito reduzida de discordância (1%) a de que “Os profissionais de saúde deveriam ter formação específica em técnicas de aconselhamento e tratamento da cessação tabágica”. A afirmação de que “É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fumar” recebeu a maior concentração de desacordos. Embora a média percentual de desconhecimento / indecisão seja inferior a 10%, 6 das afirmações apresentam valores maiores ou iguais a 20%, com

uma expressão máxima, de 38%, no item “Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco”.

### Dimensão V – Perceções sobre a formação teórica recebida

Os resultados que se seguem (Quadro 24) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 34 afirmações relacionadas com as perceções sobre a formação teórica recebida. A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,974 (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 24. Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
47. Constituintes do tabaco e do fumo do tabaco.	14,0	9,5	27,9	33,0	11,2	4,5	179	2	3	2
48. Repercussões do consumo de tabaco na saúde.	3,9	1,1	10,6	49,2	29,1	6,1	179	3	3	1
49. Efeito da exposição ao fumo ambiental do tabaco.	5,6	2,8	20,7	45,3	21,2	4,5	179	3	3	1
50. Mecanismos neurobiológicos da dependência.	7,3	11,2	24,6	38,8	15,6	3,4	179	3	3	1
51. Mecanismos psicológicos da dependência.	7,8	10,6	29,1	34,1	15,6	2,8	179	2	3	1
52. Razões pelas quais as pessoas fumam.	11,2	6,1	21,2	37,4	15,6	8,4	179	3	3	2

Quadro 24 (Continuação). Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
53. Síndrome de abstinência da nicotina.	8,4	8,9	20,7	42,5	16,8	2,8	179	3	3	1
54. Epidemiologia do consumo de tabaco.	11,7	10,1	31,8	30,2	10,1	6,1	179	2	2	2
55. Modelos e técnicas de prevenção em tabagismo.	14,0	8,9	38,5	19,6	13,4	5,6	179	2	2	2
56. Benefícios para a saúde de deixar de fumar.	3,4	2,8	13,4	39,7	31,3	9,5	179	3	3	2
57. Modelos de mudança comportamental relacionados com o tabagismo (exemplo: Prochaska e DiClemente).	43,0	16,2	19,6	10,1	5,6	5,6	179	1	-1	3
58. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	44,1	16,8	16,8	13,4	5,6	3,4	179	1	-1	3
59. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	44,1	17,3	17,3	13,4	4,5	3,4	179	1	-1	3
60. Como avaliar a motivação e prontidão para fazer uma tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	44,7	18,4	14,5	13,4	4,5	4,5	179	1	-1	3

Quadro 24 (Continuação). Percepções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Perguntas	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	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
	(-1)	(1)	(2)	(3)	(4)	(%)				
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)					
61. 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 5As).	41,9	18,4	17,9	11,7	7,3	2,8	179	1	-1	3
62. Como acompanhar o progresso da pessoa que parou de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	43,6	19,6	15,6	11,2	7,8	2,2	179	1	-1	3
63. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As, ABC ou 2As+R).	45,8	19,6	16,8	8,4	6,1	3,4	179	1	-1	3
64. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar na Intervenção Muito Breve (algoritmo 3As ou 2As+R).	44,7	20,1	16,2	10,1	5,0	3,9	179	1	-1	3
65. Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As ou 2As+R).	44,1	20,7	15,6	10,1	5,0	4,5	179	1	-1	3
66. Como abordar pessoas que estejam ambivalentes ou não desejem parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5Rs).	43,0	17,3	17,3	13,4	4,5	4,5	179	1	-1	3

Quadro 24 (Continuação). Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
67. Abordagem do fumador em contexto clínico.	24,6	16,2	25,7	22,9	7,8	2,8	179	2	2	3
68. Intervenção de Apoio Intensivo de acordo com o Programa tipo da Direção-Geral da Saúde (DGS, 28/12/2007).	40,2	20,1	19,0	12,8	3,4	4,5	179	1	-1	3
69. Cessação tabágica em grupos específicos (exemplos: pessoas idosas, mulheres grávidas, adolescentes, pessoas com doença mental).	29,1	14,5	21,8	21,2	8,4	5,0	179	2	-1	4
70. Aconselhamento baseado na entrevista motivacional com o objetivo de motivar e ajudar a resolver a ambivalência.	29,6	17,9	25,7	16,2	7,8	2,8	179	1	-1	3
71. Como expressar empatia durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	27,4	16,2	19,0	26,3	6,1	5,0	179	2	-1	4
72. Como lidar com a ambivalência do paciente durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	31,8	16,8	24,0	19,6	3,9	3,9	179	1	-1	3
73. Como lidar com a resistência à mudança durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	31,3	16,2	26,8	19,6	2,8	3,4	179	1	-1	3

Quadro 24 (Continuação). Percepções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
74. Como estimular a autodeterminação e autoeficácia durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	31,3	16,2	24,0	21,8	3,9	2,8	179	1	-1	4
75. Formação sobre técnicas de aconselhamento cognitivo-comportamental.	38,0	17,3	23,5	14,0	3,4	3,9	179	1	-1	3
76. A prevenção das recaídas.	33,0	16,2	26,3	17,3	5,0	2,2	179	1	-1	3
77. As estratégias globais de prevenção e controlo do tabagismo.	27,4	10,1	25,1	25,7	7,8	3,9	179	2	-1	4
78. O conhecimento e a utilização de materiais educativos para apoiar a cessação tabágica dos pacientes que querem deixar de fumar.	28,5	11,2	24,0	25,7	7,8	2,8	179	2	-1	4
79. A prescrição, indicações e contra-indicações das terapêuticas de substituição da nicotina em programas de cessação tabágica (tais como os adesivos ou pastilhas).	17,9	12,3	23,5	31,3	11,2	3,9	179	2	3	2
80. A prescrição, indicações e contra-indicações de fármacos de primeira linha para a cessação tabágica tais como a Bupropiona e a Vereniclina.	17,3	11,7	27,9	27,4	10,1	5,6	179	2	2	2

Num leitura global dos resultados do Quadro 24 ressalta à vista o facto de 27,5% dos/as inquiridos/as terem considerado que as componentes de formação teórica apresentadas não foram abordadas durante a sua formação académica de 5 anos letivos. Em relação com este facto, estão 35,6% que não se sentem preparados ou estão mal preparados (13,8% e 21,8%, respetivamente) para atuar ao nível da prevenção e do tratamento do tabagismo. Uma franja de 32,7% considera-se preparada, sendo inferior a 10% os/as muito bem preparados/as.

“Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As, ABC ou 2As+R)” parece ter sido o tema que não foi abordado com a maior parte dos/as alunos/as (45,8%), seguindo-se outros 7 temas que receberam mais de 40% de escolhas. Relacionado com este aspeto o item “Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As ou 2As+R)”, que recebeu 20,7% de escolhas anunciando a não preparação para a realização desta estratégia. O conteúdo que recebeu maior frequência, relativamente à muito boa preparação dos/as alunos/os é o conhecimento do “Benefícios para a saúde de deixar de fumar”, com 31,3% de escolhas, ainda assim abaixo da média para a “pouca preparação”. A boa preparação encontra o seu valor máximo (49,2%) na formação recebida sobre as “Repercussões do consumo de tabaco na saúde”. Os valores da mediana, nesta dimensão, descrevem um percurso entre “Não me sinto preparado/a” e “Sinto-me bem preparado/a”, com uma mediana de 1,5. A classe modal da dimensão é -1 (“O tema não foi abordado”).

Se tomarmos a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a”, procedendo de igual modo os do ponto “Sinto-me bem preparado/a” com os do “Sinto-me muito bem preparado”, podemos ter a perceção das perceções da formação teórica recebida conforme se representa no gráfico da Figura 22.

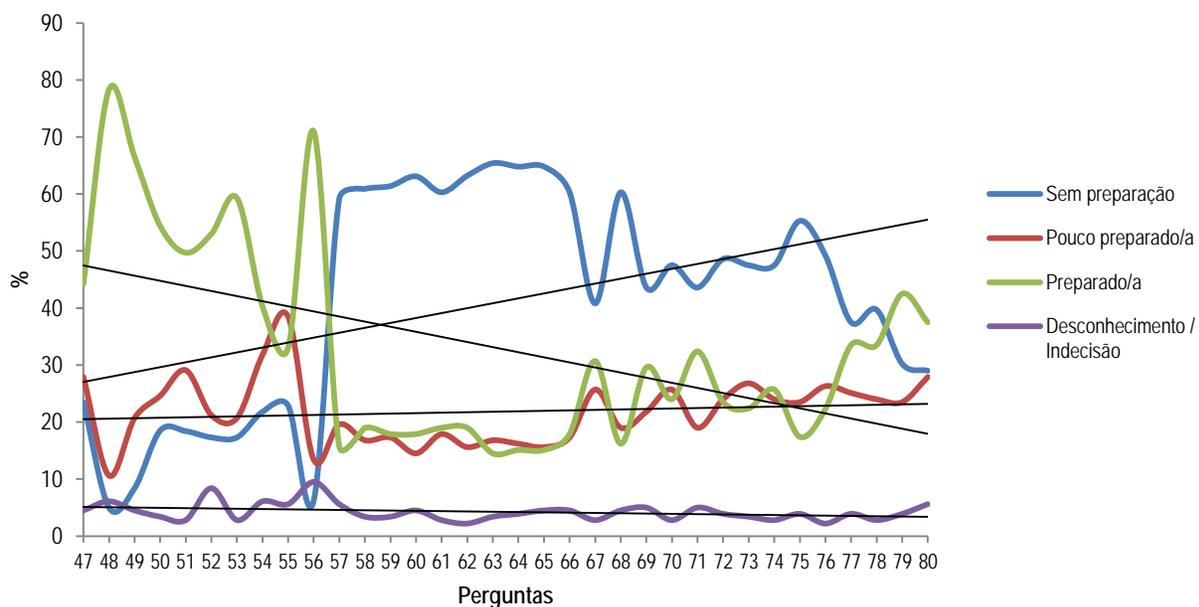


Figura 22. Preparação relativamente aos conteúdos teóricos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

No gráfico da Figura 23 distribuem-se os valores modais ao longo das várias perguntas. A classe modal desta dimensão é -1 ("O tema não foi abordado").

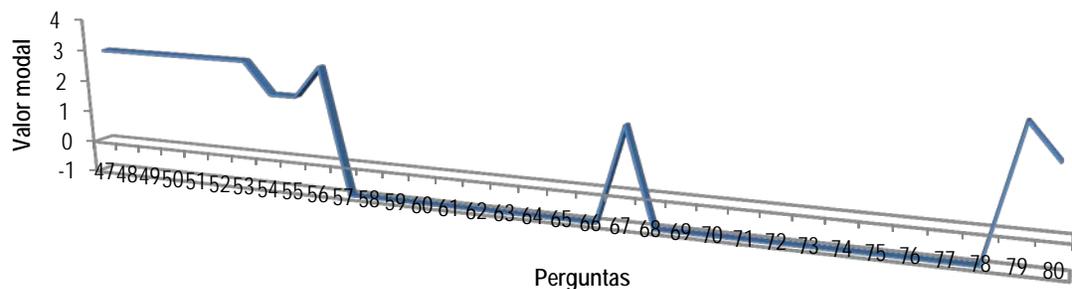


Figura 23. Distribuição dos valores modais da dimensão V (percepções sobre a formação teórica recebida) para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

## Dimensão VI – Perceções sobre a formação prática recebida

Os resultados que se apresentam no Quadro 25 dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 7 afirmações relacionadas com perceções sobre a formação prática recebida. A fiabilidade dos itens é alta, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,970 (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 25. Perceções sobre a formação prática recebida para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
81. Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes fumadores e o registo na ficha clínica.	39,5	15,3	22,6	18,1	2,8	1,7	177	1	-1	3
82. Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes em diferentes fases de preparação para a cessação tabágica.	41,2	16,9	20,3	16,9	2,8	1,7	177	1	-1	3
83. Formação prática sobre a entrevista motivacional como uma intervenção adaptada a qualquer processo de mudança comportamental.	42,4	15,3	21,5	16,4	2,3	2,3	177	1	-1	3
84. Participação em projetos de prevenção do tabagismo dirigidos a grupos de pacientes fumadores.	40,7	14,7	20,9	18,6	2,8	2,3	177	1	-1	3

Quadro 25 (Continuação). Perceções sobre a formação prática recebida para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
85. Participação numa consulta de cessação tabágica (estágio).	46,3	19,2	18,1	11,3	2,3	2,8	177	1	-1	3
86. Participação em projetos de tratamento do tabagismo.	42,4	19,8	17,5	14,7	2,8	2,3	177	1	-1	33
87. Participação em projetos de prevenção do tabagismo na comunidade.	41,8	16,4	20,9	15,3	2,3	2,8	177	1	-1	

Podemos afirmar que os resultados expressos no Quadro 25, relativos às perceções sobre a formação prática recebida durante a formação académica, se encontram na continuidade dos encontrados para a dimensão V. A maioria dos/as alunos/as declara que os temas não foram abordados e, por isso, não se sente preparada para intervir (42,0% e 16,8%, respetivamente). Aqueles/as que se consideram muito bem preparados igualam 18,5%, opinando um grupo maior (20,3%) que estão pouco preparados. Nesta dimensão, cerca de 2% dos/as inquiridos/as indicaram desconhecimento / indecisão sobre a temática. O valor da mediana é de 1. O valor modal desta dimensão é -1 (“O tema não foi abordado”).

A “Participação em projetos de prevenção do tabagismo dirigidos a grupos de pacientes fumadores” foi o item que recolheu maior favoritismo relativamente à preparação (21,4%). Todos os temas apresentam um valor percentual igual ou superior a 40% referido a que não foram abordados na formação.

Se tomarmos a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a”, procedendo de igual modo os do ponto “Sinto-me bem preparado/a”

com os do “Sinto-me muito bem preparado”, podemos ter a perceção das perceções da formação teórica recebida conforme se representa no gráfico da Figura 24.

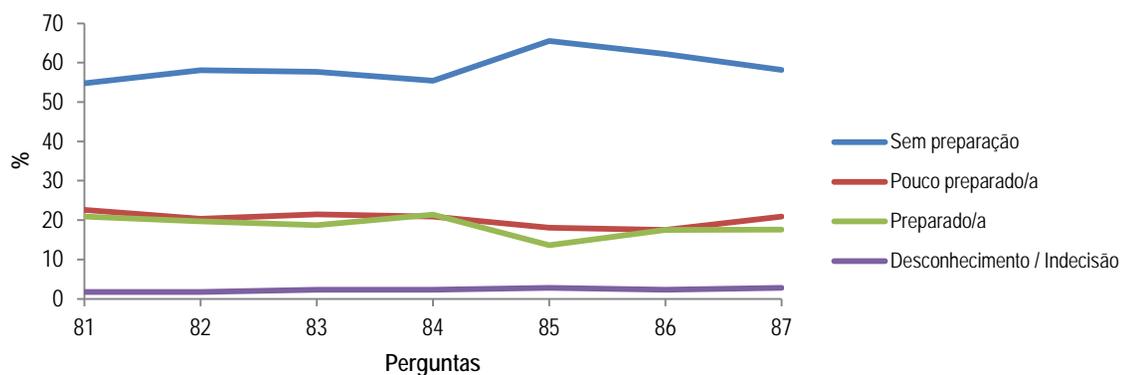


Figura 24. Preparação relativamente aos conteúdos práticos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Na regressão logística o modelo usado tem em conta as variáveis que pareceram potenciais regressores, embora tendo-se em conta as eventuais associações entre variáveis. Assim das quatro variáveis de resumo – Atitudes e perceções (global); Perceções sobre a formação teórica recebida (global); Perceções sobre a formação prática recebida; Perceções sobre a aquisição de competências – usou-se apenas as “Perceções sobre a formação prática recebida”, tentando minimizar-se a presença de multicolinearidade.

A resposta analisada foi a de “Competência Para Intervir” (CPI) dicotomizada ( $> 5$  e  $\leq 5$ ) (Quadro 26 e Quadro 27).

Quadro 26. Modelo de regressão logística para a variável “Competência Para Intervir” (CPI) para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Parâmetro	B	Erro padrão	95% Wald		Teste de hipóteses					
			Intervalo de confiança		Wald Qui-quadrado	df	Sig.	Exp(B)	Intervalo de confiança	
			Inf.	Sup.					Inf.	Sup.
Intercetar	1,694	0,6615	0,397	2,990	6,557	1	0,010**	5,441	1,488	19,894
[Sexo = 1] (S)	-0,054	0,4329	-0,903	0,794	0,016	1	0,901	0,947	0,406	2,213
[Sexo = 2] (S)	0 <sup>a</sup>							1		
[Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?] (FCPT)	0,621	0,3731	-0,110	1,352	2,768	1	0,096	1,860	0,895	3,865
[Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?] (FCPT)	0 <sup>a</sup>							1		
Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo? (NHF)	-0,474	0,2184	-0,902	-0,046	4,709	1	0,030*	0,623	0,406	0,955
Perceções sobre a formação prática recebida (PPR) (Escala)	-0,078 1 <sup>b</sup>	0,0204	-0,118	-0,038	14,787	1	<0,001***	0,925	0,889	0,962

Variável dependente: competência para intervir.

Modelo: (Intercetar), Sexo, Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?, Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?, Perceções sobre a formação prática recebida

<sup>a</sup>. Definido para zero por que este parâmetro é redundante.

<sup>b</sup>. Fixo no valor exibido.

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

Quadro 27. Área sob a curva: Variável(is) do resultado do Teste para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Área	Erro padrão <sup>a</sup>	Asymptotic Sig. <sup>b</sup>	Intervalo de confiança	
			Limite inferior	Limite superior
	0,794	0,033	<0,001***	0,728    0,859

Variável(is) do resultado do Teste: o valor previsto da média da resposta tem pelo menos uma ligação entre o estado atual positivo do Grupo e o atual estado negativo do Grupo. As estatísticas podem ser tendenciosas.

<sup>a</sup>. Sob a suposição não paramétrica.

<sup>b</sup>. Hipótese nula: área real = 0.5

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

O nosso modelo ajustado é, pois:

$$CPI = 1,694 - 0,054 S + 0,621 FCPT - 0,474 NHF - 0,078 PPR$$

As variáveis significativas, a saber, são: “Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?” e “Perceções sobre a formação prática recebida”. Mas, conjuntamente, foram usados adicionalmente dois regressores: sexo e hábitos tabágicos (sim vs. não). O modelo tem sempre significado e a qualidade foi avaliada pelas características operacionais do recetor da área sob a curva (*ROC AUC*), usando para valor de corte 0,5. O modelo evidencia que as equações de regressão propostas têm poder de discriminação significativa para a capacidade para intervir (tem-se, em todos os casos, *AUC* altos significativamente diferentes de 0,5).

## Dimensão VII – Percepções sobre a aquisição de competências

Os resultados que se seguem dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 8 afirmações relacionadas com percepções sobre a aquisição de competências (Quadro 28). A fiabilidade dos itens é alta, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,955 (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 28. Percepções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Perguntas	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	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
	(-1)	(1)	(2)	(3)	(4)	(%)				
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)					
88. Competências suficientes para intervir em matéria de prevenção do tabagismo.	14,0	15,2	36,8	26,3	5,3	2,3	171	2	2	2
89. Competências suficientes para intervir em matéria de tratamento do tabagismo.	14,6	16,4	33,3	28,7	4,7	2,3	171	2	2	2
90. Capacidade para intervir na prevenção do tabagismo junto da comunidade.	15,2	11,1	34,5	31,6	5,8	1,8	171	2	2	2
91. Desenvolvimento da técnica de negociação e partilha de tomada de decisões no aconselhamento em tabagismo.	25,1	18,7	32,2	16,4	5,3	2,3	171	2	2	3
92. Capacidade para aumentar a literacia dos pacientes e das respetivas famílias em matéria de tabagismo e saúde.	17,0	17,0	28,7	27,5	7,6	2,3	171	2	2	2
93. Integração numa equipa multidisciplinar no âmbito do apoio à cessação tabágica.	22,2	17,0	28,1	23,4	7,6	1,8	171	2	2	2

Quadro 28 (Continuação). Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
94. Realização de uma Intervenção Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmo 5As).	34,5	22,2	22,8	14,0	2,3	4,1	171	1	-1	3
95. Realização de uma Intervenção Muito Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmos 3As, ABC ou 2As+R).	35,7	22,2	23,4	11,1	2,3	5,3	171	1	-1	3

Na continuidade dos resultados encontrados para as dimensões V e VI, nesta dimensão VII, 36,6% considera que não adquiriu as competências necessárias para intervir (19,6% defende que os temas não foram abordados; 17,0% não se sente preparado). Porém, um grupo de tamanho próximo (31,3%) considera que está preparado (5,3% até defende que está muito bem preparado), e outro (30,5%) percebe-se como pouco preparado. Nesta dimensão, o desconhecimento e a indecisão preencheram 2,3% das escolhas. O valor da mediana é de 2 e a classe modal de 2 (“Sinto-me pouco preparado/a”).

No enquadramento dos resultados, a “Capacidade para intervir na prevenção do tabagismo junto da comunidade” foi o domínio que recebeu mais escolhas (35,1%) ao nível da preparação (27,5% bem preparado e 7,6% muito bem preparado) e da ausência de abordagem na formação / não preparação.

Se tomarmos a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a”, procedendo de igual modo os do ponto “Sinto-me bem preparado/a”

com os do “Sinto-me muito bem preparado”, podemos ter a visualização das percepções da formação teórica recebida conforme se representa no gráfico da Figura 25.

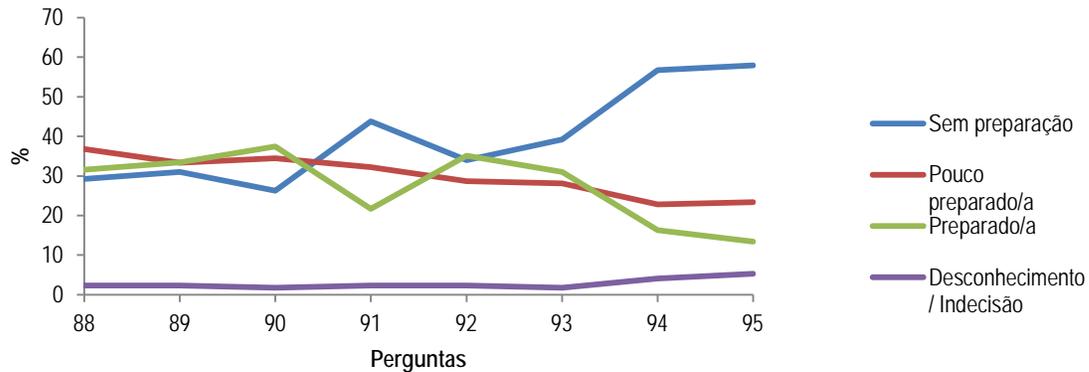
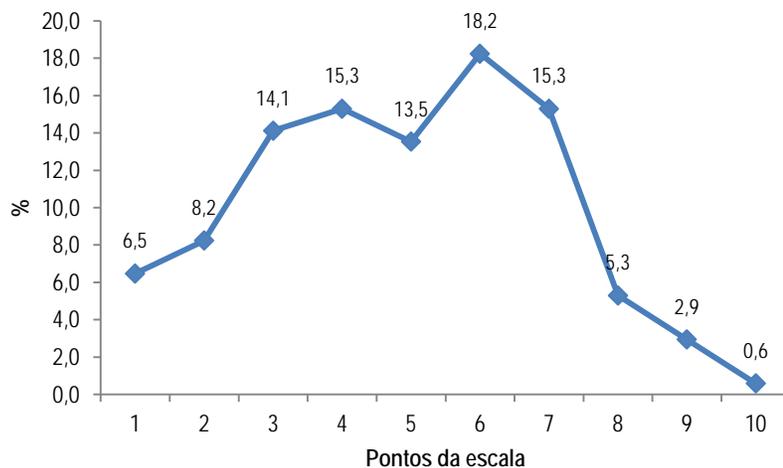


Figura 25. Percepções sobre a aquisição de competências em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo.

Como síntese desta secção, pediu-se aos/às alunos/as que avaliassem as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação profissional futura, posicionando-se numa escala intervalar de 10 pontos (em que o valor 1 corresponde a “pouco confiante” e o valor 10 traduz “totalmente confiante”). Os resultados apresentam-se no gráfico da Figura 26. O valor modal determinado é de 6 e a mediana de 5, com uma média de 4,85 e um desvio padrão de 2,094.



*Figura 26.* Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.  
N = 170

Foram pesquisadas associações entre as competências para intervir e outras variáveis, cujos resultados se apresentam no Quadro 29 e no Quadro 30.

Quadro 29. Associações entre variáveis das Dimensões IV, V, VI e VII para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Variáveis	Que idade tinha quando fumou pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Atitudes e percepções (global)	Percepções sobre a formação teórica recebida (global)	Percepções sobre a formação prática recebida (global)	Percepções sobre a aquisição de competências	Avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação futura	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares
Competência para intervir nominal (>5; ≤ 5) <sup>a</sup>	0,86	0,339	0,371	0,021*	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	0,691	0,054	0,957
Atitudes e percepções (global) <sup>b</sup>	0,067	0,066	0,382	NA	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	0,585	0,032*	0,714
Percepções sobre a formação teórica recebida (global) <sup>b</sup>	0,802	0,575	0,783		NA	<0,001***	<0,001***	<0,001***	0,269	0,737	0,872
Percepções sobre a formação prática recebida (global) <sup>b</sup>	0,588	0,099	0,980			NA	<0,001***	<0,001***	0,155	0,394	0,201
Percepções sobre a aquisição de competências <sup>b</sup>	0,920	0,273	0,896				NA	<0,001***	0,051	0,285	0,608
Avalie as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação futura <sup>b</sup>	0,989	0,324	0,110					NA	0,310	0,757	0,897

\*. Correlação significativa; \*\*. Correlação muito significativa; \*\*\*. Correlação altamente significativa; <sup>a</sup>. Mann-Whitney; <sup>b</sup>. Teste à correlação de Spearman.

Quadro 30. Associação entre a competência para intervir e outras variáveis para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Variáveis	Sexo	Alguma vez fumou?	Hábitos tabágicos (nunca fumou; experimentou; fuma regularmente)	Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente)
<i>Pearson Chi-Square</i> ( <i>p-values</i> )				
Competência para intervir nominal (> 5; ≤ 5)	0,199	0,006**	0,014*	0,034*

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

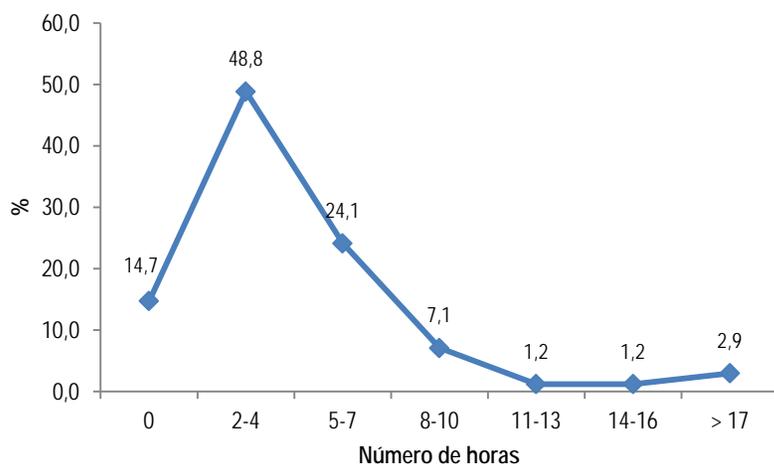
\*\*\*. Correlação altamente significativa.

Da leitura dos dois quadros anteriores, podemos perceber associações significativas entre a competência para intervir, as atitudes e percepções sobre aspetos do tabagismo e as percepções sobre a formação teórica e prática recebida durante a formação superior. A competência para intervir, nominal, parece estar igualmente associada, de modo significativo, ao facto de já se ter fumado e aos hábitos tabágicos.

### Dimensão VIII – Percepções sobre os métodos pedagógicos

Os resultados que se seguem dizem respeito às percepções relativamente aos métodos pedagógicos utilizados na formação, reunindo sugestões e comentários.

No gráfico da Figura 27 representa-se o número de horas que terão sido utilizadas, durante a formação académica, para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo. O valor da média e da mediana determinado é de 2,00, com um desvio padrão de 1,222.



*Figura 27.* Número de horas, estimado, utilizado na formação académica para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. N = 170.

De seguida, procurou-se encontrar associações entre o número de horas utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo e as perceções sobre a formação teórica e prática recebida e sobre a aquisição de competências (Quadro 31).

Quadro 31. Associação entre o número de horas dedicadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, as atitudes e perceções sobre aspetos do tabagismo, a formação recebida e a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Variáveis	Avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação profissional futura	Atitudes e perceções (global)	Perceções sobre a formação teórica recebida (global)	Perceções sobre a formação prática recebida	Perceções sobre a aquisição de competências
Teste <i>Spearman's rho</i> ( <i>p-values</i> )					
Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?	<0,001***	0,180	<0,001***	<0,001***	<0,001***

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

Pela análise dos resultados, verificamos que existe associação altamente significativa entre o número de horas de formação, a perceção sobre a formação teórico-prática recebida e a autoavaliação que se faz das competências pessoais para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação profissional futura.

A temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada ao longo de todo o percurso da formação académica, com particular destaque para o 3.º ano do curso Figura 28.

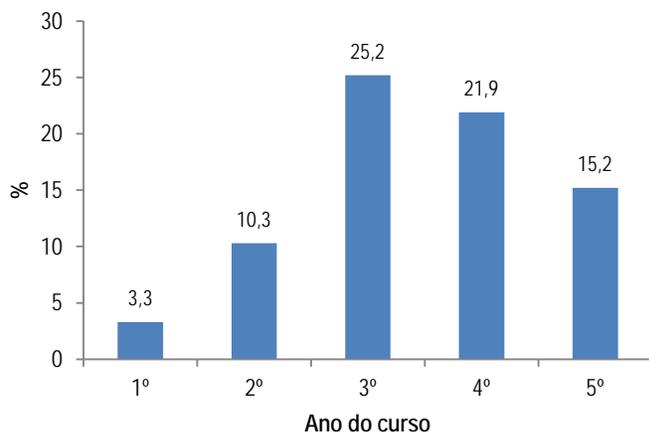


Figura 28. Anos do curso em que a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.  
N = 302.

Os/as alunos/as consideram que alguns temas sobre o tabagismo deveriam ser trabalhados com mais tempo ou de outro modo na sua formação académica, conforme se revela no gráfico da Figura 29.

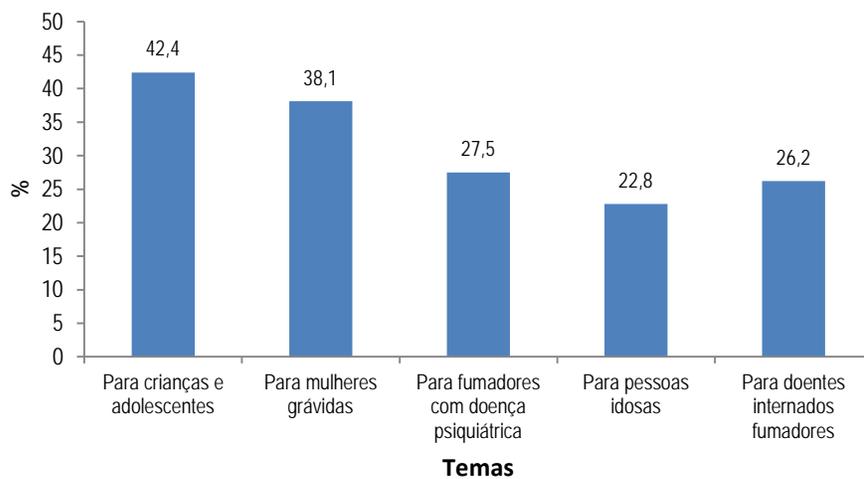


Figura 29. Temas que deveriam ser trabalhados durante a formação académica com mais tempo ou de outro modo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.  
N = 302.

Os/as alunos/as consideraram que outros temas poderiam ser incluídos na sua formação académica, relacionados com o tabagismo, que vêm a ser: farmacologia ( $n = 18$ ); sessões teóricas ( $n = 19$ ); role play ( $n = 10$ ); mais tempo ( $n = 12$ ); tratamento e cessação tabágicas ( $n = 51$ ); formas de intervenção ( $n = 28$ ); casos práticos ( $n = 19$ ).

As técnicas que terão sido utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo indicam-se no gráfico da Figura 30.

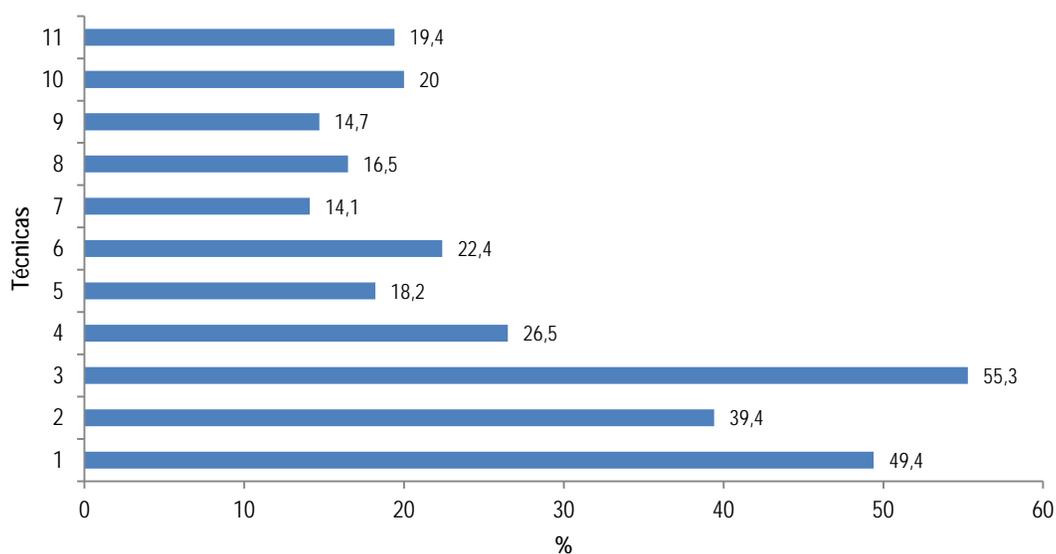


Figura 30. Técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

$N = 170$ . 1 – Palestras; 2 – Discussões em pequenos grupos; 3 – Técnicas de prescrição farmacológica; 4 – Exercícios para o desenvolvimento de competências de comunicação relacionadas com o tratamento do tabagismo como parte de uma entrevista a um paciente; 5 – Observação da prática de aconselhamento realizada pelo supervisor clínico; 6 – Experiências clínicas na prevenção e no tratamento de fumadores; 7 – Curso na área comportamental; 8 – Programa específico para o desenvolvimento de competências para esta área; 9 – Um método sistemático para formação de supervisores, que os incentiva para a modelação, observação e o ensino dos 5As durante as práticas clínicas; 10 – Sessões de *role-play*; 11 – Sessões estruturadas interativas, de reforço, realizadas em paralelo às práticas clínicas.

Entre os 15,3% de respondentes que consideraram outras técnicas, destacam-se, em particular: conteúdos audiovisuais ( $n = 4$ ); formações ( $n = 4$ ); aulas teóricas ( $n = 6$ ); aulas práticas ( $n = 6$ ); intervenção na comunidade ( $n = 2$ ); investigação ( $n = 2$ ); estágio ( $n = 2$ ).

Quando questionados/as acerca de alterações a introduzir na abordagem aos temas sobre o tabagismo, em particular o aumento do tempo e a mudança de metodologias de ensino, apuraram-se os seguintes resultados (Figura 31):

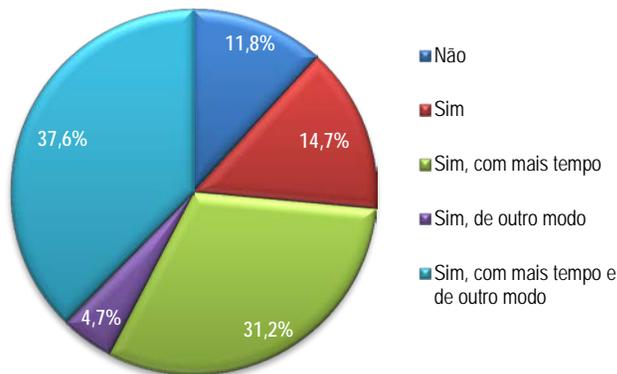


Figura 31. Aumento da carga horária e do modo de ensino dos temas relacionados com o tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. N = 170.

Cerca de 87,1% dos/as inquiridos/as declaram que não tinham participado em projetos no domínio da prevenção e do tratamento do tabagismo (N = 163). Ainda assim, foram indicados alguns projetos em que os/as alunos/as participaram durante a sua formação: Dia Mundial Sem Tabaco ( $n = 4$ ); Dia Nacional do Não-Fumador ( $n = 1$ ); *Workshops* ( $n = 1$ ); Outros ( $n = 4$ ); Rastreios ( $n = 2$ ); Intervenções ( $n = 3$ ).

Por fim, os/as alunos/as foram convidados a indicar áreas / temáticas / atividades que se considerassem pertinentes serem incluídas na matriz curricular do curso para apoiar os esforços na redução do tabagismo entre os pacientes na comunidade. A análise de conteúdo levou à construção das seguintes categorias de atividades associadas à: cessação tabágica ( $n = 38$ ); motivação ( $n = 13$ ); prevenção ( $n = 21$ ); intervenção ( $n = 35$ ).

## 5.2. LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

A Licenciatura em Enfermagem tem a duração de 4 anos letivos. No processo de inquérito, em 36 estabelecimentos de ensino superior, com 2589 alunos, obtivemos 1100 respostas validadas, traduzindo uma taxa de resposta de 42,5%. Para o nível de confiança considerado de 95% o erro amostral calculado é de 2,24%.

A informação recolhida e analisada permitiu tomar decisões acerca da consistência interna de cada item e das dimensões do questionário. A consistência interna foi calculada através do parâmetro *Alfa de Cronbach* ( $\alpha$ ). Os resultados da fiabilidade interna resumem-se no Quadro 32. Os dados revelam que todos os grupos de perguntas com itens de resposta em escala ordinal apresentam fiabilidade entre moderada a elevada e elevada (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 32. Fiabilidade interna dos itens com escala ordinal para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

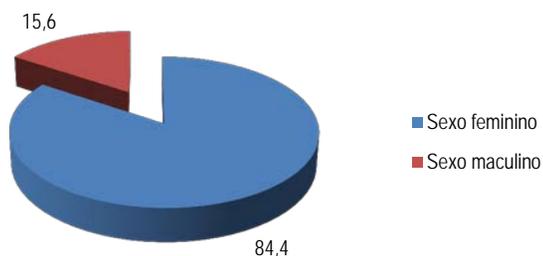
Grupo de perguntas	N.º de itens	$\alpha$
IV	28	0,835
V	33	0,980
VI	7	0,953
VII	8	0,953

De seguida, apresentam-se os resultados da análise estatística univariada para as várias dimensões.

## Dimensão I – Informação sociodemográfica

### *Variável "sexo"*

Os dados relativos à variável "sexo" apresentam-se no gráfico da Figura 32. Cerca de 84% dos respondentes são do sexo feminino.



*Figura 32.* Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Sexo" para o curso de Licenciatura em Enfermagem.  
N = 1100.

### *Variável "estado civil"*

Relativamente ao estado civil, 94% dos/as inquiridos/as declarou-se solteiro/a (Figura 33).

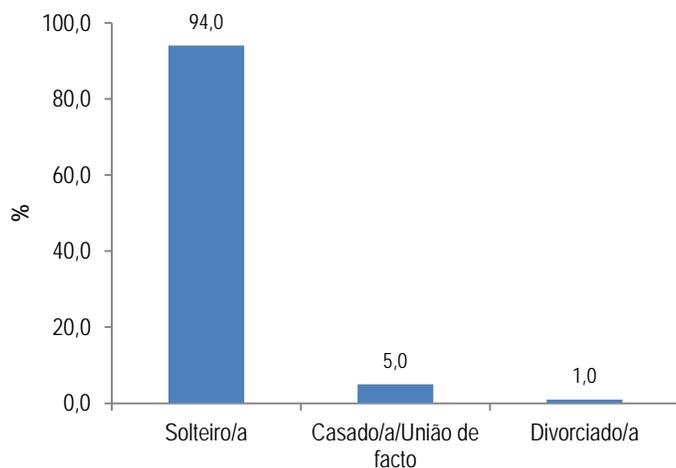


Figura 33. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Estado civil" para o curso de Licenciatura em Enfermagem.  
N = 1100.

#### Variável "idade"

No que diz respeito à idade dos/as alunos/as (Figura 34), foi calculada a média de 23,22 anos, a mediana de 22,00, com um desvio padrão de 3,961. O valor mais frequente é de 22 anos de idade.

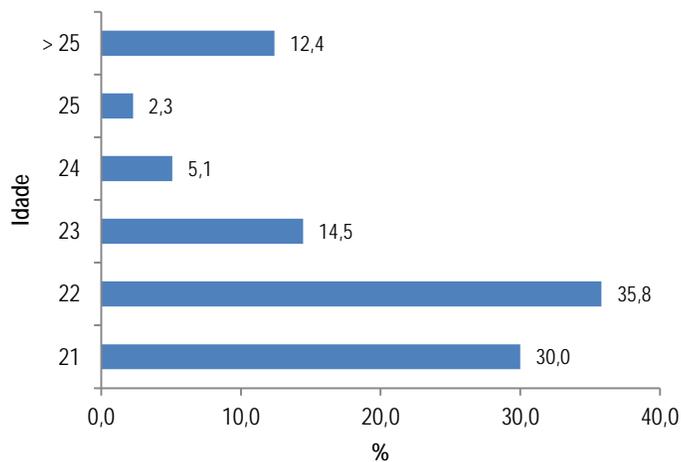


Figura 34. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Idade" para o curso de Licenciatura em Enfermagem.  
N = 1100.

### Variável "idade com que iniciou os estudos universitários"

A maioria dos/as alunos/as iniciou os seus estudos universitários (Figura 35) com 18 anos de idade (cerca de 52%), seguida da classe dos 19 anos de idade (16,6%). Para esta variável encontrou-se a média de 19,04 anos e a mediana de 18,00, com desvio padrão de 3,098. O valor mais frequente é 18 anos de idade.

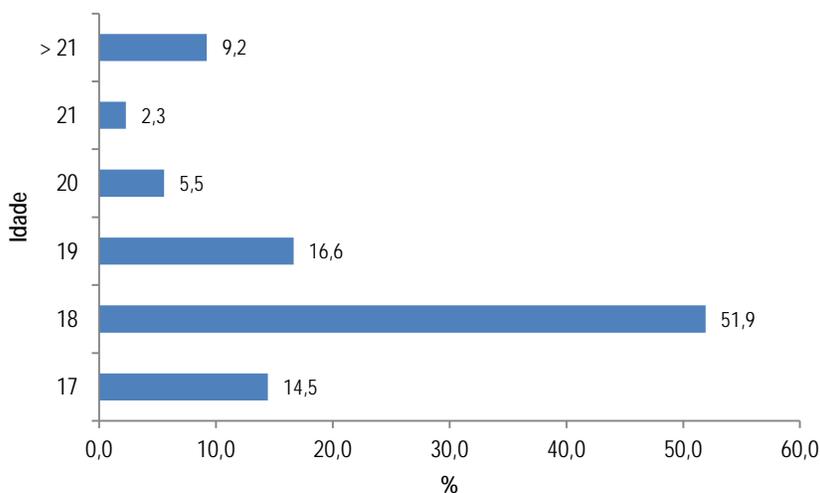


Figura 35. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Idade com que iniciou os estudos universitários" para o curso de Licenciatura em Enfermagem. N = 1100.

### Dimensão II – Prevalência do consumo de produtos do tabaco

A maioria dos/as inquiridos/as (55,9%) declara que já fumou ou consumiu produtos de tabaco, como cigarros, cigarrilhas ou outros produtos (Figura 36). Esta experimentação parece ter maior expressão no sexo masculino (64,3%) (Quadro 33).

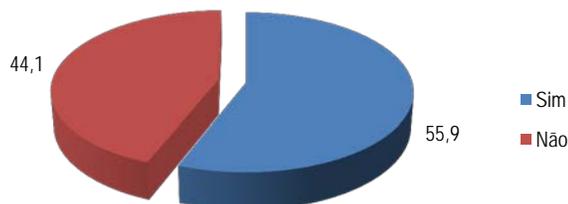


Figura 36. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Alguma vez fumou ou consumiu produtos do tabaco" para o curso de Licenciatura em Enfermagem.  
N = 1045.

