



## Universidades Lusíada

Vitória, Paulo Duarte  
Branquinho, Cátia Sofia dos Santos, 1986-  
Vries, Hein de

### **Determinantes do comportamento tabágico e implicações para a prevenção do tabagismo**

<http://hdl.handle.net/11067/968>  
<https://doi.org/10.34628/wxtk-vd95>

#### **Metadados**

<b>Data de Publicação</b>	2013
<b>Resumo</b>	O comportamento tabágico é a principal causa evitável de doença e morte. Noventa por cento dos fumadores estão dependentes do tabaco. Fumar tabaco é também um determinante importante da dependência de outras drogas e está relacionado com outros problemas nas esferas da saúde mental e das relações sociais, incluindo os comportamentos desviantes. A grande maioria dos fumadores iniciou o consumo de tabaco no início da adolescência. Este conjunto de características e de consequências do tabagismo não...
<b>Palavras Chave</b>	Jovens - Consumo de tabaco, Jovens - Consumo de tabaco - Prevenção
<b>Tipo</b>	article
<b>Revisão de Pares</b>	Não
<b>Coleções</b>	[ULL-IPCE] RPCA, v. 04, n. 1 (Janeiro-Junho 2013)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T04:22:21Z com informação proveniente do Repositório

---

## DETERMINANTES DO COMPORTAMENTO TABÁGICO E IMPLICAÇÕES PARA A PREVENÇÃO DO TABAGISMO

### DETERMINANTS IN TOBACCO CONSUMPTION BEHAVIORS AND IMPLICATIONS FOR ITS PREVENTION

Paulo D. Vitória

*Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal  
CIS/IUL, Lisboa, Portugal  
pvitoria@fcsaude.ubi.pt*

Cátia Branquinho

*PH+ - Desenvolvimento de Potencial Humano, Lda.*

Hein de Vries

*Department of Health Promotion, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands*

**Resumo:** O comportamento tabágico é a principal causa evitável de doença e morte. Noventa por cento dos fumadores estão dependentes do tabaco. Fumar tabaco é também um determinante importante da dependência de outras drogas e está relacionado com outros problemas nas esferas da saúde mental e das relações sociais, incluindo os comportamentos desviantes. A grande maioria dos fumadores iniciou o consumo de tabaco no início da adolescência. Este conjunto de características e de consequências do tabagismo não deixa dúvidas sobre a sua relevância para a prevenção das doenças e dos problemas comportamentais, emocionais e sociais.

Os objetivos deste artigo são apresentar os principais determinantes do comportamento tabágico e discutir as suas implicações para a prevenção do tabagismo.

A investigação nesta área indica que o determinante fundamental do comportamento tabágico é ... o comportamento tabágico. Em primeiro lugar,

porque as experiências iniciais com o tabaco, que ocorrem em geral no início da adolescência, são um determinante importante da dependência no futuro. Por outro lado, o comportamento tabágico dos pares, dos pais e de outros referentes relevantes para os adolescentes é um reconhecido determinante da iniciação e da dependência tabágica.

Relativamente à prevenção do tabagismo, um objetivo essencial é evitar ou atrasar a iniciação do comportamento tabágico, levantando todas as barreiras possíveis à ocorrência dos primeiros contactos com o tabaco. A ideia que fumar tabaco implica um risco muito elevado de dependência deve ser enfatizada e reforçada nas campanhas dirigidas aos jovens. É também importante melhorar as competências sociais dos adolescentes para melhorar a sua capacidade de lidar com a influência social. Os pais devem ser sensibilizados relativamente ao modo como o seu próprio comportamento pode influenciar o comportamento dos seus filhos.

**Palavras-chave:** tabagismo nos jovens; iniciação do comportamento tabágico; determinantes do comportamento tabágico; prevenção do tabagismo.

**Abstract:** Smoking is the main avoidable cause of disease and mortality. Ninety percent of smokers are dependent of tobacco. Smoking is also an important cause of other drug addictions. Moreover, smoking is strongly related with other behaviours that damage mental health condition and social relations, including criminality. The large majority of smokers start to smoke during adolescence. All these recognized features and effects of smoking behaviour suggest that this must be the major field for prevention of health, behavioural, emotional and social problems.

The objectives of this communication are to present the main determinants of smoking behaviour and to discuss its implication for smoking prevention.

Data suggest that the main determinant of smoking is ... smoking. First of all, the first experiences with tobacco, usually in the beginning of adolescence, are important determinants of smoking addiction in the future. On the other hand, smoking behaviour of peers, family and other relevant referents are established determinants of smoking initiation and dependence.

Regarding smoking prevention, a main objective should be to avoid or to delay smoking initiation, raising as much barriers as possible to adolescents smoking behaviour. The idea that tobacco smoking is highly addictive must be emphasized and reinforced in campaigns addressed to adolescents. It is important to improve adolescents' skills to better manage the processes of social influence. Moreover, parents must be approached in order to increase their awareness of how and how much their behaviour could be a bad influence for their children.

**Key-words:** smoking among young; smoking initiation; determinants of smoking behaviour; smoking prevention.

## **A relevância do tabagismo como problema de saúde**

O fumo do cigarro, um composto com mais de 4.000 substâncias, das quais várias são reconhecidas como cancerígenas, tóxicas e irritantes, foi declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a principal causa evitável de doença e de morte prematura nos países desenvolvidos (OMS, 1997; WHO, 2008, 2003, 1998). Estima-se que o fumo do tabaco cause cerca de 20% do total de mortes a nível mundial, ou seja, mais de cinco milhões de vidas perdidas por ano, que chegarão aos oito milhões em 2030 se as medidas que estão a ser adotadas à escala global não produzirem os resultados esperados (Ezzati & Lopez, 2003; Mathers & Loncar, 2006).

Nos países desenvolvidos o tabagismo mata entre um terço a metade dos fumadores, que perdem em média 15 a 20 anos de vida relativamente aos não fumadores (Peto et al., 2006a, 2006b; WHO, 2008). Cerca de metade dos jovens que começam agora a fumar irá morrer por causas relacionadas com o tabagismo (U.S. Department of Health and Human Services [USDHHS], 2004). Na União Europeia o consumo de tabaco é responsável por 655.000 mortes por ano e em Portugal causa 8.100 mortes por ano, das quais cerca de 50% ocorre entre os 35 e os 69 anos (Peto et al., 2006a, 2006b).

Uma parte importante das mortes e das doenças causadas pelo tabaco ocorrem em não fumadores. Em 1992, a Environmental Protection Agency (EPA) dos EUA declarou o fumo do tabaco como cancerígeno humano do grupo A, para o qual não há limite seguro de exposição (U.S. Environmental Protection Agency [USEPA], 1992). Em 2000, a OMS declarou o fumo ambiental do tabaco (FAT) como o principal poluente evitável do ar interior (WHO, 2000). A exposição ao FAT causa cancro do pulmão e doenças cardiovasculares, e relaciona-se com outros riscos para a saúde, incluindo riscos para a gravidez e para as crianças, como o aborto espontâneo, o atraso no desenvolvimento intrauterino, o parto pré-termo, o baixo peso à nascença, a morte súbita, os problemas nos ouvidos e as doenças respiratórias (International Agency for Research on Cancer [IARC], 2004; USDHHS, 2006; WHO, 1999, 2000). Um estudo de Oberg e colaboradores (2010) concluiu que morrem mais de 600.000 não fumadores devido à exposição ao FAT, cerca de 1% do total de mortes anuais. Mais de um quarto destas mortes (28%) ocorre em crianças.

O tabagismo é também uma causa reconhecida de dependência. O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV e DSM-IV-TR) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-10) têm secções dedicadas à dependência do tabaco (American Psychiatric Association [APA], 2000, 1994; WHO, 1992). Ambos os manuais descrevem a dependência como um conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos, que emergem com o uso repetido da substância e que convergem no seu uso compulsivo. A nicotina é a substância psicoativa presente no tabaco. A tolerância, um processo relacionado com a dependência que consiste na necessidade de aumentar a dose

de uma substância psicoativa para alcançar os efeitos fisiológicos e psicológicos desejados, no caso da nicotina, começa no primeiro cigarro (e.g., Benowitz, 1988). Os processos farmacológicos, psicológicos e comportamentais que causam a dependência da nicotina são idênticos aos da heroína e da cocaína (Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians, 2000; USDHHS, 1988). Calcula-se que 95% dos fumadores são dependentes da nicotina, do tabaco e/ou do comportamento tabágico (Shiffman, 1991). Este processo de dependência é agravado por uma rápida eliminação da nicotina, conduzindo aos primeiros sintomas de abstinência pouco tempo depois do último cigarro ser fumado e reforçando a necessidade de um consumo frequente de tabaco ao longo do dia (Hendricks et al., 2006; USDHHS, 1988).

Vários estudos indicam que mais de 80% dos adultos que fumam iniciaram o consumo de tabaco antes dos 18 anos (Santos & Barros, 2004; Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011; USDHHS, 2012, 1994). Para muitos fumadores a primeira experiência com tabaco ocorreu entre o fim da infância e o início da idade adulta, com o pico da iniciação nos países ocidentais, incluindo Portugal, situada entre os 11 e os 15 anos (Breslau et al., 2001; Santos & Barros, 2004; USDHHS, 2012, 1994).

Fumar, além das já referidas consequências a longo prazo, tem também consequências imediatas e a curto prazo. A iniciação numa fase precoce do desenvolvimento limita a função pulmonar, causa ou agrava problemas respiratórios e circulatórios, reduz a capacidade física, causa problemas de pele e prejudica o processo de maturação do sistema respiratório e do sistema nervoso central (Gold et al., 1996; Suglia et al., 2008; USDHHS, 2012, 1994).

Alguns dos riscos e das consequências a curto prazo de fumar são mais graves quanto mais precoce for a iniciação do consumo de tabaco (USDHHS, 2012, 1994). É o caso da dependência. Os adolescentes sentem os primeiros sintomas de tolerância e dependência após fumar apenas alguns cigarros e antes de consumir tabaco regularmente (Colby et al., 2000; DiFranza et al., 2000, 2002)). Considerando os adolescentes que experimentaram fumar, entre 30% e 50% serão dependentes passados 2-3 anos depois de terem fumado o primeiro cigarro (USDHHS, 2012, 1994), embora o processo de instalação da dependência possa durar até dez anos (Breslau et al., 2001). Segundo Russel (1990), cerca de 90% dos adolescentes que fumarem 3-4 cigarros nesta fase da sua vida terão uma carreira de 30 a 40 anos como fumadores regulares.