Quadro 33. Experimentação de produtos de tabaco em relação ao sexo para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco?)			Pearson Chi-Square
	Sim	Não	<i>p-value</i>
Sexo	N (%)	N (%)	
Feminino	474 (54,2)	400 (45,8)	0,009**
Masculino	110 (64,3)	61 (35,7)	

\*. Correlação significativa.

\*\*.. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

A idade de experimentação de produtos do tabaco, de acordo com a informação recolhida, ocorre entre os 5 anos [sic] e os 33 anos (Figura 37). A maior parte dos/as alunos/as declarou ter experimentado fumar ou consumir produtos do tabaco com 16 anos de idade (21,1%), seguido da classe dos 15 anos de idade (17,9%). A média calculada de idades é de 16,34 anos e a mediana de 16,00, com um desvio padrão de 2,563. A idade mais comum de experimentação é aos 16 anos.

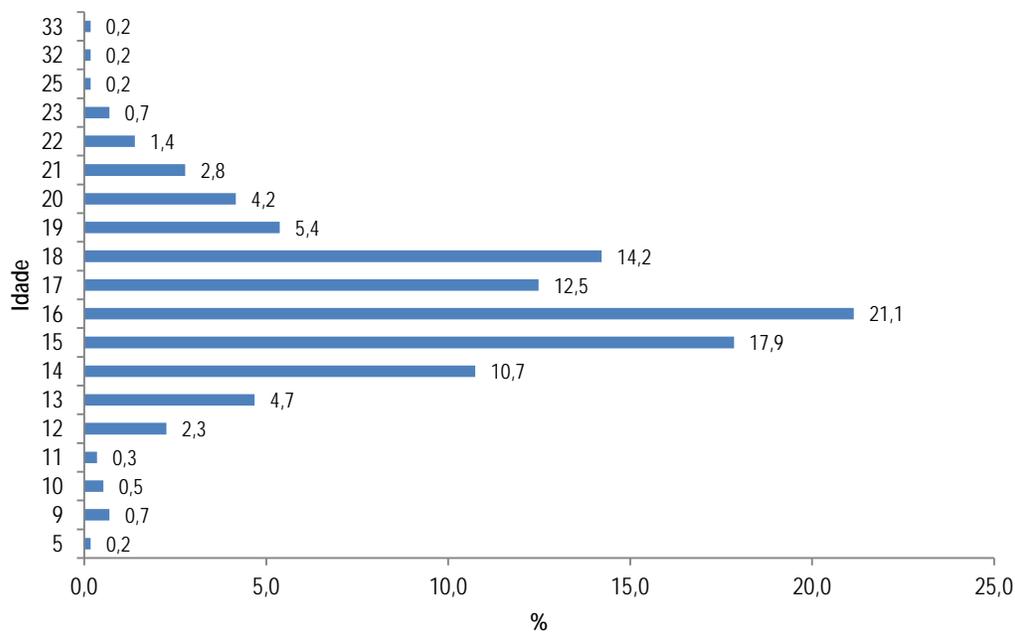


Figura 37. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "que idade tinha quando fumou ou consumiu tabaco pela primeira vez" para o curso de Licenciatura em Enfermagem. N = 577.

Cerca de 53% dos/as inquiridos/as (N = 519) declaram apenas terem experimentado produtos do tabaco, não sendo consumidores/as (Figura 38). Entre os/as consumidores/as (46,8%), a maior parte (19,9%) começou a fumar regularmente com 18 anos de idade, seguido da classe com 17 anos (16,6%). A média calculada de idades é de 17,93 anos e a mediana de 18,00, com um desvio padrão de 2,673. A idade mais comum de início do consumo regular de tabaco é aos 18 anos.

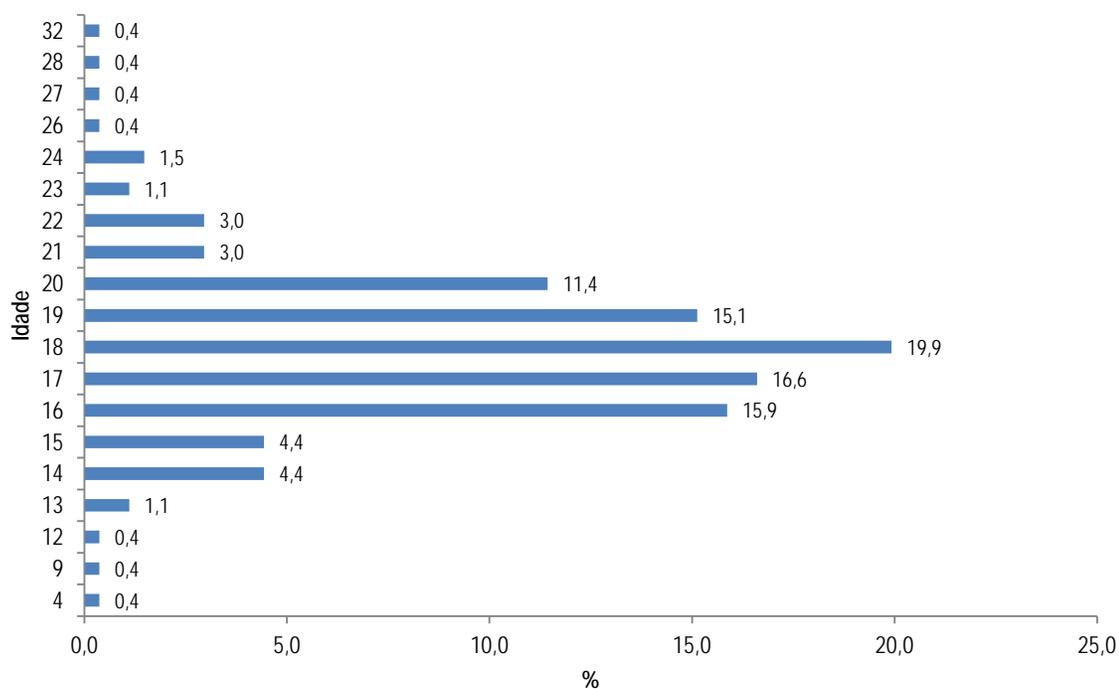


Figura 38. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “com que idade iniciou o consumo regular de tabaco” para o curso de Licenciatura em Enfermagem.  
N = 271.

No gráfico da Figura 39, relacionam-se os dados relativos à percentagem de fumadores e de não fumadores com o sexo. Percebe-se um aumento de 1,7 pontos percentuais na prevalência do consumo de tabaco nos homens comparativamente à das mulheres.

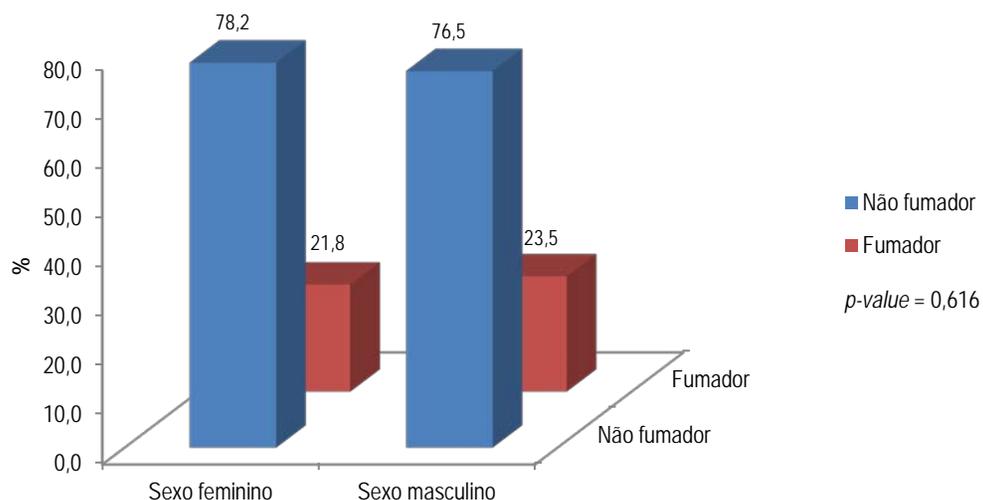


Figura 39. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) dos fumadores e não fumadores, em função do sexo para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Entre os consumidores regulares de tabaco (N = 272), 60,3% declara que já tentou deixar de fumar, sendo que a maior parte apenas uma vez (45,9%), seguido pelo grupo que tentou duas vezes (27,7%). Nesta pergunta foram declaradas tentativas de deixar de fumar entre uma vez e 20 vezes, com o valor de média e de mediana de duas tentativas, embora a classe modal seja a de uma tentativa e o desvio padrão de 1,912.

Os motivos que conduziram estes/as alunos/as ao início do consumo de tabaco apresentam-se no Quadro 34 e parecem claramente apontar a influência dos amigos e/ou colegas (56,9%) e o gosto e aroma do tabaco (50,0%). A estética das embalagens (98,5%) e a influência dos familiares (90,7%) foram os motivos mais afastados para o seu comportamento.

Quadro 34. Motivos para se ter começado a fumar para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Motivos	Sim (%)	Não (%)
Porque os meus familiares fumavam (N = 269)	9,3	90,7
Porque os meus amigos e/ou colegas fumavam (N = 269)	56,9	43,1
Porque gostei do sabor e/ou do cheiro do tabaco (N = 268)	50,0	50,0
Porque era fácil arranjar tabaco (N = 268)	17,9	82,1
Porque as embalagens me atraíam (N = 268)	1,5	98,5
Não me recordo (N = 268)	14,6	85,4
Por outras razões (N = 268)	15,3	84,7

Cerca de 20,8% dos inquiridos consideraram outros motivos para iniciarem o consumo de tabaco. A análise de conteúdo identificou um conjunto de asserções principais: stresse ( $n = 19$ ), curiosidade ( $n = 11$ ), hábito social ( $n = 5$ ), ocupação das mãos ( $n = 2$ ). Outras razões foram apontadas, embora sem expressão estatística ( $n = 1$ ): ansiedade, conforto, companhia, insegurança, gosto, brincadeira.

Entre os/as estudantes que consomem tabaco de forma regular (N = 263), cerca de 64% fuma diariamente, pelo menos uma vez por dia. Cerca de 23% fá-lo menos de uma vez por dia e 13,3% acabou por abandonar essa prática (Figura 40).

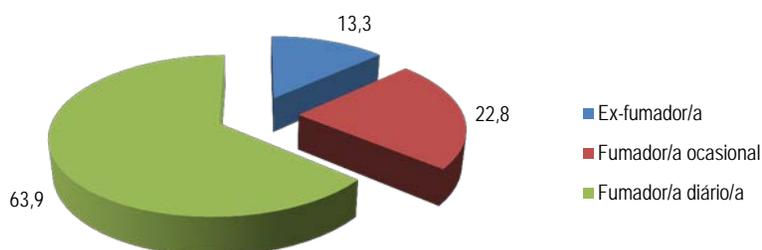


Figura 40. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Fumador diário/fumador ocasional/ex-fumador" para o curso de Licenciatura em Enfermagem. N = 263.

No Quadro 35 apresentam-se os resultados relativamente ao tipo de consumo relacionado com o sexo.

Quadro 35. Tipo de consumo de tabaco para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Atualmente (últimos 30 dias) como classifica o seu consumo de tabaco?				Pearson Chi-Square
	Já fumei, mas atualmente não fumo	Fumo ocasionalmente	Fumo diariamente	<i>p-value</i>
Sexo	N (%)	N (%)	N (%)	
Feminino	26 (12,1)	54 (25,2)	134 (62,6)	0,111
Masculino	9 (18,4)	6 (12,2)	34 (69,4)	

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

No Quadro 36 revela-se o padrão de consumo declarado, nos últimos 30 dias, relativamente a alguns dos produtos de tabaco.

Quadro 36. Comportamento tabágico, nos últimos 30 dias, relativo a alguns produtos do tabaco para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

N = 232.

Produtos do tabaco	Consumo diário (%)	Consumo ocasional (%)	Experimentação (%)	Não consumo (%)	Interquartile range
Cigarros	71,6	24,1	2,2	2,2	1
Cigarrilhas	0,0	0,9	7,8	91,4	0
Charutos	0,0	0,0	8,2	91,8	0
Tabaco de enrolar	4,7	15,5	8,6	71,1	1
Cachimbo	0,0	0,4	0,9	98,7	0
Cachimbo de água ( <i>sicha</i> )	0,0	4,7	7,8	87,5	0

Quadro 36 (Continuação). Comportamento tabágico, nos últimos 30 dias, relativo a alguns produtos do tabaco para o curso de Licenciatura em Enfermagem.  
N = 232.

Produtos do tabaco	Consumo diário (%)	Consumo ocasional (%)	Experimentação (%)	Não consumo (%)	Interquartile range
Tabaco de mascar	0,0	0,0	0,0	100	0
Rapé	0,0	0,0	0,0	100	0
Cigarro eletrónico	0,9	2,6	9,9	86,6	0
Cigarro sem queima ( <i>Heat not-burn</i> )	0,0	0,0	0,9	99,1	0

A informação do anterior Quadro revela que o consumo diário e ocasional de produtos de tabaco diz respeito, essencialmente, a cigarros (71,6% e 24,1%, respetivamente) e a tabaco de enrolar (4,7% e 15,5%, respetivamente). O tabaco de mascar e o rapé nunca terão sido experimentados e o cigarro eletrónico já terá criado curiosidade de experimentação a 9,9% dos/as fumadores/as, pese embora o consumo seja mais ocasional (2,6%).

Esta pergunta tinha prevista a possibilidade de indicar o consumo de outros produtos do tabaco. As opções “consumi diariamente”, “consumi, mas não diariamente” e “apenas experimentei” registaram a frequência de um, embora sem indicação do tipo de produto.

O gráfico da Figura 41 revela o tempo em que, depois de acordar, se fuma o primeiro cigarro. A maioria declara que o faz após 1 h de acordar e 21,5% entre a meia hora e os primeiros 60 minutos. Apenas 2,6% o faz nos primeiros 5 minutos após acordar (DP = 0,861). Existe uma associação significativa entre o sexo e o tempo em que, depois de acordar, se fuma o primeiro cigarro (Teste de Mann-Whitney = 0,011).

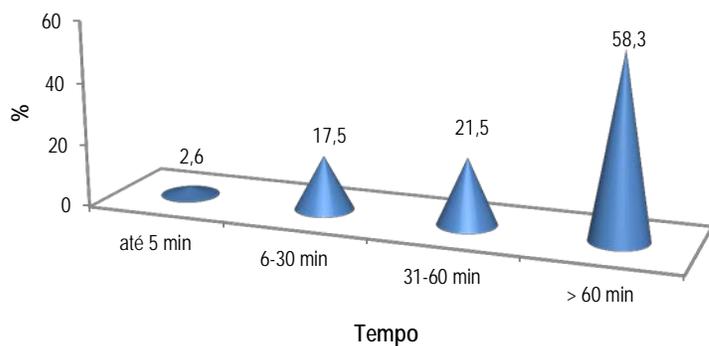


Figura 41. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Quanto tempo, depois de acordar, fuma o seu primeiro cigarro" para o curso de Licenciatura em Enfermagem. N = 228.

No gráfico da Figura 42 verifica-se que a maioria dos/as fumadores/as (75,8%) consome até 10 cigarros por dia, situando-se em 2,2% o valor dos/as que fumam entre um maço e 30 cigarros (DP = 0,489).

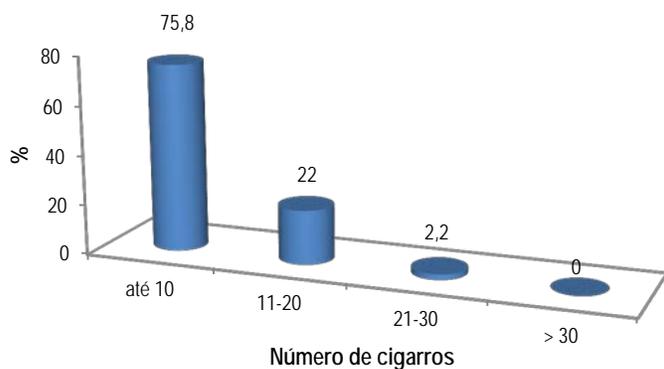


Figura 42. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Quantos cigarros fuma por dia" para o curso de Licenciatura em Enfermagem. N = 227.

O gráfico da Figura 43 dá conta que 38,3% dos consumidores de tabaco não está a pensar em deixar de fumar (DP = 0,920).

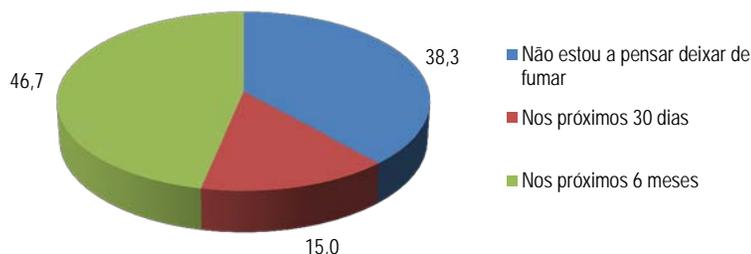


Figura 43. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Está a pensar em deixar de fumar" para o curso de Licenciatura em Enfermagem.  
N = 227.

Entre os/as ex-fumadores/as procurou-se apurar há quanto tempo tinham deixado de fumar. Os dados revelam que 69,5% fê-lo há mais de um ano e 30,5% há menos de um ano (N = 308; DP = 0,461).

Neste estudo pretendemos perceber que tipo de produtos do tabaco eram consumidos antes dos/as estudantes o terem feito pela última vez. Verificámos, pela informação da Figura 44, que a maior parte (28,3%) consumia cigarros, coexistindo o cachimbo, o rapé e os cigarros sem queima sem qualquer escolha.

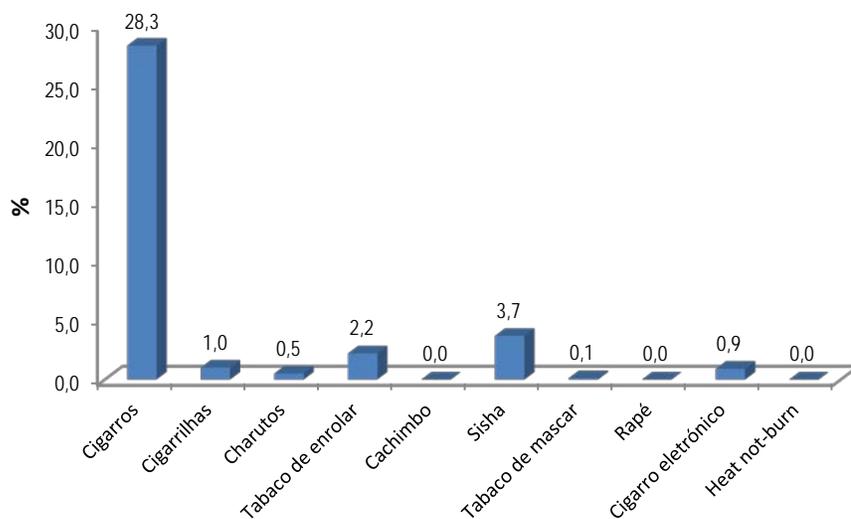


Figura 44. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Tipo de produtos do tabaco consumidos antes de os ter consumido pela última vez" para o curso de Licenciatura em Enfermagem. N = 308.

Os/as ex-fumadores/as revelam, também, os motivos que os/as levaram a deixar de fumar (Figura 45), percebendo-se que o fizeram particularmente por preocupações sobre os riscos para a sua saúde (22,1%) e para dar exemplo, enquanto futuros/as profissionais de saúde (6,9%). Foram inscritas algumas asserções para o abandono da prática: gosto ( $n = 28$ ); somente experimentação ( $n = 28$ ); prática desportiva ( $n = 1$ ); gravidez ( $n = 2$ ); desinteresse ( $n = 8$ ); mal-estar ( $n = 4$ ); doença ( $n = 1$ ).

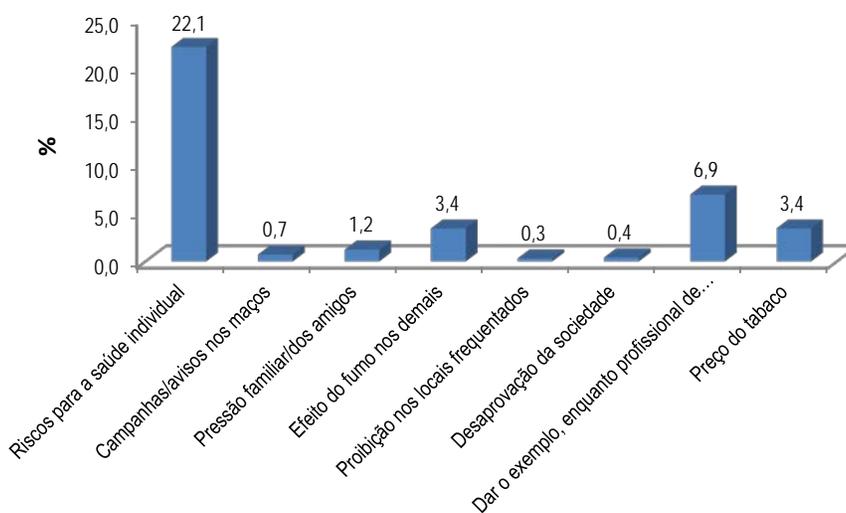


Figura 45. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Quais foram os motivos que o levaram a deixar de fumar" para o curso de Licenciatura em Enfermagem.  
N = 308.

Por fim, nesta dimensão, inquiram-se os/as alunos/as acerca do(s) método(s) usado(s) para deixar de fumar na última tentativa. Cerca de 27% considera que não usou método algum, socorrendo-se apenas da sua "força de vontade". A influência de pessoas próximas recebeu 0,5% de preferências e nenhum outro método recebeu uma escolha que fosse expressiva. Foi apontada a "força de vontade", com  $n = 13$ , em virtude de não se ter adição.

### Dimensão III – Exposição ao fumo ambiental do tabaco

Entre os/as inquiridos/as, 46,4% declarou não estar exposto/a ao FAT no local onde reside, durante a última semana antes de ser questionado/a. Cerca de 27% disse que está exposto/a diariamente e 15% teve pessoas a fumar na sua residência 1 a 2 dias (Figura 46).

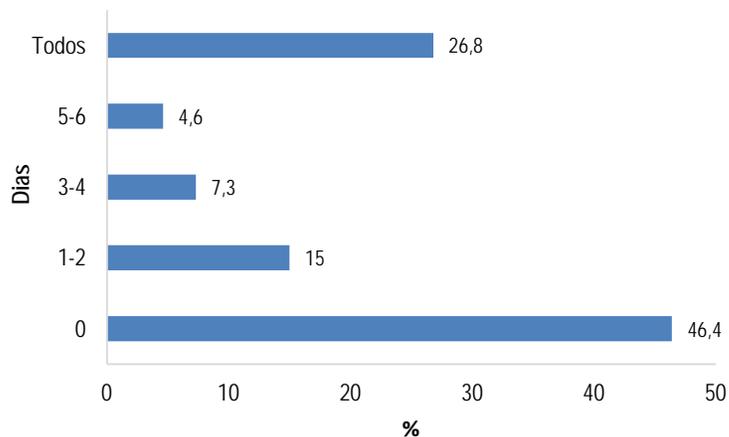


Figura 46. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco na residência" para o curso de Licenciatura em Enfermagem. N = 1001.

A exposição ao FAT em outros locais, sem ser onde se reside, parece ser intensa. Cerca de 33% considera que esteve exposto/a todos os dias da semana transata. Segue-se o grupo que teve na sua presença pessoas a fumar em 1 a 2 dias (27,3%) e 3 a 4 dias (18,7%) (Figura 47).

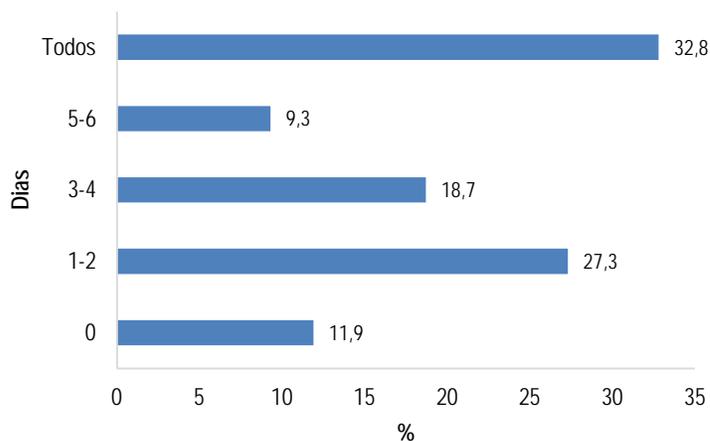


Figura 47. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco fora da residência" para o curso de Licenciatura em Enfermagem. N = 1026.

A leitura do gráfico da Figura 48 deixa perceber que 80,0% considera que a proibição regulamentar de fumar nos edifícios escolares é aplicada. Ainda assim, 13,7% dos inquiridos/as discorda desta posição, considerando que não é aplicada a regulamentação.

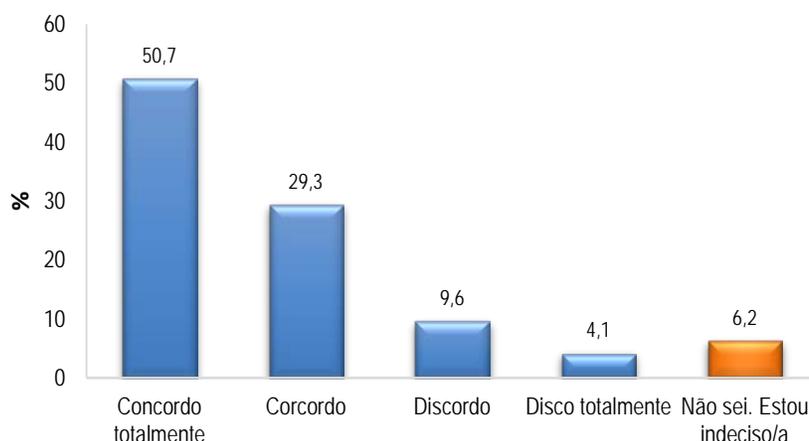


Figura 48. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Cumprimento da proibição de fumar nos edifícios escolares" para o curso de Licenciatura em Enfermagem. N = 1026.

A análise de conteúdo às respostas inseridas neste item revela os seguintes critérios de decisão, categorizados: não se fuma dentro do edifício, cumprindo a legislação ( $n = 103$ ), fuma-se à entrada da escola ( $n = 120$ ); há preocupação pelo FAT ( $n = 108$ ); é prejudicial à saúde ( $n = 30$ ); fuma-se nos locais próprios para o efeito ( $n = 28$ ), por respeito aos demais ( $n = 19$ ), dando o exemplo ( $n = 3$ ); fuma-se em locais proibidos ( $n = 5$ ), como nos gabinetes ( $n = 5$ ) e nos WC ( $n = 3$ ).

Os resultados obtidos para os locais onde se desenvolvem as práticas clínicas estão próximos dos encontrados para os edifícios escolares. Cerca de 82% concorda que é cumprido o regulamento destes espaços, com 13,8% a discordar desta posição (Figura 49).

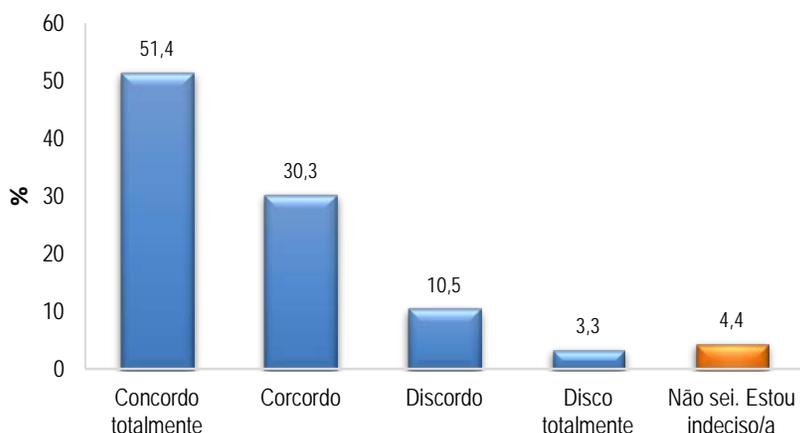


Figura 49. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Cumprimento da proibição de fumar nos locais de práticas clínicas" para o curso de Licenciatura em Enfermagem. N = 1025.

Foram inscritas algumas asserções como critério de decisão nesta pergunta. A análise de conteúdo categorizou-as do seguinte modo: fuma-se à entrada ( $n = 52$ ), cumprindo-se a legislação ( $n = 72$ ); preocupação pelo estado de saúde dos doentes ( $n = 38$ ), por questões de higiene ( $n = 7$ ) e para dar o exemplo ( $n = 30$ ); preocupação pelo FAT ( $n = 32$ ); existem locais próprios para fumar ( $n = 22$ ); por vezes fuma-se no interior do edifício ( $n = 20$ ); é perigoso ( $n = 5$ ); fuma-se nas escadas ( $n = 4$ ), junto a uma janela ou na varanda ( $n = 6$ ), nos gabinetes ( $n = 2$ ) e no WC ( $n = 3$ ).

Numa análise mais fina, procuram-se relações entre as variáveis, testando a heterogeneidade de duas amostras ordinais. Os resultados apresentam-se no Quadro 37, no Quadro 38 e no Quadro 39.

Quadro 37. Associações entre variáveis das Dimensões I-III para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Variáveis	Que idade tinha quando fumou pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares	
	<i>p-values</i>						
Sexo	0,934	0,895	0,855	0,644	0,101	0,788	Mann-Whitney
Alguma vez fumou?	NA	NA	NA	<0,001***	<0,001***	0,745	
Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente).	0,003***	0,001***	0,887	<0,001***	<0,001***	0,939	Kruskal-Wallis

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

A leitura do Quadro anterior permite perceber correlações significativas entre o facto de se ter fumado alguma vez e a exposição ao FAT em casa e fora dela, assim como os hábitos tabágicos (detalhados), a idade em que experimentou pela primeira vez fumar e com que se iniciou o consumo regular de tabaco, a exposição ao FAT no local onde se reside e em outros locais sem ser onde se reside.

Quadro 38. Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Variáveis	Alguma vez fumou?	Hábitos tabágicos (Nunca fumou; experimentou; fuma diariamente)	Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma diariamente)
<i>Pearson Chi-Square</i> ( <i>p-values</i> )			
Sexo	0,015*	0,006***	0,004***
Alguma vez fumou?	NA	<0,001***	<0,001***
Hábitos tabágicos (Nunca fumou; experimentou; fuma diariamente).		NA	<0,001***

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

No domínio da análise apresentada no Quadro 38, foram identificadas correlações significativas e muito significativas entre todas as variáveis em análise.

Quadro 39. Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Variáveis	Que idade tinha quando fumou ou consumiu pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares
Teste à correlação de <i>Spearman</i> ( <i>p-values</i> )						
Que idade tinha quando fumou ou consumiu pela primeira vez?	NA	<0,001***	0,432	0,017*	0,010*	0,281
Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?		NA	0,578	0,021*	0,319	0,880
Quantas vezes tentou deixar de fumar ou consumir tabaco?			NA	0,585	0,032*	0,714
Exposição ao FAT em casa				NA	<0,001***	<0,001***
Exposição ao FAT fora de casa					NA	0,100

\*. Correlação significativa; \*\*. Correlação muito significativa; \*\*\*. Correlação altamente significativa.

No que diz respeito a outras associações, os dados do Quadro 39 dão conta de diferenças significativas entre a idade com que se consumiu pela primeira vez tabaco e a exposição ao FAT em ambiente onde se reside e fora dele. O consumo regular de tabaco também é associado à exposição ao FAT em casa, assim como o número de tentativas para deixar de fumar com a exposição ao FAT em ambientes exteriores à residência. Por último, foram identificadas associações altamente significativas entre a exposição ao FAT dentro e fora da casa de residência e o cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares.

#### Dimensão IV – Atitudes e perceções

Os resultados que se seguem (Quadro 40) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 28 afirmações relacionadas com atitudes e perceções relativamente ao consumo de tabaco. A fiabilidade dos itens é moderada a alta, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,836 (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 40. Atitudes e perceções relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Perguntas	DT (1) (%)	D (2) (%)	C (3) (%)	CT (4) (%)	NS IND (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
19. O consumo de tabaco deveria ser proibido a pessoas com menos de 18 anos de idade.	1,6	6,0	24,7	65,6	2,1	1003	4	4	1
20. Os profissionais de saúde deveriam ter formação específica em técnicas de aconselhamento e tratamento da cessação tabágica.	0,5	3,0	38,7	55,3	2,5	1003	4	4	1
21. Os profissionais de saúde deveriam ser "modelos para os seus pacientes e para o público relativamente ao uso do tabaco.	7,4	23,5	35,0	29,1	5,0	1002	3	3	2

Quadro 40 (Continuação). Atitudes e percepções relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Perguntas	DT (1) (%)	D (2) (%)	C (3) (%)	CT (4) (%)	NS IND (%)	N	$\bar{X}$	$\hat{X}$	Interquartil range
22. Os profissionais de saúde deveriam, por norma, perguntar aos seus pacientes os seus hábitos tabágicos.	0,4	3,1	36,4	58,1	2,0	1002	4	4	1
23. Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, os seus pacientes a deixar de fumar.	0,5	4,4	43,6	49,4	2,2	1003	3	4	1
24. Os profissionais de saúde deveriam trabalhar com grupos da comunidade sobre a prevenção do tabagismo.	0,4	2,5	43,2	51,3	2,6	1004	4	4	1
25. Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica.	0,4	0,8	35,7	62,3	0,9	1004	4	4	1
26. As probabilidades dos pacientes deixarem de fumar com sucesso aumentam se os profissionais de saúde os aconselharem a deixar de fumar.	3,3	23,2	44,1	19,5	9,9	1003	3	3	1
27. É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fumar.	13,1	33,5	31,8	14,0	7,7	1003	2	2	1
28. Todos os estabelecimentos de ensino superior deveriam ter consultas de cessação tabágica acessíveis aos alunos para aconselhamento, tratamento e acompanhamento.	1,3	10,9	50,3	29,8	7,7	1002	3	3	1
29. A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para a saúde individual.	0,5	0,7	26,5	71,5	0,8	1002	4	4	1
30. A morte neonatal está associada à exposição ao fumo ambiental do tabaco.	1,0	9,2	47,0	26,2	16,6	1002	3	3	2
31. O tabagismo materno durante a gravidez aumenta o risco de Síndrome de Morte Súbita do lactente.	0,5	2,8	44,8	42,4	9,5	1002	3	3	1
32. A exposição ao fumo ambiental do tabaco aumenta o risco de doença pulmonar em adultos não fumadores.	0,5	0,9	42,7	54,5	1,4	1002	4	4	1
33. A exposição ao fumo ambiental do tabaco não aumenta o risco de doença cardiovascular em adultos não fumadores.	34,5	38,6	13,3	9,5	4,2	1001	2	2	1

Quadro 40 (Continuação). Atitudes e perceções relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Perguntas	DT (1) (%)	D (2) (%)	C (3) (%)	CT (4) (%)	NS IND (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
34. O tabagismo dos progenitores aumenta o risco de doenças do trato respiratório inferior, em crianças expostas, como a pneumonia.	0,6	3,8	50,3	39,3	6,0	1000	3	3	1
35. Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças.	0,6	0,4	23,8	74,7	0,5	1001	4	4	1
36. Não existe um nível sem risco de exposição ao fumo ambiental do tabaco.	6,3	11,7	39,9	26,9	15,3	1001	3	3	2
37. Os fumadores que não param de fumar encurtam em mais de 10 anos a sua expectativa de vida.	1,0	2,5	48,7	35,0	12,9	1001	3	3	1
38. Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco.	0,8	2,7	43,0	23,2	30,9	1001	3	3	3
39. O tabaco contribui para a pobreza e as desigualdades em saúde.	4,2	20,6	35,8	18,1	21,3	1000	3	3	2
40. O constituinte do tabaco responsável pela dependência é o alcatrão.	40,9	26,1	14,6	9,1	9,4	1001	1	1	1
41. O tabaco aumenta o risco de diabetes e agrava a evolução desta doença.	6,4	16,8	37,2	19,0	20,7	1001	3	3	2
42. O tabaco aumenta o risco de tuberculose e agrava a evolução desta doença.	4,6	13,1	41,5	20,1	20,7	1000	3	3	2
43. Fumar um maço de tabaco de cigarros por dia não está associado a um risco muito elevado para a saúde.	59,6	28,6	6,6	4,3	0,9	1001	1	1	1
44. Parar de fumar tem sempre benefícios.	0,7	4,0	28,1	65,1	2,1	1001	4	4	1
45. Os benefícios de parar de fumar são maiores quanto mais cedo se parar de fumar.	0,4	1,1	31,9	65,3	1,3	999	4	4	1
46. A formação superior recebida provocou-lhe alguma mudança de atitude, acerca do tabagismo, comparativamente ao momento da entrada no curso.	12,6	26,8	35,2	19,6	5,7	999	3	3	1

Uma primeira análise à informação do Quadro 40, corrigidas as respostas aos itens 33, 40 e 43, permite colocar em evidência que a maioria dos/as inquiridos/as concorda com o quadro teórico apresentado nesta dimensão (79,4%), tendo 8,0% manifestado o seu desconhecimento ou indecisão. No gráfico da Figura 50 apresentam-se as percentagens de concordância, de discordância e de indecisão para esta dimensão.

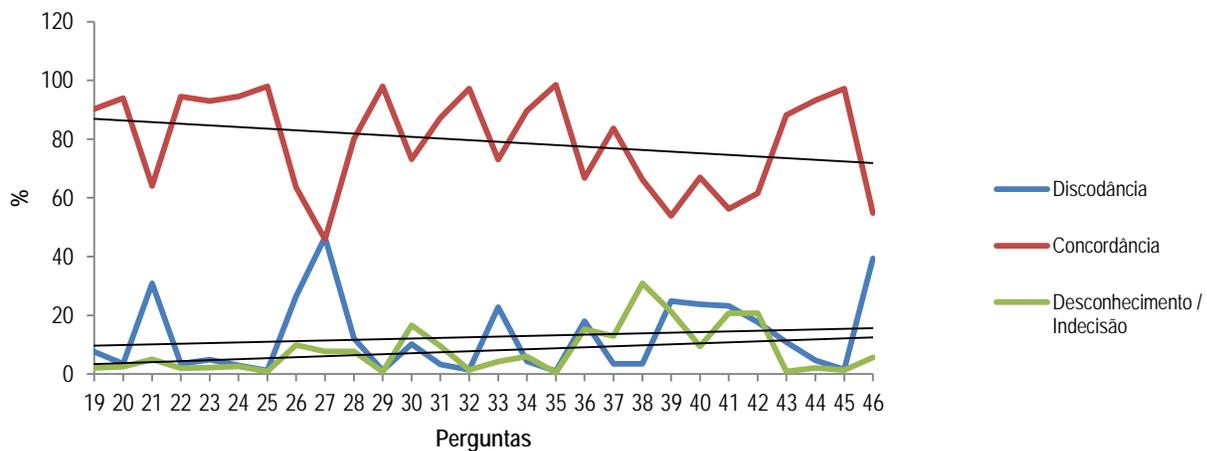


Figura 50. Concordância, discordância e desconhecimento / indecisão relativamente à dimensão IV (atitudes e perceções) para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

No gráfico da Figura 51 representam-se os valores modais desta dimensão. O valor modal global da dimensão é 3 ("Concordo").

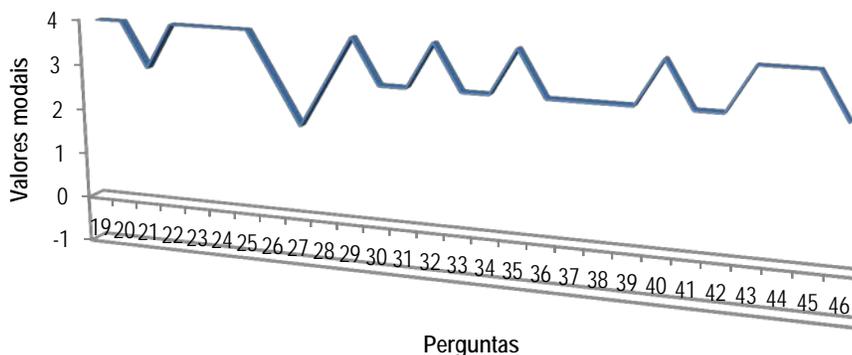


Figura 51. Distribuição dos valores modais da dimensão IV (atitudes e percepções) para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

As asserções que reuniram maior consenso ao nível da concordância foram, a saber: “Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças” (99,0%), e, *ex aequo*, com 98%, “Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica” e “A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para a saúde individual”. A proposição “É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fuma” dividiu os/as respondentes literalmente a meio, com percentagem de discordância / concordância idênticas. Do lado oposto, para além desta asserção, a afirmação “A formação superior recebida provocou-lhe alguma mudança de atitude, acerca do tabagismo, comparativamente ao momento da entrada no curso” foi a que recebeu maior taxa de discordância (39%). As proposições “Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica”, “A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para a saúde individual”, “A exposição ao fumo ambiental do tabaco aumenta o risco de doença pulmonar em adultos não fumadores” e “Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças”

registaram os menores valores globais de discordância. Embora a média percentual de desconhecimento / indecisão seja inferior a 10%, 4 das afirmações apresentam valores  $\geq 20\%$ , com uma expressão máxima, de 30,9%, no item “Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco”.

### Dimensão V – Perceções sobre a formação teórica recebida

Os resultados que se seguem (Quadro 41) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 33 afirmações relacionadas com as perceções sobre a formação teórica recebida. A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,980 (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 41. Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
47. Constituintes do tabaco e do fumo do tabaco.	22,4	5,0	24,4	37,0	9,0	2,1	948	2	3	2
48. Repercussões do consumo de tabaco na saúde.	5,5	2,0	11,2	55,8	24,7	0,8	947	3	3	0
49. Efeito da exposição ao fumo ambiental do tabaco.	7,3	3,0	15,5	53,6	19,6	1,0	947	3	3	1
50. Mecanismos neurobiológicos da dependência.	15,8	13,3	30,1	30,6	8,6	1,6	948	2	3	2
51. Mecanismos psicológicos da dependência.	12,0	8,2	24,4	42,3	11,6	1,5	948	3	3	1
52. Razões pelas quais as pessoas fumam.	12,2	3,9	17,6	48,0	15,7	2,5	948	3	3	1

Quadro 41 (Continuação). Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
53. Síndrome de abstinência da nicotina.	12,9	7,2	27,7	39,8	11,0	1,5	948	3	3	1
54. Epidemiologia do consumo de tabaco.	15,4	9,6	30,7	34,6	7,8	1,8	947	2	3	2
55. Modelos e técnicas de prevenção em tabagismo.	14,5	7,9	27,6	39,3	9,4	1,3	948	2	3	1
56. Benefícios para a saúde de deixar de fumar.	5,6	2,2	9,9	53,3	28,3	0,7	948	3	3	1
57. Modelos de mudança comportamental relacionados com o tabagismo (exemplo: Prochaska e DiClemente).	36,8	16,2	21,2	17,7	4,6	3,4	948	1	-1	3
58. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	39,5	13,4	22,5	17,1	4,9	2,7	948	1	-1	3
59. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	39,7	13,9	21,7	17,7	3,8	3,2	948	1	-1	3
60. Como avaliar a motivação e prontidão para fazer uma tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	39,8	13,6	21,4	18,5	3,8	3,0	948	1	-1	3

Quadro 41 (Continuação). Percepções sobre a formação teórica recebida para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
61. 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 5As).	39,7	12,9	22,0	19,0	4,2	2,2	948	1	-1	3
62. Como acompanhar o progresso da pessoa que parou de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	40,4	13,2	21,8	18,7	3,4	2,5	947	1	-1	3
63. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As, ABC ou 2As+R).	41,1	13,7	23,4	15,2	3,3	3,3	946	1	-1	3
64. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar na Intervenção Muito Breve (algoritmo 3As ou 2As+R).	41,3	14,7	21,6	15,6	3,3	3,5	947	1	-1	3
65. Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As ou 2As+R).	41,7	14,1	23,0	14,4	3,5	3,3	947	1	-1	3
66. Como abordar pessoas que estejam ambivalentes ou não desejem parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5Rs).	41,7	13,7	22,0	16,2	3,1	3,4	945	1	-1	3

Quadro 41 (Continuação). Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
67. Abordagem do fumador em contexto clínico.	17,1	8,7	28,6	36,2	7,0	2,4	946	2	3	2
68. Intervenção de Apoio Intensivo de acordo com o Programa tipo da Direção-Geral da Saúde (DGS, 28/12/2007).	34,1	14,6	27,3	16,9	3,9	3,2	946	1	-1	3
69. Cessação tabágica em grupos específicos (exemplos: pessoas idosas, mulheres grávidas, adolescentes, pessoas com doença mental).	18,4	10,7	30,2	33,1	6,0	1,6	946	2	3	2
70. Aconselhamento baseado na entrevista motivacional com o objetivo de motivar e ajudar a resolver a ambivalência.	21,2	11,5	29,9	29,7	5,4	2,2	946	2	2	2
71. Como expressar empatia durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	11,9	7,3	23,7	44,4	11,0	1,7	946	3	3	1
72. Como lidar com a ambivalência do paciente durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	14,8	10,8	30,4	35,3	7,2	1,5	946	2	3	2
73. Como lidar com a resistência à mudança durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	15,8	11,6	33,1	31,3	6,7	1,6	946	2	2	2

Quadro 41 (Continuação). Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
74. Como estimular a autodeterminação e autoeficácia durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	15,8	9,8	30,5	35,6	5,9	2,3	946	2	3	2
75. Formação sobre técnicas de aconselhamento cognitivo-comportamental.	20,7	13,8	33,0	24,7	5,1	2,6	946	2	2	2
76. A prevenção das recaídas.	20,3	14,7	32,6	26,0	4,9	1,6	946	2	2	2
77. As estratégias globais de prevenção e controlo do tabagismo.	18,8	9,8	30,3	33,5	6,0	1,5	946	2	3	2
78. O conhecimento e a utilização de materiais educativos para apoiar a cessação tabágica dos pacientes que querem deixar de fumar.	19,8	10,8	29,5	32,3	5,4	2,2	946	2	3	2
79. A prescrição, indicações e contra-indicações das terapêuticas de substituição da nicotina em programas de cessação tabágica (tais como os adesivos ou pastilhas).	24,3	13,1	29,0	26,2	5,4	2,0	946	2	2	3

Numa leitura global dos resultados do Quadro 41, ressalta à vista o facto de 23,6% dos/as inquiridos/as terem considerado que as componentes de formação teórica apresentadas não foram abordadas durante a sua formação académica de 4 anos letivos. Em relação com este facto, estão 32,3% que não se sentem preparados/as ou estão poucos preparados/as (10,6% e 21,7%,

respetivamente) para atuar ao nível da prevenção e tratamento do tabagismo. Uma franja de 38,6% considera-se preparada, sendo inferior a 10% os/as muito bem preparados/as.

“Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As ou 2As+R)” e “Como abordar pessoas que estejam ambivalentes ou não desejem parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5Rs)” parecem ter sido os temas que não foram abordados com a maior parte dos/as alunos/as (41,7%, *ex aequo*), seguindo-se “Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar na Intervenção Muito Breve (algoritmo 3As ou 2As+R)”, “Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As, ABC ou 2As+R)” e “Como acompanhar o progresso da pessoa que parou de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As)”, ambos com escolhas acima dos 40%. Relacionado com este aspeto, a falta de preparação em “Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar na Intervenção Muito Breve (algoritmo 3As ou 2As+R)” é considerada por 14,1% dos/as respondentes, sem deixar de se observar neste campo “O conhecimento dos “Modelos de mudança comportamental relacionados com o tabagismo (exemplo: Prochaska e DiClemente)” (16,2%) e “A prevenção das recaídas” (14,7%).

O conteúdo que recebeu maior frequência, relativamente à muito boa preparação dos/as alunos/os é o conhecimento do “Benefícios para a saúde de deixar de fumar”, com 28,3% de escolhas, ainda assim abaixo da média para a “pouca preparação” cerca de 10 pontos percentuais. A boa preparação encontra o seu valor máximo (49,2%) na formação recebida sobre as “Repercussões do consumo de tabaco na saúde”. Os valores da mediana, nesta dimensão, descrevem um percurso entre “Não me sinto preparado/a” e “Sinto-me bem preparado/a”, com uma mediana de 2,0. A classe modal da dimensão é 3 (“Sinto-me bem preparado”).

Se tomarmos a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a”, procedendo de igual modo os do ponto “Sinto-me bem preparado/a” com os do “Sinto-me muito bem preparado”, podemos ter a perceção das perceções da formação teórica recebida conforme se representa no gráfico da Figura 52.

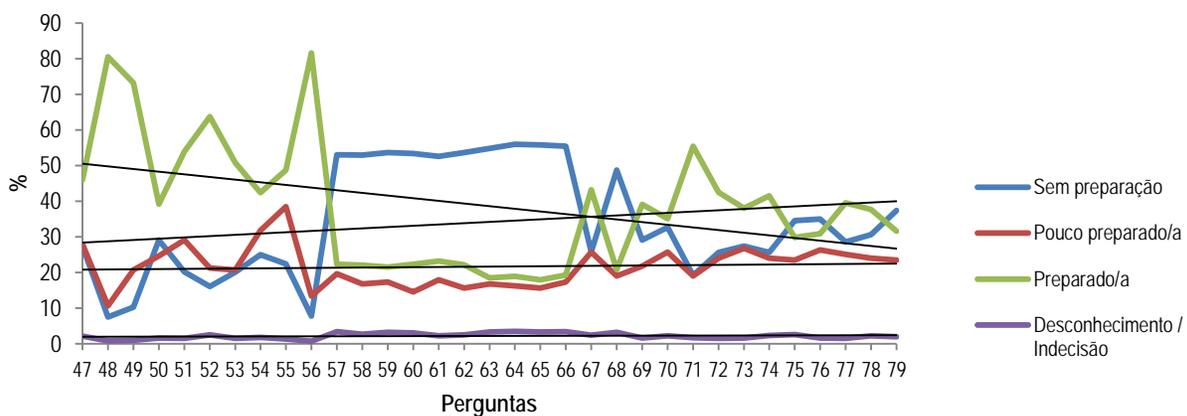


Figura 52. Preparação relativamente aos conteúdos teóricos recebidos durante a formação académica para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

No gráfico da Figura 53 distribuem-se os valores modais ao longo das várias perguntas. A classe modal desta dimensão é 3 ("Sinto-me bem preparado/a").

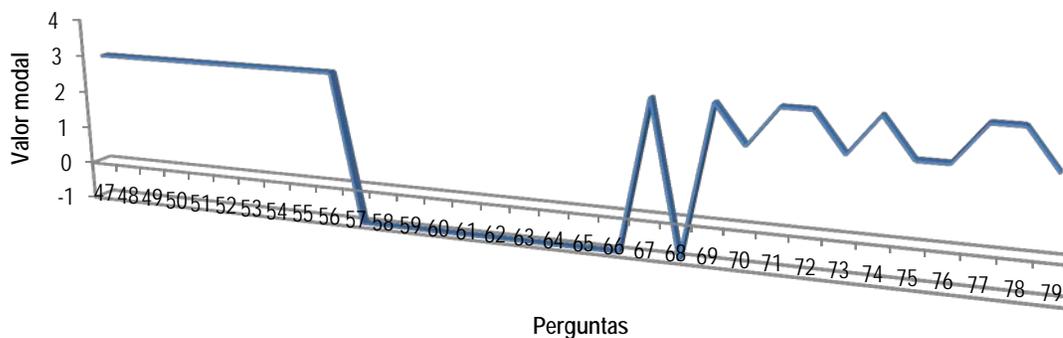


Figura 53. Distribuição dos valores modais da dimensão V (perceções sobre a formação teórica recebida) para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

## Dimensão VI – Perceções sobre a formação prática recebida

Os resultados que se seguem, no Quadro 42, dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 7 afirmações relacionadas com perceções sobre a formação prática recebida. A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,953 (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 42. Perceções sobre a formação prática recebida para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
81. Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes fumadores e o registo na ficha clínica.	31,6	11,6	28,2	22,9	4,1	1,6	933	2	-1	4
82. Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes em diferentes fases de preparação para a cessação tabágica.	33,3	12,4	28,2	20,2	4,1	1,8	933	2	-1	3
83. Formação prática sobre a entrevista motivacional como uma intervenção adaptada a qualquer processo de mudança comportamental.	29,0	11,7	28,3	25,0	4,3	1,7	933	2	-1	4
84. Participação em projetos de prevenção do tabagismo dirigidos a grupos de pacientes fumadores.	29,6	11,1	26,4	26,0	5,0	1,8	933	2	-1	4
85. Participação numa consulta de cessação tabágica (estágio).	42,4	8,7	20,5	20,4	5,7	2,4	933	1	-1	4

Quadro 42 (Continuação). Perceções sobre a formação prática recebida para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{x}$	$\bar{x}$	Interquartil range
86. Participação em projetos de tratamento do tabagismo.	40,1	8,6	21,7	22,7	4,9	2,0	933	1	-1	4
87. Participação em projetos de prevenção do tabagismo na comunidade.	36,7	8,3	20,6	24,9	7,4	2,3	933	2	-1	4

Podemos afirmar que os resultados expressos no Quadro 42, relativos às perceções sobre a formação prática recebida durante a formação académica, se encontram na continuidade dos encontrados para a dimensão V. A maioria dos/as alunos/as declara que os temas não foram abordados e, por isso, não se sentem preparados/as para intervir (34,7% e 10,3%, respetivamente). Aqueles/as que se consideram muito bem preparados igualam 28,2%, opinando um grupo ligeiramente menos (24,4%) que estão pouco preparados/as. Nesta dimensão, cerca de 2,3% dos/as inquiridos/as indicaram desconhecimento / indecisão sobre a temática. O valor da mediana é de 2. O valor modal deste grupo é -1 (“O tema não foi abordado”).

A “Participação em projetos de prevenção do tabagismo na comunidade” foi o item que recolheu maior favoritismo relativamente à preparação (32,3%). Todos os temas apresentam um valor maior ou igual a 29% referido a que não foram abordados na formação.

Se tomarmos a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a”, procedendo de igual modo os do ponto “Sinto-me bem preparado/a” com os do “Sinto-me muito bem preparado”, podemos ter a perceção das perceções da formação teórica recebida conforme se representa no gráfico da Figura 54.

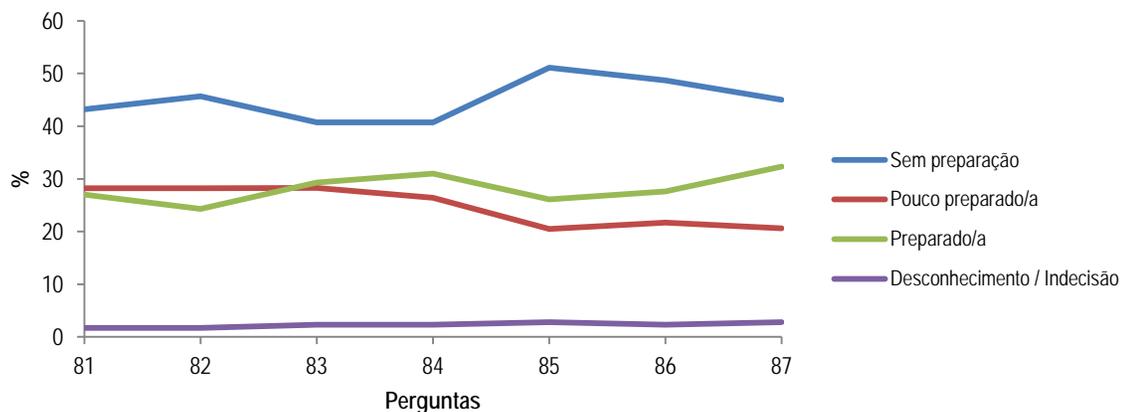


Figura 54. Preparação relativamente aos conteúdos práticos recebidos durante a formação académica para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Na regressão logística o modelo usado tem em conta as variáveis que pareceram potenciais regressores, embora tendo-se em conta as eventuais associações entre variáveis. Assim das quatro variáveis de resumo – Atitudes e perceções (global); Perceções sobre a formação teórica recebida (global); Perceções sobre a formação prática recebida; Perceções sobre a aquisição de competências – usou-se apenas as “Perceções sobre a formação prática recebida”, tentando minimizar-se a presença de multicolinearidade.

A resposta analisada foi a de “Competência Para Intervir” (CPI) dicotomizada ( $> 5$  e  $\leq 5$ ) (Quadro 43 e Quadro 45).

Quadro 43. Modelo de regressão logística para a variável “Competência Para Intervir” (CPI) para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Parâmetro	B	Erro padrão	95% Wald		Teste de hipóteses					
			Intervalo de confiança		Wald Qui-quadrado	df	Sig.	Exp(B)	Intervalo de confiança	
			Inf.	Sup.					Inf.	Sup.
Intercetar	2,046	0,2886	1,480	2,612	50,251	1	<0,001***	7,736	4,394	13,620
[Sexo = 1] (S)	0,297	0,2124	-0,119	0,714	1,959	1	0,162	1,346	0,888	2,041
[Sexo = 2] (S)	0 <sup>a</sup>							1		
[Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?] (FCPT)	-0,059	0,1626	-0,378	0,259	0,134	1	0,715	0,942	0,685	1,296
[Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?] (FCPT)	0 <sup>a</sup>							1		
Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo? (NHF)	-0,228	0,0665	-0,359	-0,098	11,793	1	0,001***	0,796	0,698	0,907
Perceções sobre a formação prática recebida (PPR) (Escala)	-0,109	0,0093	-0,128	-0,091	139,846	1	<0,001***	0,896	0,880	0,913
	1 <sup>b</sup>									

Variável dependente: competência para intervir.

Modelo: (Intercetar), Sexo, Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?, Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?, Perceções sobre a formação prática recebida

<sup>a</sup>. Definido para zero por que este parâmetro é redundante.

<sup>b</sup>. Fixo no valor exibido.

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

Quadro 44. Área sob a curva: Variável(is) do resultado do Teste para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Área	Erro padrão <sup>a</sup>	Asymptotic Sig. <sup>b</sup>	Intervalo de confiança	
			Limite inferior	Limite superior
	0,808	0,015	<0,001***	0,778 0,838

Variável(is) do resultado do Teste: o valor previsto da média da resposta tem pelo menos uma ligação entre o estado atual positivo do Grupo e o atual estado negativo do Grupo. As estatísticas podem ser tendenciosas.

<sup>a</sup>. Sob a suposição não paramétrica.

<sup>b</sup>. Hipótese nula: área real = 0.5

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

O nosso modelo ajustado é, pois:

$$CPI = 2,046 + 0,297 S - 0,059 FCTP - 0,228 NHF - 0,109 PPR$$

As variáveis que são significativas são, a saber: "Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?" e "Perceções sobre a formação prática recebida". Mas, conjuntamente, foram usados adicionalmente dois regressores: sexo e hábitos tabágicos (sim vs. não). O modelo tem sempre significado e a qualidade foi avaliada pelas características operacionais do recetor da área sob a curva (*ROC AUC*), usando para valor de corte 0,5. O modelo evidencia que as equações de regressão propostas têm poder de discriminação significativa para a capacidade para intervir (tem-se, em todos os casos, *AUC* altos significativamente diferentes de 0,5).

## Grupo VII – Perceções sobre a aquisição de competências

Os resultados que se seguem dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 8 afirmações relacionadas com perceções sobre a aquisição de competências (Quadro 45). A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,953 (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 45. Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
88. Competências suficientes para intervir em matéria de prevenção do tabagismo.	12,6	15,9	33,5	31,4	5,0	1,6	924	2	2	2
89. Competências suficientes para intervir em matéria de tratamento do tabagismo.	14,4	19,0	36,5	24,9	3,7	1,5	924	2	2	2
90. Capacidade para intervir na prevenção do tabagismo junto da comunidade.	11,9	15,6	32,6	32,8	5,6	1,5	924	2	3	2
91. Desenvolvimento da técnica de negociação e partilha de tomada de decisões no aconselhamento em tabagismo.	15,3	17,3	33,2	28,5	4,2	1,5	924	2	2	2
92. Capacidade para aumentar a literacia dos pacientes e das respetivas famílias em matéria de tabagismo e saúde.	13,3	13,2	29,5	37,3	5,5	1,1	924	2	3	2
93. Integração numa equipa multidisciplinar no âmbito do apoio à cessação tabágica.	16,9	14,3	31,6	30,1	4,9	2,3	924	2	2	2

Quadro 45 (Continuação). Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
94. Realização de uma Intervenção Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmo 5As).	34,8	16,9	24,8	17,4	3,6	2,5	924	1	-1	3
95. Realização de uma Intervenção Muito Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmos 3As, ABC ou 2As+R).	36,0	16,8	24,8	16,9	3,1	2,4	924	1	-1	3

Na continuidade dos resultados encontrados para as dimensões V e VI, na dimensão acerca da aquisição de competências, 31,9% considera que não adquiriu as competências necessárias para intervir (14,9% defende que os temas não foram abordados; 16,4% não se sente preparado/a). Porém, um grupo de dimensão próxima (33,9%) considera que está preparado (4,6% até defende muito bem preparado), e outro (32,9%) perceciona-se como pouco preparado. Nesta dimensão, o desconhecimento e a indecisão preencheram 1,6% das respostas. O valor da mediana é de 2 e a classe modal de 2 ("Sinto-me pouco preparado/a").

No enquadramento dos resultados, a "Capacidade para aumentar a literacia dos pacientes e das respetivas famílias em matéria de tabagismo e saúde" foi o domínio que recebeu maiores escolhas (42,8%) ao nível da preparação (37,3% bem preparado e 5,5% muito bem preparado) e da ausência de abordagem na formação / não preparação.

Se tomarmos a decisão de agrupar os valores do ponto da escala "O tema não foi abordado" com o "Não me sinto preparado/a", procedendo de igual modo os do ponto "Sinto-me bem preparado/a" com os do "Sinto-me muito bem preparado", podemos ter a visualização das perceções da formação teórica recebida conforme se representa no gráfico da Figura 55.

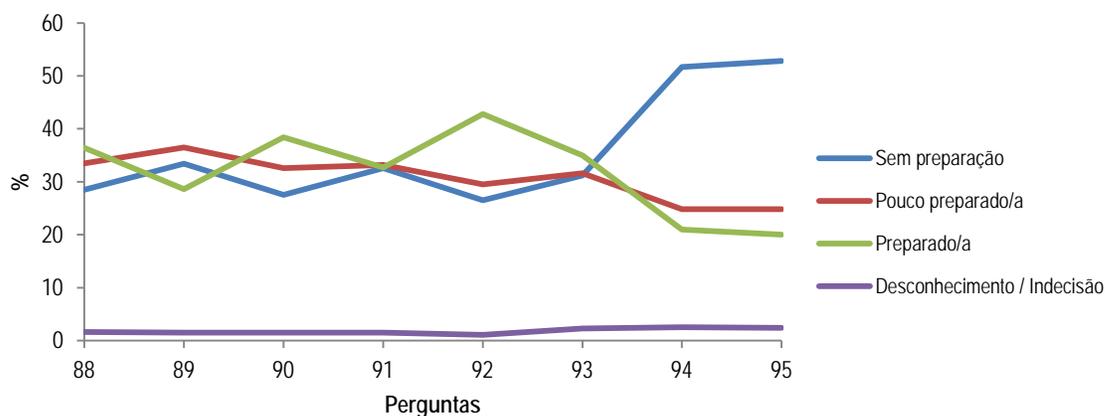


Figura 55. Percepções sobre a aquisição de competências em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Como síntese desta secção, pediu-se aos/às alunos/as que avaliassem as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação profissional futura, posicionando-se numa escala intervalar de 10 pontos (em que o valor 1 corresponde a “pouco confiante” e o valor 10 traduz “totalmente confiante”). Os resultados apresentam-se no gráfico da Figura 56. A moda e a mediana encontradas têm o valor 5, com a média de 4,78 e um desvio padrão de 1,993.

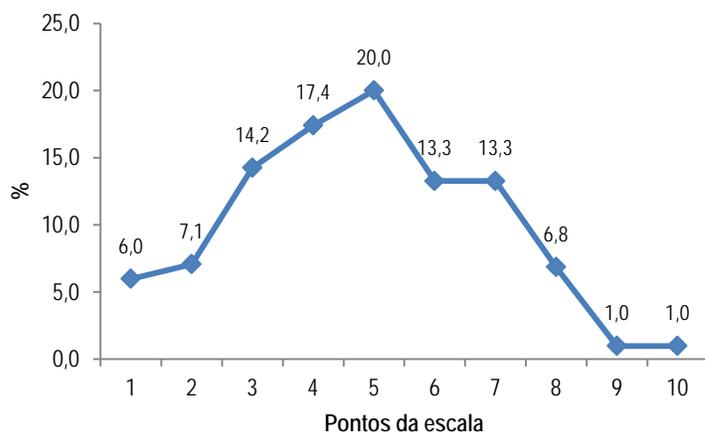


Figura 56. Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Licenciatura em Enfermagem. N = 920.

Foram pesquisadas associações entre as competências para intervir e outras variáveis, cujos resultados se apresentam no Quadro 46 e no Quadro 47.

Quadro 46. Associações entre variáveis das Dimensões IV, V, VI e VII para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Variáveis	Que idade tinha quando fumou pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Atitudes e percepções (global)	Percepções sobre a formação teórica recebida (global)	Percepções sobre a formação prática recebida (global)	Percepções sobre a aquisição de competências	Avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação futura	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares
<i>p-values</i>											
Competência para intervir nominal (>5; ≤ 5) <sup>a</sup>	0,267	0,075	0,563	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	NA	0,004***	0,068	0,604
Atitudes e percepções (global) <sup>b</sup>	0,553	0,154	0,126	NA	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***			
Percepções sobre a formação teórica recebida (global) <sup>b</sup>	0,023*	0,137	0,593		NA	<0,001***	<0,001***	<0,001***	0,269	0,737	0,872
Percepções sobre a formação prática recebida (global) <sup>b</sup>	0,116	0,038*	0,864			NA	<0,001***	<0,001***	0,155	0,394	0,201
Percepções sobre a aquisição de competências <sup>b</sup>	0,072	0,019*	0,437				NA	<0,001***	0,051	0,285	0,608
Avalie as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação futura <sup>b</sup>	0,170	0,127	0,775					NA	0,310	0,757	0,897

\*. Correlação significativa; \*\*. Correlação muito significativa; \*\*\*. Correlação altamente significativa; <sup>a</sup>. Mann-Whitney; <sup>b</sup>. Teste à correlação de Spearman.

Quadro 47. Associação entre a competência para intervir e outras variáveis para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Variáveis	Sexo	Alguma vez fumou?	Hábitos tabágicos (nunca fumou; experimentou; fuma regularmente)	Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente)
<i>Pearson Chi-Square</i> ( <i>p-values</i> )				
Competência para intervir nominal (> 5; ≤ 5)	0,095	0,115	0,735	0,699

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

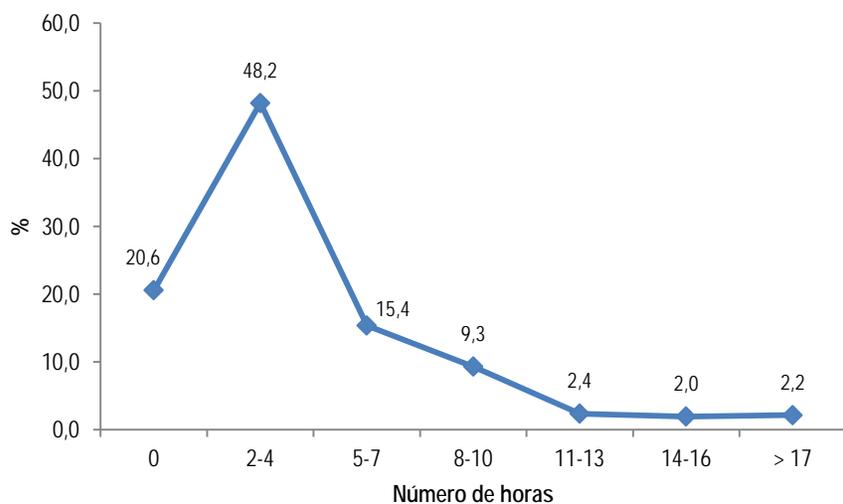
\*\*\*. Correlação altamente significativa.

Da leitura dos dois quadros anteriores, podemos perceber associações significativas entre a competência para intervir, as atitudes e perceções sobre aspetos do tabagismo e as perceções sobre a formação teórica e prática recebida durante a formação superior. A competência para intervir, nominal, parece não estar associada, de modo significativo, às variáveis consideradas (Quadro 47).

### Dimensão VIII – Perceções sobre os métodos pedagógicos

Os resultados que se seguem dizem respeito às perceções relativamente aos métodos pedagógicos utilizados na formação, reunindo sugestões e comentários.

O gráfico da Figura 57 representa o número de horas que foram utilizadas, durante a formação académica, para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo. O valor da média determinado é 2,39 h, e o valor modal e da mediana é de 2 h, com um desvio padrão de 1,285 h.



*Figura 57.* Número de horas, estimado, utilizado na formação académica para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo para o curso de Licenciatura em Enfermagem. N = 920.

De seguida, procurou-se encontrar associações entre o número de horas utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo e as perceções sobre a formação teórica e prática recebida e sobre a aquisição de competências (Quadro 48).

Quadro 48. Associação entre o número de horas dedicadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, as atitudes e perceções sobre aspetos do tabagismo, a formação recebida e a aquisição de competências para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

Variáveis	Avaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação profissional futura	Atitudes e perceções (global)	Perceções sobre a formação teórica recebida (global)	Perceções sobre a formação prática recebida	Perceções sobre a aquisição de competências
Teste <i>Spearman's rho</i> ( <i>p-values</i> )					
Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?	<0,001***	0,013**	<0,001***	<0,001***	<0,001***

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

Pela análise dos resultados, verificamos que existe associação altamente significativa entre o número de horas de formação, a perceção sobre a formação teórico-prática recebida e a autoavaliação que se faz das competências pessoais para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação profissional futura e muito significativa com as atitudes e perceções, de modo global.

A temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada ao longo de todo o percurso da formação académica (Figura 58), com particular destaque no 2.º ano do curso (38,3%).

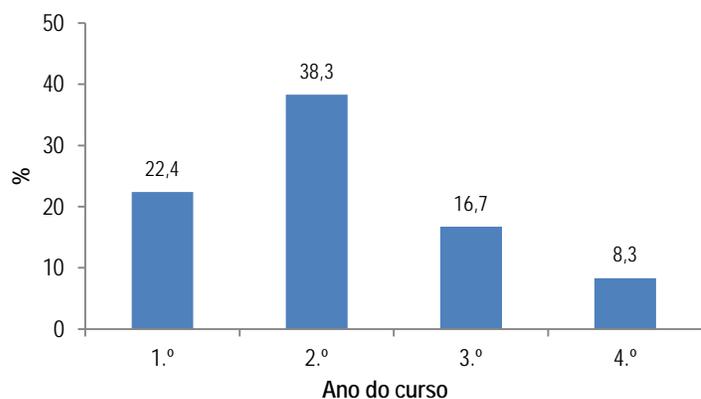


Figura 58. Anos do curso em que a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada para o curso de Licenciatura em Enfermagem.  
N = 1090.

Os/as alunos/as consideram que alguns temas sobre o tabagismo deveriam ser trabalhados com mais tempo ou de outro modo na sua formação académica, conforme se revela no gráfico da Figura 59.

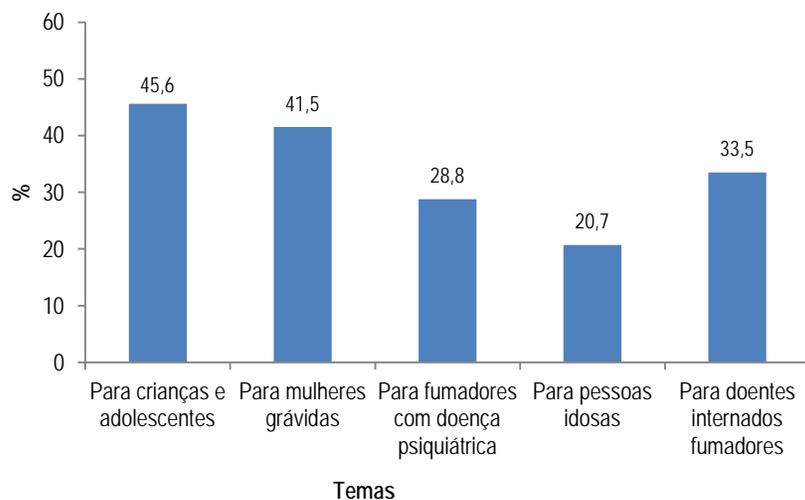


Figura 59. Temas que deveriam ser trabalhados durante a formação académica com mais tempo ou de outro modo para o curso de Licenciatura em Enfermagem.  
N = 1089.

Foram, ainda, indicados outros grupos de fumadores sobre os quais se considera necessário trabalhar mais tempo ou de outro modo na formação académica, que vêm a ser: doentes pulmonares ( $n = 3$ ); adultos fumadores ( $n = 2$ ); estudantes de saúde ( $n = 2$ ); toxicodependentes ( $n = 1$ ); adultos com crianças ( $n = 1$ ); e presidiários ( $n = 1$ ).

As técnicas que terão sido utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo indicam-se no gráfico da Figura 60.

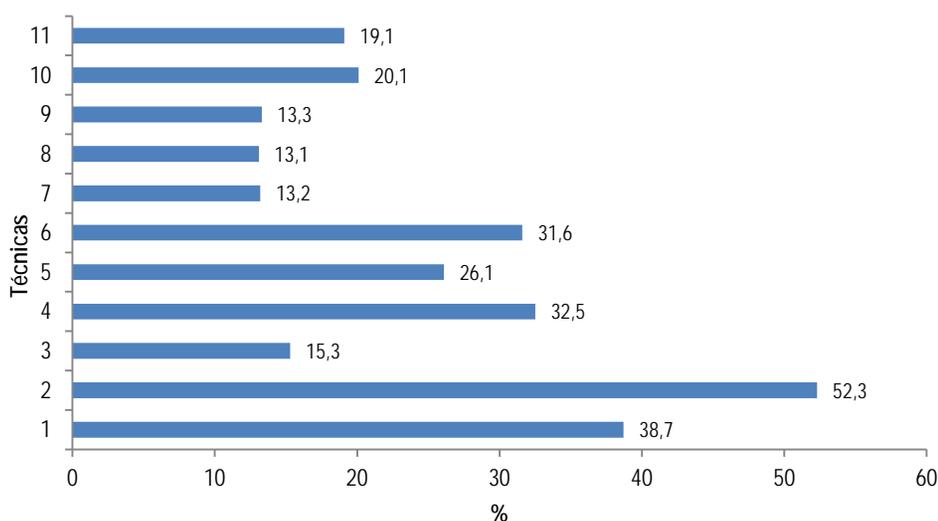


Figura 60. Técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo para o curso de Licenciatura em Enfermagem.

$N = 917$ . 1 – Palestras; 2 – Discussões em pequenos grupos; 3 – Técnicas de prescrição farmacológica; 4 – Exercícios para o desenvolvimento de competências de comunicação relacionadas com o tratamento do tabagismo como parte de uma entrevista a um paciente; 5 – Observação da prática de aconselhamento realizada pelo supervisor clínico; 6 – Experiências clínicas na prevenção e no tratamento de fumadores; 7 – Curso na área comportamental; 8 – Programa específico para o desenvolvimento de competências para esta área; 9 – Um método sistemático para formação de supervisores, que os incentiva para a modelação, observação e o ensino dos 5As durante as práticas clínicas; 10 – Sessões de *role-play*; 11 – Sessões estruturadas interativas, de reforço, realizadas em paralelo às práticas clínicas.

Foram indicadas outras técnicas utilizadas durante a formação: debate ( $n = 3$ ); educação para a saúde ( $n = 8$ ); aulas teóricas ( $n = 20$ ); aulas práticas ( $n = 4$ ); trabalhos de grupo ( $n = 11$ ); conteúdos audiovisuais ( $n = 10$ ); intervenção na comunidade ( $n = 9$ ).

Quando questionados/as acerca de alterações a introduzir na abordagem aos temas sobre o tabagismo, em particular o aumento do tempo e a mudança de metodologias de ensino, apuraram-se os seguintes resultados (Figura 61):

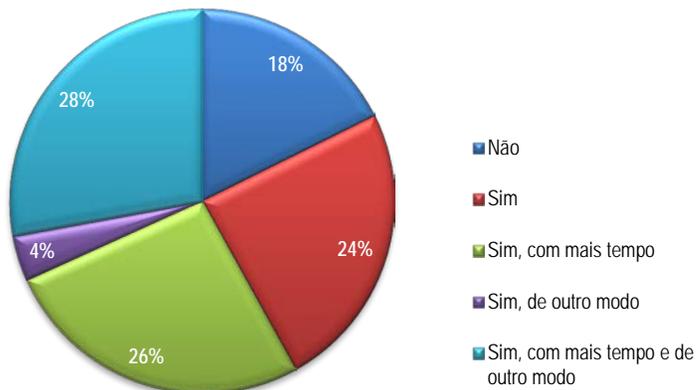


Figura 61. Aumento da carga horária e do modo de ensino dos temas relacionados com o tabagismo para o curso de Licenciatura em Enfermagem.  
N = 911.

Os/as alunos/as indicaram, ainda, os seguintes temas / metodologias /tempo que consideram mais adequados para a abordagem do tabagismo durante a formação académica: formas de intervenção ( $n = 114$ ); tratamento e cessação dos hábitos tabágicos ( $n = 123$ ); método expositivo e interativo ( $n = 8$ ); abordagem a grupos específicos ( $n = 39$ ); mais tempo ( $n = 39$ ).

Cerca de 79,4 % dos/as inquiridos/as declaram que não tinham participado em projetos no domínio da prevenção e do tratamento do tabagismo (N = 909). Foram indicados alguns projetos em que participaram os/as alunos/as: educação para a saúde ( $n = 32$ ); Dia Nacional de Não-Fumador ( $n = 4$ ); Intervenções ( $n = 42$ ); Consultas de Cessação Tabágica ( $n = 21$ ); outros projetos ( $n = 5$ ).

Por fim, os/as alunos/as foram convidados a indicar áreas / temáticas / atividades que se considerassem pertinentes serem incluídas na matriz curricular do curso para apoiar os esforços na redução do tabagismo entre os pacientes na comunidade. A análise de conteúdo levou à construção

das seguintes categorias: cessação tabágica ( $n = 77$ ); motivação ( $n = 34$ ); prevenção ( $n = 21$ ); intervenção ( $n = 45$ ).

### 5.3. MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

O Mestrado Integrado em Medicina tem a duração de 6 anos letivos. No processo de inquérito, em 8 estabelecimentos de ensino superior, com 1865 alunos, obtivemos 452 respostas validadas, traduzindo uma taxa de resposta de 24,2%. Para o nível de confiança considerado de 95% o erro amostral é de 4,01%.

A informação recolhida e analisada permitiu tomar decisões acerca da consistência interna de cada item e das dimensões do questionário. A consistência interna foi calculada através do parâmetro *Alfa de Cronbach* ( $\alpha$ ). Os resultados da fiabilidade interna resumem-se no Quadro 49. Os dados revelam que todos os grupos de perguntas com itens de resposta em escala ordinal apresentam confiabilidade entre baixa a elevada (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 49. Fiabilidade interna dos itens com escala ordinal para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

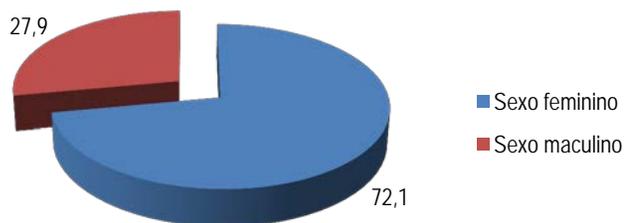
Grupo de perguntas	N.º de itens	$\alpha$
IV	28	0,740
V	34	0,973
VI	7	0,938
VII	9	0,944

De seguida, apresentam-se os resultados da análise estatística descritiva dos vários grupos de perguntas.

## Dimensão I – Informação sociodemográfica

### *Variável “sexo”*

Os dados relativos à variável “sexo” apresentam-se no gráfico da Figura 62. Cerca de 72% dos respondentes são do sexo feminino.



*Figura 62.* Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “Sexo” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.  
N = 452.

### *Variável “estado civil”*

Relativamente ao estado civil, cerca de 93% dos/as inquiridos/as declarou-se solteiro/a (Figura 63).

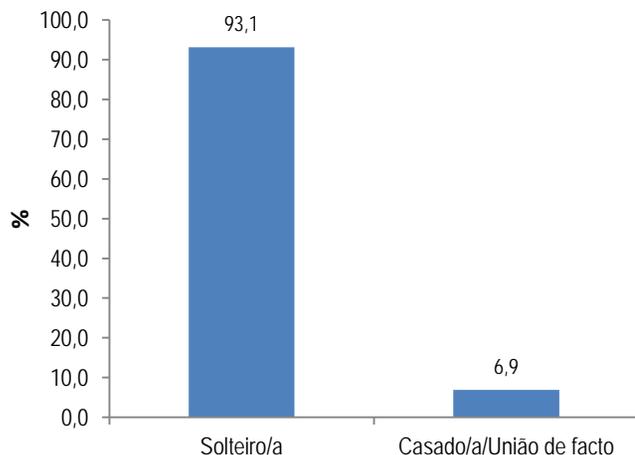


Figura 63. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Estado civil" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.  
N = 452.

#### Variável "idade"

No que diz respeito à idade dos/as alunos/as (Figura 64), foi calculada a média de 25,25 anos, a mediana de 24,00, com um desvio padrão de 3,949 anos. O valor mais frequente é de 23 anos de idade.

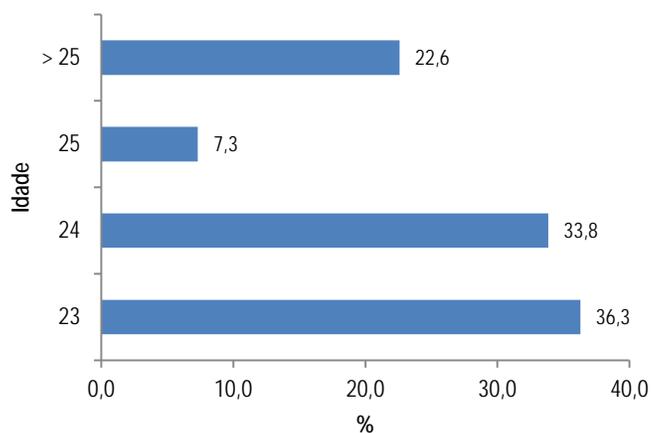


Figura 64. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Idade" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.  
N = 452.

### Variável "idade com que iniciou os estudos universitários"

A maior parte dos/as alunos/as iniciou os seus estudos universitários (Figura 65) com 18 anos de idade (cerca de 70%), seguida da classe dos 17 anos de idade. Para esta variável encontrou-se a média de 18,18 e a mediana de 18,00, com desvio padrão de 1,631 anos. O valor mais frequente é 18 anos de idade.

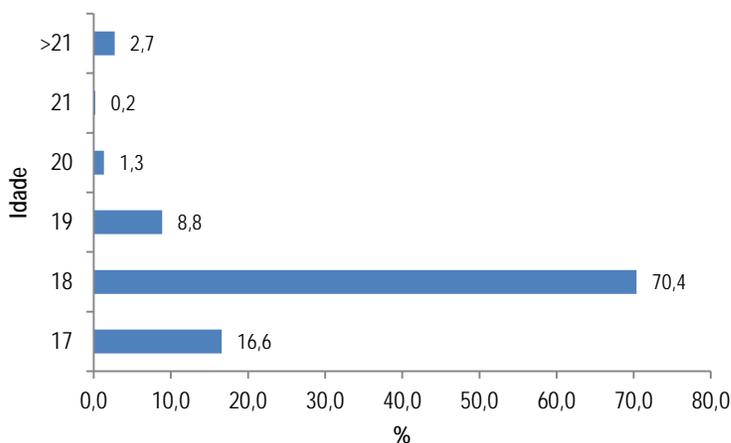


Figura 65. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Idade com que iniciou os estudos universitários" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. N = 452.

### Dimensão II – Prevalência do consumo de produtos do tabaco

A maioria dos/as inquiridos/as (52,7%) declara que já fumou ou consumiu produtos de tabaco, como cigarros, cigarrilhas ou outros produtos (Figura 66). Esta experimentação parece ter maior expressão no sexo masculino (61,9%) (Quadro 50).



Figura 66. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Alguna vez fumou ou consumiu produtos do tabaco" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. N = 423.

Quadro 50. Experimentação de produtos de tabaco em relação ao sexo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco?)			Pearson Chi-Square
	Sim	Não	p-value
Sexo	N (%)	N (%)	
Feminino	145 (48,8)	152 (51,2)	0,009*
Masculino	78 (61,9)	48 (38,1)	

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

A idade de experimentação de produtos do tabaco, de acordo com a informação recolhida, ocorre entre os 5 [sic] e os 26 anos (Figura 67). A maior parte dos/as alunos/as declarou ter experimentado fumar ou consumir produtos do tabaco com 16 anos de idade (21,27%), seguido da classe dos 18 anos de idade (15,38%). A média calculada de idades é de 16,41 anos e a mediana de 16,00, com um desvio padrão de 3,021 anos. A idade mais comum de experimentação é aos 16 anos.

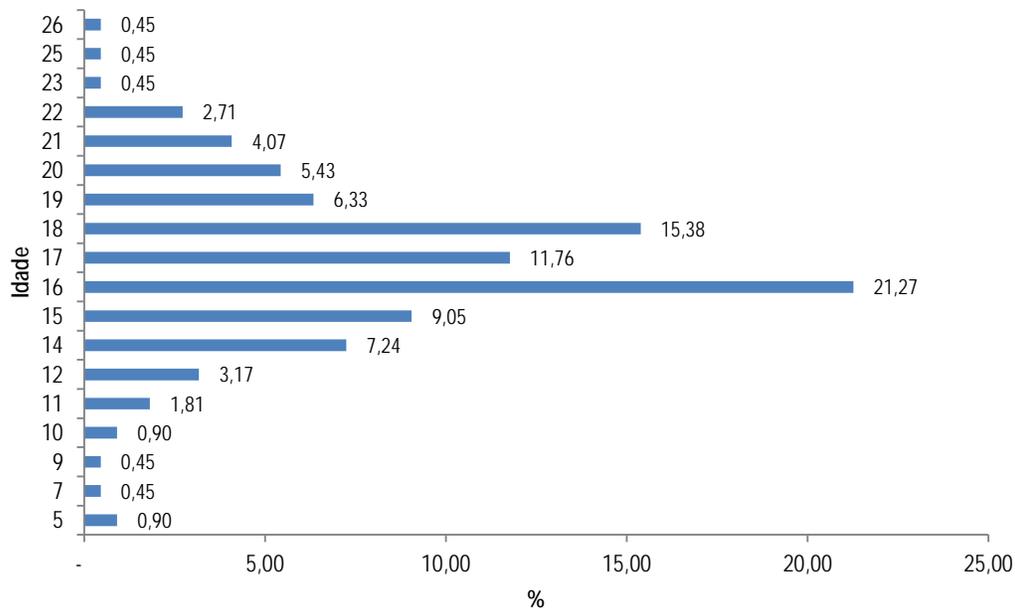


Figura 67. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "que idade tinha quando fumou ou consumiu tabaco pela primeira vez" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. N = 221.

Cerca de 71,8% dos/as inquiridos/as declararam apenas terem experimentado produtos do tabaco, não sendo consumidores/as. Cerca de 28% é consumidor/a regular (Figura 68). Entre os/as consumidores/as, a maior parte (24,2%) começou a fumar regularmente com 18 anos de idade, seguido da classe com 17 anos (21,00%). A média calculada de idades é de 18,87 anos e a mediana de 18,00, com um desvio padrão de 2,614 anos. A idade mais comum de início do consumo regular de tabaco é aos 18 anos.