O consumo de tabaco pelos adolescentes constitui um risco para o consumo de álcool e de drogas ilegais (USDHHS, 2012, 1994). Um estudo que incluiu jovens portugueses (Wetzels et al., 2003) concluiu que o tabaco ultrapassou o álcool como a droga mais utilizada pelos jovens para a iniciação no consumo de drogas e que o tabaco é um determinante mais forte do consumo de outras drogas do que o álcool.

Comparando com outras drogas, o tabaco é aquela onde o consumo persiste por mais tempo ao longo da vida (e.g., Chen & Kandel, 1995). Um estudo

realizado nos Estados Unidos estimou que os rapazes que começarem a fumar regularmente por volta dos 16 anos tem uma forte probabilidade de serem fumadores durante mais 16 anos (mediana do tempo para deixar de fumar), enquanto as raparigas têm fortes probabilidades de serem fumadoras durante os 20 anos seguintes (Pierce & Gilpin, 1995).

A iniciação precoce do consumo de tabaco associa-se ainda com outros problemas de comportamento, com perturbações emocionais e com dificuldades relacionais (Ellickson et al., 2001; Mathers et al., 2006). Relativamente aos outros adolescentes, os fumadores têm uma maior probabilidade de consumir drogas ilegais e ter relações sexuais de risco (e.g., Ellickson, et al., 2001; Hanna et al., 2001), de se envolver em comportamentos desviantes como vender drogas e roubar (e.g., Ellickson et al., 2001), de ter insucesso escolar e faltar às aulas (e.g., Ellickson et al., 2001), de avaliar pior a sua própria saúde (e.g., Johnson & Richter, 2002), de manifestar menor satisfação com a vida (e.g., Zullig et al., 2001), e de ter depressão e perturbações do sono (Becoña & Míguez, 2004; Goodman & Capitman, 2000; Patten et al., 2000).

Um estudo realizado em Portugal confirmou a associação entre fumar e outros problemas nos adolescentes portugueses (Matos et al., 2001). Os jovens que já experimentaram tabaco e os consumidores regulares declaram ser menos felizes, têm mais sintomas de mal-estar físico e psicológico, têm uma alimentação menos saudável, fazem mais dietas e expressam maior desagrado com a imagem do seu corpo. Na esfera relacional, manifestam maior afastamento em relação à família, à escola e aos colegas da escola, compensando com mais amigos fora da escola. Os jovens que fumam apresentam com mais frequência comportamentos de experimentação e de consumo de álcool e drogas ilícitas e de envolvimento em situações de violência.

## **O processo de iniciação e aquisição do comportamento tabágico**

A aquisição do comportamento tabágico tem sido descrita por vários autores como um processo com várias fases que, no essencial, pode ser resumido do seguinte modo (Kremers et al., 2001): 1) a fase pré-iniciação, onde nunca ocorreu o consumo de tabaco; 2) a fase da iniciação, que corresponde ao primeiro contacto direto com tabaco (a primeira inalação); 3) a fase da experimentação ou do comportamento ocasional, definida como um consumo inferior a um cigarro por semana ou menos do que 100 cigarros ao longo da vida; e 4) a fase do comportamento regular (consumo semanal ou mais frequente), e/ou do comportamento estabelecido (mais de 100 cigarros fumados), que inclui a dependência se forem verificados os critérios definidos na CID-10 e/ou no DSM-IV (APA, 2000, 1994; WHO, 1992).

Para caracterizar melhor a descrição do comportamento tabágico é necessário contar com mais três categorias que não se inserem neste contínuo:

1) os não fumadores estáveis ou decididos, que iniciaram o consumo mas nunca progrediram para a fase do comportamento regular; 2) os fumadores que deixaram de fumar depois de terem fumado regularmente; e 3) os fumadores erráticos que oscilam entre fumar e não fumar (Chassin et al., 2000).

Tendo em conta o poder adictivo da nicotina (USDHHS, 1988) e a presença dos primeiros sintomas de dependência após o consumo de apenas alguns cigarros (DiFranza et al., 2000, 2002), a investigação sobre o tabagismo tem dedicado crescente atenção ao processo que antecede a iniciação do comportamento. Como já foi referido, a iniciação ocorre na infância ou na adolescência, pelo que a investigação sobre a iniciação do tabagismo incide nestas fases do desenvolvimento, com especial interesse pelos adolescentes que nunca fumaram – os “nunca fumadores”.

Os “nunca fumadores” podem ser classificados em duas categorias (Choi et al., 2001): 1) os comprometidos com a decisão de não fumar; e 2) os suscetíveis ou em preparação para fumar (em risco). Vários estudos confirmaram que os adolescentes suscetíveis têm uma elevada probabilidade de progredir no sentido da iniciação e da aquisição do comportamento (e.g., Jackson, 1998; Pierce et al., 1996), o que reforçou a necessidade de investigar mais e caracterizar melhor os jovens que nunca fumaram. Velicer e colegas (2007) propõem um modelo para estudar a iniciação, designado por Fases da Aquisição do Comportamento, que adota as três fases anteriores à mudança do modelo de Prochaska e DiClemente (1983): 1) a pré-contemplação relativamente à aquisição do comportamento (não tem intenção de fumar no futuro); 2) a contemplação relativamente à aquisição (tem intenção de fumar a longo prazo); e 3) a preparação para a aquisição (tem intenção de fumar a curto prazo).

Kremers e colegas (2004) verificaram que uma larga maioria dos adolescentes se encontra na fase de pré-contemplação, sugerindo a sua subdivisão em três sub-fases: 1) comprometidos com a decisão de não fumar (*committer*), 2) “imotivos” (*immotive*) e 3) progressivos (*progressive*), num total de quatro categorias (a quarta integra as fases de contemplação e de preparação). Estes modelos são muito úteis na diferenciação dos jovens que nunca fumaram, na investigação dos determinantes do comportamento tabágico e na orientação de estratégias de prevenção (Kremers et al., 2004).

## Os determinantes do comportamento tabágico

O comportamento tabágico é um fenómeno multi-dimensional. Os factores de risco e os factores protetores relacionados com a susceptibilidade, a iniciação e a progressão do comportamento tabágico são diversos, podem ser diferentes para as várias fases do processo de aquisição do comportamento e para as transições entre essas fases, podem variar entre indivíduos e, em cada indivíduo, podem ainda variar em momentos distintos do seu desenvolvimento em fases

tão importantes como o fim da infância, a puberdade, a adolescência e o início da idade adulta.

A adolescência é uma fase de grande abertura às influências sociais e ambientais. Neste contexto, a influência social surge com naturalidade como a variável que mais se tem destacado na explicação do comportamento tabágico. A relação entre estas duas variáveis surge logo nos estudos pioneiros sobre a iniciação do comportamento tabágico, cujas conclusões indicaram que os adolescentes começam a fumar por influência da pressão direta exercida por pessoas relevantes do seu meio social, com destaque para o grupo de pares (e.g., Evans, 1976; USDHHS, 2012, 1994). Além da pressão direta, contribuem também para o processo de influência as normas subjetivas, ou seja, a percepção que os adolescentes têm do que os outros relevantes pensam sobre o comportamento tabágico em geral e sobre o que deve ser o seu próprio comportamento, e as normas descritivas, definidas como a percepção que os adolescentes têm do comportamento dos outros relevantes, incluindo pares, melhor amigo e pais. Integram-se também na influência social, num plano mais macro, a publicidade e outras formas de promoção do tabaco pela indústria tabaqueira, assim como a presença de cigarros e de fumadores no cinema e na televisão e, mais recentemente, na internet (USDHHS, 2012, 1994).

Estudos recentes realizados em Portugal indicam que o principal determinante do comportamento tabágico é o comportamento tabágico do próprio (a iniciação), assim como o comportamento dos pares e dos pais (Vitória et al., 2011b, 2009). Estes últimos estudos confirmam também a importância das normas subjetivas (pares e pais) e da auto-eficácia como determinantes do comportamento tabágico dos jovens. Além do comportamento, da influência social, e da auto-eficácia, outros fatores têm sido associados ao comportamento tabágico dos jovens, nomeadamente, o nível sócio-económico, o rendimento escolar, a ligação à escola e à família, os estados emocionais (e.g., depressão, ansiedade), a auto-estima, a acessibilidade aos cigarros, entre outros.

Um fator que surge com peso crescente na investigação sobre a iniciação e a aquisição do comportamento tabágico é a crença, hoje comum nos jovens, que fumar ajuda a controlar o peso. A investigação não confirma esta crença, ou seja, no caso dos jovens, fumar não está relacionado com o peso, pelo que contrariar este mito será um contributo relevante para prevenir o tabagismo (USDHHS, 2012, 1994).

Um estudo realizado com adolescentes portugueses concluiu que o comportamento tabágico se associava com pais, irmãos e amigos que fumavam e com viver numa família monoparental (Fraga et al., 2006). No caso dos rapazes, fumar estava relacionado com reprovações na escola e com um índice superior de massa corporal. Outro estudo realizado em Portugal associou ao comportamento tabágico dos adolescentes a intenção de fumar no futuro, a baixa auto-eficácia para não fumar, a influência social (tendo como referentes os pares, os pais e os irmãos) e alguns comportamentos de risco (e.g., consumo de álcool e



envolvimento em brigas) (Vitória et al., 2006).

Um documento que é considerado uma referência essencial nos estudos sobre a prevenção do consumo de tabaco nos adolescentes (USDHHS, 1994), recentemente atualizado (USDHHS, 2012), resume, com base numa extensa revisão de literatura, os fatores mais importantes associados à iniciação do comportamento, à transição para o comportamento ocasional e, depois, à transição para o comportamento regular.

Os fatores associados à iniciação tabágica são os seguintes:

- nível sócio-económico baixo,
- desempenho académico fraco,
- baixa auto-estima,
- reduzida auto-eficácia para recusar fumar,
- exposição à publicidade e promoção do tabaco,
- contacto com adultos e jovens que fumam, e
- contacto com adultos e jovens que aprovam fumar.

Associam-se à transição da fase de iniciação para a fase do comportamento ocasional os seguintes fatores:

- influência do grupo de amigos e dos pares,
- perceção de fumar como norma social,
- crenças nas vantagens de fumar, e
- facilidade no acesso aos produtos do tabaco.

Na transição da fase do comportamento ocasional para o comportamento regular pesam os seguintes fatores:

- situações favoráveis para fumar,
- ligação com outros jovens que fumam,
- reduzida auto-eficácia para recusar cigarros, e
- acesso fácil ao tabaco.

Por outro lado, segundo os relatórios já referidos (USDHHS, 2012, 1994), o envolvimento da escola e da família na prevenção do tabagismo destacam-se como fatores de proteção relativamente à iniciação e aquisição do comportamento tabágico.