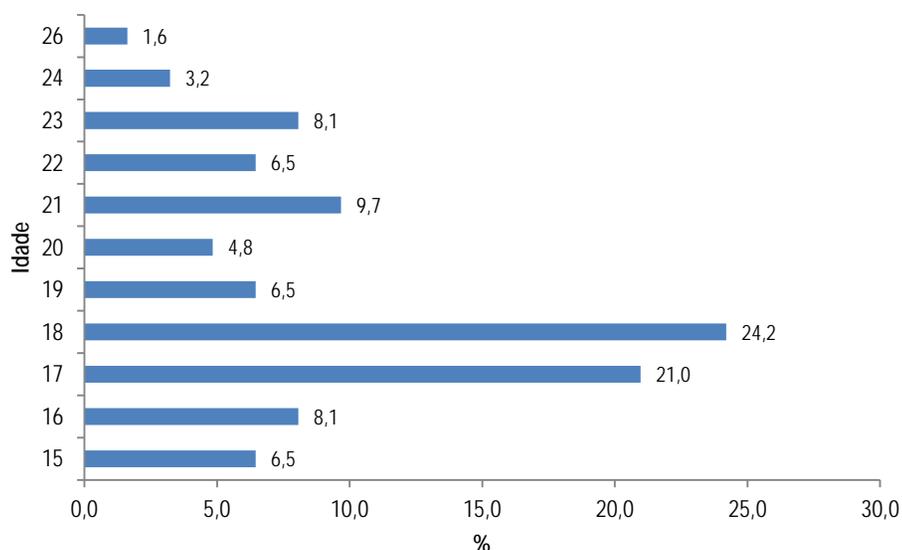


Figura 68. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "com que idade iniciou o consumo regular de tabaco" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. N = 62.

No gráfico da Figura 69, relacionam-se os dados relativos à percentagem de fumadores e de não fumadores com o sexo. Percebe-se uma prevalência do consumo maior no sexo masculino, de 17,1%, com diferença significativa relativamente ao sexo feminino.

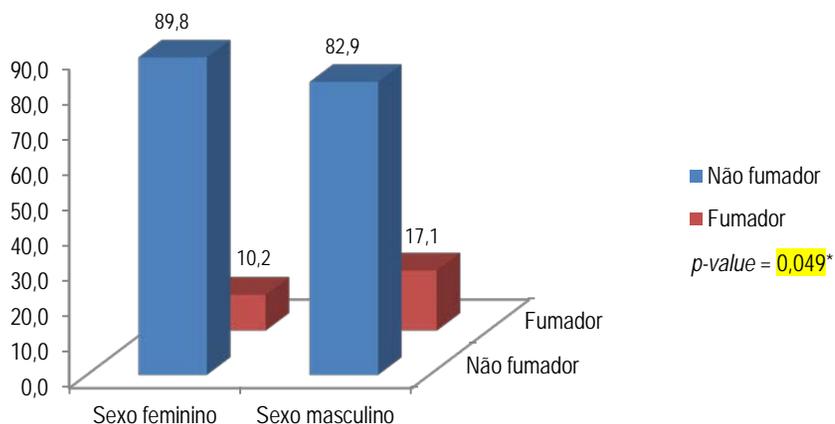


Figura 69. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) dos fumadores e não fumadores em função do sexo.

Entre os/as consumidores/as regulares de tabaco, 69,4% declara que já tentou deixar de fumar, sendo que a maior parte o fez, *ex aequo*, uma e duas vezes (35,7%), seguido pelo grupo que tentou três vezes (14,3%). Nesta pergunta foram declaradas tentativas de deixar de fumar entre uma vez e 10 vezes, com o valor de mediana de duas tentativas e o desvio padrão de 1,686.

Os motivos que conduziram estes/as alunos/as ao início do consumo de tabaco apresentam-se no Quadro 51 e parecem claramente apontar a influência dos amigos e/ou colegas (72,1%) e o gosto e aroma do tabaco (52,5%). A estética das embalagens (100,0%), a influência dos familiares (90,2%) e a facilidade em arranjar tabaco (85,2%) foram os motivos mais afastados justificativos para o seu comportamento.

Quadro 51. Motivos para se ter começado a fumar para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. N = 61.

Motivos	Sim (%)	Não (%)
Porque os meus familiares fumavam.	9,8	90,2
Porque os meus amigos e/ou colegas fumavam.	72,1	27,9
Porque gostei do sabor e/ou do cheiro do tabaco.	52,5	47,5
Porque era fácil arranjar tabaco.	14,8	85,2
Porque as embalagens me atraíam.	0,0	100,0
Não me recordo.	0,0	100,0
Por outras razões.	27,9	72,1

Entre as outras razões apontadas, indicam-se as seguintes categorias: ansiedade ( $n = 3$ ); ferramenta para gerir o stresse ( $n = 4$ ); contexto social ( $n = 1$ ); oportunidade de introspeção e de reflexão ( $n = 1$ ); prazer ( $n = 2$ ); curiosidade ( $n = 1$ ); vontade ( $n = 2$ ); substituto da comida ( $n = 2$ ).

Entre os/as estudantes que começam a consumir regularmente tabaco (N = 62), 41,0% fuma diariamente, pelo menos uma vez por dia; 44,3% fá-lo menos de uma vez por dia e 14,8% acabou por abandonar essa prática (Figura 70).

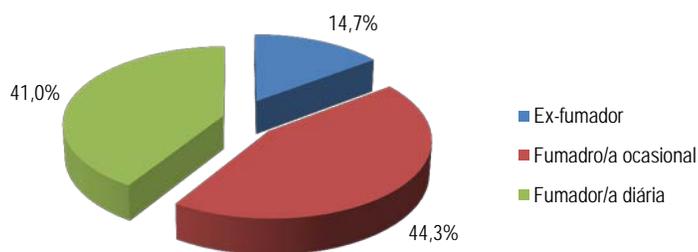


Figura 70. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Fumador diário/fumador ocasional/ex-fumador" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. N = 61.

No Quadro 52 apresentam-se os resultados relativamente ao tipo de consumo relacionado com o sexo.

Quadro 52. Tipo de consumo de tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Atualmente (últimos 30 dias) como classifica o seu consumo de tabaco?				Pearson Chi-Square
	Já fumei, mas atualmente não fumo	Fumo ocasionalmente	Fumo diariamente	p-value
Sexo	N (%)	N (%)	N (%)	
Feminino	4 (11,4)	15 (42,9)	16 (45,7)	0,577
Masculino	5 (19,2)	12 (46,2)	9 (34,6)	

\*. Correlação significativa.

\*\*.. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

No Quadro 53 revela-se o padrão de consumo declarado, nos últimos 30 dias, relativamente a alguns dos produtos de tabaco.

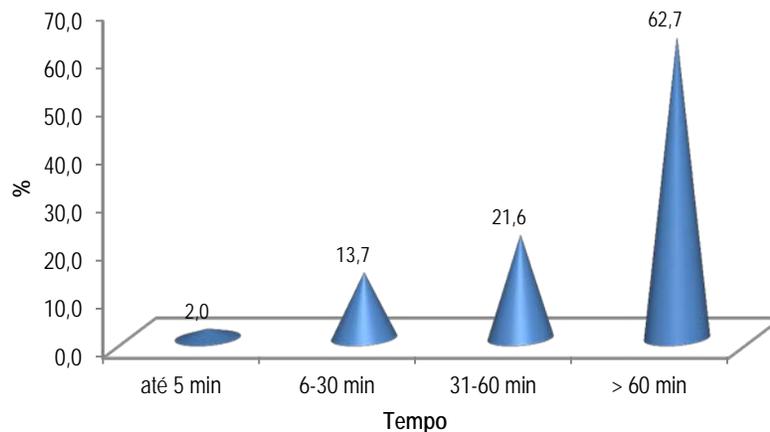
Quadro 53. Comportamento tabágico, nos últimos 30 dias, relativo a alguns produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.  
N = 52.

Produtos do tabaco	Consumo diário (%)	Consumo ocasional (%)	Experimentação (%)	Não consumo (%)	Interquartil range
Cigarros	15,5	38,5	46,2	0,0	1
Cigarrilhas	3,9	0,0	3,8	92,3	0
Charutos	3,9	0,0	3,8	92,3	0
Tabaco de enrolar	9,6	19,2	0,0	71,2	2
Cachimbo	0,0	0,0	1,9	98,1	0
Cachimbo de água ( <i>sicha</i> )	3,9	0,0	3,8	92,3	0
Tabaco de mascar	0,0	0,0	0,0	100,0	0
Rapé	0,0	0,0	0,0	100,0	0
Cigarro eletrónico	3,8	1,9	3,8	90,4	0
Cigarro sem queima ( <i>Heat not-burn</i> )	0,0	0,0	0,0	100,0	0

Foram ainda indicados “*snooze*” (aleadamente seria o *snus*, um tipo de tabaco húmido em pó) e o tabaco de tubo como produtos consumidos.

A informação do Quadro 53 revela que o 15,4% dos/as inquiridos/as declara ter consumido diariamente cigarros nos últimos 30 dias, enquanto 38,5% só o fez de modo ocasional e 46,2% terá experimentado. O tabaco de enrolar será consumido ocasionalmente por 19,2% dos/as respondentes. Os outros produtos de tabaco não apresentam expressão relativamente ao consumo (diário ou ocasional). Foi declarado que não existiu experimentação nem outro tipo de consumo de cigarros sem queima, tabaco de mascar e rapé.

O gráfico da Figura 71 revela o tempo em que, depois de acordar, se fuma o primeiro cigarro. A maioria (62,7%) declara que o faz após 1 h de acordar e 21,6% entre a meia hora e os primeiros 60 minutos. Apenas 2,0% o faz nos primeiros 5 minutos após acordar (DP = 0,808).



*Figura 71.* Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Quanto tempo, depois de acordar, fuma o seu primeiro cigarro" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. N = 51.

No gráfico da Figura 72 verifica-se que a maioria dos/as fumadores/as consome até 10 cigarros por dia, situando-se em 23,5% o valor dos/as que fumam entre 11 e 20 cigarros (DP = 0,428).

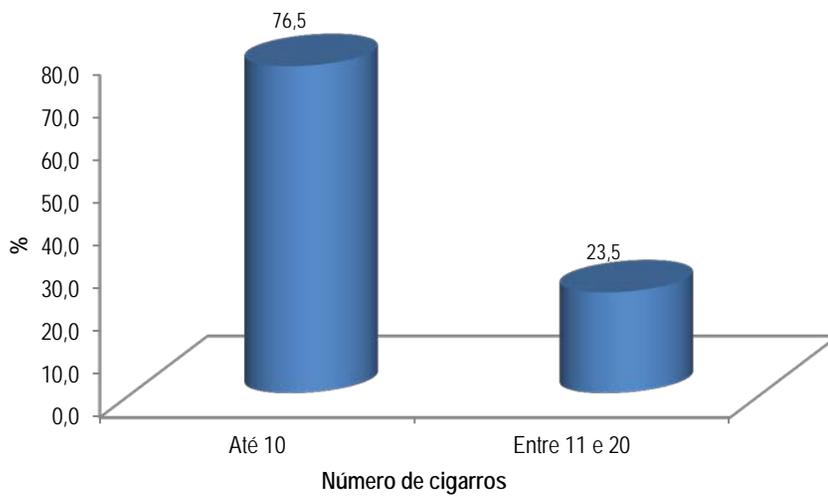


Figura 72. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Quantos cigarros fuma por dia" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. N = 51.

O gráfico da Figura 73 dá conta que 37,3% dos/as consumidores/as de tabaco não está a pensar em deixar de fumar e que 25,5% pretende fazê-lo nos próximos 30 dias.

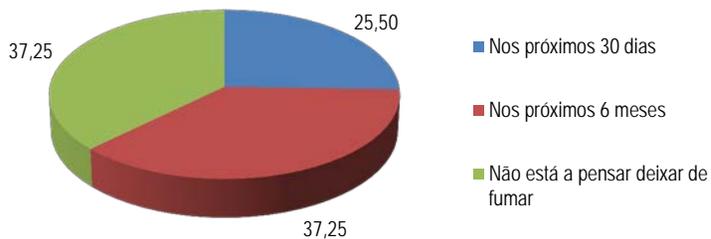


Figura 73. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Está a pensar em deixar de fumar" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. N = 51.

Entre os/as ex-fumadores/as procurou-se apurar há quanto tempo tinham deixado de fumar. Os dados revelam que 78,7% fê-lo há mais de um ano e 21,3% há menos de um ano. O valor da média é 6,05 anos, com a mediana em 5 anos (N = 111, DP = 4,861).

Neste estudo pretendemos perceber que tipo de produtos do tabaco eram consumidos antes dos/as estudantes os terem consumido pela última vez. Verificámos, pela informação da Figura 74, que a maior parte (35,0%) consumia cigarros. O tabaco de mascar e o rapé não receberam qualquer escolha.

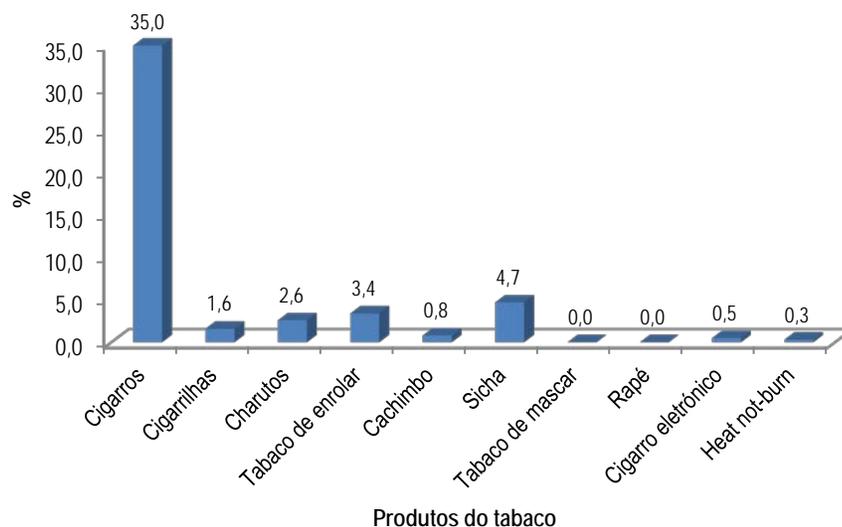


Figura 74. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Tipo de produtos do tabaco consumidos antes de os ter consumido pela última vez" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. N = 386-387.

Os/as ex-fumadores/as revelam, também, os motivos que os/as levaram a deixar de fumar (Figura 75), percebendo-se que o fizeram particularmente por preocupações sobre os riscos para a sua saúde (26,7%) e para dar exemplo, enquanto futuros/as profissionais de saúde (6,3%). O preço do tabaco e o efeito do FAT nos demais também foram apontados como fatores motivadores para a cessação tabágica.

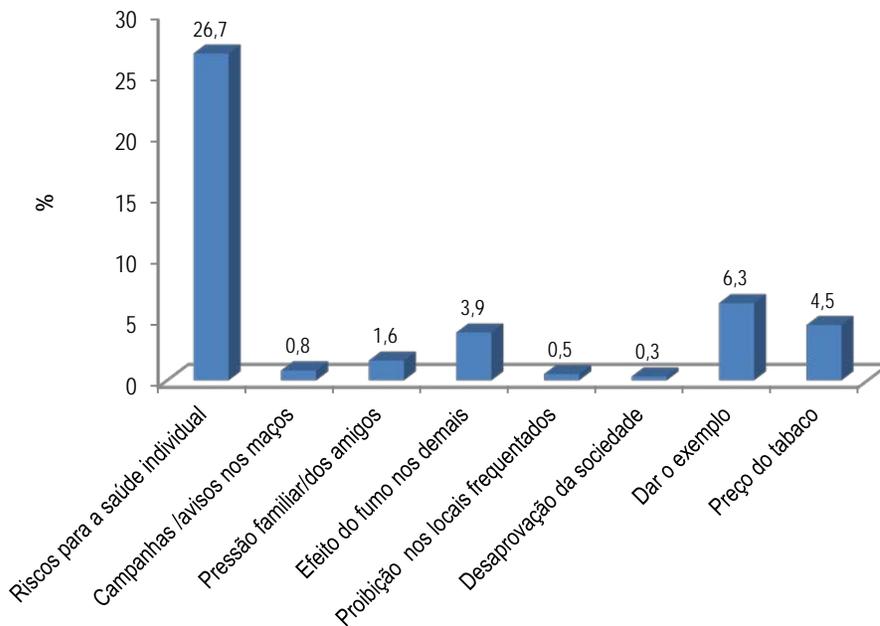


Figura 75. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Quais foram os motivos que o levaram a deixar de fumar" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. N = 382.

A análise de conteúdo permitiu, ainda, identificar duas categorias apontadas para a cessação: experimentação e não gostar do cheiro e deixar de ser dependente.

Por fim, neste grupo, inquiriu-se os/as alunos/as acerca do(s) método(s) usado(s) para deixar de fumar na última tentativa. Os resultados apresentam-se no gráfico da Figura 76. Cerca de 30% considera que não usou método algum, socorrendo-se apenas da sua "força de vontade". Nenhum outro método referido recebeu uma escolha que fosse expressiva.

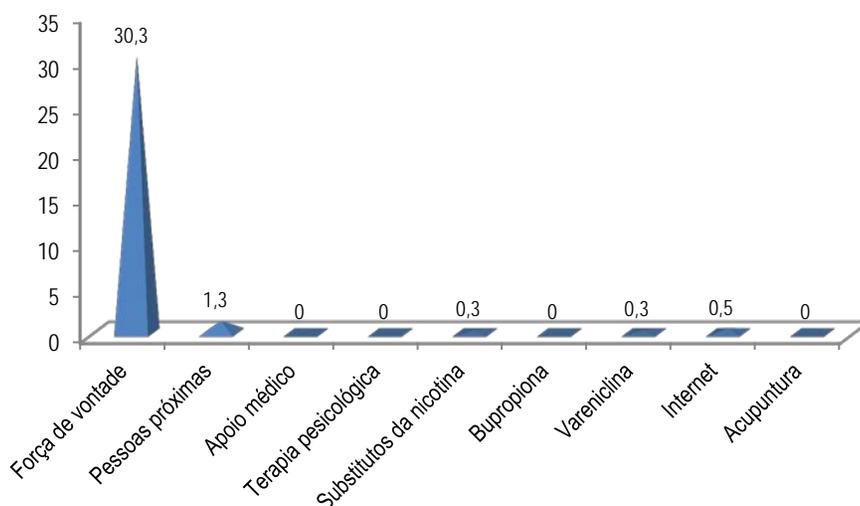


Figura 76. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Método usado para deixar de fumar" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. N = 379.

Foram, ainda, apontados outros métodos, que a análise de conteúdo categorizou: "desporto"; "pastilhas elásticas nos *craving* mais fortes"

### Dimensão III – Exposição ao fumo ambiental do tabaco

Entre os/as inquiridos/as, 73,3% declarou não estar exposto/a ao FAT no local onde residiu na última semana antes de ser questionado. Cerca de 10% disse que está exposto/a diariamente e 10,0% teve pessoas a fumar na sua residência 1 a 2 dias (Figura 77).

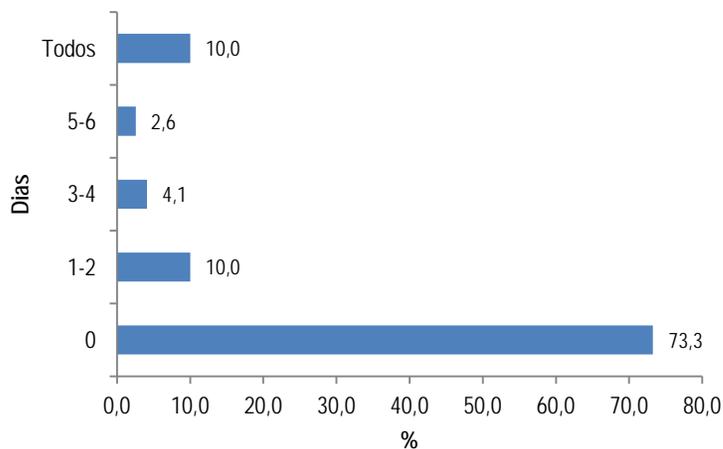


Figura 77. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco na residência" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. N = 389.

A exposição ao FAT em outros locais, sem ser onde se reside, parece ser intensa. Cerca de 16% considera que esteve exposto/a todos os dias da semana transata ao inquérito; 38,2% considera que esteve exposto/a a 1-2 dias da semana. Segue-se o grupo que teve na sua presença pessoas a fumar em 3 a 4 dias (17,0%) e 5 a 6 dias (6,9%) (Figura 78).

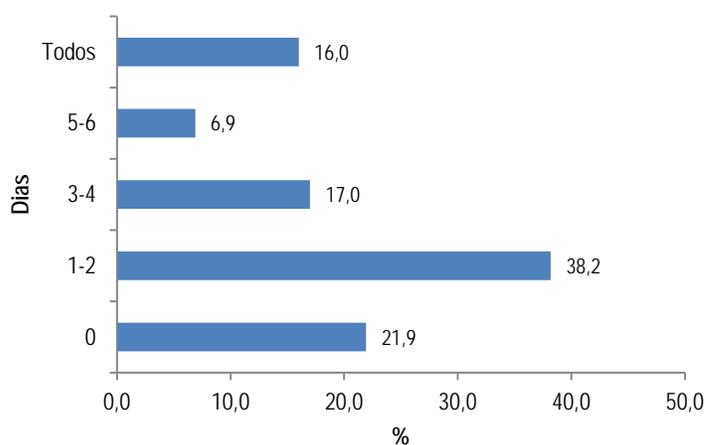


Figura 78. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco fora da residência" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. N = 406.

A leitura da Figura 79 deixa perceber que 87,2% considera que a proibição regulamentar de fumar nos edifícios escolares é aplicada. Ainda assim, cerca de 8% dos inquiridos/as discorda desta posição, considerando que não é aplicada a regulamentação.

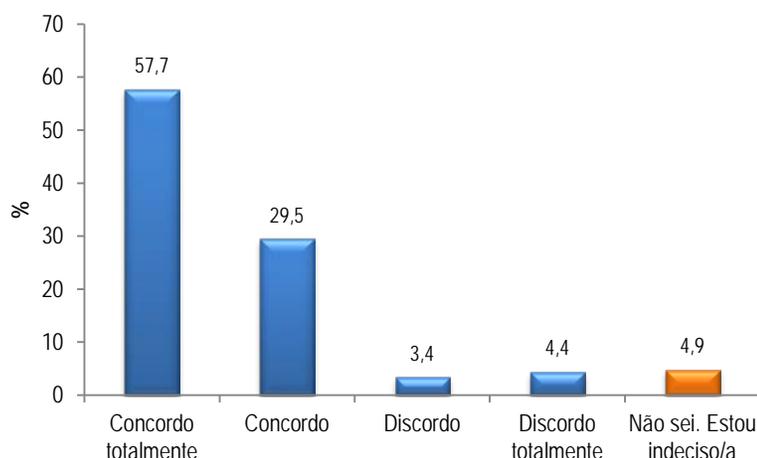


Figura 79. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Cumprimento da proibição de fumar nos edifícios escolares" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. N = 407.

Categorizaram-se alguns dos critérios apontados para a expressão da posição relativamente ao cumprimento da proibição de fumar no interior dos edifícios escolar: presença de sinalética ( $n = 4$ ); os que querem fumar deslocam-se à rua, à janela ou à varanda ( $n = 3$ ); o FAT é prejudicial à saúde ( $n = 14$ ); existem locais próprios para fumar ( $n = 4$ ) e, por isso, não se fuma no interior dos edifícios ( $n = 36$ ). Outros/as, porém, discordam, afirmando que se fuma em WC ( $n = 4$ ) e em algumas salas de reuniões ( $n = 3$ ). Alega-se, ainda, que existe proibição mas não há controlo.

Os resultados obtidos para os locais onde se desenvolvem as práticas clínicas diferem um pouco dos encontrados para os edifícios escolares. Cerca de 73% concorda que é cumprido o regulamento destes espaços, com 24,3% a discordar desta posição (Figura 80).

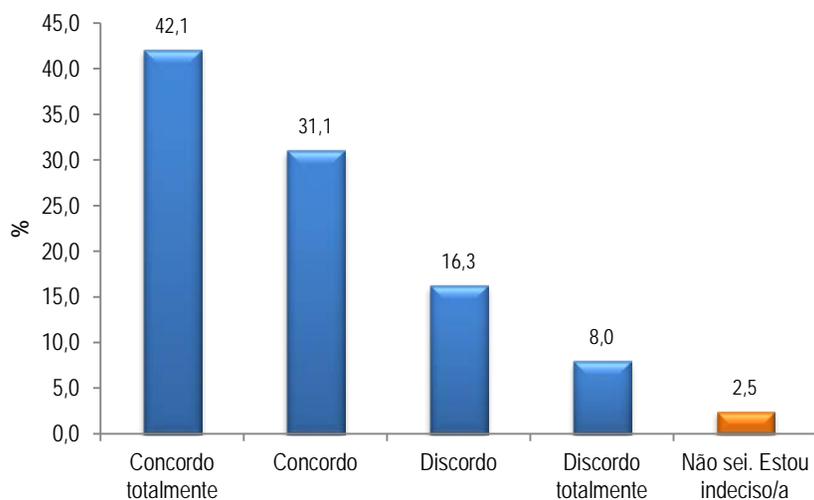


Figura 80. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "cumprimento da proibição de fumar nos locais de práticas clínicas" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina. N = 399.

Foram apontados alguns critérios para a tomada de decisão nesta anterior questão. Ao nível da concordância, a presença de sinalética; a existência de locais próprios para se fumar; e o facto de que quando se fuma no interior há funcionários que interferem no ato. Refere-se que se fuma à entrada ( $n = 23$ ) e que é cumprida a regulamentação ( $n = 26$ ). Considera-se que não se fuma para dar o exemplo ( $n = 3$ ), e que fazê-lo é prejudicial à saúde ( $n = 9$ ). Parece existir locais próprios para se fumar ( $n = 2$ ), mas por vezes fuma-se no interior dos espaços clínicos ( $n = 18$ ), em particular nas escadas ( $n = 15$ ), nos gabinetes ( $n = 7$ ), nos WC ( $n = 9$ ), copas, bares e nas alas psiquiátricas ( $n = 12$ ).

Numa análise mais pormenorizada, procuram-se relações entre as variáveis, testando a heterogeneidade de duas amostras ordinais. Os resultados apresentam-se no Quadro 54, no Quadro 55 e no Quadro 56.

Quadro 54. Associações entre variáveis das Dimensões I-III para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Variáveis	Que idade tinha quando fumou pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares	
<i>p-values</i>							
Sexo	0,449	0,780	0,418	0,082	0,055	0,628	Mann-Whitney
Alguma vez fumou?	NA	NA	NA	<0,001***	<0,001***	0,869	
Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente).	0,004**	0,454	0,197	0,116	0,012*	0,248	Kruskal-Wallis

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

A leitura do Quadro anterior permite perceber correlações significativas entre o facto de se ter fumado alguma vez e a exposição ao FAT em casa e fora dela, assim como os hábitos tabágicos (detalhados), a idade em que experimentou pela primeira vez fumar e a exposição ao FAT fora do local onde se reside.

Quadro 55. Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Variáveis	Alguma vez fumou?	Hábitos tabágicos (Nunca fumou; experimentou; fuma diariamente)	Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma diariamente)
<i>Pearson Chi-Square (p-values)</i>			
Sexo	0,001***	0,002**	0,019*
Alguma vez fumou?	NA	<0,001***	<0,001***
Hábitos tabágicos (Nunca fumou; experimentou; fuma diariamente).		NA	<0,001***

\*. Correlação significativa; \*\*. Correlação muito significativa; \*\*\*. Correlação altamente significativa.

No domínio da análise apresentada no Quadro 55, foram identificadas correlações significativas e muito significativas entre todas as variáveis em análise, em particular.

Quadro 56. Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Variáveis	Que idade tinha quando fumou ou consumiu pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares
Teste à correlação de Spearman (p-values)						
Que idade tinha quando fumou ou consumiu pela primeira vez?	NA	<0,001***	0,714	0,015***	0,036***	0,302
Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?		NA	0,942	0,305	0,865	0,584
Quantas vezes tentou deixar de fumar ou consumir tabaco?			NA	0,615	0,530	0,698
Exposição ao FAT em casa				NA	<0,001***	0,229
Exposição ao FAT fora de casa					NA	0,157

\*. Correlação significativa.

\*\* . Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

No que diz respeito a outras associações, os dados do Quadro 56 dão conta de significâncias entre a idade com que se consumiu pela primeira vez tabaco o consumo regular deste produto, bem como a exposição ao FAT em ambiente onde se reside e fora dele. Por fim, detetou-se uma associação significativa entre a exposição ao FAT em casa e em ambientes exteriores.

## Dimensão IV – Atitudes e perceções

Os resultados que se seguem (Quadro 57) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 28 afirmações relacionadas com atitudes e perceções relativamente ao consumo de tabaco. A fiabilidade dos itens é baixa, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,740 (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 57. Atitudes e perceções relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Perguntas	DT (1) (%)	D (2) (%)	C (3) (%)	CT (4) (%)	NS IND (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
19. O consumo de tabaco deveria ser proibido a pessoas com menos de 18 anos de idade.	0,8	7,6	23,3	67,0	1,3	382	4	4	1
20. Os profissionais de saúde deveriam ter formação específica em técnicas de aconselhamento e tratamento da cessação tabágica.	0,3	1,0	30,4	67,3	1,0	382	4	4	1
21. Os profissionais de saúde deveriam ser "modelos para os seus pacientes e para o público relativamente ao uso do tabaco.	4,5	22,0	37,7	33,0	2,8	382	3	3	2
22. Os profissionais de saúde deveriam, por norma, perguntar aos seus pacientes os seus hábitos tabágicos.	0,5	1,0	19,4	78,8	0,3	382	4	4	0
23. Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, os seus pacientes a deixar de fumar.	0,0	1,3	19,4	78,8	0,5	382	4	4	0
24. Os profissionais de saúde deveriam trabalhar com grupos da comunidade sobre a prevenção do tabagismo.	0,3	4,2	44,5	45,5	5,5	382	3	4	1
25. Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica.	0,3	0,5	22,5	76,7	0,0	382	4	4	0
26. As probabilidades dos pacientes deixarem de fumar com sucesso aumentam se os profissionais de saúde os aconselharem a deixar de fumar.	0,5	11,8	47,6	31,4	8,6	382	3	3	1

Quadro 57 (Continuação). Atitudes e percepções relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Perguntas	DT (1) (%)	D (2) (%)	C (3) (%)	CT (4) (%)	NS IND (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
27. É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fumar.	11,3	34,4	32,0	11,8	10,5	381	2	2	1
28. Todos os estabelecimentos de ensino superior deveriam ter consultas de cessação tabágica acessíveis aos alunos para aconselhamento, tratamento e acompanhamento.	2,4	11,0	42,0	39,1	5,5	381	3	3	1
29. A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para a saúde individual.	0,3	0,5	17,8	81,4	0,0	382	4	4	0
30. A morte neonatal está associada à exposição ao fumo ambiental do tabaco.	0,8	5,8	39,8	40,3	13,4	382	3	4	1
31. O tabagismo materno durante a gravidez aumenta o risco de Síndrome de Morte Súbita do lactente.	0,3	2,4	33,8	51,0	12,6	382	4	4	1
32. A exposição ao fumo ambiental do tabaco aumenta o risco de doença pulmonar em adultos não fumadores.	0,0	0,8	25,2	73,5	0,5	381	4	4	1
33. A exposição ao fumo ambiental do tabaco não aumenta o risco de doença cardiovascular em adultos não fumadores.	51,2	28,3	8,4	7,9	4,2	381	1	1	1
34. O tabagismo dos progenitores aumenta o risco de doenças do trato respiratório inferior, em crianças expostas, como a pneumonia.	0,3	2,6	38,0	54,2	5,0	382	4	4	1
35. Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças.	0,3	0,3	9,9	89,3	0,3	382	4	4	0
36. Não existe um nível sem risco de exposição ao fumo ambiental do tabaco.	4,2	11,0	32,5	32,8	19,4	381	3	4	2
37. Os fumadores que não param de fumar encurtam em mais de 10 anos a sua expectativa de vida.	0,5	3,1	37,7	45,3	13,4	382	3	4	1
38. Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco.	0,5	5,0	34,4	25,5	34,6	381	3	-	2
39. O tabaco contribui para a pobreza e as desigualdades em saúde.	2,6	19,2	32,3	21,5	24,4	381	3	3	1

Quadro 57 (Continuação). Atitudes e perceções relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Perguntas	DT (1) (%)	D (2) (%)	C (3) (%)	CT (4) (%)	NS IND (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
40. O constituinte do tabaco responsável pela dependência é o alcatrão.	70,3	19,2	2,1	2,9	5,5	381	1	1	1
41. O tabaco aumenta o risco de diabetes e agrava a evolução desta doença.	7,9	16,8	39,2	20,3	15,8	380	3	3	1
42. O tabaco aumenta o risco de tuberculose e agrava a evolução desta doença.	5,8	14,1	38,5	23,8	17,8	382	3	3	1
43. Fumar um maço de tabaco de cigarros por dia não está associado a um risco muito elevado para a saúde.	78,3	17,8	1,8	2,1	0,0	382	1	1	0
44. Parar de fumar tem sempre benefícios.	1,0	4,2	15,7	77,2	1,8	382	4	4	0
45. Os benefícios de parar de fumar são maiores quanto mais cedo se parar de fumar.	0,3	0,8	20,5	78,2	0,3	381	4	4	0
46. A formação superior recebida provocou-lhe alguma mudança de atitude, acerca do tabagismo, comparativamente ao momento da entrada no curso.	14,2	20,5	34,5	28,3	2,4	381	3	3	2

Uma primeira análise à informação do Quadro 57 corrigidas as respostas dos itens 33, 40 e 43, permite colocar em evidência que a maioria dos/as inquiridos/as concorda com o quadro teórico apresentado nesta dimensão (82,3%), tendo 7,4% manifestado o seu desconhecimento ou indecisão. No gráfico da Figura 81 apresentam-se as percentagens de concordância, de discordância e de indecisão para esta dimensão.

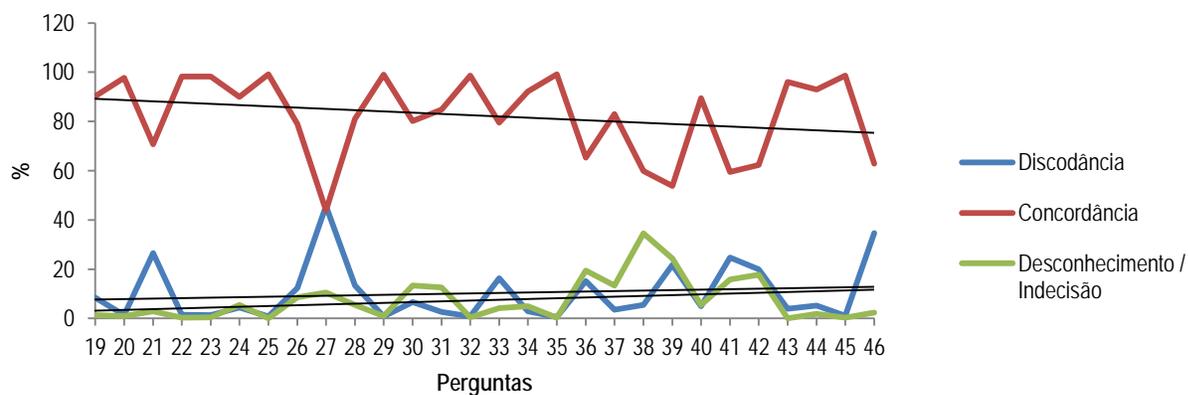


Figura 81. Concordância, discordância e desconhecimento / indecisão relativamente à dimensão IV (atitudes e percepções) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

No gráfico da Figura 82 representam-se os valores modais de cada item desta dimensão. O valor modal da dimensão é 4 ("Concordo totalmente").

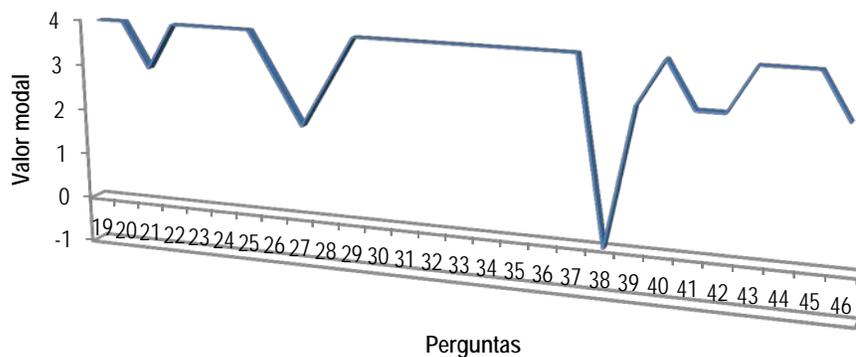


Figura 82. Distribuição dos valores modais da dimensão IV (atitudes e percepções) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

As asserções que reuniram maior consenso ao nível da concordância, *ex aequo* com 99%, foram, a saber: “Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica”, “A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para a saúde individual”; “A exposição ao fumo ambiental do tabaco aumenta o risco de doença pulmonar em adultos não fumadores”; “Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças” e “Os benefícios de parar de fumar são maiores quanto mais cedo se parar de fumar”, seguidas de outras três com 98 pontos percentuais. Do lado oposto, para além das referidas asserções mais aprovadas, receberam uma percentagem muito reduzida de discordância (1%) a de que “Os profissionais de saúde deveriam ter formação específica em técnicas de aconselhamento e tratamento da cessação tabágica”; “Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, os seus pacientes a deixar de fumar” e “A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para a saúde individual”.

A afirmação de que “É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fumar” recebeu a maior concentração de desacordos. Embora a média percentual de desconhecimento / indecisão seja inferior a 8%, 3 das afirmações apresentam valores  $\geq 19\%$ , com uma expressão máxima, de 34,6%, no item “Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco”.

#### **Dimensão V – Perceções sobre a formação teórica recebida**

Os resultados que se seguem (Quadro 58.) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 34 afirmações relacionadas com as perceções sobre a formação teórica recebida. A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,973 (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 58. Percepções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
47. Constituintes do tabaco e do fumo do tabaco.	10,8	10,8	27,1	41,6	9,1	0,6	351	3	3	1
48. Repercussões do consumo de tabaco na saúde.	1,1	0,9	3,7	37,6	56,1	0,6	351	4	4	1
49. Efeito da exposição ao fumo ambiental do tabaco.	1,1	2,0	13,1	43,3	40,2	0,3	351	3	3	1
50. Mecanismos neurobiológicos da dependência.	4,0	7,1	28,5	38,7	21,1	0,6	351	3	3	1
51. Mecanismos psicológicos da dependência.	4,0	7,4	23,4	40,5	24,2	0,6	351	3	3	1
52. Razões pelas quais as pessoas fumam.	6,0	5,7	18,8	43,0	25,9	0,6	351	3	3	2
53. Síndrome de abstinência da nicotina.	6,0	6,3	24,5	39,9	22,8	0,6	351	3	3	1
54. Epidemiologia do consumo de tabaco.	4,8	6,0	26,8	38,7	22,5	1,1	351	3	3	1
55. Modelos e técnicas de prevenção em tabagismo.	7,4	9,7	29,9	34,2	18,5	0,3	351	3	3	1
56. Benefícios para a saúde de deixar de fumar.	0,9	0,6	5,4	35,4	57,4	0,3	350	4	4	1
57. Modelos de mudança comportamental relacionados com o tabagismo (exemplo: Prochaska e DiClemente).	31,6	23,4	21,1	15,1	6,8	2,0	351	1	-1	3
58. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	20,5	16,5	21,1	27,4	13,1	1,4	351	2	3	2

Quadro 58 (Continuação). Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
59. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	21,4	17,4	22,3	25,4	11,4	2,0	350	2	3	2
60. Como avaliar a motivação e prontidão para fazer uma tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	21,1	17,4	21,7	27,4	10,6	1,7	350	2	3	2
61. 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 5As).	21,8	16,0	24,1	25,2	11,2	1,7	349	2	3	2
62. Como acompanhar o progresso da pessoa que parou de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	22,0	17,7	24,0	23,7	10,9	1,7	350	2	2	2
63. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As, ABC ou 2As+R).	28,0	24,0	19,4	19,4	7,1	2,0	350	1	-1	4
64. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar na Intervenção Muito Breve (algoritmo 3As ou 2As+R).	27,7	24,3	20,9	18,9	6,3	2,0	350	1	-1	4

Quadro 58 (Continuação). Percepções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
65. Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As ou 2As+R).	27,8	24,9	20,9	17,8	6,6	2,0	349	1	-1	3
66. Como abordar pessoas que estejam ambivalentes ou não desejem parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5Rs).	23,9	20,5	26,2	19,9	8,3	1,1	351	2	2	3
67. Abordagem do fumador em contexto clínico.	4,8	6,3	26,2	38,5	23,9	0,3	351	3	3	1
68. Intervenção de Apoio Intensivo de acordo com o Programa tipo da Direção-Geral da Saúde (DGS, 28/12/2007).	27,6	19,9	25,9	18,2	4,8	3,4	351	1	-1	3
69. Cessação tabágica em grupos específicos (exemplos: pessoas idosas, mulheres grávidas, adolescentes, pessoas com doença mental).	14,5	15,1	29,1	23,4	16,8	1,1	351	2	2	2
70. Aconselhamento baseado na entrevista motivacional com o objetivo de motivar e ajudar a resolver a ambivalência.	12,0	12,5	28,5	30,8	14,8	1,4	351	2	3	2
71. Como expressar empatia durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	4,3	6,3	23,4	37,6	27,9	0,6	351	3	3	2

Quadro 58 (Continuação). Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
72. Como lidar com a ambivalência do paciente durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	8,0	10,0	33,6	31,9	16,0	0,6	351	2	2	1
73. Como lidar com a resistência à mudança durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	8,0	11,1	33,9	31,9	14,5	0,6	351	2	2	1
74. Como estimular a autodeterminação e autoeficácia durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	7,4	12,5	31,3	33,9	14,2	0,6	351	2	3	1
75. Formação sobre técnicas de aconselhamento cognitivo-comportamental.	16,5	18,2	29,1	26,5	9,1	0,6	351	2	2	2
76. A prevenção das recaídas.	14,5	18,2	32,5	25,9	8,0	0,9	351	2	2	2
77. As estratégias globais de prevenção e controlo do tabagismo.	8,8	9,1	26,5	38,2	16,8	0,6	351	3	3	1
78. O conhecimento e a utilização de materiais educativos para apoiar a cessação tabágica dos pacientes que querem deixar de fumar.	11,4	12,5	30,5	30,5	13,7	1,4	351	2	-	2

Quadro 58 (Continuação). Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\tilde{X}$	Interquartil range
79. A prescrição, indicações e contraindicações das terapêuticas de substituição da nicotina em programas de cessação tabágica (tais como os adesivos ou pastilhas).	12,5	17,7	31,9	24,5	12,0	1,4	351	2	2	2
80. A prescrição, indicações e contraindicações de fármacos de primeira linha para a cessação tabágica tais como a Bupropiona e a Vereniclina.	13,8	18,3	31,8	22,9	10,9	2,3	349	2	2	2

Numa leitura global dos resultados do Quadro 58 ressalta à vista o facto de 13,4% dos/as inquiridos/as terem considerado que as componentes de formação teórica apresentadas não foram abordadas durante a sua formação académica de 6 anos letivos. Em relação com este facto, estão 37,7% que não se sentem preparados ou estão mal preparados (13,1% e 24,6%, respetivamente) para atuar ao nível da prevenção e tratamento do tabagismo. Uma franja de 47,7% considera-se preparada, sendo inferior a 18% os/as muito bem preparados/as.

Os “Modelos de mudança comportamental relacionados com o tabagismo (exemplo: Prochaska e DiClemente)” parece ter sido o tema que não foi abordado com a maior parte dos/as alunos/as (31,6%), seguindo-se outros 10 temas que receberam mais de 20% de escolhas. Relacionado com este aspeto o item “Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As ou 2As+R)”, que recebeu 24,9% de escolhas, anuncia não preparação para a realização desta estratégia. O conteúdo que recebeu maior frequência, relativamente à muito boa preparação dos/as alunos/os é o conhecimento do “Benefícios para a saúde de deixar de fumar”,

com 57,4% de escolhas. A boa preparação encontra o seu valor máximo (43,3%) na formação recebida sobre os “Efeito da exposição ao fumo ambiental do tabaco”. Os valores da mediana, nesta dimensão, descrevem um percurso entre “Não me sinto preparado/a” e “Sinto-me muito bem preparado/a”, com uma mediana global de 2,0.

Se tomarmos a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a”, procedendo de igual modo os do ponto “Sinto-me bem preparado/a” com os do “Sinto-me muito bem preparado”, podemos ter a visualização das perceções da formação teórica recebida conforme se representa no gráfico da Figura 83.