## **A prevenção do comportamento tabágico**

Atualmente o tema da prevenção e do controlo do tabagismo implica uma referência obrigatória à Convenção Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco, designada em português pela abreviatura CQCT e em inglês pela abreviatura FCTC - Framework Convention on Tobacco Control (WHO, 2003). A CQCT foi aprovada na Assembleia Geral da Saúde realizada em 7 de maio de 2003 e ficará

na história como o primeiro tratado mundial na área da saúde pública. Portugal ratificou a CQCT em 2005 através do Decreto 25-A/2005, de 8 de novembro. Em 2008 entrou em vigor a nova Lei de Prevenção e Controlo do Tabagismo, em grande parte baseada na CQCT (Lei n.º 37/2007, de 14 agosto).

A CQCT aposta principalmente em estratégias e políticas de nível macro, incluindo, por exemplo, a limitação ou a proibição da publicidade ao tabaco; o aumento do preço do tabaco e dos impostos sobre os produtos do tabaco; a regulamentação da produção, da embalagem e da rotulagem dos produtos do tabaco; a luta contra o contrabando e o comércio ilegal de tabaco; a proibição da venda de tabaco a menores; e a proteção da exposição passiva ao FAT em espaços públicos fechados. Mas a CQCT inclui também medidas de nível mais micro-social como, por exemplo, a promoção da cessação do uso do tabaco e o tratamento dos fumadores, a sensibilização da opinião pública sobre os malefícios do tabaco, e a educação, a comunicação, e a formação da opinião pública e de grupos específicos, isto a par com uma forte recomendação para que as partes que adotaram a CQCT, incluindo mais de 160 países, desenvolvam a investigação, a vigilância epidemiológica e a cooperação científica, técnica e legal.

As medidas e as políticas propostas pela CQCT são aquelas que têm provado ser mais eficazes na prevenção e no controlo do tabagismo. Algumas medidas de prevenção do tabagismo mais comuns, como os programas para os jovens desenvolvidos com base nas teorias da influência social e implementados com base na escola, não têm reunido provas científicas suficientes da sua efetividade (e.g., Peterson et al., 2000; Thomas & Perera, 2006). Por outro lado, vários estudos indicam que estes programas são efetivos quando são desenvolvidos de modo abrangente, incluindo medidas dirigidas aos jovens e medidas dirigidas ao meio onde os jovens vivem, são projetados a longo prazo, e são implementados de modo integrado no contexto da escola e da comunidade, incluindo também a família (e.g., De Vries et al., 2006b; Vitória et al., 2011a).

O relatório que temos vindo a referir, sobre a prevenção do consumo de tabaco nos jovens (USDHHS, 2012, 1994), baseia-se numa extensa revisão de literatura, realizada por um painel vasto de especialistas conceituados, para indicar os princípios e as medidas que são efetivas, reduzindo a iniciação, a prevalência e a intensidade do comportamento tabágico nos jovens: intervenções integradas e multi-dimensionais, que combinem 1) campanhas nos meios de comunicação social para promover a norma de não fumar e a cessação do tabagismo; 2) aumento do preço de venda ao público dos produtos do tabaco; 3) políticas e programas realizados nas escolas com base nas teorias da influência social, utilizando métodos pedagógicos interativos e treino de competências sociais; e 4) intervenções na comunidade para limitar o acesso dos jovens ao tabaco, para implementar e reforçar políticas e regras que limitem ou proíbam o consumo de tabaco e para “desnormalizar” o comportamento tabágico. Existe também evidência científica que as leis e regulamentos que proíbem a publicidade e a promoção dos produtos do tabaco e que proíbem o consumo de tabaco nos espaços públicos e nos locais de

trabalho têm impacto positivo na prevenção do tabagismo, reduzindo a iniciação, a prevalência e a frequência do comportamento tabágico nos jovens e promovendo a cessação desse comportamento nos jovens fumadores (USDHHS, 2012. 1994).

A nível da Europa, o *ESFA – European Smoking prevention Framework Approach*, pode ser considerado um programa de referência. Foi desenvolvido como um projeto de investigação-ação, com um design *quasi-experimental*, incluindo uma condição experimental e uma condição de controlo, e foi implementado durante três anos, acompanhando adolescentes de seis países, incluindo Portugal (De Vries et al., 2003b). As conclusões da avaliação deste projeto quanto à efetividade da intervenção não foram claras, sendo os resultados significativos apenas em alguns países, incluindo Portugal (De Vries et al., 2006b). Este projeto deixou algumas lições e recomendações para melhorar a efetividade dos programas de prevenção do tabagismo para jovens, nomeadamente (ver Vitória et al., 2011a): 1) conceção multidimensional do programa, incluindo os níveis individual, escola, família e comunidade; 2) definir um plano a médio-longo prazo, sempre numa base plurianual, integrando uma componente de intervenção e uma componente de avaliação; 3) obter um compromisso das escolas com o projeto formalizado ao nível da Direção e envolvendo à partida um ou vários professor(es) de ligação; 4) formação dos professores e outros intermediários que colaborem na implementação do programa na escola e na comunidade; 5) equilibrar a quantidade e a qualidade das atividades realizadas nos vários níveis de implementação do programa (individual, escolar, familiar e comunitário), e 6) as atividades no nível individual, dirigidas diretamente aos jovens, devem ser suficientemente apelativas para este grupo alvo, incluindo, por exemplo, atividades com uma forte componente participativa e interativa, sendo desejável que algumas destas atividades sejam realizadas por pares.