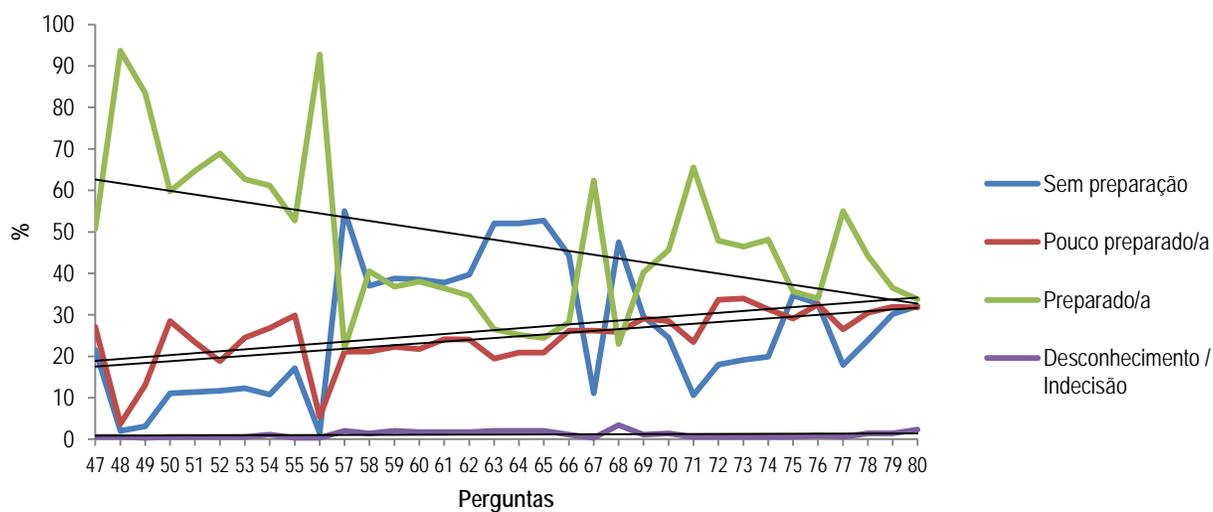


Figura 83. Preparação relativamente aos conteúdos teóricos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

No gráfico da Figura 84 distribuem-se os valores modais ao longo das várias perguntas. A classe modal da dimensão é 3 (“Sinto-me bem preparado/a”).

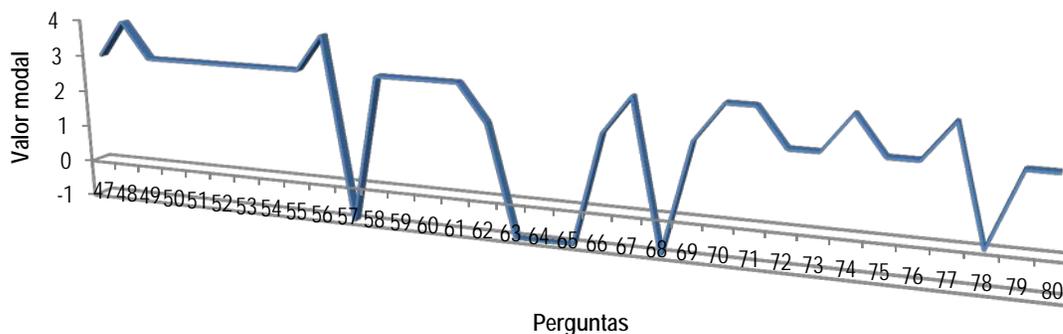


Figura 84. Distribuição dos valores modais da dimensão V (percepções sobre a formação teórica recebida) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

### Dimensão VI – Percepções sobre a formação prática recebida

Os resultados que se seguem (Quadro 59) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 7 afirmações relacionadas com percepções sobre a formação prática recebida. A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,938 (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 59. Percepções sobre a formação prática recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Perguntas	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	N	$\bar{X}$	$\hat{X}$	Interquartil range
	(-1)	(1)	(2)	(3)	(4)	(%)				
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)					
81. Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes fumadores e o registo na ficha clínica.	16,5	10,6	24,4	33,2	14,4	0,9	340	2	3	2

Quadro 59 (Continuação). Perceções sobre a formação prática recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\hat{X}$	Interquartil range
82. Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes em diferentes fases de preparação para a cessação tabágica.	18,8	14,1	29,7	27,9	8,5	0,9	340	2	2	2
83. Formação prática sobre a entrevista motivacional como uma intervenção adaptada a qualquer processo de mudança comportamental.	16,2	14,1	27,6	30,9	9,7	1,5	340	2	3	2
84. Participação em projetos de prevenção do tabagismo dirigidos a grupos de pacientes fumadores.	24,4	15,6	24,4	25,9	8,5	1,2	340	2	3	3
85. Participação numa consulta de cessação tabágica (estágio).	31,5	13,5	19,7	22,9	11,5	0,9	340	2	-1	4
86. Participação em projetos de tratamento do tabagismo.	33,5	15,0	23,5	20,6	5,9	1,5	340	1,50	-1	4
87. Participação em projetos de prevenção do tabagismo na comunidade.	29,7	14,1	22,6	22,4	9,4	1,8	340	2	-1	4

Podemos afirmar que os resultados expressos no Quadro 59, relativos às perceções sobre a formação prática recebida durante a formação académica, se encontram na continuidade dos encontrados para a dimensão V. A maior parte dos/as alunos/as declara que os temas não foram abordados e, por isso, não se sentem preparados/as para intervir (24,4% e 13,9%, respetivamente).

Aqueles/as que se consideram preparados/as igualam 36,0% (apenas 9,7% consideram estar muito bem preparados/as), opinando um grupo menor (24,6%) que está pouco preparado. Nesta dimensão, cerca de 1,2% dos/as inquiridos/as indicaram desconhecimento / indecisão sobre a temática. O valor da mediana é de 2. O valor modal deste grupo é 3 (“Sinto-me bem preparado/a”).

A “Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes fumadores e o registo na ficha clínica” foi o item que recolheu maior favoritismo relativamente à preparação (47,6%), seguida da “Formação prática sobre a entrevista motivacional como uma intervenção adaptada a qualquer processo de mudança comportamental”. Todos os temas apresentam uma percentagem  $\geq 16\%$  referindo-se que não foram abordados na formação.

Se tomarmos a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a”, procedendo de igual modo os do ponto “Sinto-me bem preparado/a” com os do “Sinto-me muito bem preparado”, podemos ter a visualização das perceções da formação teórica recebida conforme se representa no gráfico da Figura 85.

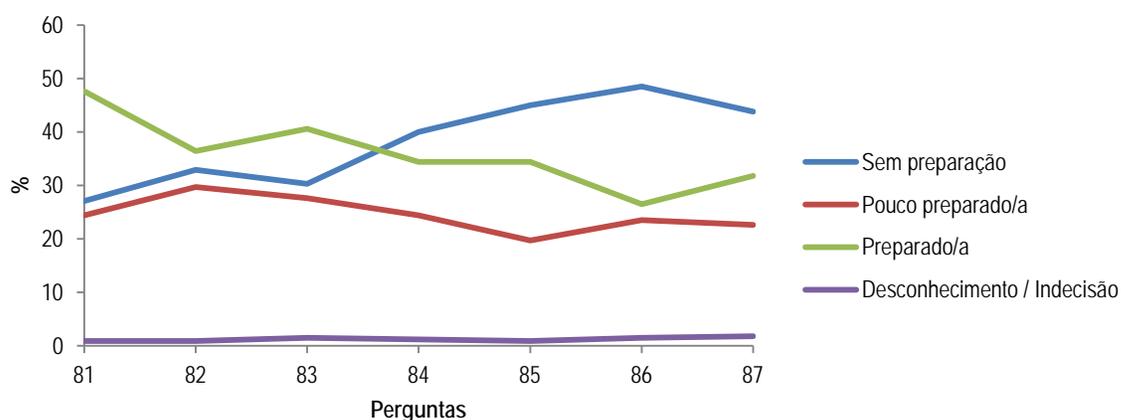


Figura 85. Preparação relativamente aos conteúdos práticos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Na regressão logística o modelo usado tem em conta as variáveis que pareceram potenciais regressores, embora tendo-se em conta as eventuais associações entre variáveis. Assim das quatro

variáveis de resumo – Atitudes e percepções (global); Percepções sobre a formação teórica recebida (global); Percepções sobre a formação prática recebida; Percepções sobre a aquisição de competências – usou-se apenas as “Percepções sobre a formação prática recebida”, tentando minimizar-se a presença de multicolinearidade.

A resposta analisada foi a de competência para intervir dicotomizada ( $> 5$  e  $\leq 5$ ) (Quadro 60 e Quadro 61).

Quadro 60. Modelo de regressão logística para a variável “Competência Para intervir” (CPI) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Parâmetro	B	Erro padrão	95% Wald		Teste de hipóteses						
			Intervalo de confiança		Wald	Qui-quadrado	df	Sig.	Exp(B)	Intervalo de confiança	
			Inf.	Sup.						Inf.	Sup.
Intercetar	4,747	1,0430	2,703	6,791	20,714	1	<0,001***	12,424	5,327	28,980	
[Sexo = 1] (S)	0,601	0,2986	0,016	1,186	4,048	1	0,044*	1,654	0,939	2,913	
[Sexo = 2] (S)	0 <sup>a</sup>							1			
[Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?] (FCPT)	-0,750	0,2742	-1,288	-0,213	7,490	1	0,006**	0,477	0,283	0,804	
[Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?] (FCPT)	0 <sup>a</sup>							1			
Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo? (NHF)	-0,326	0,1001	-0,522	-0,130	10,599	1	<0,001***	0,722	0,597	0,873	

Quadro 60 (Continuação). Modelo de regressão logística para a variável “Competência Para intervir” (CPI) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Parâmetro	B	Erro padrão	95% Wald		Teste de hipóteses						
			Intervalo de confiança		Wald	Qui-quadrado	df	Sig.	Exp(B)	Intervalo de confiança	
			Inf.	Sup.						Inf.	Sup.
Perceções sobre a formação prática recebida (PPR) (Escala)	-0,113	0,0165	-0,146	-0,081	47,477	1	<0,001***	0,891	0,863	0,919	
	1 <sup>b</sup>										

Variável dependente: competência para intervir.

Modelo: (Intercetar), Sexo, Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?, Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?, Perceções sobre a formação prática recebida

<sup>a</sup>. Definido para zero por que este parâmetro é redundante.

<sup>b</sup>. Fixo no valor exibido.

\*. Correlação significativa.

\*\* . Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

Quadro 61. Área sob a curva: Variável(is) do resultado do Teste para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Área	Std. Error <sup>a</sup>	Asymptotic Sig. <sup>b</sup>	Intervalo de confiança	
			Limite inferior	Limite superior
0,812	0,024	<0,001***	0,765	0,858

Variável(is) do resultado do Teste: o valor previsto da média da resposta tem pelo menos uma ligação entre o estado atual positivo do Grupo e o atual estado negativo do Grupo. As estatísticas podem ser tendenciosas.

<sup>a</sup>. Sob a suposição não paramétrica.

<sup>b</sup>. Hipótese nula: área real = 0.5

\*. Correlação significativa.

\*\* . Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

O nosso modelo ajustado é, pois:

$$CPI = 4,747 + 0,601 S - 0,750 FCPT - 0,326 NHF - 0,113 PPR$$

As variáveis que são significativas são, a saber: “Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?” e “Perceções sobre a formação prática recebida”. Mas, conjuntamente, foram usados adicionalmente dois regressores: sexo e hábitos tabágicos (sim vs. não). modelo tem sempre significado e a qualidade foi avaliada pelas características operacionais do recetor da área sob a curva (*ROC AUC*), usando para valor de corte 0,5. O modelo evidencia que as equações de regressão propostas têm poder de discriminação significativa para a capacidade para intervir (tem-se, em todos os casos, *AUC* altos significativamente diferentes de 0,5).

### Dimensão VII – Perceções sobre a aquisição de competências

Os resultados que se seguem (Quadro 62) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 9 afirmações relacionadas com perceções sobre a aquisição de competências. A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,944 (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 62. Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
88. Competências suficientes para intervir em matéria de prevenção do tabagismo.	7,8	9,0	30,4	35,5	16,6	0,6	332	3	3	1
89. Competências suficientes para intervir em matéria de tratamento do tabagismo.	8,4	14,2	37,0	27,7	12,0	0,6	332	2	2	1

Quadro 62 (Continuação). Percepções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
90. Capacidade para intervir na prevenção do tabagismo junto da comunidade.	7,2	12,0	29,5	33,7	16,3	1,2	332	2,5	3	1
91. Desenvolvimento da técnica de negociação e partilha de tomada de decisões no aconselhamento em tabagismo.	8,7	12,7	35,5	26,8	14,8	1,5	332	2	2	1
92. Capacidade para aumentar a literacia dos pacientes e das respetivas famílias em matéria de tabagismo e saúde.	7,8	6,3	23,2	35,2	26,5	0,9	332	3	3	2
93. Integração numa equipa multidisciplinar no âmbito do apoio à cessação tabágica.	14,2	14,8	25,9	30,4	13,3	1,5	332	2	3	3
94. Realização de uma Intervenção Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmo 5As).	23,2	16,6	24,4	25,6	8,7	1,5	332	2	3	3
95. Realização de uma Intervenção Muito Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmos 3As, ABC ou 2As+R).	27,1	20,5	25,6	18,4	6,0	2,4	332	1,5	-1	3
96. Prescrição terapêutica farmacológica de apoio à cessação tabágica.	15,7	17,5	28,9	25,3	9,6	3,0	332	2	2	2

Na continuidade dos resultados encontrados para as dimensões V e VI, nesta dimensão VII, 22,6% considera que não adquiriu as competências necessárias para intervir (8,7% defende que os temas não foram abordados; 14,2% não se sente preparado). Porém, um outro grupo, sensivelmente de

dupla grandeza (41,6%), considera que está preparado (13,3% até defende muito bem preparado). Outro grupo (28,9%) perceciona-se como pouco preparado. Nesta dimensão, o desconhecimento e a indecisão preencheram 1,5%. O valor da mediana é de 2 e a classe modal de 3 (“Sinto-me bem preparado/a”).

No enquadramento dos resultados, a “Capacidade para intervir na prevenção do tabagismo junto da comunidade” foi o domínio que recebeu maiores escolhas (35,1% ao nível da preparação (27,5% bem preparado e 7,6% muito bem preparado) e da ausência de abordagem na formação / não preparação.

Se tomarmos a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a”, procedendo de igual modo os do ponto “Sinto-me bem preparado/a” com os do “Sinto-me muito bem preparado”, podemos ter a visualização das perceções da formação teórica recebida conforme se representa no gráfico da Figura 86.

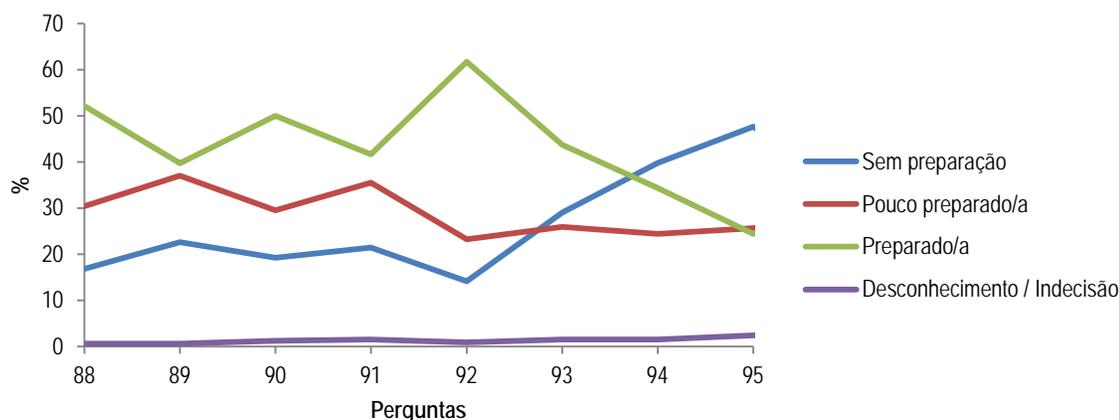


Figura 86. Perceções sobre a aquisição de competências em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Como síntese desta secção, pediu-se aos/às alunos/as que avaliassem as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação profissional futura, posicionando-se numa escala intervalar de 10 pontos (em que o valor 1 corresponde a “pouco

confiante” e o valor 10 traduz “totalmente confiante”). Os resultados apresentam-se no gráfico da Figura 87. A moda e a mediana encontradas têm os valores, respetivamente, de 7 e de 5, com uma média de 5,15 e um desvio padrão de 1,864.

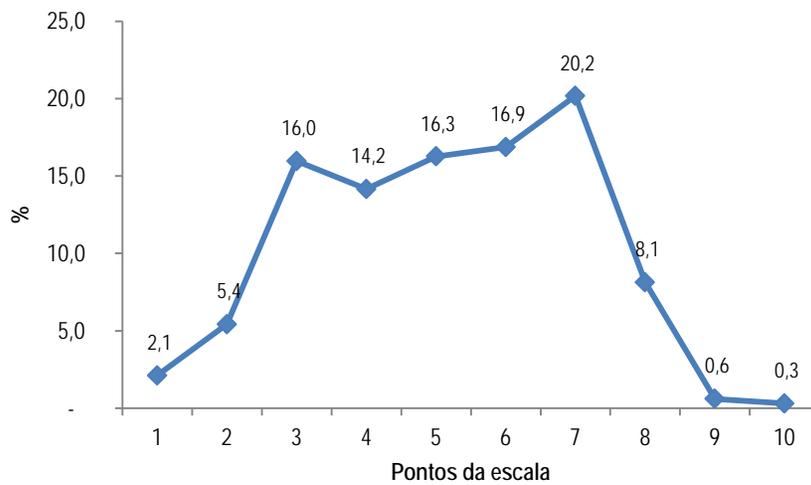


Figura 87. Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.  
N = 332.

Foram pesquisadas associações entre as competências para intervir e outras variáveis, cujos resultados se apresentam no Quadro 63 e no Quadro 64.

Quadro 63. Associações entre variáveis da Dimensão IV, V, VI e VII para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Variáveis	Que idade tinha quando fumou pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Atitudes e percepções (global)	Percepções sobre a formação teórica recebida (global)	Percepções sobre a formação prática recebida (global)	Percepções sobre a aquisição de competências	Avaliação das suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação futura	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares
Competência para intervir nominal (> 5; ≤ 5) <sup>a</sup>	0,033*	0,454	0,197	0,002**	<0,001***	<0,001***	<0,001***	<0,001***	0,116	0,012*	0,248
Atitudes e percepções (global) <sup>b</sup>	0,077	0,765	0,196	NA	0,009**	0,021*	0,074*	0,006**	0,316	0,581	0,463
Percepções sobre a formação teórica recebida (global) <sup>b</sup>	0,032*	0,988	0,079		NA	<0,001***	<0,001***	<0,001***	0,056	<0,001***	0,068
Percepções sobre a formação prática recebida (global) <sup>b</sup>	0,074	0,622	0,253			NA	<0,001***	<0,001***	0,225	0,001***	0,044*
Percepções sobre a aquisição de competências <sup>b</sup>	0,087	0,676	0,012*				NA	<0,001***	0,012*	<0,001***	0,131
Avalie as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação futura <sup>b</sup>	0,036*	0,888	0,273					NA	0,074	0,019*	0,195

\*. Correlação significativa; \*\*. Correlação muito significativa; \*\*\*. Correlação altamente significativa; <sup>a</sup>. Mann-Whitney; <sup>b</sup>. Teste à correlação de Spearman.

Quadro 64. Associação entre a competência para intervir e outras variáveis para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Variáveis	Sexo	Alguma vez fumou?	Hábitos tabágicos (nunca fumou; experimentou; fuma regularmente)	Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente)
<i>Pearson Chi-Square</i> ( <i>p-values</i> )				
Competência para intervir nominal (> 5; ≤ 5)	0,120	0,036*	0,068	0,140

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

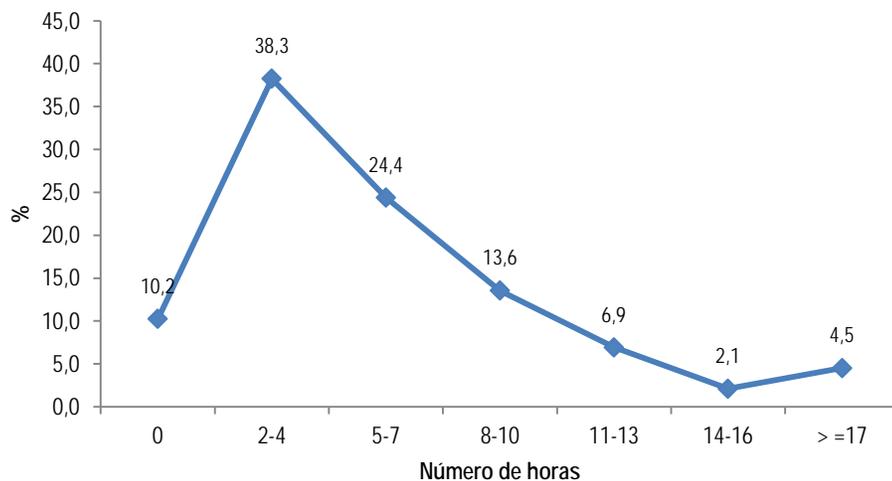
\*\*\*. Correlação altamente significativa.

Da leitura do Quadro 64, podemos perceber associações significativas entre a competência para intervir, as atitudes e perceções sobre aspetos do tabagismo e as perceções sobre a formação teórica e prática recebida durante a formação superior. A competência para intervir, nominal, parece estar igualmente associada ao facto de já se ter alguma vez fumado, de modo significativo.

## Dimensão VIII – Perceções sobre os métodos pedagógicos

Os resultados que se seguem dizem respeito às perceções relativamente aos métodos pedagógicos utilizados na formação, reunindo sugestões e comentários.

O gráfico da Figura 88 representa o número de horas que foram utilizadas, durante a formação académica, para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo. O valor da média determinado é de 2,93 h, o valor modal de 2 h e o da mediana de 3 h, com um desvio padrão de 1,456 h.



*Figura 88.* Número de horas, estimado, utilizado na formação académica para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.  
N = 332.

De seguida, procurou-se encontrar associações entre o número de horas utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo e as perceções sobre a formação teórica e prática recebida e sobre a aquisição de competências (Quadro 65).

Quadro 65. Associação entre o número de horas dedicadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, as atitudes e percepções sobre aspetos do tabagismo, a formação recebida e a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

Variáveis	Avaliação das suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação profissional futura	Atitudes e percepções (global)	Percepções sobre a formação teórica recebida (global)	Percepções sobre a formação prática recebida	Percepções sobre a aquisição de competências
Teste <i>Spearman's rho</i> ( <i>p-values</i> )					
Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?	<0,001***	0,156	<0,001***	<0,001***	<0,001***

\*. Correlação significativa.

\*\* . Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

Pela análise dos resultados, verificamos que existe associação altamente significativa entre o número de horas de formação, a percepção sobre a formação teórico-prática recebida e a autoavaliação que se faz das competências pessoais para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação profissional futura.

A temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada ao longo de todo o percurso da formação académica, particularmente no 4.º e 5.º anos do curso (Figura 89).

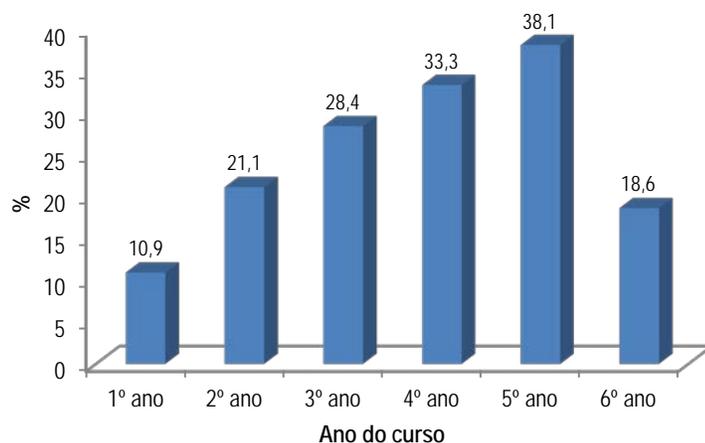


Figura 89. Anos do curso em que a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.  
N = 452.

Os/as alunos/as consideram que alguns temas sobre o tabagismo deveriam ser trabalhados com mais tempo ou de outro modo na sua formação académica, conforme se revela no gráfico da Figura 90.

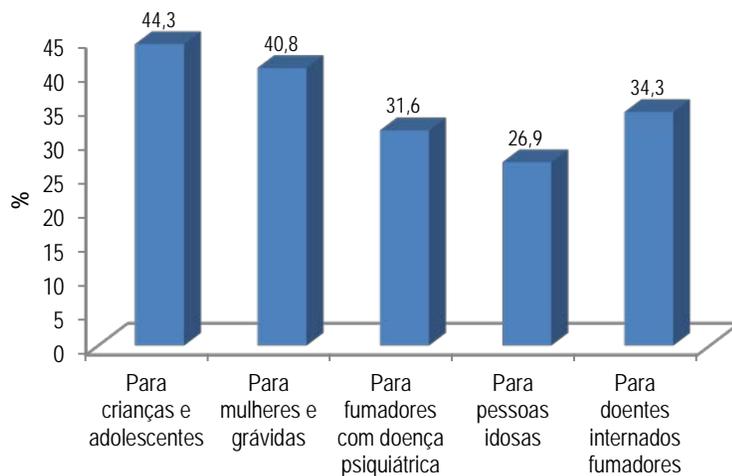


Figura 90. Temas que deveriam ser trabalhados durante a formação académica com mais tempo ou de outro modo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.  
N = 449.

A análise de conteúdo às asserções inscritas relativas a outros grupos que deveriam ser alvo da formação académica, conduziu a um conjunto de categorias a saber: “doentes com patologia associada ou complicada”; “doentes crónicos”, “fumadores de longa duração e fumadores sociais”; “grupos étnicos e minoritários”; “grupos de recaídas” e “doentes dos cuidados de saúde primários”.

As técnicas que terão sido utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo indicam-se no gráfico da Figura 91. As palestras, seguidas das discussões em pequenos grupos e da observação da prática de aconselhamento realizada pelo supervisor clínico foram as três que receberam maior número de escolhas.

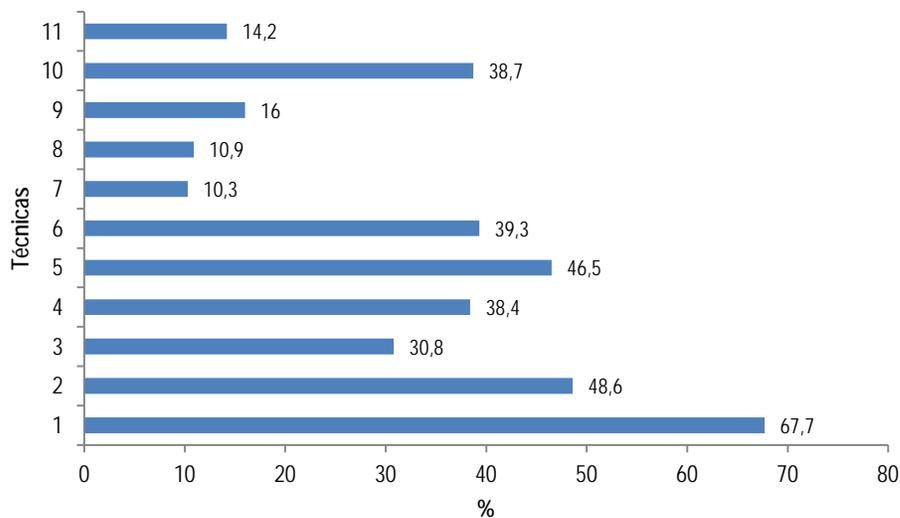


Figura 91. Técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.

N = 331. 1 – Palestras; 2 – Discussões em pequenos grupos; 3 – Técnicas de prescrição farmacológica; 4 – Exercícios para o desenvolvimento de competências de comunicação relacionadas com o tratamento do tabagismo como parte de uma entrevista a um paciente; 5 – Observação da prática de aconselhamento realizada pelo supervisor clínico; 6 – Experiências clínicas na prevenção e no tratamento de fumadores; 7 – Curso na área comportamental; 8 – Programa específico para o desenvolvimento de competências para esta área; 9 – Um método sistemático para formação de supervisores, que os incentiva para a modelação, observação e o ensino dos 5As durante as práticas clínicas; 10 – Sessões de *role-play*; 11 – Sessões estruturadas interativas, de reforço, realizadas em paralelo às práticas clínicas.

Os/as inquiridos/as indicaram outras técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo, a saber: aula teórica (ex.: de

farmacologia, de psiquiatria, de saúde pública e epidemiologia, de medicina preventiva), em turmas pequenas (uma vez que não existe uma unidade curricular dedicada ao tabagismo) ( $n = 6$ ); realização de um póster; casos clínicos; cursos teórico-práticos de curta duração ( $n = 2$ ), de caráter optativo; consultas em contexto de cuidados de saúde primários; intervenção nas escolas (ex.: palestras) ( $n = 5$ ) e visualização de vídeos ( $n = 3$ ).

Quando questionados/as acerca de alterações a introduzir na abordagem aos temas sobre o tabagismo, em particular o aumento do tempo e a mudança de metodologias de ensino, apuraram-se os seguintes resultados (Figura 92).

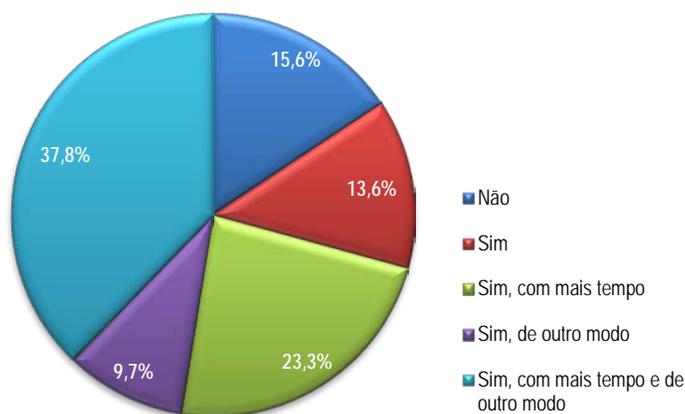


Figura 92. Aumento da carga horária e do modo de ensino dos temas relacionados com o tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina.  
N = 331.

Foram indicadas algumas sugestões consideradas mais adequadas para a abordagem no tabagismo na formação académica: formas de intervenção ( $n = 33$ ); cessação tabágica ( $n = 35$ ); prevenção tabágica ( $n = 14$ ); aumento da carga horária ( $n = 10$ ); terapêutica ( $n = 26$ ); e patologias ( $n = 3$ ).

Cerca de 87,4% dos/as inquiridos/as declaram que não tinham participado em projetos no domínio da prevenção e do tratamento do tabagismo ( $n = 324$ ). Nos projetos indicados constam: rastreios ( $n = 2$ ); consulta de cessação tabágica ( $n = 4$ ) e intervenções na comunidade ( $n = 6$ ).

Alguns/mas alunos/as indicaram áreas / temas /atividades consideradas pertinentes serem incluídas na matriz curricular do curso para apoiar os esforços na redução do tabagismo entre os pacientes na comunidade, a saber: cessação tabágica ( $n = 16$ ); motivação ( $n = 8$ ); prevenção ( $n = 7$ ); intervenção ( $n = 17$ ); estágio ( $n = 4$ ); terapêutica ( $n = 9$ ); e patologias ( $n = 7$ ).

#### 5.4. MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

O Mestrado Integrado em Medicina Dentária tem a duração de 5 anos letivos. No processo de inquérito, em 7 estabelecimentos de ensino superior, com 616 alunos, obtivemos 241 respostas validadas, traduzindo uma taxa de resposta de 39,1%. Para o nível de confiança considerado de 95% o erro amostral é de 4,93%.

A informação recolhida e analisada permitiu tomar decisões acerca da consistência interna de cada item e das dimensões do questionário. A consistência interna foi calculada através do parâmetro *Alfa de Cronbach* ( $\alpha$ ). Os resultados da fiabilidade interna resumem-se no Quadro 66. Os dados revelam que todos os grupos de perguntas com itens de resposta em escala ordinal apresentam fiabilidade entre moderada a elevada a elevada (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 66. Fiabilidade interna dos itens com escala ordinal para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

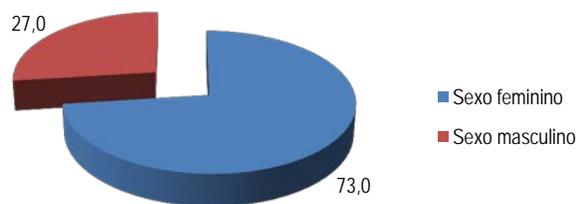
Grupo de perguntas	N.º de itens	$\alpha$
IV	28	0,831
V	34	0,975
VI	7	0,953
VII	9	0,964

De seguida, apresentam-se os resultados da análise estatística descritiva dos vários grupos de perguntas.

## Dimensão I – Informação sociodemográfica

### *Variável “sexo”*

Os dados relativos à variável “sexo” apresentam-se no gráfico da Figura 93. Entre os/as respondentes, 73% são do sexo feminino.



*Figura 93.* Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “Sexo” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.  
N = 241.

### *Variável “estado civil”*

Relativamente ao estado civil, cerca de 95% dos/as inquiridos/as declarou-se solteiro/a (Figura 94).

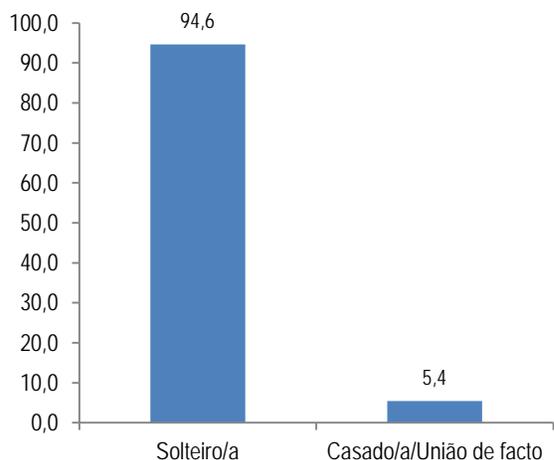


Figura 94. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Estado civil" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.  
N = 241.

#### Variável "idade"

No que diz respeito à idade dos/as alunos/as (Figura 95) foi calculada a média de 23,60 anos, a mediana de 23,00, com um desvio padrão de 4,269 anos. O valor mais frequente é de 23 anos de idade.

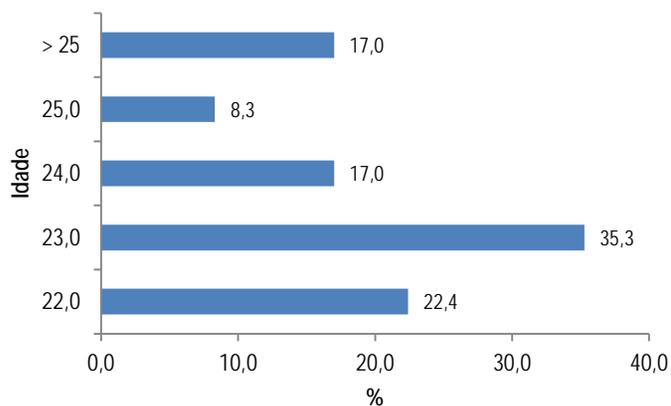
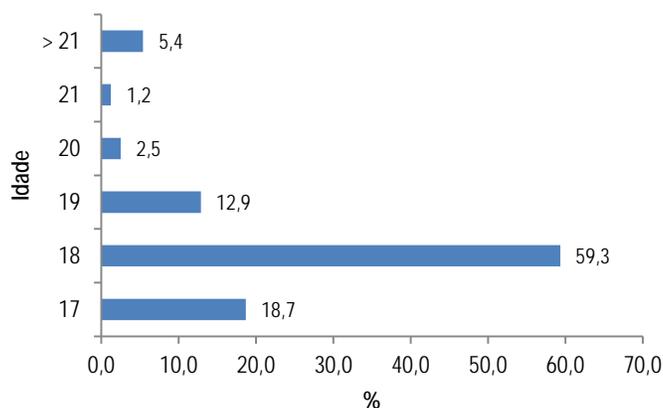


Figura 95. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Idade" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.  
N = 241.

### *Variável “idade com que iniciou os estudos universitários”*

A maioria dos/as alunos/as iniciou os seus estudos universitários (Figura 96) com 18 anos de idade (cerca de 59%), seguida da classe dos 17 anos de idade. Para esta variável encontrou-se a média de 18,69 e a mediana de 18,00 anos, com desvio padrão de 3,231. O valor mais frequente é 18 anos de idade.



*Figura 96.* Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “idade com que iniciou os estudos universitários” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 241.

### **Dimensão II – Prevalência do consumo de produtos do tabaco**

A maioria dos/as inquiridos/as (56,5%) declara que já fumou ou consumiu produtos de tabaco, como cigarros, cigarrilhas ou outros produtos (Figura 97). Esta experimentação parece ter maior expressão significativa no sexo masculino (70,8%) (Quadro 67).

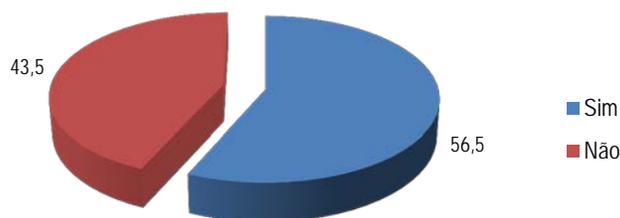


Figura 97. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Alguma vez fumou ou consumiu produtos do tabaco" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.  
N = 237.

Quadro 67. Experimentação de produtos de tabaco em relação ao sexo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco?)		Pearson Chi-Square	
	Sim	Não	p-value
Sexo	N (%)	N (%)	
Feminino	88 (51,2)	84 (48,8)	0,005**
Masculino	46 (70,8)	19 (29,2)	

\*. Correlação significativa.

\*\* . Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

A idade de experimentação de produtos do tabaco, de acordo com a informação recolhida, ocorre entre os 10 anos os 28 anos (Figura 98). A maior parte dos/as alunos/as declarou ter experimentado fumar ou consumir produtos do tabaco, *ex aequo*, com 16 e 17 anos de idade (20,9%), seguido das classes, *ex aequo*, dos 14 e 18 anos de idade (14,2%). A média calculada de idades é de 16,40 anos e a mediana de 16,00, com um desvio padrão de 2,434 anos.

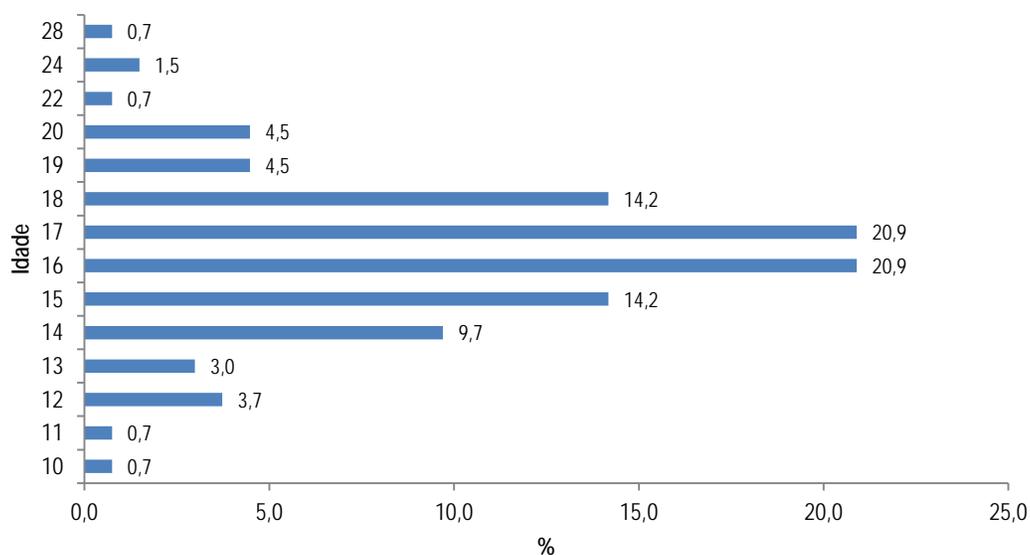


Figura 98. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “Que idade tinha quando fumou ou consumiu tabaco pela primeira vez” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.  
N = 134.

Dos/as inquiridos/as, 56% declararam apenas terem experimentado produtos do tabaco, não sendo atualmente consumidores/as. Entre os/as consumidores/as (44,0%), a maior parte (30,5%) começou a fumar regularmente com 18 anos de idade, seguido da classe com 17 anos (16,9%) (Figura 99). A média calculada de idades é de 17,64 anos e a mediana de 18,00, com um desvio padrão de 2,140 anos. A idade mais comum de início do consumo regular de tabaco é aos 18 anos.

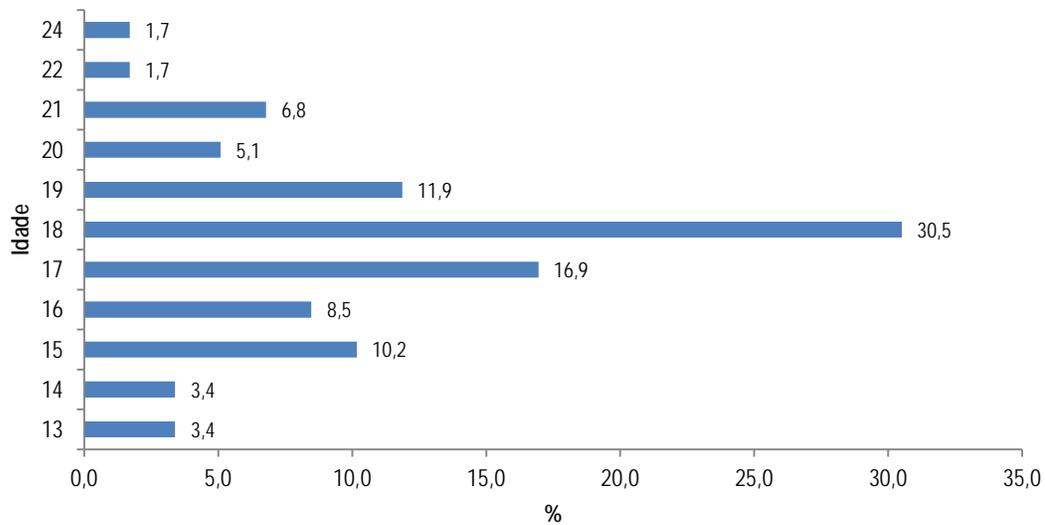


Figura 99. Distribuição das frequências relativas (expressas em porcentagem) para a variável "Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 59.

No gráfico da Figura 100, relacionam-se os dados relativos à percentagem de fumadores e de não fumadores com o sexo. Percebe-se uma prevalência do consumo maior no sexo masculino, de 29,7%, com diferença muito significativa relativamente ao sexo feminino.

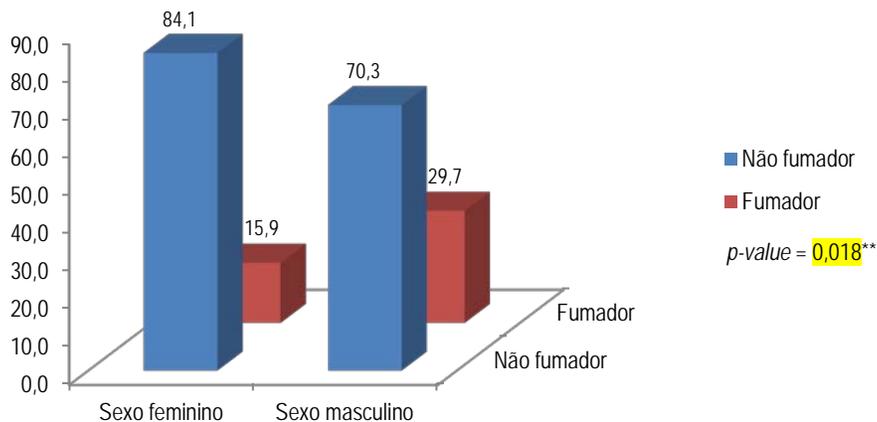


Figura 100. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para os não fumadores, ex-fumadores, fumadores ocasionais e fumadores diários, em função do sexo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Entre os consumidores regulares de tabaco ( $N = 59$ ), 57,6% declara que já tentou deixar de fumar, sendo que a maior parte apenas uma vez (61,8%), seguido pelos grupos, *ex aequo*, que tentaram duas vezes (14,7%). Nesta pergunta foram declaradas tentativas de deixar de fumar entre uma vez e 6 vezes, com o valor de mediana e da moda de uma tentativa, com o desvio padrão de 1,336.