Portugal destacou-se neste projeto por ter cumprido as recomendações antes referidas e por investir num elevado número de aulas de prevenção do tabagismo (mínimo 14 aulas ao longo dos três anos). A quantidade de aulas tem sido associada ao sucesso dos programas preventivos com base na escola (e.g., Tobler et al., 2000). As aulas do programa português foram bem avaliadas pelos participantes e integraram a promoção de competências sociais, com a finalidade de melhorar a capacidade dos adolescentes para recusar fumar ou para lidar com situações de tabagismo passivo (auto-eficácia). As aulas implementadas no último ano acentuaram a vertente lúdica das anteriores e foram conduzidas por jovens com posições de liderança na escola ou na comunidade (programa inter-pares), depois de participarem numa ação de formação (Vitória et al., 2011a).

A família tem um papel muito importante na prevenção do tabagismo. Estudos comparativos realizados com amostras de vários países, permitindo verificar o peso relativo de um conjunto de fatores no comportamento tabágico dos adolescentes de nacionalidades diferentes, revelaram que nos adolescentes portugueses a influência dos pais, em especial da mãe, é superior à média (De Vries et al., 2006a, 2003a). Este resultado ganha ainda mais peso quando todos

os indicadores disponíveis apontam para um aumento acentuado da prevalência de jovens mulheres fumadoras no nosso país (Ministério da Saúde, 2008). Um estudo realizado em Portugal concluiu que os pais e os pais têm influência na aquisição do comportamento tabágico dos adolescentes, mas que o processo de influência é diferente: os pais influenciam principalmente através do seu comportamento e os pais influenciam através do comportamento e através das normas que definem sobre fumar (Vitória et al., 2011b). Os pais que fumam, além do exemplo que dão aos filhos, limitam a força de outras medidas de prevenção (por exemplo, a legislação, a prevenção na escola, as regras em casa), inserem os seus filhos num meio social onde o tabaco está presente e facilitam o acesso dos filhos ao tabaco (muitas vezes os primeiros cigarros são tirados aos pais). Tendo em conta estas considerações, o melhor que os pais podem fazer para prevenir o tabagismo dos seus filhos é eles próprios não fumarem. Os pais que fumam podem evitar fumar à frente dos seus filhos ou nos espaços por eles frequentados, incluindo a casa e o carro. Os pais, mesmo os que fumam, devem afirmar com firmeza e com clareza que preferem que os seus filhos não fumem, que não apoiarão o comportamento tabágico dos filhos caso estes decidam fumar e que não permitirão que os filhos fumem em casa. Também é importante que as famílias optem por frequentar espaços públicos onde não seja permitido fumar. Os pais devem ainda controlar o dinheiro que os filhos têm para o dia a dia e o modo como o gastam pois vários estudos têm indicado que o dinheiro de bolso disponível para gastar é um determinante do comportamento tabágico dos adolescentes (e.g., Vitória et al., 2006).

Uma última palavra para os técnicos (professores e profissionais de saúde), para a escola e para as autarquias. A escola poderá dar um bom exemplo à família, definindo medidas para reforçar a implementação da Lei de Prevenção e Controlo do Tabagismo (Lei n.º 37/2007, de 14 agosto), que proíbe o consumo de tabaco na escola e monitorizando continuamente o cumprimento dessa Lei no seu espaço. Este tema deverá ser contemplado no regulamento escolar e poderá ser abordado nas reuniões com pais, em especial nas reuniões de início de ano letivo. Os professores têm nos seus alunos um canal indireto para comunicar com os pais sobre este assunto. Por exemplo, podem realizar trabalhos sobre este tema com os seus alunos e pedir a colaboração dos pais ou podem enviar materiais informativos para casa. Os profissionais de saúde podem dar mais atenção aos utentes na faixa etária dos 25 aos 40 anos, geralmente com filhos em idade escolar e em risco de iniciação tabágica, ligando a abordagem do tabagismo à educação dos filhos e à sua proteção relativamente ao fumo ambiental de tabaco, promovendo a cessação tabágica quando os pais fumam. Às autarquias, além do investimento próprio na prevenção do tabagismo, cabe o papel de reforçar as políticas e as medidas de prevenção do tabagismo adotadas a nível nacional, como é o caso da Lei de Prevenção e Controlo do Tabagismo, aproveitando a proximidade das populações para apresentar com mais eficácia os fundamentos e as vantagens para as pessoas na adoção destas medidas.