Os motivos que conduziram estes/as alunos/as ao início do consumo de tabaco apresentam-se no Quadro 68 e parecem claramente apontar a influência dos amigos e/ou colegas (66,1%) e o gosto e aroma do tabaco (35,6%). A estética das embalagens (98,3%) e a influência dos familiares (93,1%) foram os motivos mais afastados para o seu comportamento.

Quadro 68. Motivos para se ter começado a fumar para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 59.

Motivos	Sim (%)	Não (%)
Porque os meus familiares fumavam.	6,9	93,1
Porque os meus amigos e/ou colegas fumavam.	66,1	33,9
Porque gostei do sabor e/ou do cheiro do tabaco.	35,6	64,4
Porque era fácil arranjar tabaco.	13,6	86,4
Porque as embalagens me atraíam.	1,7	98,3
Não me recordo.	11,9	88,1
Por outras razões.	13,6	86,4

Foram categorizadas uma categoria principal apontada como outra razão para se ter iniciado o consumo de tabaco: alívio do stresse ( $n = 4$ ) com efeito calmante e relaxante ( $n = 2$ ).

Entre os/as estudantes que começam a consumir regularmente tabaco, cerca de 67% fuma diariamente, pelo menos uma vez por dia; 15,8% fá-lo menos de uma vez por dia e 17,5% acabou por abandonar essa prática (Figura 101).

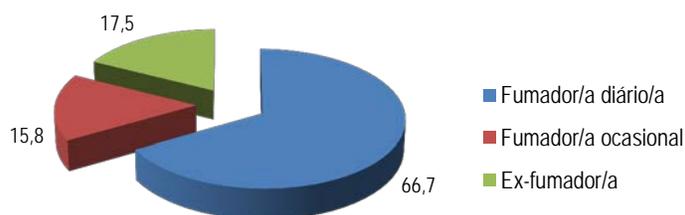


Figura 101. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Fumador diário/fumador ocasional/ex-fumador" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 57.

No Quadro 69 apresentam-se os resultados relativamente ao tipo de consumo relacionado com o sexo.

Quadro 69. Tipo de consumo de tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Atualmente (últimos 30 dias) como classifica o seu consumo de tabaco?				Pearson Chi-Square
	Já fumei, mas atualmente não fumo	Fumo ocasionalmente	Fumo diariamente	<i>p-value</i>
Sexo	N (%)	N (%)	N (%)	
Feminino	7 (20,6)	21 (61,8)	6 (17,6)	0,627
Masculino	3 (13,0)	17 (73,9)	3 (13,0)	

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

No Quadro 70 revela-se o padrão de consumo declarado, nos últimos 30 dias, relativamente a alguns dos produtos de tabaco.

Quadro 70. Comportamento tabágico, nos últimos 30 dias, relativo a alguns produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

N = 49.

Produtos do tabaco	Consumo diário (%)	Consumo ocasional (%)	Experimentação (%)	Não consumo (%)	Interquartil range
Cigarros	75,5	16,3	2,0	6,1	0,5
Cigarrilhas	2,0	2,0	6,1	89,8	0
Charutos	0,0	0,0	2,0	98,0	0
Tabaco de enrolar	6,1	8,2	2,0	83,7	0
Cachimbo	0,0	0,0	0,0	100,0	0
Cachimbo de água ( <i>sicha</i> )	0,0	6,1	2,0	91,8	0

Quadro 70 (Continuação). Comportamento tabágico, nos últimos 30 dias, relativo a alguns produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.  
N = 49.

Produtos do tabaco	Consumo diário (%)	Consumo ocasional (%)	Experimentação (%)	Não consumo (%)	Interquartil range
Tabaco de mascar	0,0	0,0	0,0	100,0	0
Rapé	0,0	0,0	0,0	100,0	0
Cigarro eletrónico	2,0	2,0	8,2	87,8	0
Cigarro sem queima ( <i>Heat not-burn</i> )	0,0	0,0	4,1	95,9	0

A informação do Quadro 70 revela que o consumo diário de produtos de tabaco diz respeito, essencialmente, a cigarros (75,5%). Cerca de 16,3% dos/as inquiridos/as declara que o seu consumo de cigarros, nos últimos 30 dias, foi apenas experimental. O tabaco de enrolar é usado para consumo por 14,3% dos/as alunos/as (6,1% diariamente e 8,2% ocasionalmente). O cachimbo de água é consumido ocasionalmente por 6,1% dos/as inquiridos/as. Os outros produtos de tabaco não apresentam expressão de experimentação. O cachimbo, o tabaco de mascar e o rapé não receberam qualquer escolha. Não foi apontado outro tipo de produtos de tabaco consumidos ou experimentados.

O gráfico da Figura 102 revela o tempo em que, depois de acordar, se fuma o primeiro cigarro. A maioria declara que o faz após 1 h de acordar (63,8%) e 23,4% entre a meia hora e os primeiros 60 minutos. Apenas 4,3% o faz nos primeiros 5 minutos após acordar. Detetou-se uma associação significativa entre o sexo e o tempo em que, depois de acordar, se fuma o primeiro cigarro (Teste Mann-Whitney = 0,012).

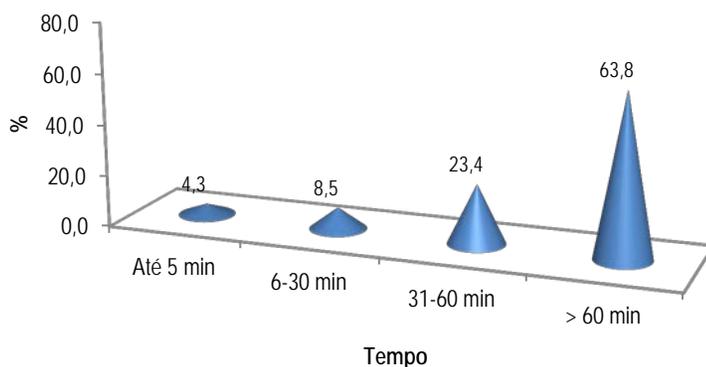


Figura 102. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Quanto tempo, depois de acordar, fuma o seu primeiro cigarro" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 47.

No gráfico da Figura 103 verifica-se que a maioria (70,2%) dos/as fumadores/as consome até 10 cigarros por dia, situando-se em 27,7% o valor dos/as que fumam entre 11 e 20 cigarros (DP = 0,43).

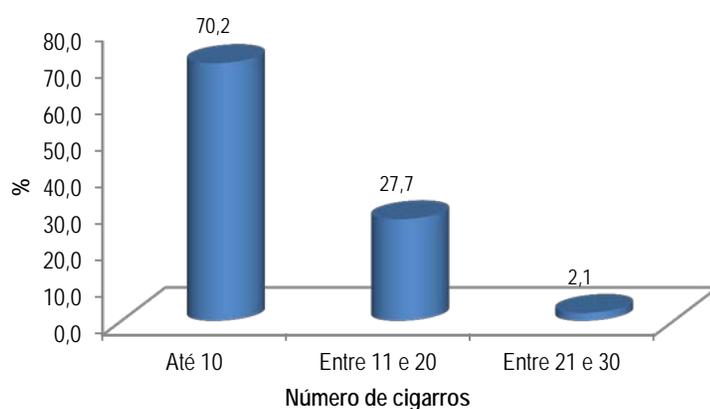


Figura 103. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Quantos cigarros fuma por dia" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 47.

O gráfico da Figura 104 dá conta que 40,4% dos/as consumidores/as de tabaco não está a pensar em deixar de fumar, enquanto os/as que declaram que estão a pensar fazê-lo nos próximos 6 meses traduzem 38,3 pontos percentuais.

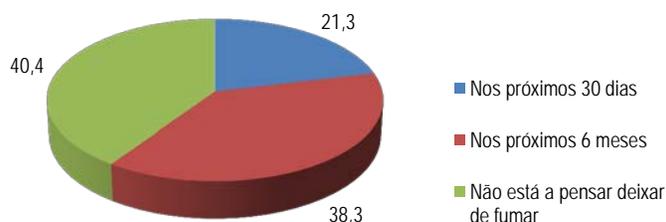


Figura 104. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Está a pensar em deixar de fumar" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 47.

Entre os/as ex-fumadores/as procurou-se apurar há quanto tempo tinham deixado de fumar. Os dados revelam que 78,7% fê-lo há mais de um ano e 21,3% há menos de um ano (N = 61; DP = 0,413).

Neste estudo pretendemos perceber que tipo de produtos do tabaco eram consumidos antes dos/as estudantes os terem consumido pela última vez. Verificamos, pela informação da Figura 105, que a maior parte (27,7%) consumia cigarros, coexistindo todos os outros tipos de produtos de tabaco, com escolhas não expressivas.

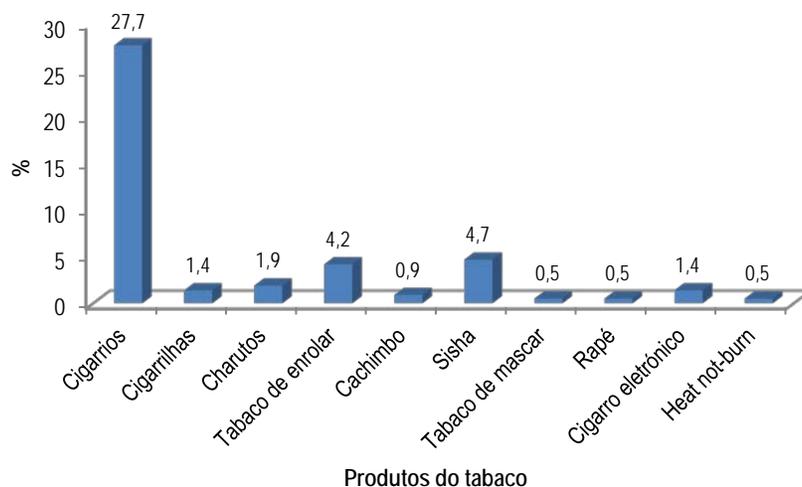


Figura 105. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Tipo de produtos do tabaco consumidos antes de os ter consumido pela última vez" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 61.

Os/as ex-fumadores/as revelam, também, os motivos que os/as levaram a deixar de fumar (Figura 106), percebendo-se que o fizeram particularmente por preocupações sobre os riscos para a sua saúde (23,9%) e para dar exemplo, enquanto futuros/as profissionais de saúde (8,9%).

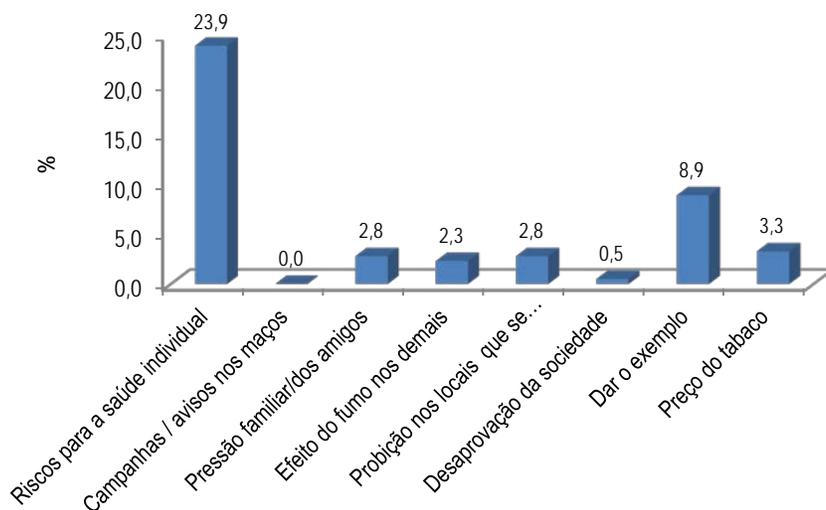


Figura 106. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Quais foram os motivos que o levaram a deixar de fumar" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 61.

Por fim, neste grupo, inquiriu-se os/as alunos/as acerca do(s) método(s) usado(s) para deixar de fumar na última tentativa. Cerca de 29,1% considera que não usou método algum, socorrendo-se apenas da sua “força de vontade”. Nenhum outro método referido recebeu uma escolha que fosse expressiva (apenas duas pessoas referiram o apoio de pessoas próximas). Algumas asserções, sem significado, foram registadas: ausência de prazer; desinteresse; desporto; ter concluído que fumar é comportamento “ridículo”.

### Dimensão III – Exposição ao fumo ambiental do tabaco

Entre os/as inquiridos/as, 50,2% declarou não estar exposto/a ao FAT no local onde residiu durante a última semana antes de ser questionado/a. Cerca de 20% disse que está exposto/a diariamente (Figura 107) e 18,5% teve pessoas a fumar na sua residência 1 a 2 dias.

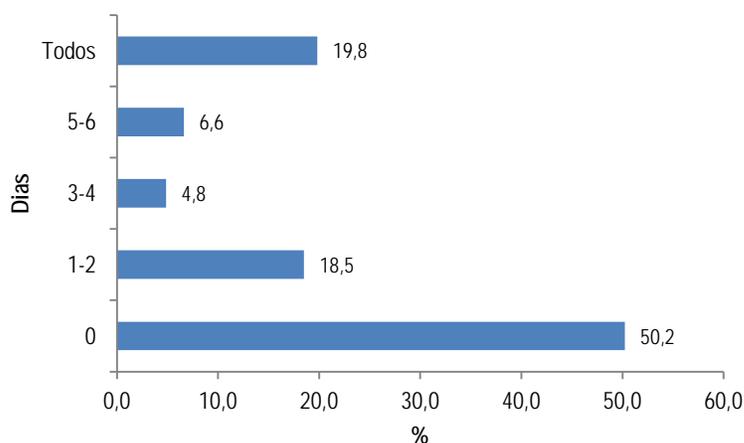


Figura 107. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável “Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco na residência” para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 227.

A exposição ao FAT em outros locais, sem ser onde se reside, parece ser intensa. Cerca de 29% considera que esteve exposto/a todos os dias da semana transata. O grupo que teve na sua

presença pessoas a fumar entre 1-2 dias corresponde a 31,3% e 15,0% ficaram expostos entre 5-6 dias (Figura 108).

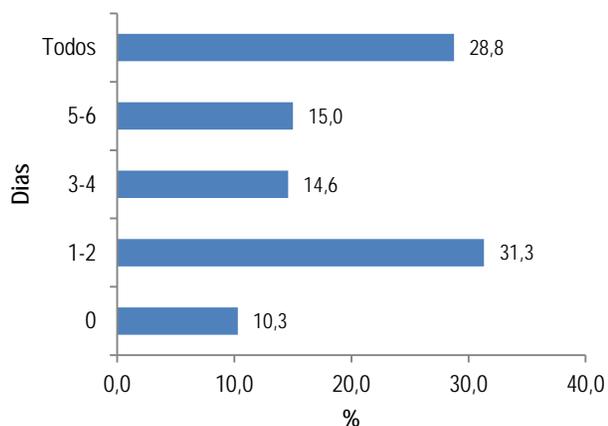


Figura 108. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Número de dias, na última semana, em que se esteve exposto ao fumo ambiental do tabaco fora da residência" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 233.

A leitura da Figura 109 deixa perceber que 83,6% considera que a proibição regulamentar de fumar nos edifícios escolares é aplicada. Ainda assim, 10,8% dos inquiridos/as discorda desta posição, considerando que não é aplicada a regulamentação.

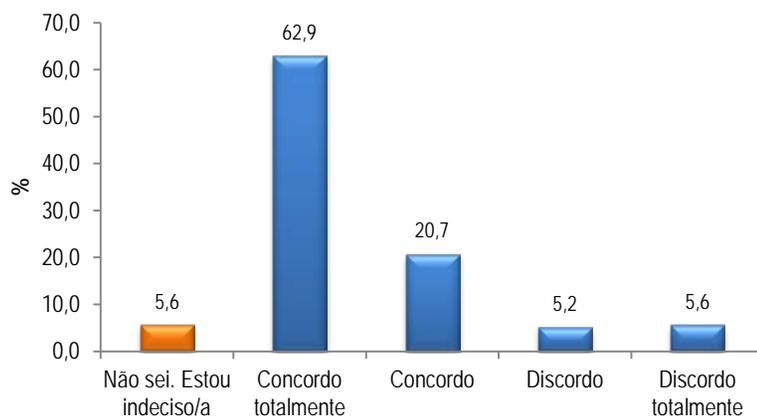


Figura 109. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "cumprimento da proibição de fumar nos edifícios escolares" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 232.

Foram apontados alguns critérios para a decisão desta resposta: não é cumprida a legislação ( $n = 1$ ), fumando-se em locais proibidos ( $n = 1$ ); é cumprida a legislação ( $n = 7$ ), fumando-se à entrada do edifício ( $n = 5$ ) ou em locais próprios para o efeito ( $n = 1$ ); é prejudicial para a saúde ( $n = 5$ ); FAT ( $n = 7$ ).

Os resultados obtidos para os locais onde se desenvolvem as práticas clínicas revelam maior concordância, que os anteriores, relativamente ao cumprimento da legislação (92,7%). Somente 4,5% discorda desta posição (Figura 110).

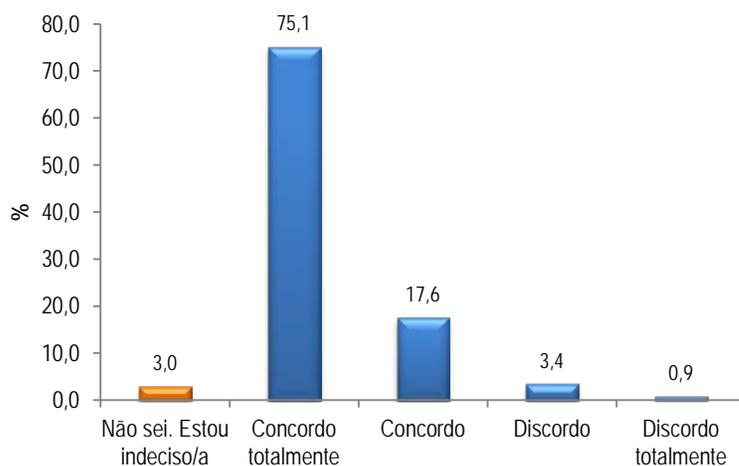


Figura 110. Distribuição das frequências relativas (expressas em percentagem) para a variável "Cumprimento da proibição de fumar nos locais de práticas clínicas" para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 233.

Os critérios identificados na decisão para esta resposta, através da análise de conteúdo, incluem, a saber: fuma-se nos gabinetes ( $n = 1$ ) e em outros locais proibidos ( $n = 1$ ); é cumprida a legislação ( $n = 6$ ), fumando-se à entrada ( $n = 4$ ) e em locais próprios para o efeito ( $n = 1$ ); é prejudicial à saúde ( $n = 8$ ); FAT ( $n = 4$ ); dar o exemplo ( $n = 3$ ).

Numa análise mais detalhada, procuram-se relações entre as variáveis, testando a heterogeneidade de duas amostras ordinais. Os resultados apresentam-se no Quadro 71, no Quadro 72 e no Quadro 73.

Quadro 71. Associações entre variáveis das Dimensões I-III para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Variáveis	Que idade tinha quando fumou pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares	
<i>p-values</i>							
Sexo	0,977	0,675	0,021*	0,085	0,064	0,455	Mann-Whitney
Alguma vez fumou?	NA	NA	NA	0,002**	<0,001***	0,181	
Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente).	<0,001***	0,934	0,062	<0,001***	<0,001***	0,428	Kruskal-Wallis

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

A leitura do Quadro anterior permite perceber correlações significativas entre o sexo e o número de tentativas para se deixar de fumar. Seguem-se associações entre o facto de se ter fumado alguma vez e a exposição ao FAT em casa e fora dela, assim como os hábitos tabágicos (detalhados) e a exposição ao FAT em casa e no exterior.

Quadro 72. Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Variáveis	Alguma vez fumou?	Hábitos tabágicos (Nunca fumou; experimentou; fuma diariamente)	Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma diariamente)
<i>Pearson Chi-Square p-values</i>			
Sexo	0,007**	0,009**	0,01**
Alguma vez fumou?	NA	<0,001***	<0,001***
Hábitos tabágicos (Nunca fumou; experimentou; fuma diariamente).		NA	<0,001***

\*. Correlação significativa; \*\*. Correlação muito significativa; \*\*\*. Correlação altamente significativa.

No domínio da análise apresentada no Quadro 72, foram identificadas correlações significativas e muito significativas entre todas as variáveis em análise.

Quadro 73. Associações entre variáveis das Dimensões I-II para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Variáveis	Que idade tinha quando fumou ou consumiu pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares
Teste à correlação de Spearman (p-values)						
Que idade tinha quando fumou ou consumiu pela primeira vez?	NA	<0,001***	0,479	0,557	0,008**	0,962
Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?		NA	0,476	0,146	0,915	0,460
Quantas vezes tentou deixar de fumar ou consumir tabaco?			NA	0,818	0,229	0,925
Exposição ao FAT em casa				NA	<0,001***	0,004**
Exposição ao FAT fora de casa					NA	0,661

\*. Correlação significativa.

\*\* . Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

No que diz respeito a outras associações, os dados do Quadro 73 dão conta de diferenças significativas entre a idade com que se consumiu pela primeira vez tabaco, o consumo regular deste produto e a exposição ao FAT fora de casa. A exposição ao FAT no ambiente onde se reside encontra-se associada à exposição ao FAT fora de casa e ao cumprimento da proibição regulamentar de fumar no interior dos edifícios escolares.

## Dimensão IV – Atitudes e perceções

Os resultados que se seguem (Quadro 74) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 28 afirmações relacionadas com atitudes e perceções relativamente ao consumo de tabaco. A fiabilidade dos itens é moderada a elevada com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,831 (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 74. Atitudes e perceções relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Perguntas	DT (1) (%)	D (2) (%)	C (3) (%)	CT (4) (%)	NS IND (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
19. O consumo de tabaco deveria ser proibido a pessoas com menos de 18 anos de idade.	0,9	5,2	28,9	64,6	0,4	232	4	4	1
20. Os profissionais de saúde deveriam ter formação específica em técnicas de aconselhamento e tratamento da cessação tabágica.	0,4	2,2	34,1	62,4	0,9	232	4	4	1
21. Os profissionais de saúde deveriam ser “modelos para os seus pacientes e para o público relativamente ao uso do tabaco.	3,0	14,7	32,3	45,7	4,3	232	3	4	1
22. Os profissionais de saúde deveriam, por norma, perguntar aos seus pacientes os seus hábitos tabágicos.	0,4	0,0	25,9	73,7	0,0	232	4	4	1
23. Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, os seus pacientes a deixar de fumar.	0,4	0,4	26,5	72,2	0,4	234	4	4	1
24. Os profissionais de saúde deveriam trabalhar com grupos da comunidade sobre a prevenção do tabagismo.	0,0	7,7	46,2	41,5	4,6	234	3	3	1
25. Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica.	0,0	0,5	34,6	64,5	0,4	234	4	4	1
26. As probabilidades dos pacientes deixarem de fumar com sucesso aumentam se os profissionais de saúde os aconselharem a deixar de fumar.	0,9	12,4	48,7	30,3	7,7	234	3	3	1

Quadro 74 (Continuação). Atitudes e percepções relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Perguntas	DT (1) (%)	D (2) (%)	C (3) (%)	CT (4) (%)	NS IND (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
27. É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fumar.	12,0	27,4	34,6	19,2	6,8	234	3	3	1
28. Todos os estabelecimentos de ensino superior deveriam ter consultas de cessação tabágica acessíveis aos alunos para aconselhamento, tratamento e acompanhamento.	0,4	5,6	52,8	36,1	5,1	233	3	3	1
29. A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para a saúde individual.	0,0	0,9	26,3	71,6	1,2	232	4	4	1
30. A morte neonatal está associada à exposição ao fumo ambiental do tabaco.	0,0	16,8	41,4	22,0	19,8	232	3	3	1
31. O tabagismo materno durante a gravidez aumenta o risco de Síndrome de Morte Súbita do lactente.	0,0	1,3	46,6	29,7	22,4	232	3	3	1
32. A exposição ao fumo ambiental do tabaco aumenta o risco de doença pulmonar em adultos não fumadores.	0,4	1,3	47,2	49,4	1,7	231	3	4	1
33. A exposição ao fumo ambiental do tabaco não aumenta o risco de doença cardiovascular em adultos não fumadores.	29,7	39,7	14,7	7,3	8,6	232	2	2	1
34. O tabagismo dos progenitores aumenta o risco de doenças do trato respiratório inferior, em crianças expostas, como a pneumonia.	1,3	1,7	46,6	38,8	11,6	232	3	3	1
35. Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças.	0,4	0,9	19,0	78,4	1,3	232	4	4	0
36. Não existe um nível sem risco de exposição ao fumo ambiental do tabaco.	6,9	9,1	38,8	30,2	15,0	232	3	3	2
37. Os fumadores que não param de fumar encurtam em mais de 10 anos a sua expectativa de vida.	0,4	3,4	43,1	35,3	17,8	232	3	3	1
38. Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco.	0,4	0,4	38,8	21,6	38,8	232	3	-	3

Quadro 74 (Continuação). Atitudes e perceções relativamente ao consumo de produtos do tabaco para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Perguntas	DT (1) (%)	D (2) (%)	C (3) (%)	CT (4) (%)	NS IND (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
39. O tabaco contribui para a pobreza e as desigualdades em saúde.	7,4	25,5	30,7	16,9	19,5	231	2	3	2
40. O constituinte do tabaco responsável pela dependência é o alcatrão.	42,0	20,8	13,4	11,7	12,1	231	1	1	2
41. O tabaco aumenta o risco de diabetes e agrava a evolução desta doença.	6,9	18,1	28,4	21,6	25,0	232	2,5	3	3
42. O tabaco aumenta o risco de tuberculose e agrava a evolução desta doença.	3,4	13,4	34,1	24,1	25,0	232	3	3	3
43. Fumar um maço de tabaco de cigarros por dia não está associado a um risco muito elevado para a saúde.	57,3	29,7	6,5	5,2	1,3	232	1	1	1
44. Parar de fumar tem sempre benefícios.	0,0	0,4	24,1	72,0	3,5	232	4	4	1
45. Os benefícios de parar de fumar são maiores quanto mais cedo se parar de fumar.	0,0	1,3	26,3	69,8	2,6	232	4	4	1
46. A formação superior recebida provocou-lhe alguma mudança de atitude, acerca do tabagismo, comparativamente ao momento da entrada no curso.	15,1	21,1	27,6	28,9	7,3	232	3	4	2

Uma primeira análise à informação do Quadro 74, corrigidas as respostas dos itens 33, 40 e 43, permite colocar em evidência que a maioria dos/as inquiridos/as concorda com o quadro teórico apresentado nesta dimensão (79,2%), tendo 9,5% manifestado o seu desconhecimento ou indecisão. No gráfico da Figura 111 apresentam-se as percentagens de concordância, de discordância e de indecisão para esta dimensão.

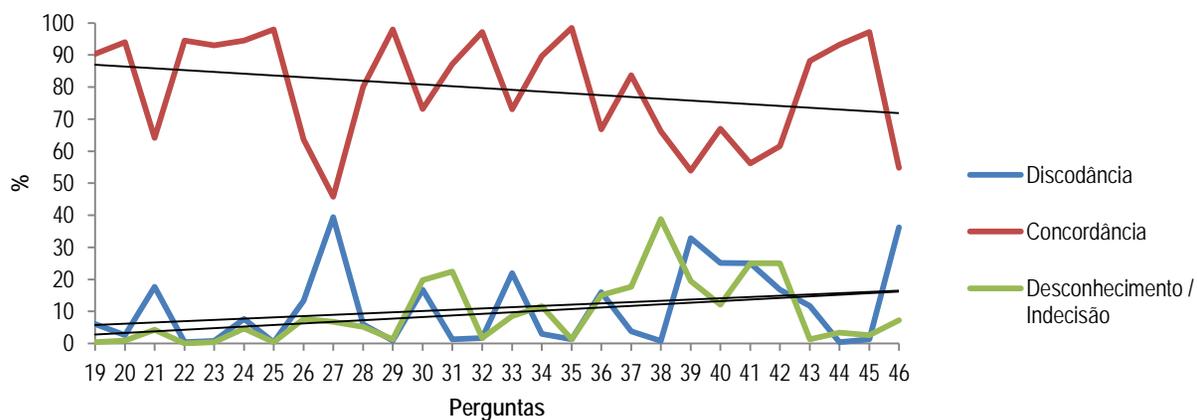


Figura 111. Concordância, discordância e desconhecimento / indecisão relativamente à dimensão IV (atitudes e percepções) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 232.

No gráfico da Figura 112 representam-se os valores modais para cada item desta dimensão. O valor modal da dimensão é 4 ("Concordo totalmente").

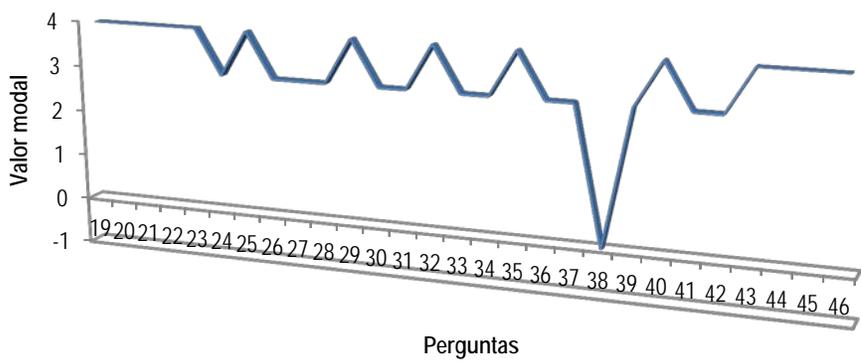


Figura 112. Distribuição dos valores modais da dimensão IV (atitudes e percepções) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 232.

A asserção que reuniu a unanimidade ao nível da concordância foi, a saber, que “Os profissionais de saúde deveriam, por norma, perguntar aos seus pacientes os seus hábitos tabágicos”, seguida das afirmações “Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, os seus pacientes a deixar de fumar” e “Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica”, *ex aequo*, com 99% de escolhas. A proposição “O tabaco contribui para a pobreza e as desigualdades em saúde” congregou a menor percentagem de concordância (48%).

Do lado oposto, para além das referidas asserções mais aprovadas, receberam uma percentagem muito reduzida de discordância (1%) as seguintes: “O tabagismo materno durante a gravidez aumenta o risco de Síndrome de Morte Súbita do lactente”, Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças”, “Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco” e “Os benefícios de parar de fumar são maiores quanto mais cedo se parar de fumar”. “Parar de fumar tem sempre benefícios” não registou qualquer discordância por parte dos/as alunos/as. A afirmação de que “É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fumar” recebeu a maior concentração de desacordos. Embora a média percentual de desconhecimento / indecisão seja inferior a 10%, 4 das afirmações apresentam valores iguais ou superiores a 20%, com uma expressão máxima, de 38,8%, no item “Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco”.

#### **Dimensão V – Perceções sobre a formação teórica recebida**

Os resultados que se seguem (Quadro 75) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 34 afirmações relacionadas com as perceções sobre a formação teórica recebida. A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,975 (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 75. Percepções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
47. Constituintes do tabaco e do fumo do tabaco.	17,4	9,6	27,0	35,7	8,3	2,2	230	2	3	2
48. Repercussões do consumo de tabaco na saúde.	1,7	2,6	8,3	53,5	33,0	0,9	230	3	3	1
49. Efeito da exposição ao fumo ambiental do tabaco.	7,4	3,9	19,1	44,8	23,9	0,9	230	3	3	1
50. Mecanismos neurobiológicos da dependência.	12,6	15,2	27,4	33,0	10,0	1,7	230	2	3	2
51. Mecanismos psicológicos da dependência.	12,2	11,7	28,7	33,0	13,0	1,3	230	2	3	1
52. Razões pelas quais as pessoas fumam.	12,2	6,5	25,7	40,0	12,2	3,5	230	3	3	1
53. Síndrome de abstinência da nicotina.	11,7	8,7	31,7	33,5	11,7	2,6	230	2	3	1
54. Epidemiologia do consumo de tabaco.	9,1	13,9	30,9	34,3	9,6	2,2	230	2	3	2
55. Modelos e técnicas de prevenção em tabagismo.	8,7	7,8	36,1	33,9	12,2	1,3	230	2	2	1
56. Benefícios para a saúde de deixar de fumar.	3,0	1,3	7,4	52,2	35,2	0,9	230	3	3	1
57. Modelos de mudança comportamental relacionados com o tabagismo (exemplo: Prochaska e DiClemente).	39,6	15,7	20,9	14,3	4,3	5,2	230	1	-1	3

Quadro 75 (Continuação). Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
58. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	33,9	10,4	20,9	23,5	7,4	3,9	230	2	-1	4
59. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	33,9	12,2	21,7	20,0	7,8	4,3	230	1	-1	4
60. Como avaliar a motivação e prontidão para fazer uma tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	33,5	11,3	20,0	22,6	6,1	6,5	230	1	-1	4
61. 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 5As).	34,3	10,0	24,8	17,8	7,0	6,1	230	1	-1	3
62. Como acompanhar o progresso da pessoa que parou de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	35,7	9,6	26,1	17,0	6,1	5,7	230	1	-1	3
63. Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As, ABC ou 2As+R).	40,4	10,4	22,6	15,7	4,8	6,1	230	1	-1	3

Quadro 75 (Continuação). Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
64. Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar na Intervenção Muito Breve (algoritmo 3As ou 2As+R).	39,6	12,6	23,9	13,9	3,9	6,1	230	1	-1	3
65. Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As ou 2As+R).	40,0	13,0	23,0	13,5	3,0	7,4	230	1	-1	3
66. Como abordar pessoas que estejam ambivalentes ou não desejem parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5Rs).	35,8	14,4	23,6	16,6	3,9	5,7	229	1	-1	3
67. Abordagem do fumador em contexto clínico.	9,6	7,5	27,6	43,4	8,8	3,1	228	3	3	1
68. Intervenção de Apoio Intensivo de acordo com o Programa tipo da Direção-Geral da Saúde (DGS, 28/12/2007).	40,4	14,5	24,1	9,6	3,5	7,9	228	1	-1	3
69. Cessaçãotabágica em grupos específicos (exemplos: pessoas idosas, mulheres grávidas, adolescentes, pessoas com doença mental).	21,5	13,6	29,4	25,9	4,8	4,8	228	2	2	3

Quadro 75 (Continuação). Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
70. Aconselhamento baseado na entrevista motivacional com o objetivo de motivar e ajudar a resolver a ambivalência.	25,0	12,7	30,7	21,5	5,3	4,8	228	2	2	4
71. Como expressar empatia durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	16,2	8,8	26,3	35,1	9,2	4,4	228	2	3	2
72. Como lidar com a ambivalência do paciente durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	17,1	12,3	33,8	26,8	5,7	4,4	228	2	2	2
73. Como lidar com a resistência à mudança durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	17,5	11,8	34,2	28,1	4,4	3,9	228	2	2	2
74. Como estimular a autodeterminação e autoeficácia durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	18,4	10,5	34,2	29,4	3,5	3,9	228	2	2	2
75. Formação sobre técnicas de aconselhamento cognitivo-comportamental.	27,6	14,0	30,7	20,6	3,5	3,5	228	2	2	3
76. A prevenção das recaídas.	27,2	16,2	32,5	16,7	3,9	3,5	228	2	2	3
77. As estratégias globais de prevenção e controlo do tabagismo.	20,6	13,2	26,3	32,5	4,8	2,6	228	2	3	2

Quadro 75 (Continuação). Perceções sobre a formação teórica recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
78. O conhecimento e a utilização de materiais educativos para apoiar a cessação tabágica dos pacientes que querem deixar de fumar.	25,9	13,2	26,3	27,6	4,4	2,6	228	2	3	4
79. A prescrição, indicações e contra-indicações das terapêuticas de substituição da nicotina em programas de cessação tabágica (tais como os adesivos ou pastilhas).	28,5	14,0	33,3	16,2	4,8	3,1	228	2	2	3
80. A prescrição, indicações e contra-indicações de fármacos de primeira linha para a cessação tabágica tais como a Bupropiona e a Vareniclina.	33,2	23,5	23,9	10,6	4,9	4,0	226	1	-1	3

Num leitura global dos resultados do Quadro 75 ressalta à vista o facto de 23,3% dos/as inquiridos/as terem considerado que as componentes de formação teórica apresentas não foram abordadas durante a sua formação académica de 5 anos letivos. Em relação com este facto, estão 37,4% que não se sentem preparados/as ou estão mal preparados/as (11,4% e 26,0%, respetivamente) para atuar ao nível da prevenção e tratamento do tabagismo. Uma franja de 35,5% considera-se preparada, sendo inferior a 10% os/as muito bem preparados/as.

“Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As, ABC ou 2As+R)”, a “Intervenção de Apoio Intensivo de

acordo com o Programa tipo da Direção-Geral da Saúde (DGS, 28/12/2007)” e “Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As ou 2As+R)” parecem ter sido os temas que não foram abordados com a maior parte dos/as alunos/as (40%), seguindo-se outros 9 temas que receberam mais de 30% de escolhas. Relacionado com este aspeto o item “A prescrição, indicações e contra-indicações de fármacos de primeira linha para a cessação tabágica tais como a Bupropiona e a Vareniclina”, que recebeu 23,5% de escolhas, anuncia a não preparação para a realização desta estratégia. O conteúdo que recebeu maior frequência, relativamente à muito boa preparação dos/as alunos/os é o conhecimento do “Repercussões do consumo de tabaco na saúde”, com 53,5% de escolhas, seguido dos “Benefícios para a saúde de deixar de fumar” (52,2%). A média encontrada para a “pouca preparação” é de 26%, com a expressão máxima nos “Modelos e técnicas de prevenção em tabagismo”. A muito boa preparação encontra o seu valor máximo (35,2%) na formação recebida sobre as “Benefícios para a saúde de deixar de fumar”. Os valores da mediana, nesta dimensão, descrevem um percurso entre “Não me sinto preparado/a” e “Sinto-me bem preparado/a”, com uma mediana de 2.

Se tomarmos a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a”, procedendo de igual modo os do ponto “Sinto-me bem preparado/a” com os do “Sinto-me muito bem preparado”, podemos ter a visualização das perceções da formação teórica recebida conforme se representa no gráfico da Figura 113.

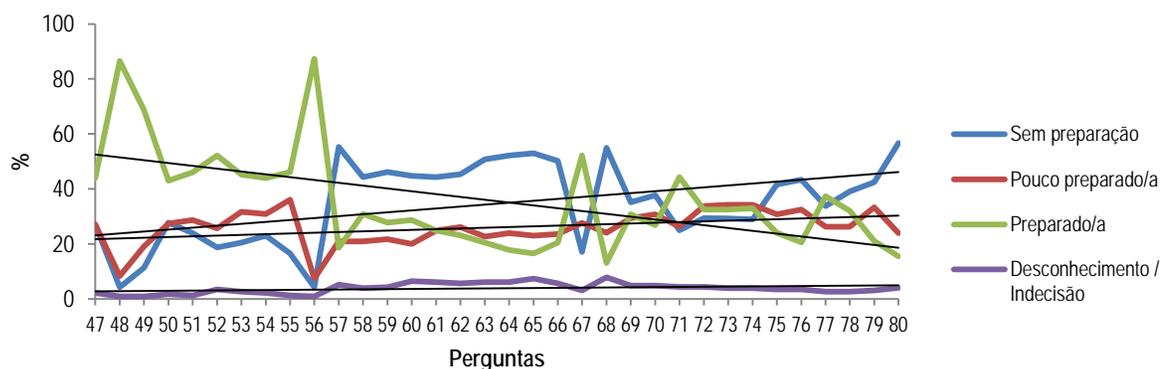


Figura 113. Preparação relativamente aos conteúdos teóricos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.  
N = 230.

No gráfico da Figura 114 distribuem-se os valores modais ao longo das várias perguntas. A classe modal desta dimensão é 3 ("Sinto-me bem preparado/a").

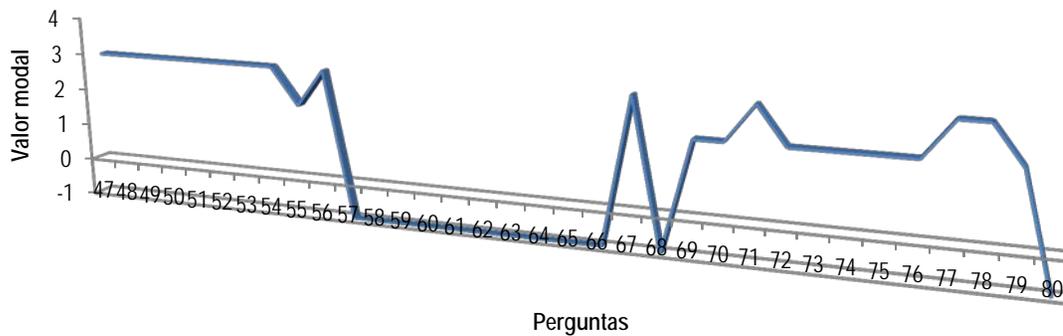


Figura 114. Distribuição dos valores modais da dimensão V (percepções sobre a formação teórica recebida) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.  
N = 230.

### Dimensão VI – Percepções sobre a formação prática recebida

Os resultados que se seguem (Quadro 76) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 7 afirmações relacionadas com percepções sobre a formação prática recebida. A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,953 (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 76. Perceções sobre a formação prática recebida para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\hat{X}$	Interquartil range
81. Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes fumadores e o registo na ficha clínica.	15,8	12,3	25,0	34,6	10,5	1,8	228	2	3	2
82. Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes em diferentes fases de preparação para a cessação tabágica.	26,3	15,4	28,5	23,2	4,8	1,8	228	2	2	4
83. Formação prática sobre a entrevista motivacional como uma intervenção adaptada a qualquer processo de mudança comportamental.	24,6	17,1	29,4	21,1	6,1	1,8	228	2	2	3
84. Participação em projetos de prevenção do tabagismo dirigidos a grupos de pacientes fumadores.	27,6	15,4	29,4	21,1	4,4	2,2	228	2	2	4
85. Participação numa consulta de cessação tabágica (estágio).	43,0	14,5	23,7	13,2	3,1	2,6	228	1	-1	3
86. Participação em projetos de tratamento do tabagismo.	42,5	10,5	25,9	14,9	3,5	2,6	228	1	-1	3
87. Participação em projetos de prevenção do tabagismo na comunidade.	42,1	10,1	26,3	15,4	3,1	3,1	228	1	-1	3

Podemos afirmar que os resultados expressos no Quadro 76, relativos às perceções sobre a formação prática recebida durante a formação académica, se encontram na continuidade dos encontrados para a dimensão V. A maior parte dos/as alunos/as declara que os temas não foram abordados e, por isso, não se sentem preparados/as para intervir (31,7% e 13,6%, respetivamente). Aqueles/as que se consideram muito bem preparados/as igualam 25,6%, opinando um grupo sensivelmente idêntico (26,3%) que está pouco preparado. Nesta dimensão, cerca de 2% dos/as inquiridos/as indicaram desconhecimento / indecisão sobre a temática. O valor da mediana e o modal é de 2 (“Sinto-me pouco preparado”).

A “Participação em projetos de prevenção do tabagismo dirigidos a grupos de pacientes fumadores” foi o item que recolheu maior favoritismo relativamente à preparação (25,6%), sentindo-se bem preparados 34,6% relativamente à “Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes fumadores e o registo na ficha clínica”. Todos os temas, com exceção da “Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes fumadores e o registo na ficha clínica”, apresentam uma percentagem superior a 24% referindo que não foram abordados na formação.

Se tomarmos a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a”, procedendo de igual modo os do ponto “Sinto-me bem preparado/a” com os do “Sinto-me muito bem preparado”, podemos ter a visualização das perceções da formação teórica recebida conforme se representa no gráfico da Figura 115.

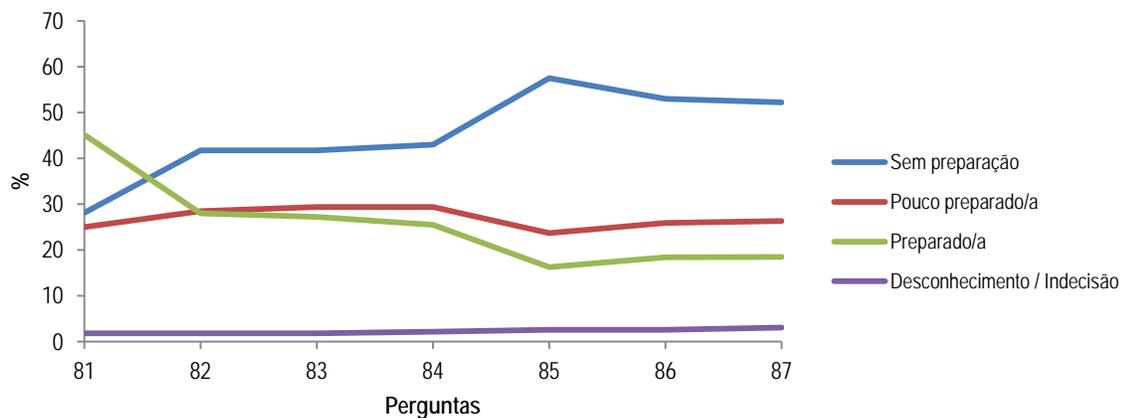


Figura 115. Preparação relativamente aos conteúdos práticos recebidos durante a formação académica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.  
N = 228.

Na regressão logística o modelo usado tem em conta as variáveis que pareceram potenciais regressores, embora tendo-se em conta as eventuais associações entre variáveis. Assim das quatro variáveis de resumo – Atitudes e perceções (global); Perceções sobre a formação teórica recebida (global); Perceções sobre a formação prática recebida; Perceções sobre a aquisição de competências – usou-se apenas as “Perceções sobre a formação prática recebida”, tentando minimizar-se a presença de multicolinearidade.

A resposta analisada foi a de competência para intervir dicotomizada ( $> 5$  e  $\leq 5$ ) (Quadro 77 e Quadro 78).

Quadro 77. Modelo de regressão logística para a variável “Competência Para Intervir” (CPI) para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Parâmetro	B	Erro padrão	95% Wald		Teste de hipóteses					
			Intervalo de confiança		Wald Qui-quadrado	df	Sig.	Exp(B)	Intervalo de confiança	
			Inf.	Sup.					Inf.	Sup.
Intercetar	2,466	0,5012	1,484	3,448	24,213	1	<0,001***	11,776	4,410	31,446
[Sexo = 1] (S)	0,517	0,3699	-0,208	1,242	1,953	1	0,162	1,677	0,812	3,462
[Sexo = 2] (S)	0 <sup>a</sup>							1		
[Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?] (FCPT)	0,136	0,3495	-0,549	0,821	0,151	1	0,697	1,146	0,578	2,273
[Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?] (FCPT)	0 <sup>a</sup>							1		
Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo? (NHF)	-0,335	1,435	-0,617	-0,054	5,465	1	0,019*	0,715	0,540	0,947
Perceções sobre a formação prática recebida (PPR)	-0,121	0,0225	-0,166	-0,077	29,022	1	<0,001***	0,886	0,847	0,926

Variável dependente: competência para intervir.

Modelo: (Intercetar), Sexo, Alguma vez fumou ou consumiu produtos de tabaco?, Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?, Perceções sobre a formação prática recebida

<sup>a</sup>. Definido para zero por que este parâmetro é redundante.

<sup>b</sup>. Fixo no valor exibido.

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

Quadro 78. Área sob a curva: Variável(is) do resultado do Teste para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Área	Erro padrão <sup>a</sup>	Asymptotic Sig. <sup>b</sup>	Intervalo de confiança		
			Limite inferior	Limite superior	
	0,815	0,032	<0,001***	0,753	0,877

Variável(is) do resultado do Teste: o valor previsto da média da resposta tem pelo menos uma ligação entre o estado atual positivo do Grupo e o atual estado negativo do Grupo. As estatísticas podem ser tendenciosas.

<sup>a</sup>. Sob a suposição não paramétrica.

<sup>b</sup>. Hipótese nula: área real = 0.5

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

O nosso modelo ajustado é, pois:

$$CPI = 2,066 + 0,517 S + 0,136 FCTP - 0,335 NHF - 0,121 PPR$$

As variáveis que são significativas são, a saber: “Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?” e “Perceções sobre a formação prática recebida”. Mas, conjuntamente, foram usados adicionalmente dois regressores: sexo e hábitos tabágicos (sim vs. não). O modelo tem sempre significado e a qualidade foi avaliada pelas características operacionais do recetor da área sob a curva (*ROC AUC*), usando para valor de corte 0,5. O modelo evidencia que as equações de regressão propostas têm poder de discriminação significativa para a capacidade para intervir (tem-se, em todos os casos, *AUC* altos significativamente diferentes de 0,5).

## Dimensão VII – Percepções sobre a aquisição de competências

Os resultados que se seguem (Quadro 79) dizem respeito ao grau de concordância relativamente a 9 afirmações relacionadas com percepções sobre a aquisição de competências. A fiabilidade dos itens é elevada, com um *Alfa de Cronbach* determinado de 0,964 (Murphy & Davidshofer, 1988).

Quadro 79. Percepções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
88. Competências suficientes para intervir em matéria de prevenção do tabagismo.	14,4	17,9	31,0	28,8	5,7	2,2	229	2	2	2
89. Competências suficientes para intervir em matéria de tratamento do tabagismo.	16,6	21,8	32,3	22,7	4,4	2,2	229	2	2	2
90. Capacidade para intervir na prevenção do tabagismo junto da comunidade.	16,2	18,3	30,1	28,8	4,8	1,7	229	2	2	2
91. Desenvolvimento da técnica de negociação e partilha de tomada de decisões no aconselhamento em tabagismo.	21,0	17,5	32,3	21,8	5,7	1,7	229	2	2	2
92. Capacidade para aumentar a literacia dos pacientes e das respetivas famílias em matéria de tabagismo e saúde.	20,1	12,7	28,8	31,4	5,2	1,7	229	2	3	2
93. Integração numa equipa multidisciplinar no âmbito do apoio à cessação tabágica.	22,3	18,3	29,3	22,7	4,8	2,6	229	2	2	3

Quadro 79 (Continuação). Perceções sobre a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Perguntas	O tema não foi abordado (-1) (%)	Não me sinto preparado/a (1) (%)	Sinto-me pouco preparado/a (2) (%)	Sinto-me bem preparado/a (3) (%)	Sinto-me muito bem preparado/a (4) (%)	Não sei/estou indeciso/a (%)	N	$\bar{X}$	$\bar{X}$	Interquartil range
94. Realização de uma Intervenção Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmo 5As).	34,5	17,5	24,0	17,5	3,9	2,6	229	1	-1	3
95. Realização de uma Intervenção Muito Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmos 3As, ABC ou 2As+R).	37,6	17,5	24,0	15,7	2,6	2,6	229	1	-1	3
96. Prescrição terapêutica de apoio à cessação tabágica.	31,1	26,2	23,1	13,3	3,6	2,7	225	1	-1	3

Na continuidade dos resultados encontrados para as dimensões V e VI, nesta dimensão 38,5% considera que não adquiriu as competências necessárias para intervir (21,0% defende que os temas não foram abordados; 17,9% não se sente preparado). Um grupo de dimensão menor (27,5%) considera que está preparado (4,8% até defende muito bem preparado) e outro (29,3%) percecionase como pouco preparado. Nesta dimensão, o desconhecimento e a indecisão preencheram 2,2%. O valor da mediana e da classe modal é de 2 ("Sinto-me pouco preparado/a").

No enquadramento dos resultados, a "Capacidade para aumentar a literacia dos pacientes e das respetivas famílias em matéria de tabagismo e saúde" foi o domínio que recebeu maiores escolhas (36,6%) ao nível da preparação (28,8% bem preparado e 4,8% muito bem preparado). Seguem-se as "Competências suficientes para intervir em matéria de prevenção do tabagismo" (34,5%). A "Realização de uma Intervenção Muito Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmos 3As, ABC ou 2As+R)" e a "Realização de uma Intervenção Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmo 5As)" terão sido os temas menos abordados (37,6% e 34,5%, respetivamente). Em qualquer dos temas apresentados, uma percentagem não inferior a 20% sente-se pouco preparada e não inferior a 17% considera não ter preparação.

Se tomarmos a decisão de agrupar os valores do ponto da escala “O tema não foi abordado” com o “Não me sinto preparado/a”, procedendo de igual modo os do ponto “Sinto-me bem preparado/a” com os do “Sinto-me muito bem preparado”, podemos ter a percepção das percepções da formação teórica recebida conforme se representa no gráfico da Figura 116.

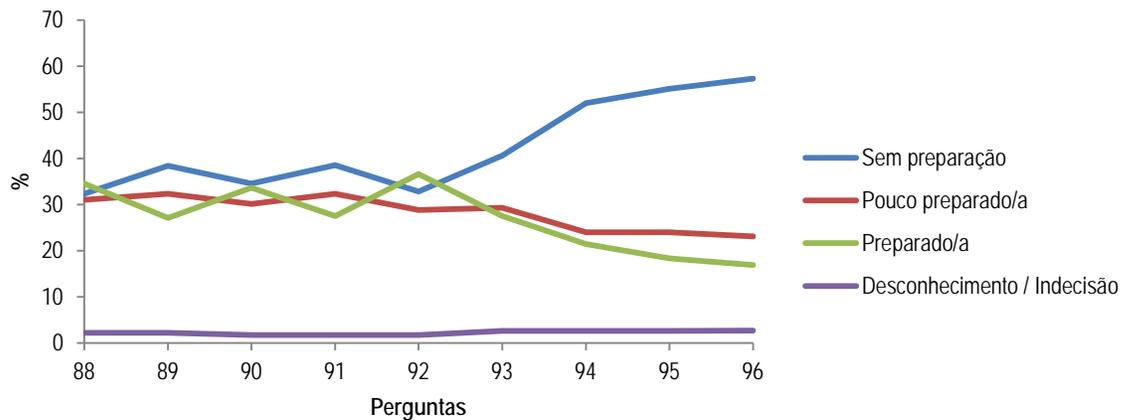


Figura 116. Percepções sobre a aquisição de competências em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 229.

Como síntese desta secção, pediu-se aos/as alunos/as que avaliassem as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação profissional futura, posicionando-se numa escala intervalar de 10 pontos (em que o valor 1 corresponde a “pouco confiante” e o valor 10 traduz “totalmente confiante”). Os resultados apresentam-se no gráfico da Figura 117. A moda e a mediana encontradas têm o valor 5, com a média de 4,61 e um desvio padrão de 2,074.

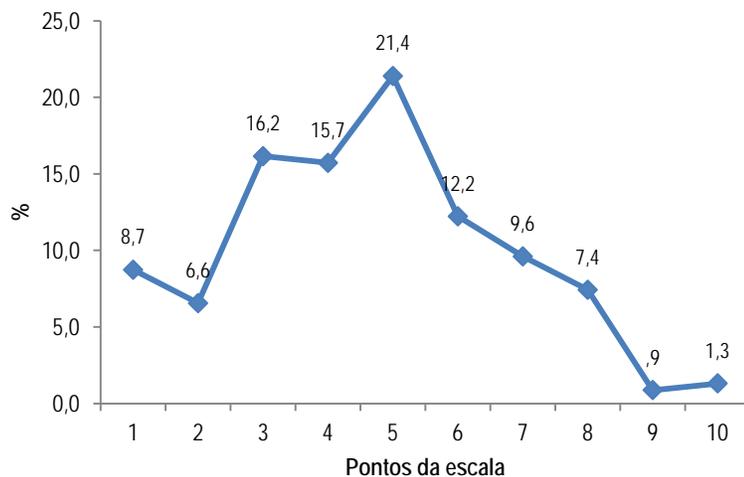


Figura 117. Autoavaliação das competências para intervir no apoio à cessação tabágica para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.  
N = 229.

Da leitura do Quadro 80, podemos perceber associações significativas entre a competência para intervir, as atitudes e perceções sobre aspetos do tabagismo e as perceções sobre a formação teórica e prática recebida durante a formação superior.

Quadro 80. Associações entre variáveis da Dimensão IV, V, VI e VII para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Variáveis	Que idade tinha quando fumou pela primeira vez?	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	Quantas vezes tentou deixar de fumar ou de consumir tabaco?	Atitudes e percepções (global)	Percepções sobre a formação teórica recebida (global)	Percepções sobre a formação prática recebida (global)	Percepções sobre a aquisição de competências	Avaliação das suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação futura	Exposição ao FAT em casa	Exposição ao FAT fora de casa	Cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares
<i>p-values</i>											
Competência para intervir nominal (>5; ≤ 5) <sup>a</sup>	0,427	0,282	0,882	0,093	<0,001***	<0,001***	<0,001***	0,529	0,237	0,371	<0,001***
Atitudes e percepções (global) <sup>b</sup>	0,421	0,853	0,744	NA	0,037*	0,149	0,015*	0,029*	0,244	0,139	0,126
Percepções sobre a formação teórica recebida (global) <sup>b</sup>	0,637	0,394	0,987		NA	<0,001***	<0,001***	<0,001***	0,244	0,547	0,937
Percepções sobre a formação prática recebida (global) <sup>b</sup>	0,795	0,925	0,251			NA	<0,001***	<0,001***	0,420	0,622	0,667
Percepções sobre a aquisição de competências <sup>b</sup>	0,314	0,553	0,404				NA	<0,001***	0,646	0,947	0,348
Avalie as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação futura <sup>b</sup>	0,156	0,121	0,574					NA	0,175	0,328	0,059

\*. Correlação significativa; \*\*. Correlação muito significativa; \*\*\*. Correlação altamente significativa; <sup>a</sup>. Mann-Whitney; <sup>b</sup>. Teste à correlação de Spearman.

Quadro 81. Associação entre a competência para intervir e outras variáveis para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Variáveis	Sexo	Alguma vez fumou?	Hábitos tabágicos (nunca fumou; experimentou; fuma regularmente)	Hábitos tabágicos detalhados (Nunca fumou; experimentou; ex-fumador; fuma ocasionalmente; fuma diariamente)
<i>Pearson Chi-Square</i>				
<i>p-values</i>				
Competência para intervir nominal (> 5; ≤ 5)	0,048*	0,484	0,525	0,817

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

Da leitura do Quadro 81, podemos perceber associações significativas entre a competência para intervir, as atitudes e perceções sobre aspetos do tabagismo e as perceções sobre a formação teórica e prática recebida durante a formação superior. A competência para intervir, nominal, parece estar igualmente associada ao sexo, de modo significativo.

### Dimensão VIII – Perceções sobre os métodos pedagógicos

Os resultados que se seguem dizem respeito às perceções relativamente aos métodos pedagógicos utilizados na formação, reunindo sugestões e comentários.

O gráfico da Figura 118 representa o número de horas que foram utilizadas, durante a formação académica, para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo. O valor da média determinado é 2,39 h, e o valor modal e da mediana é de 2 h, com um desvio padrão de 1,265 h.

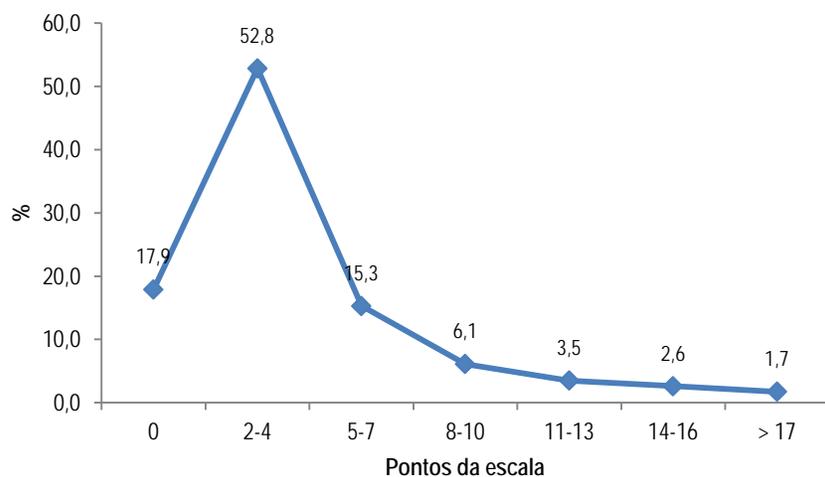


Figura 118. Número de horas, estimado, utilizado na formação acadêmica para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.  
N = 229

De seguida, procurou-se encontrar associações entre o número de horas utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo e as perceções sobre a formação teórica e prática recebida e sobre a aquisição de competências (Quadro 82).

Quadro 82. Associação entre o número de horas dedicadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, as atitudes e perceções sobre aspetos do tabagismo, a formação recebida e a aquisição de competências para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

Variáveis	Avaliação das suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação profissional futura	Atitudes e perceções (global)	Perceções sobre a formação teórica recebida (global)	Perceções sobre a formação prática recebida	Perceções sobre a aquisição de competências
Teste <i>Spearman's rho</i> ( <i>p-values</i> )					
Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo?	<0,001***	0,468	<0,001***	<0,001***	<0,001***

\*. Correlação significativa.

\*\*. Correlação muito significativa.

\*\*\*. Correlação altamente significativa.

Pela análise dos resultados, verificamos que existe associação altamente significativa entre o número de horas de formação, a perceção sobre a formação teórico-prática recebida e a autoavaliação que se faz das competências pessoais para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a atuação profissional futura.

A temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada ao longo de todo o percurso da formação académica, particularmente no 3.º e 4.º anos do curso (Figura 119).

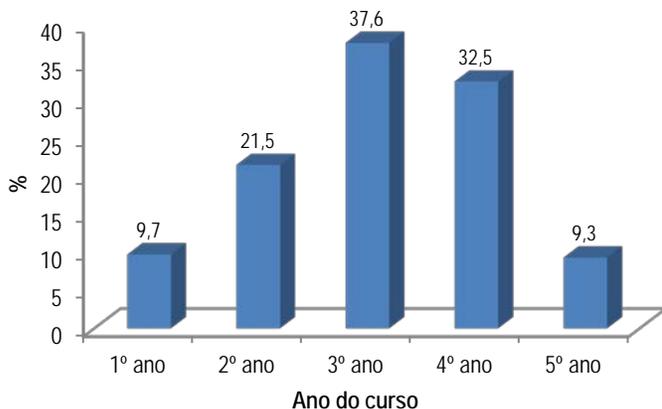


Figura 119. Anos do curso em que a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 330.

Pouco mais da maioria dos/as alunos/as (59,8%) considera que alguns temas sobre o tabagismo deveriam ser trabalhados com mais tempo ou de outro modo na sua formação académica, conforme se revela no gráfico da Figura 120.

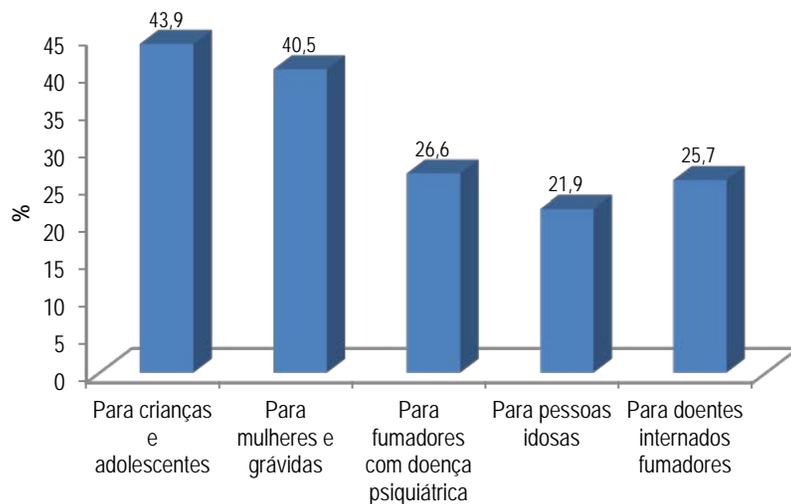


Figura 120. Temas que deveriam ser trabalhados durante a formação académica com mais tempo ou de outro modo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 229.

Foram indicados outros grupos de fumadores, com os quais se deveria trabalhar na formação académica: toxicodependentes ( $n = 1$ ); fumadores passivos ( $n = 1$ ).

As técnicas que terão sido utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo indicam-se no gráfico da Figura 121.

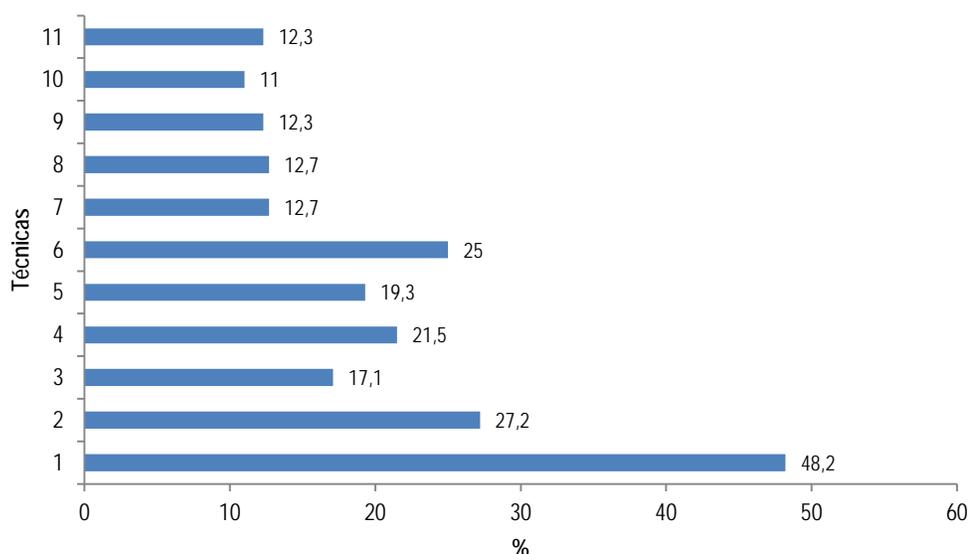


Figura 121. Técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

N = 228. 1 – Palestras; 2 – Discussões em pequenos grupos; 3 – Técnicas de prescrição farmacológica; 4 – Exercícios para o desenvolvimento de competências de comunicação relacionadas com o tratamento do tabagismo como parte de uma entrevista a um paciente; 5 – Observação da prática de aconselhamento realizada pelo supervisor clínico; 6 – Experiências clínicas na prevenção e no tratamento de fumadores; 7 – Curso na área comportamental; 8 – Programa específico para o desenvolvimento de competências para esta área; 9 - Um método sistemático para formação de supervisores, que os incentiva para a modelação, observação e o ensino dos 5As durante as práticas clínicas; 10 – Sessões de *role-play*; 11 – Sessões estruturadas interativas, de reforço, realizadas em paralelo às práticas clínicas.

Os/as alunos/as indicaram um número limitado de outras técnicas utilizadas durante a formação académica: aulas ( $n = 2$ ) e consulta de psicologia ( $n = 1$ ).

Quando questionados/as acerca de alterações a introduzir na abordagem aos temas sobre o tabagismo, em particular o aumento do tempo e a mudança de metodologias de ensino, apuraram-se os seguintes resultados Figura 122.

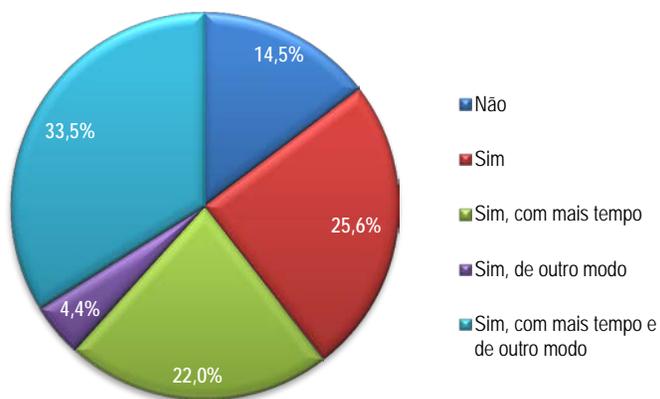


Figura 122. Aumento da carga horária e do modo de ensino dos temas relacionados com o tabagismo para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária. N = 227.

Acerca da indicação de temas / metodologias / tempo considerados mais adequados para a abordagem do tabagismo na formação académica, a análise de conteúdo permitiu construir as seguintes categorias: mais tempo de formação ( $n = 6$ ); tabagismo e menores de idade ( $n = 4$ ); tabagismo e grávidas ( $n = 5$ ); prevenção e cessação tabágica ( $n = 20$ ); patologias associadas ao tabagismo ( $n = 8$ ); intervenção comunitária ( $n = 16$ ); terapêutica farmacológica ( $n = 15$ ).

Cerca de 94,3% dos/as inquiridos/as declara que não participou em projetos no domínio da prevenção e do tratamento do tabagismo (N = 227). Apenas dois alunos indicaram que participaram em projetos de intervenção.

Por fim, os/as alunos/as foram convidados a indicar áreas / temáticas / atividades que se considerassem pertinentes serem incluídas na matriz curricular do curso para apoiar os esforços na redução do tabagismo entre os pacientes na comunidade. A análise de conteúdo levou à construção das seguintes categorias: cessação tabágica ( $n = 11$ ); motivação ( $n = 9$ ); prevenção ( $n = 8$ ); intervenção ( $n = 11$ ); farmacologia ( $n = 12$ ); palestras ( $n = 5$ ) e patologias associadas ao consumo de tabaco ( $n = 3$ ).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 6.1. CONCLUSÕES

Este estudo pretende avaliar a aquisição de competências profissionais, no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo, no final da formação pré-graduada dos profissionais de saúde, no âmbito dos cursos de formação em ciências farmacêuticas, enfermagem, medicina e medicina dentária.

Para a obtenção da informação necessária, optou-se por um desenho de natureza mista, observacional, transversal e analítico, com uma amostragem não probabilística acidental, que permitisse inferência estatística para a população teórica. Considerou-se um nível de confiança mínimo de 95%, com um erro amostral máximo de 5%. Foram inquiridos sujeitos de todos os estabelecimentos de ensino superior nacionais, públicos e privados, que ofereciam, no ano letivo de 2015-2016, os cursos de Ciências Farmacêuticas, Medicina e de Medicina Dentária, e de 95% das instituições que tinham o curso de Enfermagem. No total, foram validadas 30,4% de respostas para o curso de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas ( $e = 7,71\%$ ), 42,5% de respostas para o curso de Licenciatura em Enfermagem ( $e = 2,24\%$ ), 24,2% de respostas para o curso de Mestrado Integrado em Medicina ( $e = 4,01\%$ ) e 39,1% de respostas para o curso de Mestrado Integrado em Medicina Dentária ( $e = 4,93\%$ ). No total, a taxa de resposta é de 35%, numa população de 6065 alunos/as, correspondendo a 2095 alunos/as dos 4 cursos em apreciação.

Foi construído um questionário original, com 104 perguntas agrupadas em 8 dimensões, a saber: I – Informação sociodemográfica; II – Prevalência do consumo de produtos do tabaco; III – Exposição ao fumo ambiental do tabaco; IV – Atitudes e perceções; V – Perceções sobre a formação teórica recebida; VI- Perceções sobre a formação prática recebida; VII – Perceções sobre a aquisição de competências; VIII – Perceções sobre os métodos pedagógicos. Sugestões e comentários. O questionário foi validado internamente e externamente por painéis de juizes, recebendo aprovação da DGS. A testagem piloto revelou que existe fiabilidade interna do questionário, variando entre

moderada a elevada. O questionário final foi aplicado em suporte papel (53%) e em suporte informático (47%) entre abril e outubro de 2016. A informação recolhida foi tratada e analisada segundo procedimentos de estatística univariada, bivariada e multivariada.

Nesta secção, apresentam-se as principais conclusões, tendo em atenção os 7 objetivos definidos (cf. Cap. 2.2.) e os principais resultados encontrados, indexados a cada curso, com a seguinte codificação: CF – Ciências Farmacêuticas; E – Enfermagem; M – Medicina; MD – Medicina Dentária.

### ***Informação sociodemográfica***

A maioria dos inquiridos é do sexo feminino (CF – 78%; E – 84%; M – 72%; MD – 73%), indicando como estado civil solteiro/a (CF – 97%; E – 94%; M – 97%; MD – 95%). A média das idades é de 23,6 anos para as CF, 22,2 anos para a E, 25,3 anos para a M e 23,6 anos para a MD. Os estudos universitários foram iniciados com 18,1 anos (CF), 19,0 anos (E), 18,2 anos (M) e 18,7 anos (MD).

### ***Avaliar as atitudes e comportamentos dos estudantes face ao consumo de tabaco e à exposição ao FAT***

A maioria dos inquiridos já fumou produtos de tabaco (CF – 53%; E – 56%; M – 53%; MD – 57%), sendo o sexo uma variável muito significativa associada à experimentação em todos os cursos. O primeiro contacto com o tabaco terá sido, em média, aos 17,7 anos (CF); 17,9 anos (E) e 16,4 anos (M e MD).

Apesar da experimentação superior a 50%, a prevalência de fumadores vs. fumadoras é de 32,3 % vs. 15,1 % (CF); de 23,5% vs. 21,8% (E), de 17,1% vs. 10,2% (M) e de 29,7% vs. 15,9% (MD). Entre os/as que experimentaram fumar, relativamente aos últimos 30 dias prévios à resposta ao questionário, fumam ocasionalmente vs. fumam diariamente 43,8% vs. 56,3% (CF); 22,8% vs. 63,9% (E); 44,3% vs. 41,0% (M); 66,7% vs. 15,8% (MD.) Entre os/as que fumam pelo menos uma vez por dia, são mulheres 48,1% (CF); 79,8% (E); 64,0% (M); 66,7% (MD).

O principal motivo para se ter iniciado a fumar relaciona-se com a influência dos amigos e/ou colegas que fumavam (CF – 62,5%; E – 56,9%; M – 72,1%; MD – 66,1%), logo seguido do gosto do saber e/ou do cheiro do tabaco. A estética das embalagens de tabaco e a influência dos familiares são os motivos mais afastados para o início do comportamento tabágico.

A maioria dos/as inquiridos/as que consomem tabaco já tentou deixar de fumar (CF – 62,5%; E – 60,3%; M – 69,4%; MD – 57,6%), a maior parte uma única vez. O principal produto de tabaco que foi consumido, nos últimos 30 dias à resposta ao inquérito, é o cigarro, embora coexista a experimentação, consumo ocasional e diário de outros produtos, com menor / reduzida expressão.

A maioria dos/as alunos/as consome o seu primeiro cigarro 1 h após acordar (CF – 67,4%; E – 58,3%; M – 62,7%; MD – 63,8%) e até 10 cigarros por dia (CF – 76,7%; E – 75,8%; M – 76,5%; MD – 70,2%). A maioria dos/as inquiridos/as também considera deixar de fumar (nos próximos 30 dias ou nos próximos 6 meses (CF – 60,4%; E – 53,3%; M – 62,8%; MD – 59,6%).

Entre os/as ex-fumadores/as, a maioria deixou de consumir há mais de um ano (CF – 81,%; E – 69,5%; M e MD – 78,7%) pelos riscos para a saúde que apresentava esta prática (CF – 20,4%; E – 22,1%; M – 26,7%; MD – 23,9%), mediante a sua “força de vontade” (CF – 24,6%; E – 27,0%; M – 30,3%; MD – 29,1%).

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%; MD – 50,2%). No curso de M, a maior parte (38,2%) esteve exposta 1-2 dias ao FAT. Quando analisamos os dados relativamente à exposição fora do local onde se reside, a situação inverte-se nos cursos de CF e E: a maior parte considera 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 exposto/a 1-2 dias (38,2% e 31,3%, respetivamente).

Ao que os dados deixam transparecer, a maioria concorda que a proibição regulamentar de fumar nos edifícios escolares é aplicada (CF e E – 80,0%; M – 87,2%; MD – 83,6%). Essa percentagem aumenta quando se refere aos locais de práticas clínicas e/ou estágios, nos cursos de CF, E e MD (86%, 82% e 97,2%, respetivamente) e diminui no curso de M (73%)

No curso de CF, foram encontradas algumas associações significativas entre: a) o sexo, a idade que se tinha quando se fumou pela primeira vez e a exposição ao FAT em casa; b) o facto de se ter alguma vez fumado e a exposição ao FAT em casa e fora dela; c) os hábitos tabágicos, a idade que se tinha quando se fumou pela primeira vez e a exposição ao FAT em casa e fora dela.

No curso de E, foram encontradas algumas associações significativas entre: a) o facto de se ter alguma vez fumado e a exposição ao FAT em casa e fora dela; b) os hábitos tabágicos, a idade que se tinha quando se fumou pela primeira vez e com que se começou a consumir regularmente tabaco e a exposição ao FAT em casa e fora dela.

No curso de M, foram encontradas algumas associações significativas entre: a) o facto de se ter alguma vez fumado e a exposição ao FAT em casa e fora dela; b) os hábitos tabágicos e a exposição ao FAT fora de casa.

No curso de MD, foram encontradas algumas associações significativas entre: a) o sexo e o número de vezes que se tentou deixar de fumar; b) o facto de se ter alguma vez fumado e a exposição ao FAT em casa e fora dela; c) os hábitos tabágicos e a exposição ao FAT dentro e fora de casa.

### ***Avaliar os conhecimentos dos alunos sobre os efeitos na saúde associados ao consumo de tabaco e à exposição ao FAT***

A maioria dos/das alunos/as manifesta atitudes e perceções sobre os efeitos na saúde associados ao consumo de tabaco consentâneas ao quadro teórico concetual (itens 29-34; 36-45) (CF – 75,2%; E – 78,3%; M – 81,0%; MD – 76,1%), discordando deste referencial uma minoria (CF – 11,0%; E – 10,9%; M – 8,5%; MD – 11,2%). O desconhecimento / indecisão é considerado por uma franja de 13,8% (CF); 10,9% (E); 10,5% (M); e 14,1% (MD). O valor modal é de 3 (“Concordo”) para os cursos de CF, E, MD, e de 4 (“Concordo completamente”) para o curso de M.

***Avaliar as atitudes dos alunos relativamente ao seu papel profissional futuro, em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo***

No que diz respeito às atitudes e perceções sobre o papel dos profissionais de saúde, em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo, a maioria dos/das alunos/as manifesta-se favoravelmente ao quadro teórico concetual (itens 20-28; 35) (CF – 84,2%; E – 83,3%; M – 86,1%; MD – 88,4%), discordando deste referencial uma minoria (CF – 12,0%; E – 12,8%; M – 10,6%; MD – 8,7%). O desconhecimento / indecisão é considerado por um grupo de 3,7% (CF); 3,9% (E); 3,3% (M); e 2,9% (MD). O valor modal é de 4 (“Concordo completamente”) para todos os cursos.

***Avaliar as perceções dos alunos relativamente às características da formação recebida sobre prevenção e tratamento do tabagismo***

Neste objetivo, procurou-se perceber as perceções sobre a componente de formação teórica e componente de formação prática recebida durante a formação académica. O resultado que mais ressalta é a percentagem dos/as que consideram que a componente teórica, no global, não foi abordada no seu curso (CF – 27,5%; E – 23,6%; M – 13,4%; MD – 23,3%). Relativamente a esta componente teórica, não se sentem preparados/as ou estão pouco preparados/as: 35,6% (CF); 32,3% (E); 37,7% (M); 37,4% (MD). Um grupo similar sente-se bem preparado / muito bem preparado teoricamente: 32,7% (CF); 38,6% (E); 47,7% (M); 35,5% (MD). Neste domínio, 4,2% (CF), 2,2% (E), 1,1% (M) e 3,9% (MD) não sabe ou está indeciso acerca da sua preparação teórica.

No que diz respeito à componente de formação prática, um grupo, de dimensão superior àquele que se manifestou sobre a componente teórica, declara que não foi abordada durante o curso: 42,0% (CF); 34,7% (E); 24,4% (M); 31,7% (MD). Relativamente a esta componente prática, não se sentem preparados/as ou estão pouco preparados/as: 37,1% (CF); 35,1% (E); 38,5% (M); 40,5% (MD). Um grupo similar sente-se bem preparado / muito bem preparado teoricamente: 18,5% (CF); 28,2% (E); 36,0% (M); 25,6% (MD). Neste domínio, 2,3% (CF), 2,3% (E), 1,2% (M) e 2,3% (MD) não sabe ou está indeciso/a acerca da sua preparação prática.

***Avaliar as percepções dos alunos relativamente às competências profissionais adquiridas em matérias de prevenção e tratamento do tabagismo***

Na sequência dos resultados anteriores, os/as alunos/as manifestaram-se relativamente ao seu grau de preparação para intervir em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo. Se considerarmos o facto de um conjunto de competências não terem sido abordadas durante a formação académica, associadas à conseqüente pouca preparação, verificamos que corresponde ao maior grupo que se manifestou: 36,6% (CF); 45,0% (E); 38,2% (M); 45,3% (MD). Um grupo de dimensões inferiores considera-se bem preparado / muito bem preparado: 31,3% (CF); 28,2% (E); 36,0% (M); 25,6% (MD). Acerca das percepções sobre a aquisição de competências, o desconhecimento / indecisão situou-se entre 1,2% (M) e 2,3% (CF, E e MD).

Como síntese, neste objetivo, foi solicitado aos/as alunos/as que se posicionam numa escala de 10 pontos (em que o valor 1 corresponde a “Pouco confiante” e o valor 10 traduz “Totalmente confiante”) a 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, são as seguintes: 4,85 (CF); 4,78 (E); 5,15 (M); 4,61 (MD).

***Avaliar 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 autoperceção das competências pessoais para intervir, foi possível construir um modelo ajustado para cada curso, 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”.

No curso de CF, a competência para intervir nominal está significativamente associada às seguintes variáveis, a saber: a) se alguma vez fumou; b) atitudes e percepções (global); c) percepções sobre a formação teórica recebida (global); d) percepções sobre a formação prática recebida (global); e)

perceções 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 está significativamente associada às seguintes variáveis, a saber: a) atitudes e perceções (global); b) perceções sobre a formação teórica recebida (global); c) perceções sobre a formação prática recebida (global); d) perceções 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 está significativamente associada às seguintes variáveis, a saber: a) se alguma vez fumou; b) idade que se tinha quando se fumou pela primeira vez; c) atitudes e perceções (global); d) perceções sobre a formação teórica recebida (global); e) perceções sobre a formação prática recebida (global); f) perceções 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 está significativamente associada às seguintes variáveis, a saber: a) sexo; b) perceções sobre a formação teórica recebida (global); c) perceções sobre a formação prática recebida (global); d) perceções sobre a aquisição de competências; e e) cumprimento da legislação da proibição de fumar nos edifícios escolares.

### ***Avaliar as necessidades de formação dos alunos para intervenção em matéria de prevenção e tratamento do tabagismo***

O número de horas de formação, que é indicado, dedicado à abordagem da temática da prevenção e do tratamento do tabagismo, ao longo do curso, varia entre 2,0 h (CF), 2,4 h (E e MD) e 2,9 h (M). Este fator encontra-se diretamente associado à autoperceção das competências pessoais para intervir, às perceções da formação teórica e prática recebidas (global) e às perceções sobre a aquisição de competências nos cursos de CF, M e E. Em MD, para além destas variáveis, está muito significativamente associado às atitudes e perceções (global).

A temática da prevenção e do tratamento do tabagismo terá sido abordada ao longo de todos os anos do curso, particularmente, nos 2.º e 3.º anos do curso de CF (25,2% e 21,9% respetivamente),

no 2.º ano do curso de E (38,3%); nos 2.º, 3.º e 4.º anos no curso de MD (21,5%; 37,6% e 32,5%, respetivamente); e nos 2.º, 3.º, 4.º e 5.º ano do curso de M (21,1%; 28,4%; 33,3% e 38,1%, respetivamente).

Os/as alunos/as inquiridos/as sugerem um conjunto de temas, com maior destaque, relacionados com o tabagismo: “crianças e adolescentes” (CF – 42,4%; E – 45,6%; M – 44,3%; MD – 43,9%); “mulheres grávidas” (CF – 38,1%; E – 41,5%; M – 40,8%; MD – 40,5%); “fumadores com doenças psiquiátrica” (CF – 27,5%; E – 28,8%; M – 31,6%; MD – 26,6%); “pessoas idosas” (CF – 22,8%; E – 20,7%; M – 26,9%; MD – 21,9%) e “doentes internados” (CF – 26,2%; E – 33,5%; M – 34,3%; MD – 25,7%).

As principais técnicas utilizadas durante a formação académica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo parecem ser: técnicas de prescrição farmacológica (CF – 55,3%); as palestras (CF – 49,4%; M – 67,7%; MD – 48,2%), as discussões em pequenos grupos (CF – 39,4%; E – 52,3%; M – 48,6%); a observação da prática de aconselhamento realizada pelo supervisor clínico (M – 46,5%); as palestras (E – 38,7%); os exercícios para o desenvolvimento de competências de comunicação relacionadas com o tratamento do tabagismo como parte de uma entrevista a um paciente (E – 32,5%; M – 38,4%) e as experiências clínicas na prevenção e no tratamento de fumadores (E – 31,6%; M – 39,3%).

Relativamente às alterações a introduzir na abordagem aos temas sobre o tabagismo, foi considerado que se deve incrementar o tempo dedicado à temática e ensiná-la de outro modo (CF - 37,6%; E – 28,0%; M – 37,8%; MD – 33,5%), seguido do grupo que opina que é suficiente aumentar o tempo de ensino e de aprendizagem (CF – 31,2%; E – 26%; M – 22,3%; MD – 22,0%)

\*

\*           \*

Em síntese, 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 acerca do 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 médio numa escala de 10 pontos. Tal facto parece estar associado a um conjunto de fatores, diretamente relacionados com a formação teórica e prática recebidas, o número de horas de formação dedicadas ao assunto e a outros fatores que influenciam as atitudes e perceções sobre o fenómeno do tabagismo.

A evidência dos resultados permitem elaborar um conjunto de recomendações:

- a) 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 alunos e, em particular, dos cursos em apreciação. 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, que, modo implícito, 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 terem comportamentos de risco, neste caso, o consumo de produtos do tabaco. As instituições do ensino superior devem promover nos seus alunos um desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo e incentivar a autodeterminação para a mudança de comportamentos mais saudáveis. Além disso a intervenção deverá estar alicerçada na teoria e prática baseada na evidência (Epton et al., 2013) e nas novas tecnologias (Dalum, Brandt, Skov-Ettrup, Tolstrup & Kok, 2016). Importa, também, realçar nos desafios para o futuro a formação e intervenção usando novos diapositivos móveis como as tão conhecidas *apps* (Whittaker, McRobbie, Bullen, Rodgers & Gu, 2016).
- b) 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.

- c) Definir de 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.
- d) Incrementar, de modo significativo, o número de horas destinadas à temática da prevenção e do tratamento do tabagismo na formação académica.
- e) Implementar e supervisionar um conjunto de práticas clínicas, durante a formação académica, percursoras das estratégias de prevenção e tratamento do tabagismo a realizar na atuação profissional futura.

## **6.2. LIMITAÇÕES**

Este estudo viu-se limitado pela 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 foram 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.

Diversos estudos prévios destacam a baixa colaboração dos profissionais de saúde, e sobretudo dos médicos, em estudos epidemiológicos avaliando a prevalência de tabagismo, as atitudes e atividades de controlo de tabaco. No presente estudo, a prevalência de tabagismo dos estudantes poderá ser mais alta do que a estimada, devido ao viés de seleção (amostra não aleatória de um questionário de autopreenchimento) e viés de não resposta (taxa de colaboração baixa). Geralmente neste tipo de estudos respondem os mais interessados, havendo a forte probabilidade dos fumadores se autoexcluírem do estudo. No entanto, apesar da estimativa da prevalência e das atitudes de tabagismo poderem sofrer deste viés, a avaliação dos conteúdos curriculares não será afetada, uma vez que podemos considerar que todos os alunos do mesmo curso tiveram expostos aos mesmos conteúdos.

### **6.3. AGRADECIMENTOS**

A equipa autoral deste relatório manifesta o reconhecimento e agradecimento a todos os envolvidos que colaboraram no processo de recolha de informação, em particular: 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 faculdades que ofereciam os referidos cursos; às coordenações dos cursos; e às associações académicas envolvidas. Sem o seu interesse e participação não teria sido possível chegar a este termo.

## 7. BIBLIOGRAFIA

Ariza, C., & Nebot, M. (2004). La prevención del tabaquismo en los jóvenes: realidades y retos para el futuro. *Addiciones*, 16(supl 2), 359-376. Disponível em [https://www.asturias.es/Astursalud/Imagen/AS\\_Salud%20Publica/AS\\_Drogas/Tabaco/Prevencion\\_tabaquismo\\_jovenes.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Imagen/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Tabaco/Prevencion_tabaquismo_jovenes.pdf).

Becoña, E., Palomares, A., & García, M. P. (1994). *Tabaco y salud. Guía de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Pirámide.

Binnal, A., Rajesh, G, Denny, C., & Ahmed, J. (2012). Insights into the tobacco cessation scenario among dental graduates: an Indian perspective. *Asian Pacific J Cancer Prev.*, 13(6), 2611-2617. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22938429>.