## Referências bibliográficas

- APA - American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA - American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Becoña, E., & Míguez, M. C. (2004). Smoking and depressive symptoms among children ages 11 to 16 years. *Psychological Reports, 95*, 953-956.
- Benowitz, N. L. (1988). Pharmacologic aspects of cigarette smoking and nicotine addiction. *New England Journal of Medicine, 319*, 1318-1330.
- Breslau, N., Johnson, E. O., Hiripi, E., & Kessler, R. (2001). Nicotine dependence in the United States: prevalence, trends, and smoking persistence. *Archives of General Psychiatry, 58*, 810-816.
- Chassin, L., Presson, C. E., Pitts, S. C., & Sherman, S. J. (2000). The natural history of cigarette smoking from Adolescence to Adulthood in a Midwestern Community Sample: Multiple Trajectories and Their Psychosocial Correlates. *Health Psychology, 19*, 223-231.
- Chen, K., & Kandel, D. B. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *American Journal of Public Health, 85*, 41-47.
- Choi, W., S. Gilpin, E. A., Farkas, A. J., & Pierce, J. P. (2001). Determining the probability of future smoking among adolescents. *Addiction, 96*, 313-323.
- Colby, S. M., Tiffany, S. T., Shiffman, S., & Niaura, R.S. (2000). Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence. *Drug and Alcohol Dependence, 59* (Suppl. 1), S83-S95.
- Decreto 25-A/2005, de 8 de Novembro. *Diário da República, 214, I Série-A, Suplemento*, 6456(1)-6456(35).
- De Vries, H., Candel, M., Engels, R., & Mercken, L. (2006a). Challenges to the peer influence paradigm: results for 12-13 year olds from six European countries from the European Smoking Prevention Framework Approach study. *Tobacco Control, 15*, 83-89.
- De Vries, H., Engels, R., Kremers, S., Wetzels, J., & Mudde, A. (2003a). Parents' and friends' smoking status as predictors of smoking onset: findings from six European countries. *Health Education Research, 18*, 627-636.
- De Vries, H., Mudde, A., Leijts, I., Charlton, A., Vartiainen, E., Buijs, G., ... Kremers, S. (2003b). The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): an example of integral prevention. *Health Education Research, 18*, 611-626.
- De Vries, H., Dijk, F., Wetzels, J., Mudde, A., Kremers, S., Ariza, C., ... Candel, M. (2006b). The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): Effects after 24 and 30 months. *Health Education Research, 21*, 116-132.

- DiFranza, J. R., Rigotti, N. A., McNeill, A. D., Ockene, J. K., Savageau, J. A., Cyr, St. D., & Coleman, M. (2000). Initial symptoms of nicotine dependence in adolescents. *Tobacco Control*, 9, 313-319.
- DiFranza, J. R., Savageau, J. A., Rigotti, N. A., Fletcher, K., Ockene, J. K., McNeill, A. D., ... Wood, C. (2002). Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control*, 11, 228-235.
- Ellickson, P. L., Tucker, J. S., & Klein, M. S. (2001). High-risk behaviors associated with early smoking: results from a 5-year follow-up. *Journal of Adolescent Health*, 28, 465-473.
- Evans, R. I. (1976). Smoking in children: developing a social psychological strategy of deterrence. *Preventive Medicine*, 5, 122-127.
- Ezzati, M., & Lopez, A. D. (2003). Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*, 362, 847-852.
- Fraga, S., Ramos, E., & Barros, H. (2006). Uso de tabaco por estudantes adolescentes portugueses e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 40, 620-626.
- Gold, D. R., Wang, X., Wypij, D., Speizer, F. E., Ware, J. H., & Dockery, D.W. (1996). Effects of cigarette smoking on lung function in adolescent boys and girls. *New England Journal of Medicine*, 335, 931-937
- Goodman, E., & Capitman, J., (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics*, 106(4), 748-755.
- Hanna, E. Z., Yi, H. Y., Dufour, M. C., & Whitmore, C. C. (2001). The relationship of early-onset regular smoking to alcohol use, depression, illicit drug use, and other risky behaviors during early adolescence: results from the youth supplement to the third national health and nutrition examination survey. *Journal of Substance Abuse*, 13, 265-282.
- Hendricks, P. S.; Ditte, J. W., Drobes, D. J., & Brandon, H. (2006). The early time course of smoking withdrawal effects. *Psychopharmacology*, 187, 385-396.
- IARC - International Agency for Research on Cancer (2004). *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*. Volume 83, *Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*. Lyon: IARC Press.
- Jackson, C. (1998). Cognitive susceptibility to smoking and initiation of smoking during childhood: a longitudinal study. *Preventive Medicine*, 27, 129-134
- Johnson, P. B., & Richter, L. (2002). The relationship between smoking, drinking, and adolescents' self-perceived health and frequency of hospitalization: analyses from the 1997 National Household Survey on Drug Abuse. *Journal of Adolescent Health*, 30, 175-183.
- Kremers, S. P. J., Mudde, A. N., & De Vries, H. (2001). "Kicking the initiation": do adolescent ex-smokers differ from other groups within the initiation continuum?. *Preventive Medicine*, 33, 392-401.
- Kremers, S.P.J., De Vries, H., Mudde, A.N., & Candel, M. (2004). Motivational stages of adolescent smoking initiation: predictive validity and predictors of transitions. *Addictive Behaviors*, 29, 781-789.

- Lei n.º 37/2007, de 14 Agosto. *Diário da República*, 156, 1.ª Série, 5277-5285.
- Matos, M., Carvalhosa, S., Reis, C., Clemente, P., & Vitoria, P. (2001). *Os jovens portugueses e o Tabaco*. Lisboa: FMH/PEPT/GPT.
- Mathers, M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Williams, J., & Patton G. C. (2006). Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies. *Addiction*, 101, 948-958.
- Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3, 2011-2029.
- Ministério da Saúde (2008). 4.º *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA).
- Oberg, M., Jaakkola, S., Woodward, A., et al. (2010). Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A retrospective analysis of data from 192 countries. *Lancet*, 377 (9760), 139-46.
- OMS - Organização Mundial da Saúde (1997). *Saúde para Todos no Século XXI - Política de Saúde para a Europa*. Copenhaga: Organização Mundial da Saúde, Delegação Regional para a Europa.
- Patten, C. A., Choi, W. S., Gillin, J. C., & Pierce, J. P. (2000). Depressive symptoms and cigarette smoking predict development and persistence of sleep problems in US Adolescents. *Pediatrics*, 106, 1-9.
- Peterson, A. V., Kealey, K. A., Mann, S. L., Marek, P. M., & Sarason, I. G. (2000). Hutchinson Smoking Prevention Project: long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention - results on smoking. *Journal of National Cancer Institute*, 92, 1979-1991.
- Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., & Thun, M. (2006a). *Mortality from smoking in Developed Countries 1950-2000* (2nd ed.), Geneva, International Union Against Cancer (UICC).
- Peto, R., Watt, J., & Boreham, J. (2006b). *Deaths from smoking: an electronic resource*. Geneva: International Union Against Cancer (UICC). Disponível em <<http://www.deathsfromsmoking.net/>> e consultado em 23 de Julho de 2012.
- Pierce, J. & Gilpin, E. (1995). A Historical Analysis of Tobacco Marketing and the Uptake of Smoking by Youth in the United States: 1890-1977. *Health Psychology*, 14, 500-508.
- Pierce, J. P., Choi, W. S., Gilpin, E. A., Farkas, A. J., & Merrit, R. K. (1996). Validation of susceptibility as a predictor of which adolescents take up smoking in the United States. *Health Psychology*, 15, 355-361.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 295-304.
- Russel, M. A. (1990). The nicotine addiction trap: a 40-year sentence for four cigarettes. *British Journal of Addiction*, 85, 293-300.
- Santos, A. C., & Barros, H. (2004). Smoking patterns in a community sample of Portuguese adults, 1999-2000. *Preventive Medicine*, 38, 114-119.
- Shiffman, S. (1991). Refining models of dependence: variations across persons

- and situations. *British Journal of Addiction*, 86, 611-615.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2011). *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH Series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11-4658. Rockville MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Suglia, S. F., Wright, R. O., Schwartz, J., & Wright, R. J. (2008). Association between lung function and cognition among children in a prospective birth cohort study. *Psychosomatic Medicine*, 70, 356-362.
- Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians (2000). *Nicotine addiction in Britain*. London: Royal College of Physicians of London.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis, *Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275-336.
- Thomas, R. E., & Perera, R. (2006). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.: CD001293.
- USEPA - U.S. Environmental Protection Agency (1992). *Respiratory Health Effects of Passive Smoking*. Washington, DC: U.S. Environmental Protection Agency.
- USDHHS - U.S. Department of Health and Human Services (2012). *Preventing tobacco use among young and young adults: a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: 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,
- USDHHS - U.S. Department of Health and Human Services (1994). *Preventing tobacco use among young people: a report of the Surgeon General*. Washington DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Services.
- USDHHS - U.S. Department of Health and Human Services (2006). *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Rockville MD: Centers for Disease Control.
- USDHHS - U.S. Department of Health and Human Services (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville MD: Centers for Disease Control.
- USDHHS - U.S. Department of Health and Human Services (1988). *The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General*. Rockville MD: Centers for Disease Control.
- Velicer, W. F., Redding, C. A., Anatchkova, M. D., Fava, J. L., & Prochaska, J. O. (2007). Identifying cluster subtypes for the prevention of adolescent smoking acquisition. *Addictive Behaviors*, 32, 228-247
- Vitória, P. D., Silva, S., & De Vries, H. (2011a). Avaliação longitudinal de um programa de prevenção do tabagismo para adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, 45(2), 343-54.
- Vitória, P.D., Kremers, S. P. J., Mudde, A., Pais Clemente, M., & De Vries, H. (2006). Psychosocial factors related with smoking behaviour in Portuguese adolescents, *European Journal of Cancer Prevention*, 15, 531-40.



- Vitória, P. D., Salgueiro, M. F., Silva, S., & De Vries, H. (2011b). Social influence, intention to smoke and adolescent smoking behaviour longitudinal relations. *British Journal of Health Psychology*, 16, (4), 779-798. Epub 2011 Jan 13.
- Vitória, P. D., Salgueiro, M. F., Silva, S., & De Vries, H. (2009). The impact of social influence on adolescent intention to smoke: Combining types and referents of influence. *British Journal of Health Psychology*, 14 (4), 681-699. Epub 2009 Mar 14.
- Wetzels, J., Kremers, S. P. J., Vitória, P. D., & De Vries, H. (2003). The alcohol-tobacco relationship: A prospective study among adolescents in six European countries, *Addiction*, 98, 1755-1763.
- WHO - World Health Organisation (2000). *Air Quality Guidelines for Europe* (2nd ed.). Copenhagen: Copenhagen: World Health Organization - Regional Office for Europe.
- WHO - World Health Organisation (2008). *Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package*. Geneva: World Health Organization.
- WHO - World Health Organisation (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization.
- WHO - World Health Organisation (1999). *The World Health Report 1999 - Making a Difference*. Geneva: World Health Organisation.
- WHO - World Health Organisation (2003). *Who Framework Convention On Tobacco Control*. Geneva: World Health Organization.
- Zullig, K. J., Valois, R. F., Huebner, E. S., Oeltmann, J. E., & Drane, J.W. (2001). Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29, 279-288.