Bonito, J. (2010). Consumo de tabaco entre os estudantes de enfermagem: uma primeira aplicação do Global Health Professional Survey no contexto português. In Pereira, H., Branco, L., Simões, F., Esgalhado, G., & Afonso, R. M. (eds.), *Educação para a saúde, cidadania e desenvolvimento sustentado* (pp. 833-843). Covilhã: Universidade da Beira Interior. Disponível em <http://hdl.handle.net/10174/4329>.

Borges, A., Marques, F., Lima, J., Costa, L., Gonçalves, P., Fernandes, R., & Gonçalves, N. (2008). Hábitos tabágicos em alunos do 6.º ano de Medicina e medidas anti-tabágicas. *Rev Port Pneumol.*,14(2), 219-230. doi:10.1016/S0873-2159(15)30231-2.

Brace, I. (2008). *Questionnaire design* (2<sup>nd</sup> ed.) London: Kogan Page.

Brito, I., & Mendes, F. (coords.) (2012). *PEER IV. Escola de Verão em Educação pelos Pares & Investigação Acção Participativa em Saúde*. Coimbra: Unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Buendía, L. (1998). Técnicas e instrumentos de recogida de datos. In Colás, M. P., & Buendía, L. (orgs.), *Investigación educativa* (3.ª ed.). Sevilla: Ediciones Alfar.

CDC – Centers for Disease Control (2014). *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs – 2014*. Atlanta: U.S. 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. Disponível em <http://www.cdc.gov/tobacco/stateandcommunity/best>

[practices/pdfs/2014/comprehensive.pdf](#).

Corrao, M. A., Guidon, G. E., Sharma, N., & Shokoohi, D. F. (eds.) (2000). *Tobacco control country profiles*. Atlanta: American Cancer Society. Disponível em [http://www.who.int/tobacco/statistics/country\\_profiles/en/TCCP2001.pdf](http://www.who.int/tobacco/statistics/country_profiles/en/TCCP2001.pdf).

Dalum, P., Brandt, C. L., Skov-Ettrup, L., Tolstrup, J., & Kok, G. (2016). The Systematic Development of an Internet-Based Smoking Cessation Intervention for Adults. *Health Promot Pract*, 17(4), 490-500. doi:10.1177/1524839916631536.

Dautzenberg, B., France, D. G. S., & Office Francais de Prevention du Tabagisme (2013). *Rapport et avis d'experts sur l'e-cigarette. Avec le soutien de la Direction Générale de la Santé*. Disponível em <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000328.pdf>

Davis R. M. (1993). *When doctors smoke*. *Tob Control*, 2,187-8. doi:10.1136/tc.2.3.187.

De Carvalho, L. S. (2012). *Comportamento tabágico e atitudes de controlo de tabagismo dos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior*. Dissertação de Mestrado. Covilhã: Universidade da Beira Interior. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1168/1/Tese%20Mestrado%20FINAL%20L%C3%8DZIA%20-%20C%C3%B3pia.pdf>.

Declaration of Alma-Ata – International Conference on Primary Health Care (6-12 September 1978). Alma-Ata: USSR. Disponível em [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1).

DGS – Direção-Geral da Saúde (2016). *Fumar prejudica gravemente a sua saúde e a dos que o rodeia*. Disponível em <https://www.dgs.pt/respire-bem1.aspx>.

DGS – Direção-Geral da Saúde (2015). *Ajuste direto n.º 332/2015. Caderno de encargos*.

DGES – Direção-Geral do Ensino Superior (2008). *Ciclos autorizados*. Retirado de <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/OfertaFormativa/CursosConferentesDeGrau/CEautorizados.htm>.

Edwards, R. (2004). The problem of tobacco smoking. *BMJ*, 328. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7433.217>

Edwards, A. L. (1957). *Techniques of Attitude Scale Construction*. New York: Appleton Century-Crofts.

ENSP – European Network for Smoking Prevention (2003). *ENSP-General Practitioners Empowerment (Phase II). ENSP Framework Project 2001–2002*. Brussels: Summary of final reports. Brussels: European Network for Smoking Prevention.

Epton, T., Norman, P., Sheeran, P., Harris, P. R., Webb, T. L., Ciravegna, F., & Kruger, J. (2013). A theory-based online health behavior intervention for new university students: study protocol. *BMC Public Health*, 13(1), 107. <http://doi.org/10.1186/1471-2458-13-107>

Ferry, L. H., Grissino, L. M., & Runfola, P. S. (1999). Tobacco dependence curricula in US undergraduate medical education. *JAMA*, 28, 825-829.

Fiore, M. C., Epps, R. P., & Manley, M. W. (1994). A missed opportunity: teaching medical students to help their patients successfully quit smoking. *JAMA*, 271:624-626.

Fiore, M. C., Jaén, C. R., Baker, T. B., Bailey, W. C., Bennett, G., Benowitz, N.L. et al. (2008). A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. A U.S. Public Health Service Report. *Am J Prev Med.*, 35(2),158-176.

Fortin, M.-F. (2009). *O processo de investigação. Da concepção à realização* (5.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência.

Fraga, S., Sousa, S., Santos, A. C., Mello, M., Lunet, N., Padrão, P., & Barros, H. (2005). Tabagismo em Portugal. *Arq Med.*, 19(5-6), 207-229.

Gailmard, S. (2014). *Statistical modeling and inference for social science*. New York: Cambridge University Press.

Ghimire, A., Sharma, B., Niraula, S. R., Devkota, S., & Pradhan, P. M. S (2013). Smoking habit among male medical and dental students of B. P. Koirala Institute of Health Sciences, Nepal. *Kathmandu University Medical Journal*, 11(1), 32-36. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23774410>.

Goniewicz, M. L., Lingas, E. O., Czogala, J., Koszowski, B., Zielinska-Danch, W., & Sobczak, A. (2010). The role of pharmacists in smoking cessation in Poland. *Eval Health Prof.*, 33(1), 81-95. doi: 10.1177/0163278709356190

GTSS Collaborative Group (2006). *Tobacco use and cessation counseling – global health professionals survey pilot study, 10 countries, 2005*. *Tob. Control*, Supp 2: ii31-ii34. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16731522>.

Gupta, P. C., & Ray, C. S. (2003). Smokeless tobacco and health in India and South Asia. *Respirology*, 8, 419-431.

Haresaku, S., Hanioka, T., Yamamoto, M., & Ojima, M. (2010) Impact of a tobacco curriculum on smoking behavior and attitudes toward smoking in dental students in Japan: a three-year follow-up study. *Int Dent J.*, 60, 99-105.

Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário* (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Hudmon, K. S., Mark, M., Livin, A. L., Corelli, R. L., & Schroeder, A. S. (2014). Tobacco education in U.S. respiratory care programs. *Nicotine Tob Res*, 16(10), 1394-1398. doi: 10.1093/ntr/ntu113.

INE – Instituto Nacional de Estatística (2016). *Farmácias e postos farmacêuticos móveis*. Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0008208&contexto=bd&selTab=tab2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008208&contexto=bd&selTab=tab2)

Israel, G. D. (1992). Determining sample size. *Fact sheet PEOD-6*. Florida: University of Florida. Retirado de [http://sociology.soc.uoc.gr/socmedia/papageo/metapyxiakoi/sample\\_size/samplesize1.pdf](http://sociology.soc.uoc.gr/socmedia/papageo/metapyxiakoi/sample_size/samplesize1.pdf).

Jansson, L., & Lavstedt, S. (2002). Influence of smoking on marginal bone loss and tooth loss: a prospective study over 20 years. *J Clin Periodontol*, 29(8), 750-756. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12390572>.

Jarvis, M. J. (2004). Why people smoke. *BMJ*, 328. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.328.7434.277>.

Khami, M. R., Murtomaa, H., Razeghi, S., & Virtanen, J. I. (2010). Smoking and its determinants among Iranian dental students. *Med Princ Pract.*, 19, 390-394.

Leão, I. I. L. (2015). *Atitudes dos estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em relação ao tabaco*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Lima A (2015). *Fumar no recinto hospitalar exterior: um estudo observacional*. Dissertação de Mestrado. Covilhã: Universidade da Beira Interior. Disponível em: <https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=+Fumar+no+recinto+hospitalar+um+estudo+observacional>

Lima, L. (1999). A Prevenção do Tabagismo na Adolescência. In Sardinha, L. B., Matos, M. G., & Loureiro, I. (eds.). *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp.123-161). Lisboa: Edições FMH.

Lloyd-Richardson, E., Papandonatos, G., Kazura, A., Stanton, C., & Niaura, R. (2002). Differentiating Stages of Smoking Intensity Among Adolescents: Stage-Specific Psychological and Social Influences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(4), 998-1009.

Lopez, A., Collishaw, N. E., & Piha, T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control, 3*, 242-247. Disponível em <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/3/3/242.full.pdf+html>

Lucas, N. C. C., Walker, N., & Bullen C. (2016). Using a videotaped objective structured clinical examination to assess Knowledge In Smoking cessation amongst medical Students (the K.I.S.S. Study). *Medical teacher, 38*(12), 1256-1261.

Mammas, I. N., Bertsiyas, G. K., Linardakis, M., Tzanakis, N. E., Labadarios, D. N., & Kafatos, A. G. (2003). Cigarette smoking, alcohol consumption, and serum lipid profile among medical students in Greece. *Eur J Public Health, 13*, 278-282.

Martins, M. J. (2012). *Antes que te queimes...para de fumar. Validação de uma intervenção motivacional para a cessação tabágica com estudantes do ensino superior* (Dissertação de Mestrado). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Mujs, D. (2004). *Doing quantitative research in Education with SPSS*. London: sage Publications.

Morales, P. (2000). *Medición de actitudes en psicología y educación: construcción de escalas y problemas metodológicos*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

Moreira, J. M. (2009). *Questionários: teoria e prática*. Coimbra: Edições Almedina.

Maroco, J. (2003). *Análise estatística* (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Masironi, R. (1996). Doctors as non-smoking exemplars. In Richmond, R. L. (ed.), *Educating Medical Students about Tobacco: Planning and Implementation* (pp. 299-311). Paris: France: Tobacco Prevention Section. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.

Murphy, K. R., & Davidshofer, C. O. (1988). *Psychological testing: Principles and applications*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Nagarajappa, R., Daryani, H., Sharda, A. J., Asawa, K., Batra, M., Sanadhya, S., & Ramesh, G. (2013). Knowledge and attitude towards smoking Indian students of dentistry. *Int Dent J.*, 63, 244-248.

Naskar, N. N., & Bhattacharya, S. K. (1999). A study on drug abuse among the undergraduate medical students in Calcutta. *J. Indian Med Assoc.*, 97, 20-21.

National Comprehensive Cancer Network (2008). Clinical practice guidelines in oncology: head and neck cancers. Version 2.2008. Fort Washington: National Comprehensive Cancer Network. Disponível em [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/f\\_guidelines.asp](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp).

Nerín, I., & Richmond, R. (2006). *Manual docente sobre Tabaquismo para estudantes de Medicina y Ciencias de la salud*. Zaragoza.

Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

Nunes, E. (2011). *Aconselhamento médico na prevenção da doença e promoção da saúde: análise a propósito do consumo do tabaco*. Tese de doutoramento. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/10183/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Emilia%20Nunes.pdf>

Nunes, E. (2012). *Programa Nacional Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Disponível e, <http://www.dgs.pt/respire-bem1.aspx>.

Nunes E., Narigão M. (2013). *Caracterização da oferta curricular em prevenção e controlo do tabagismo no ensino pré-graduado dos profissionais de saúde. Relatório*. Direção Geral da Saúde. Programa nacional para a prevenção e controlo de tabagismo.

Nunes, E., & Narigão, M. (2015). *Portugal. Prevenção e Controlo do Tabagismo em números – 2014*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/respire-bem1.aspx>.

Nunes, E., & Narigão, M. (2016). *Portugal – Prevenção e controlo do tabagismo em números – 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.dgs.pt/respire-bem1.aspx>.

Nunes, A., Candeias, A., Mendes, B., Pardal, C., Fonseca, J., Oliveira, L., et. al. (2007). *Cessação tabágica. Programa-tipo de actuação (Circular Normativa n.º 26/DSPPS, de 28 de dezembro)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <http://www.sppneumologia.pt/uploads/files/comissoestrabalho/ct%20tabagismo/tabagismo1.pdf>.

Obeidat, S. R., Khabour, O. F., Alzoubi, K. H., Mahasneh, A. M., Bibars, A. R. M., Khader, Y. S., & Alsa'di, A. (2014). Prevalence, social acceptance, and awareness of waterpipe smoking among dental university students: a cross sectional survey conducted. *Jordan. BMC Research Notes*, 7, 1-8.

OE – Ordem dos Enfermeiros (2003). *Divulgar - Competências dos enfermeiros de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OF – Ordem dos Farmacêuticos – *Distribuição por área profissional*. Disponível em [http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst\\_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1914&articleID=2330](http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/defaultArticleViewOne.asp?categoryID=1914&articleID=2330).

Oppenheim, A. N. (1972). *Questionnaire design and attitude measurement*. London: Heinemann Educational Books.

Pacauskiene, I. M., Smailiene, D., Siudikiene, J., Savanevskyte, J., & Nedzelskiene, I. (2014). Self-reported oral health behavior and attitudes of dental and technology students in Lithuania. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, 16(2), 65-71.

Peterson, R. A. (1994). A meta-analysis of Cronbach's coeficiente alfa. *Journal of Consumer Research*, 21(2), 381-391.

Posner, M. (2007). Head and neck cancer. In Goldman, L., & Ausiello, D. (eds.), *Cecil medicine* (23<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia: Saunders Elsevier.

Postlethwaite, T. (2005). *Educational research: some basic concepts and terminology*. Paris: UNESCO. Disponível em [http://www.unesco.org/iiep/PDF/TR\\_Mods/Qu\\_Mod1.pdf](http://www.unesco.org/iiep/PDF/TR_Mods/Qu_Mod1.pdf).

Precioso, J. (1999). *Educação para a Saúde na Escola: um estudo sobre a prevenção do hábito de fumar*. Braga: Livraria Minho.

Ravara, S. et al. (2012). *Portugal sem fumo: Uma reflexão nacional*. Disponível em <http://www.mgfamiliar.net/BlogRetrieve.aspx?PostID=311007&A=SearchResult&SearchID=1895627&ObjectID=311007&ObjectType=55>.

Ravara, S. B., Calheiros, J. M., Aguiar, P., & Taborda-Barata, L. (2011). Smoking behaviour predicts tobacco control attitudes in a high smoking prevalence hospital: A cross-sectional study in a Portuguese teaching hospital prior to the national smoking ban. *BMC Public Health*, 11,720. doi:10.1186/1471-2458-11-720.

Ravara, S. B., Calheiros, J. M., Aguiar, P., & Taborda-Barata L. (2012). Delivery and recording of smoking cessation advice in a Portuguese teaching hospital: the need for a systemic approach. *Subs Use*, 4, 311-322. doi.org/10.3109/14659891.2012.685792.

Ravara, S. B., Castelo-Branco, M., Aguiar, P., & Calheiros, J. M. (2014a). Smoking behaviour trends among Portuguese physicians: are they role models? A conference-based survey. *Public Health*, 128(1),105-109. doi: 10.1016/j.puhe.2013.08.015.

Ravara, S. B., Castelo-Branco, M., Aguiar, P., & Calheiros, J. M. (2014b). Are physicians aware of their role in tobacco control? A conference-based survey in Portugal. *BMC Public Health*, 14, 979. doi:10.1186/1471-2458-14-979.

Ravara, S. B. (2016). *The role of The Role of Healthcare Professionals in Tobacco Control*. Tese de doutoramento. Covilhã: Universidade da Beira Interior. Disponível em: <file:///C:/Users/Sofia%20Ravara/Downloads/26%20Janeiro%202016-PhD-Thesis-SBR.pdf>

Richmond, R., Debono, D., Larcos, D., & Kehoe, L. (1998). Worldwide survey of education on tobacco in medical schools. *Tob.Control*, 7., 247-252.

Richmond, R., Zwar, N., Taylor, R., Hunnisett, J., & Hyslop F. (2009). Teaching about tobacco in medical schools: a worldwide study. *Drug Alcohol Rev.*, 28(5), 484-97. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00105.x.

Sá, A. B., Ferreira, C., & Branco, A. G (1994). Hábitos e atitudes dos médicos de família portugueses em relação ao tabaco. *Rev Port Clin Geral*, 11(3),177-187.

Saleiro, S., Damas, C., & Gomes, I. (2008). Hábitos tabágicos e conhecimento dos riscos do tabagismo em função da formação académica em estudantes universitários. *Rev Port Pneumol.*,14(2), 231-238.

Schriesheim, C. A., & Denisi, A. S. (1980). Item presentation as na influence on questionnaire validity: a fiel experiment. *Educational and psychological measurement*, 40, 175-182. Disponível em <http://epm.sagepub.com/content/40/1/175.short>.

Siniscalco, M. T., & Auriat, N. (2005). *Questionnaire design*. Paris: UNESCO. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002145/214555E.pdf>.

Siegel, S., & Castellan, Jr., N. J. (2006). *Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento*. Porto Alegre: Artmed.

Smith, D. R., & Leggat, P.A. (2007). An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974-2004. *BMC Public Health*, 7,115 doi:10.1186/1471-2458-7-115.

Smith, D. R., & Leggat, P. A. (2008). The historical decline of tobacco smoking among Australian physicians: 1964-1997. *Tob Induc Dis.*, 4,13 doi:10.1186/1617-9625-4-13.

Soares, R. M., & Ravara S. B. (2016). Estamos a prevenir o consumo de tabaco nos estudantes de Medicina? estudo transversal comparativo. In Livro de Resumos do 2.º Congresso Nacional de Investigação em Educação Médica. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Disponível em <http://cniem2016.weebly.com/livro-de-resumos.html>

Strauss, A., & Corvin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.

Underwood, B., Fox, K., & Manogue, M. (2010). Tobacco, alcohol and drug use among dental undergraduates at one English university in 1998 and 2008. *Br Dent J*, 208, 1-8.

US Department of Health and Human Services (2000). *Tobacco effects in the mouth*. NIH Publication N.º 00-3330. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute of Dental Research, National Cancer Institute.

US Supreme Court (2000). *Food and Drug Administration, et al. v. Brown & Williamson Tobacco Corp., et al.*, 529 U.S. 120 (2000). Disponível em <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/529/120/>.

Vakefliu, Y., Argjiri, D., Poposhi, I., Agron, S., & Melani, A. S. (2002). Tobacco smoking habits, beliefs, and attitudes among medical students in Tirana, Albania. *Prev Med.*, 34, 370-373.

Warren, C. W., Sinha, D. N., Lee, J., Lea, V., Jones, N., & Asma, S. (2001). Tobacco use, exposure to secondhand smoke, and cessation counseling training of dental students around the world. *J Dent Educ.*, 75(3), 385-404.

Whittaker, R., McRobbie, H., Bullen, C., Rodgers, A., & Gu, Y. (2016). Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, CD006611. doi:10.1002/14651858.CD006611.pub4

WHO – World Health Organization (1996). *Tobacco: the twentieth century's epidemic*. Disponível em [www.who.int](http://www.who.int).

WHO – World Health Organization (1999). *Statement on Treatment for Tobacco Dependence*. Geneva: World Health Organization, Press Release 26 April 1999.

WHO – World Health Organization (2004a). *Tobacco Free Initiative Report of Activities*. Geneva: World Health Organization. Disponível em [http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tfi\\_final\\_26Jan.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tfi_final_26Jan.pdf).

WHO – World Health Organization (2004b). *Neurociências: Consumo e dependência a substâncias psicoativas*. Geneve: World Health Organization. Disponível em [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience\\_P.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf).

WHO-World Health Organization (2005a). *WHO Tobacco Free Initiative: The role of Health professionals in Tobacco Control*. Geneva: World Health Organization. Disponível em [http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/bookletfinal\\_20april.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2005/bookletfinal_20april.pdf).

WHO – World Health Organization (2005b). *Tobacco Free Initiative (TFI). Code of practice on tobacco control for health professional organizations*. Disponível em <http://www.who.int/tobacco/wntd/2005/codeofpractice/en/>

WHO – World Health Organization (2008a). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008*. Geneva: World Health Organization. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43818/1/9789241596282\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43818/1/9789241596282_eng.pdf).

WHO – World Health Organization (2008b). *Fresh and alive mpower. WHO Report on th Global Tobacco Epidemic 2008 The MPOWER package*. Geneve: World Health Organization. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43818/1/9789241596282\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43818/1/9789241596282_eng.pdf).

WHO – World Health Organization (2010). *Relatório Mundial de Saúde 2010: Financiamento dos Sistemas de Saúde*. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>

WHO – World Health Organization (2014). *Electronic nicotine delivery systems. Report by WHO. FCTC/COP/6/10*. Disponível em [http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC\\_COP6\\_10-en.pdf](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10-en.pdf).

WHO – World Health Organization (2015). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015: Raising taxes on tobacco*. Geneva: World Health Organization. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178574/1/9789240694606_eng.pdf).

World Bank (1999). *Curbing the epidemic – governments and the economics of tobacco control*. Development in practice. Washington DC; World Bank. Disponível em <http://documents.worldbank.org/curated/en/914041468176678949/Curbing-the-epidemic-governments-and-the-economics-of-tobacco-control>.

Williams, D. M. (2009). Preparing pharmacy students and pharmacists to provide tobacco cessation counselling. *Drug Alcohol Rev.*, 28(5), 533-40. doi: 10.1111/j.1465-3362.2009.00109.x.

Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (4.<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Bookman Editora.

### **Legislação consultada**

*Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto.* Aprova 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

*Lei n.º 49/2005, de 30 de agosto.* Segunda alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo e primeira alteração à Lei de Bases do Financiamento do Ensino Superior.

*Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de dezembro.* Estatuto legal da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica

*Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de setembro.* Regras gerais a que está subordinado o ensino da Enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico.

*Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril.* Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto.

*Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro.* Define os princípios gerais respeitantes ao exercício profissional dos enfermeiros, constituindo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

*Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de dezembro.* Integração do ensino da enfermagem no sistema educativo nacional, garantindo o reconhecimento académico dos seus vários níveis de formação.

*Portaria n.º 799-D/99, de 18 de setembro.* É aprovado o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Universidade de Évora

2016



## APÊNDICE

## Questionário de avaliação sobre a aquisição de competências no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo, no ensino pré-graduado dos profissionais de saúde

Caro/a estudante,

- Este estudo, promovido pela Universidade de Évora em colaboração com os estabelecimentos de ensino superior, por adjudicação da Direção-Geral da Saúde, tem por objeto a avaliação da aquisição de competências profissionais no âmbito da prevenção e do tratamento do tabagismo no final da formação pré-graduada dos profissionais de saúde.
- A resposta a este questionário contribuirá para um melhor conhecimento da realidade neste domínio e para o desenvolvimento e disseminação de recomendações, baseadas em evidência científica, que apoiem os órgãos decisores dos estabelecimentos de ensino superior, no sentido da otimização da formação na área da prevenção e do tratamento do tabagismo.
- Por favor, leia cada questão com atenção antes de responder. Escolha, assinalando com X, a resposta que descreve o que acredita e sente ser o correto para si. Não existem respostas certas ou erradas.
- Se tiver de modificar a sua resposta, não se preocupe. Preencha, por completo, o quadrado com a resposta que não quer e assinale a nova resposta.
- O questionário é respondido de modo anónimo e a gestão da informação recolhida segue os preceitos éticos da investigação científica em ciências sociais, mantendo-se confidencial.
- Para qualquer esclarecimento relacionado com este assunto poderá, querendo, contactar diretamente o investigador responsável deste estudo: prof. Jorge Bonito ([jbonito@uevora.pt](mailto:jbonito@uevora.pt)) | Universidade de Évora | Telef.: 266-768-050.

### I - Informação sociodemográfica

A	Sexo	Masculino <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Feminino <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
B	Estado civil	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Solteiro/a	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Casado/a/União de facto
		<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Viúvo/a
C	Idade	_____ anos <sub>1</sub>	
D	Idade com que iniciou os estudos universitários	_____ anos <sub>1</sub>	
E	Designação oficial do curso que frequenta		
F	Duração normal do curso que frequenta	_____ anos <sub>1</sub>	
G	Ano do curso que frequenta	_____ ano <sub>1</sub>	

### II - Prevalência do consumo de produtos do tabaco

1	Alguna vez fumou ou consumiu produtos de tabaco (cigarros, cigarrilhas ou outros produtos com tabaco)?		
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não	<i>Passe, por favor, às perguntas do Grupo III (Exposição ao fumo ambiental do tabaco)</i>
2	Que idade tinha quando fumou ou consumiu tabaco pela primeira vez? _____ anos <sub>1</sub>		
3	Com que idade iniciou o consumo regular de tabaco?	_____ anos <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não consumo tabaco. Só experimentei. <i>Passe, por favor, para a pergunta 11.</i>
4	Já alguma vez tentou deixar de fumar ou consumir tabaco?	Não <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Sim <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Quantas vezes? _____
5	Por que motivo(s) começou a fumar?   <i>Pode assinalar mais do que uma opção</i>		
	5.1 Porque os meus familiares fumavam:	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não
	5.2. Porque os meus amigos e/ou colegas fumavam:	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não
	5.3. Porque gostei do sabor e/ou do cheiro do tabaco:	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não
	5.4. Porque era fácil arranjar tabaco:	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não
	5.5. Porque as embalagens me atraíam:	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não
	5.6. Não me recordo	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não
	5.7. Por outras razões. <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Indique quais: _____		

6 Atualmente (últimos 30 dias) como classifica o seu consumo de tabaco:

- <sub>1</sub> Fumo diariamente (pelo menos uma vez por dia) | *Passe, por favor, para a pergunta 7.*
- <sub>2</sub> Fumo ocasionalmente (menos de uma vez por dia) | *Passe, por favor, para a pergunta 7.*
- <sub>3</sub> Já fumei, mas atualmente não fumo (ex-fumador) | *Passe, por favor, para a pergunta 11.*

7 Nos últimos 30 dias (um mês), como classifica o seu consumo relativamente aos seguintes produtos de tabaco?

- |      |  |   |  |   |   |
|------|--|---|--|---|---|
| 7.1  | Cigarros                                     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Não consumi |
| 7.2  | Cigarrilhas                                  | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Não consumi |
| 7.3  | Charutos                                     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Não consumi |
| 7.4  | Tabaco de enrolar                            | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Não consumi |
| 7.5  | Cachimbo                                     | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Não consumi |
| 7.6  | Cachimbo de água ( <i>sissha</i> )           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Não consumi |
| 7.7  | Tabaco de mascar                             | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Não consumi |
| 7.8  | Rapé   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Não consumi |
| 7.9  | Cigarro eletrónico                           | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Não consumi |
| 7.10 | Cigarros sem queima ( <i>Heat not-burn</i> ) | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Não consumi |
| 7.11 | Outro produto: Qual?                         | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Consumi diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Consumi, mas não diariamente | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Apenas experimentei | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Não consumi |

8 Quanto tempo, depois de acordar, fuma o seu primeiro cigarro?

- <sub>1</sub> Nos primeiros 5 minutos    <sub>2</sub> Entre 6 e 30 min    <sub>3</sub> Entre 31 e 60 min    <sub>4</sub> Após 60 min

9 Quantos cigarros fuma por dia?

- <sub>1</sub> Até 10    <sub>2</sub> Entre 11 e 20    <sub>3</sub> Entre 21 e 30    <sub>4</sub> Mais de 30

10 Está a pensar deixar de fumar?

- <sub>1</sub> Nos próximos 30 dias    <sub>2</sub> Nos próximos 6 meses    <sub>3</sub> Não estou a pensar deixar de fumar

*Passe, por favor, para as perguntas do grupo III (Exposição ao fumo ambiental do tabaco)*

11 Há quanto tempo deixou de fumar?

- <sub>1</sub> Há menos de 1 ano    <sub>2</sub> Há \_\_\_\_\_ anos.

12 Que tipo de produtos do tabaco consumia antes de os ter consumido pela última vez?

*Pode assinalar mais do que uma opção*

- <sub>1</sub> Cigarros    <sub>2</sub> Cigarrilhas    <sub>3</sub> Charutos    <sub>4</sub> Tabaco de enrolar
- <sub>5</sub> Cachimbo    <sub>6</sub> Cachimbo de água (*sissha*)    <sub>7</sub> Tabaco de mascar    <sub>8</sub> Rapé
- <sub>9</sub> Cigarro eletrónico    <sub>10</sub> Cigarros sem queima (*Heat not-burn*)
- <sub>11</sub> Outros produtos do tabaco. Indique quais:

13 | Quais foram os motivos que o levaram a deixar de fumar? | **Pode assinalar mais do que uma opção**

<sub>1</sub> Preocupações sobre os riscos para a minha saúde      <sub>2</sub> Porque as campanhas/os avisos nos maços me alertaram

<sub>3</sub> Por pressão da família/dos amigos      <sub>4</sub> Por preocupação sobre o efeito do fumo nas outras pessoas

<sub>5</sub> Por dificuldade em fumar nos locais que frequento      <sub>6</sub> Porque a sociedade desaprova o consumo de tabaco

<sub>7</sub> Para dar um bom exemplo, enquanto futuro profissional de saúde      <sub>8</sub> Motivos económicos (o preço do tabaco)

<sub>9</sub> Outros. Especifique:.....

14 | Na última tentativa que método(s) usou para deixar de fumar? | **Pode assinalar mais do que uma opção**

<sub>1</sub> Nenhum, apenas "força de vontade"      <sub>2</sub> Apoio de pessoas próximas

<sub>3</sub> Apoio médico      <sub>4</sub> Terapia psicológica

<sub>5</sub> Substitutos da nicotina      <sub>6</sub> Bupropiona

<sub>7</sub> Vareniclina      <sub>8</sub> Através da Internet

<sub>9</sub> Acupuntura      <sub>10</sub> Outros métodos. Especifique:.....

**III - Exposição ao fumo ambiental do tabaco**

15 | Nos últimos 7 dias, em quantos dias houve pessoas que fumaram, na sua presença, no local onde reside?

<sub>1</sub> 0 dias    <sub>2</sub> 1 a 2 dias    <sub>3</sub> 3 a 4 dias    <sub>4</sub> 5 a 6 dias    <sub>5</sub> Todos os 7 dias

16 | Nos últimos 7 dias, em quantos dias houve pessoas que fumaram na sua presença, em outros locais sem ser onde reside?

<sub>1</sub> 0 dias    <sub>2</sub> 1 a 2 dias    <sub>3</sub> 3 a 4 dias    <sub>4</sub> 5 a 6 dias    <sub>5</sub> Todos os 7 dias

17 | Na sua escola, a proibição regulamentar de fumar nos edifícios escolares é aplicada?

<sub>1</sub> Concordo totalmente    <sub>2</sub> Concordo    <sub>3</sub> Discordo    <sub>4</sub> Discordo totalmente    <sub>5</sub> Não sei. Estou indeciso/a

Especifique os seus critérios de decisão:

18 | A proibição regulamentar de fumar nos locais de práticas clínicas é aplicada?

<sub>1</sub> Concordo totalmente    <sub>2</sub> Concordo    <sub>3</sub> Discordo    <sub>4</sub> Discordo totalmente    <sub>5</sub> Não sei. Estou indeciso/a

Especifique os seus critérios de decisão:

**IV - Atitudes e percepções**

Assinale com X, por favor, o seu grau de concordância relativamente a cada uma das afirmações que se seguem.		Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente	Não sei Estou indeciso/a
19	O consumo de tabaco deveria ser proibido a pessoas com menos de 18 anos de idade.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
20	Os profissionais de saúde deveriam ter formação específica em técnicas de aconselhamento e tratamento da cessação tabágica.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
21	Os profissionais de saúde deveriam ser "modelos" para os seus pacientes e para o público relativamente ao uso do tabaco.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
22	Os profissionais de saúde deveriam, por norma, perguntar aos seus pacientes os seus hábitos tabágicos.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

Assinale com X, por favor, o seu grau de concordância relativamente a cada uma das afirmações que se seguem.		Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente	Não sei Estou indeciso/a
23	Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, os seus pacientes a deixar de fumar.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
24	Os profissionais de saúde deveriam trabalhar com grupos da comunidade sobre a prevenção do tabagismo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
25	Os profissionais de saúde têm um papel importante no aconselhamento e em dar informação aos seus pacientes sobre a cessação tabágica.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
26	As probabilidades dos pacientes deixarem de fumar com sucesso aumentam se os profissionais de saúde os aconselharem a deixar de fumar.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
27	É menos provável que os profissionais de saúde que fumam aconselhem os pacientes a deixarem de fumar.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
28	Todos os estabelecimentos de ensino superior deveriam ter consultas de cessação tabágica acessíveis aos alunos para aconselhamento, tratamento e acompanhamento.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
29	A exposição ao fumo ambiental do tabaco tem sempre riscos para a saúde individual.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
30	A morte neonatal está associada à exposição ao fumo ambiental do tabaco.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
31	O tabagismo materno durante a gravidez aumenta o risco de Síndrome de Morte Súbita do lactente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
32	A exposição ao fumo ambiental do tabaco aumenta o risco de doença pulmonar em adultos não fumadores.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
33	A exposição ao fumo ambiental do tabaco não aumenta o risco de doença cardiovascular em adultos não fumadores.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
34	O tabagismo dos progenitores aumenta o risco de doenças do trato respiratório inferior, em crianças expostas, como a pneumonia.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
35	Os profissionais de saúde deveriam aconselhar, por norma, as pessoas que fumam a evitar fazê-lo próximo das crianças.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
36	Não existe um nível sem risco de exposição ao fumo ambiental do tabaco.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
37	Os fumadores que não param de fumar encurtam em mais de 10 anos a sua expectativa de vida.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
38	Em Portugal, uma em cada cinco mortes ocorridas em pessoas com idades entre os 45 e os 64 anos é atribuída ao consumo de tabaco.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
39	O tabaco contribui para a pobreza e as desigualdades em saúde.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
40	O constituinte do tabaco responsável pela dependência é o alcatrão.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
41	O tabaco aumenta o risco de diabetes e agrava a evolução desta doença.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
42	O tabaco aumenta o risco de tuberculose e agrava a evolução desta doença.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
43	Fumar um maço de tabaco de cigarros por dia não está associado a um risco muito elevado para a saúde.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
44	Parar de fumar tem sempre benefícios.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

Assinale com X, por favor, o seu grau de concordância relativamente a cada uma das afirmações que se seguem.		Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente	Não sei Estou indeciso/a
45	Os benefícios de parar de fumar são maiores quanto mais cedo se parar de fumar.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
46	A formação superior recebeu provocoou-lhe alguma mudança de atitude, acerca do tabagismo, comparativamente ao momento da entrada no curso.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**V - Perceções sobre a formação teórica recebida**

Assinale com X, por favor, a sua avaliação relativamente à formação académica superior recebida em cada um dos seguintes temas.		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
47	Constituintes do tabaco e do fumo do tabaco.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
48	Repercussões do consumo de tabaco na saúde.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
49	Efeito da exposição ao fumo ambiental do tabaco.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
50	Mecanismos neurobiológicos da dependência.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
51	Mecanismos psicológicos da dependência.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
52	Razões pelas quais as pessoas fumam.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
53	Síndrome de abstinência da nicotina.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
54	Epidemiologia do consumo de tabaco.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
55	Modelos e técnicas de prevenção em tabagismo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
56	Benefícios para a saúde de deixar de fumar.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
57	Modelos de mudança comportamental relacionados com o tabagismo (exemplo: Prochaska e DiClemente).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
58	Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
59	Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
60	Como avaliar a motivação e prontidão para fazer uma tentativa para parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
61	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 5As).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
62	Como acompanhar o progresso da pessoa que parou de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5As).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
63	Como abordar, pela primeira vez, o consumo de tabaco na prática clínica de acordo com a Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As, ABC ou 2As+R).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
64	Como realizar o primeiro passo de aconselhamento para parar de fumar na Intervenção Muito Breve (algoritmo 3As ou 2As+R).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
65	Como realizar o terceiro passo (avaliar ou referenciar) na Intervenção Muito Breve (algoritmos 3As ou 2As+R).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

Assinale com X, por favor, a sua avaliação relativamente à formação académica superior recebida em cada um dos seguintes temas.		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
66	Como abordar pessoas que estejam ambivalentes ou não desejem parar de fumar de acordo com a Intervenção Breve (algoritmo 5Rs).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
67	Abordagem do fumador em contexto clínico.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
68	Intervenção de Apoio Intensivo de acordo com o Programa tipo da Direção-Geral da Saúde (DGS, 28/12/2007).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
69	Cessaçãotabágica em grupos específicos (exemplos: pessoas idosas, mulheres grávidas, adolescentes, pessoas com doença mental).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
70	Aconselhamento baseado na entrevista motivacional com o objetivo de motivar e ajudar a resolver a ambivalência.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
71	Como expressar empatia durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
72	Como lidar com a ambivalência do paciente durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
73	Como lidar com a resistência à mudança durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
74	Como estimular a autodeterminação e autoeficácia durante uma entrevista com o objetivo de mudança de comportamento.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
75	Formação sobre técnicas de aconselhamento cognitivo-comportamental.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
76	A prevenção das recaídas.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
77	As estratégias globais de prevenção e controlo do tabagismo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
78	O conhecimento e a utilização de materiais educativos para apoiar a cessaçãotabágica dos pacientes que querem deixar de fumar.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
79	A prescrição, indicações e contraindicações das terapêuticas de substituição da nicotina em programas de cessaçãotabágica (tais como os adesivos ou pastilhas).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
80	A prescrição, indicações e contraindicações de fármacos de primeira linha para a cessaçãotabágica tais como a Bupropiona e a Vareniclina. <i>(Só para alunos de Medicina, Medicina Dentária e Ciências Farmacêuticas)</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

#### VI - Perceções sobre a formação prática recebida

Assinale com X, por favor, a sua avaliação relativamente à formação académica superior recebida em cada um dos seguintes temas.		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
81	Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes fumadores e o registo na ficha clínica.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
82	Formação prática sobre a abordagem a utilizar com os pacientes em diferentes fases de preparação para a cessaçãotabágica.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
83	Formação prática sobre a entrevista motivacional como uma intervenção adaptada a qualquer processo de mudança comportamental.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
84	Participação em projetos de prevenção do tabagismo dirigidos a grupos de pacientes fumadores.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

Assinale com X, por favor, a sua avaliação relativamente à formação académica superior recebida em cada um dos seguintes temas.		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
85	Participação numa consulta de cessação tabágica (estágio).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
86	Participação em projetos de tratamento do tabagismo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
87	Participação em projetos de prevenção do tabagismo na comunidade.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

### VII - Perceções sobre a aquisição de competências

Assinale com X, por favor, a sua avaliação relativamente à formação académica superior recebida em cada um dos seguintes temas.		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																					
88	Competências suficientes para intervir em matéria de prevenção do tabagismo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>																					
89	Competências suficientes para intervir em matéria de tratamento do tabagismo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>																					
90	Capacidade para intervir na prevenção do tabagismo junto da comunidade.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>																					
91	Desenvolvimento da técnica de negociação e partilha de tomada de decisões no aconselhamento em tabagismo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>																					
92	Capacidade para aumentar a literacia dos pacientes e das respetivas famílias em matéria de tabagismo e saúde.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>																					
93	Integração numa equipa multidisciplinar no âmbito do apoio à cessação tabágica.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>																					
94	Realização de uma Intervenção Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmo 5As).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>																					
95	Realização de uma Intervenção Muito Breve de aconselhamento para a cessação tabágica (algoritmos 3As, ABC ou 2As+R).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>																					
96	Prescrição terapêutica farmacológica de apoio à cessação tabágica. <i>(Só para alunos de Medicina e Medicina Dentária)</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>																					
97	Numa escala de 1 ( <i>pouco confiante</i> ) a 10 ( <i>totalmente confiante</i> ), avalie as suas competências para intervir no apoio à cessação tabágica, tendo em conta a sua atuação profissional futura.   <b>Por favor coloque um X apenas num dos campos</b>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/><sub>1</sub></td><td><input type="checkbox"/><sub>2</sub></td><td><input type="checkbox"/><sub>3</sub></td><td><input type="checkbox"/><sub>4</sub></td><td><input type="checkbox"/><sub>5</sub></td><td><input type="checkbox"/><sub>6</sub></td><td><input type="checkbox"/><sub>7</sub></td><td><input type="checkbox"/><sub>8</sub></td><td><input type="checkbox"/><sub>9</sub></td><td><input type="checkbox"/><sub>10</sub></td> </tr> </table>							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>10</sub>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																			
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>10</sub>																			

### VIII - Perceções sobre os métodos pedagógicos. Sugestões e comentários.

Assinale com X a(s) resposta(s) que melhor correspondem à sua formação superior recebida.

98	Durante a sua formação académica superior, quantas horas foram utilizadas para a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo? <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Nenhuma <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Entre 2-4 h <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Entre 5-7 h <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Entre 8-10 h <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Entre 11-13 h <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Entre 14-16 h <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> ≥ 17 h
99	Durante a sua formação académica superior, a temática da prevenção e do tratamento do tabagismo foi abordada em que anos escolares?   <b>Pode assinalar mais do que uma opção</b> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Não foi abordada <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> No 1.º ano <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> No 2.º ano <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> No 3.º ano <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> No 4.º ano <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> No 5.º ano <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> No 6.º ano
100	Alguns temas sobre o tabagismo deveriam ser trabalhados com mais tempo ou de outro modo na sua formação académica?   <b>Pode assinalar mais do que uma opção</b> <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Não recebi formação sobre grupos específicos <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Sim, para crianças e adolescentes <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Sim, para as mulheres grávidas <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Sim, para fumadores com doença psiquiátrica <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Sim, para pessoas idosas <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Sim, para doentes internados fumadores <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Sim, para outros grupos de fumadores. Quais? .....

101	Indique que técnicas foram utilizadas durante a sua formação acadêmica superior na abordagem didática à prevenção e ao tratamento do tabagismo.   <i>Pode assinalar mais do que uma opção</i>	
	101.1. Palestras	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não
	101.2. Discussões em pequenos grupos	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não
	101.3. Técnicas de prescrição farmacológica	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não
	101.4. Exercícios para o desenvolvimento de competências de comunicação relacionadas com o tratamento do tabagismo como parte de uma entrevista a um paciente	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não
	101.5. Observação da prática de aconselhamento realizada pelo supervisor clínico	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não
	101.6. Experiências clínicas na prevenção e no tratamento de fumadores	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não
	101.7. Curso na área comportamental	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não
	101.8. Programa específico para o desenvolvimento de competências para esta área	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não
	101.9. Um método sistemático para formação de supervisores, que os incentiva para a modelação, observação e o ensino dos 5As durante as práticas clínicas	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não
	101.10. Sessões de <i>role-play</i>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não
	101.11. Sessões estruturadas interativas, de reforço, realizadas em paralelo às práticas clínicas	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não
	101.12. Outras. Especifique:	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Sim <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Não

**Responda, por favor, de forma clara e objetiva, às perguntas que se seguem.**

102	Alguns temas sobre o tabagismo deveriam ser trabalhados com mais tempo ou de outro modo na sua formação académica?
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Não <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Sim <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Sim, com mais tempo <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Sim, de outro modo <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Sim, com mais tempo e de outro modo
	Em caso afirmativo, indique os temas, as metodologias e o tempo que considera mais adequado para a sua abordagem.

103	Participou em projetos no domínio da prevenção e do tratamento do tabagismo (por exemplo, intervenções da comunidade, comemorações de efemérides, projetos de investigação,...)?
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Não <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Sim
	Em caso afirmativo, indique os projetos.

104	Indique áreas/temas/atividades que considere pertinentes serem incluídas na matriz curricular do seu curso para apoiar os seus esforços na redução do tabagismo entre os pacientes na comunidade.
-----	---

**O questionário termina aqui.  
Muito obrigado pela sua colaboração!**



**DGS** desde  
1899  
Direção-Geral da Saúde

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro/a Senhor/a

A Direção-Geral da Saúde, através da Universidade de Évora, encontra-se a desenvolver um estudo com o tema *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 ciências farmacêuticas, enfermagem, medicina e medicina dentária*, cujo principal objetivo é avaliar a 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 medicina, enfermagem, ciências farmacêuticas e medicina dentária.

A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário. Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- *Declaro ter compreendido os objetivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;*
- *Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;*
- *Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo, a menos que eu venha a autorizar por escrito.*
- *Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento.*

Assim, depois de devidamente informado/a, **autorizo a participação neste estudo:**

\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_\_ (data).

Nome: \_\_\_\_\_ Assinatura do/a participante: \_\_\_\_\_

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**.

Nome do investigador: Jorge Bonito

Assinatura: