

**Prevenção, controlo e tratamento do tabagismo na formação pré-graduada dos alunos da
Universidade de Évora**

Prevention, control and smoking treatment in pre-graduate training of students of University Évora

Jorge Bonito

Doutor em Ciências da Educação. Professor Auxiliar com Agregação na Universidade de Évora, Portugal. Membro do CIDTFF/Universidade de Aveiro, Portugal. Email: jbonito@uevora.pt.

Resumo:

O tabagismo é, atualmente, a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países desenvolvidos. Estima-se que tenha sido responsável, em Portugal e em 2010, por aproximadamente onze mil mortes. Os últimos dados do Eurobarómetro, de 2015, indicam que a prevalência de fumadores subiu dois pontos percentuais relativamente a 2012, tendência contrária à da União Europeia. O quadro legal português estabelece que as temáticas da prevenção, do controlo e do tratamento do tabagismo devem integrar os *curricula* dos cursos de formação pré-graduada de saúde e de educação. Este trabalho dá conta a experiência de formação neste domínio nas unidades curriculares de educação para a saúde, nomeadamente os objetivos e conteúdos preconizados, a organização da Campanha de Prevenção Tabágica e os efeitos que têm sido sentidos na realização desta intervenção.

Palavras-chave: tabagismo, prevenção, controlo, tratamento, educação para a saúde.

Abstract:

Smoking is currently the first cause of preventable disease, disability and premature death in developed countries. In 2010, it is estimated to have been responsible in Portugal for about eleven thousand deaths. The latest Eurobarometer data from 2015 indicate that the prevalence of smoking has risen two percentage points compared to 2012, a trend contrary to the European Union. The Portuguese law stipulates that the themes of prevention, control and smoking cessation should integrate the curricula of pre-graduate training courses in health and education. This paper gives account of the training experience in this field in the courses of health education, including the objectives and recommended contents, the organization of Smoking Prevention Campaign and the effects have been felt in the realization of this intervention.

Keywords: smoking, prevention, control, treatment, health education

Introdução

A epidemia do tabagismo

O consumo de produtos do tabaco é apontado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como responsável pela morte de 100 milhões de pessoas no século passado, podendo vir a matar no século XXI cerca de 1000 milhões (WHO, 2008). Constitui a primeira causa evitável de doença, incapacidade e morte prematura nos países desenvolvidos. De acordo com a OMS, contribui para 6 das 8 primeiras causas de morte a nível mundial (WHO, 2008).

De acordo com as estimativas do *Global Burden of Disease* (IHME, 2013), o consumo de tabaco foi responsável no ano de 2010, em Portugal, pela perda de cerca de 18% do total de anos de vida perdidos (*YLLs*) nos homens e por 4,44% nas mulheres. Relativamente aos anos de vida perdidos com doença (*YLDs*), o tabagismo está associado a 3,49% do total nos homens e a 1,24% do total nas mulheres. Na distribuição por sexo dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*DALYs*), relacionados com o tabaco são considerados cerca de 12,99% do total para os homens e 2,69% do total para as mulheres. Num trabalho de Borges, Gouveia, Costa, Pinheiro, Paulo e Carneiro (2009), com base nos dados dos inquéritos nacionais de saúde de 1998 e de 2005, a carga de *DALYs* atribuível ao tabagismo foi de 15,40% para homens e de 4,90% para mulheres.

Se atentarmos no número de mortes (Tabela 1), poderemos perceber, com base nas estimativas do IHME (2013), que o tabagismo foi responsável, em Portugal, por 0,023% do total de mortes por VIH-SIDA e tuberculose, por 4,25% do total de mortes por cancro, por 3,46% do total de mortes por doenças cardiovasculares e circulatórias e por 2,15% do total de mortes por doenças respiratórias, matando 10 956 pessoas (em ambos os sexos). Porém, a exposição ao fumo ambiental do tabaco terá provocado 845 mortes (372 nos homens)

Tabela 1 – Mortes por grupo etário, sexo e causa atribuíveis, em 2010, ao consumo de tabaco e ao fumo ambiental do tabaco, em Portugal.

| Idades (anos) | Mortes (%) | | | | | |
|--------------------------|------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|
| | 15-49 | | 50-69 | | + 70 | |
| | M | F | M | F | M | F |
| Consumo de tabaco | VT – 0,12 | VT – 0,014 | VT – 0,071 | VT – 0,0048 | VT – 0,026 | VT – 0,0019 |
| | C – 8,19 | C – 3,51 | C – 15,23 | C – 2,29 | C – 5,05 | C – 0,55 |
| | DCV – 5,93 | DCV – 4,09 | DCV – 7,89 | DCV – 3,23 | DCV – 4,46 | DCV – 1,2 |
| | DRC – 0,61 | DRC – 0,29 | DRC – 2,01 | DRC – 0,51 | DRC – 3,98 | DRC – 1,13 |
| | OD – 0,11 | OD – 0,013 | OD – 0,34 | OD – 0,03 | OD – 0,28 | OD – 0,015 |
| Fumo ambiental do tabaco | C – 0,0082 | C – 0,046 | C – 0,048 | C – 0,088 | C – 0,032 | C – 0,028 |
| | DCV – 0,18 | DCV – 0,33 | DCV – 0,55 | DCV – 0,68 | DCV – 0,73 | DCV – 0,89 |

Fonte: elaboração própria a partir de IHME (2013). Legenda: VT- VIH/SIDA e tuberculose; C – cancro; DCV – doenças cardiovasculares; DRC – doenças respiratórias crónicas; OD – diabetes, doenças urogenitais, doenças do sangue, doenças endócrinas.

Prevalência do consumo de tabaco em Portugal

Os dados de 2015 do Eurobarómetro (EC, 2015), com trabalhos de campo entre novembro e dezembro de 2014, revelam que a prevalência do consumo de tabaco em Portugal está a aumentar, ao contrário da tendência observada na União Europeia (UE). Cerca de 25% dos portugueses, com idades entre os 15 e os 64 anos, consome tabaco, valor superior dois pontos percentuais aos dados de 2012. Cerca de 12% deixou de fumar e 63% declarou nunca ter fumado. Na UE a média do consumo de tabaco é de 26%, verificando-se uma quebra de 2% relativamente a 2012. São os homens que fumam mais (34%) que as mulheres (18%), em linha com a média da UE (31% e 22% respetivamente). O consumo por grupos etários apresenta-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Consumo de tabaco em Portugal, segundo o Eurobarómetro de 2015, em função dos grupos etários e do tipo de produto.

| Produtos do tabaco | Portugal | União Europeia |
|---------------------------|-----------------|-----------------------|
| Cigarros | 83% | 76% |
| Enrolar | 16% | 24% |
| Cigarrilha | 4% | 4% |
| Charuto | 3% | 4% |
| Cachimbo | 1% | 1% |
| Cigarro eletrónico | 2% | 1% |

Fonte: elaboração própria a partir do EC (2015).

Um pouco mais de metade (55%) dos fumadores portugueses declarou que iniciou o consumo entre os 15 e os 18 anos de idade; 21% começou antes dos 15 anos e 20% entre os 19 e os 25 anos, valores próximos da média da UE. Relativamente ao cigarro eletrónico, 1% usou e desistiu do consumo (3% na UE) e 3% experimentou e desistiu (7% na UE).

Segundo o relatório de 2014 do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo (Nunes & Narigão, 2014), para “uma parte importante da população portuguesa, o tabagismo não é percecionado como um grave fator de risco para a saúde, em particular pelas pessoas fumadoras” (p. 7). Nesse sentido, existe um conjunto de seis estratégias (*The MPOWER package*) que foram apontadas pela OMS (WHO, 2008) para reverter a epidemia do tabagismo, a saber: monitorizar o consumo de tabaco e as políticas de prevenção; proteger as pessoas do fumo

ambiental do tabaco; oferecer ajuda para a cessação tabágica; alertar para os perigos do consumo do tabaco; proibir a publicidade aos produtos do tabaco, a sua promoção e patrocínio; e aumentar os impostos sobre o tabaco.

Quadro legal para o controlo do tabaco

A 56.^a Assembleia Mundial de Saúde, realizada em 21 de maio de 2003, em Genebra, aprovou a Convenção Quadro da OMS, que veio a ser aprovada para o ordenamento jurídico português através do Decreto n.º 25-A/2005, de 8 de novembro. No seu preâmbulo lê-se, entre outras proposições:

Recognizing that scientific evidence has unequivocally established that tobacco consumption and exposure to tobacco smoke cause death, disease and disability, and that there is a time lag between the exposure to smoking and the other uses of tobacco products and the onset of tobacco-related diseases.

Acknowledging that there is clear scientific evidence that prenatal exposure to tobacco smoke causes adverse health and developmental conditions for children.

A Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, deu execução ao disposto na Convenção Quadro da OMS para o Controlo do Tabaco. Como medidas de prevenção e controlo do tabagismo, a Lei define, no seu artigo 20.º:

3 - A temática da prevenção e do controlo do tabagismo deve ser abordada no âmbito da educação para a cidadania, a nível dos ensinos básico e secundário e dos curricula da formação profissional, bem como da formação pré e pós-graduada dos professores destes níveis de ensino.

4 - 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.

Em 3 de janeiro de 2012, por Despacho do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, foram definidos os programas prioritários a desenvolver pela Direção-Geral da Saúde, sendo um deles o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, definindo-se as competências da Diretora do Programa através do Despacho n.º 2/2012, de 12 de janeiro de 2012, do Diretor-Geral da Saúde.

Em 15 de maio de 2015 foi discutida, votada e aprovada na generalidade na 87.^a Reunião Plenária da Assembleia da República a primeira alteração à Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, transpondo a Diretiva n.º 2014/40/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 3 de abril de 2014. No momento em que escrevemos este texto, a Proposta de Lei 322/XII baixou à comissão especialidade e recolhe diversos pareceres.

Tendo por base as medidas de prevenção e controlo do tabagismo preconizadas pela Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto e as medidas do *MPOWER*, dá-se conta, de seguida, da gestão das unidades curriculares de educação para a saúde da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora relativamente à temática do tabagismo.

Formação em tabagismo nas unidades curriculares de educação para a saúde

As unidades de educação para a saúde

As unidades curriculares de educação para a saúde da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora correspondem, na prática, a três unidades curriculares de três cursos de licenciatura distintos, como a seguir se discrimina (Tabela 3).

Tabela 3 – Unidades curriculares de educação para a saúde da Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora na formação pré-graduada.

| | Educação para a Saúde I | Educação para a Saúde | Promoção e Educação para a Saúde |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Enfermagem | 1.º ano/2.º semestre 80 h de trabalho (25 h T; 10 h P; 1 h OT) 3 créditos | | |
| Ciências da Educação | | 1.º ano/2.º semestre 78 h de trabalho (15 h TP; 30 h P; 7 h OT) 3 créditos | |
| Educação Básica | | | 3.º ano/6.º semestre 65 h de trabalho (24 h TP; 2 h OT) 2,5 créditos |

Fonte: elaboração própria.

As unidades curriculares de Educação para a Saúde I e de Educação para a Saúde funcionam desde o ano letivo de 2008-2009 e a de Promoção e Educação para a Saúde a partir do ano letivo de 2009-2010.

Perfil do docente

O docente que assegura estas unidades curriculares tem sido sempre o mesmo, e tem formação especializada para a área de estudo, a saber:

- a) Título de Agregado em Ciências da Educação, na unidade curricular de Educação para a Saúde I (Universidade de Aveiro, Portugal);
- b) Título de Especialista Universitário em Prevenção de Riscos e Promoção da Saúde (*Universidad Nacional de Educación a Distancia*, Espanha);

- c) Grau de Doutor em Ciências da Educação, na área da formação de Professores (Universidade de Coimbra, Portugal);
- d) Grau de Licenciado em Ensino de Biologia e Geologia (Universidade de Évora, Portugal);
- e) Formação em Prevenção, Tratamento e Controlo do Tabagismo (Direção-Geral da Saúde; PH+ – Desenvolvimento de Potencial Humano e Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva);
- f) Membro de dois projetos de investigação na área do tabagismo, liderados pela Universidade do Minho e financiados pela FCT;
- g) Membro do Conselho Científico do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo da Direção-Geral da Saúde.

Objetivos e conteúdos relativos ao tabagismo

Uma vez que as unidades curriculares se aplicam a cursos de natureza distinta – formação de enfermeiros; formação de técnicos superiores de ciências da educação; formação base de educadores de infância e professores do primeiro ciclo do ensino básico – e têm horas de contacto e tipologia distintas, a natureza das suas fichas curriculares é diferenciada. Por questões de economia de espaço, iremos apresentar os conteúdos relativos ao tabagismo que são abordados genericamente nas unidades curriculares de educação para a saúde, sabendo-se que em cada uma delas as abordagens metodológicas são diferenciadas, por serem adaptadas ao perfil de saída do aluno de cada curso. Assim, por exemplo, o tratamento do tabagismo é apenas estudado no curso de enfermagem, enquanto no curso de educação básica se investe em ações de prevenção primária realizadas junto das crianças e dos seus pais e encarregados de educação nos estabelecimentos de educação e ensino.

Na Tabela 4 apresentam-se os principais objetivos e conteúdos estudados relativos ao tabagismo.

Tabela 4 – Objetivos e conteúdos associados ao tabagismo estudados na componente teórica das unidades curriculares de educação para a saúde na formação pré-graduada.

| Objetivos | Conteúdos |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 – Descrever aspetos históricos, sociais e económicos relacionados com o consumo de tabaco. | 1 – Aspetos históricos, sociais e económicos. 1.1. – Aspetos históricos, sociais e económicos do tabaco. |
| 2. – Caracterizar as prevalências do consumo de tabaco na União Europeia e em Portugal. | 1.2. – Determinantes do consumo de tabaco. 1.3. – Prevalência do consumo de tabaco na União Europeia e em Portugal. |
| 3. – Indicar custos de saúde e sociais relacionados com o consumo de tabaco. | 2. – Tabaco e fumar. 2.1. – Impacto do tabagismo na morbilidade e na mortalidade em Portugal: dados epidemiológicos. |
| 4. – Referir sete constituintes do tabaco. | |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>5. – Explicar as consequências da exposição ao fumo ambiental do tabaco.</p> <p>6. – Defender a proteção da mulher grávida ao fumo do tabaco.</p> <p>7. – Caracterizar a intervenção na pessoa idosa fumadora.</p> <p>8. – Indicar cinco benefícios em deixar de fumar.</p> | <p>2.2. – Constituintes do fumo do tabaco.</p> <p>2.3. – Fumo ambiental do tabaco: efeitos da exposição.</p> <p>2.4. – Mulheres e tabaco: consequências no feto</p> <p>2.5. – Tabagismo na pessoa idosa</p> <p>2.6. – Benefícios em deixar de fumar.</p> |
| <p>9. – Caracterizar a nicotina do ponto de vista químico.</p> <p>10. – Explicar os mecanismos da dependência associados à nicotina.</p> <p>11. – Relacionar o tabagismo com patologias associadas.</p> | <p>3. – Tabaco e psicopatologia.</p> <p>3.1. – A nicotina como substâncias psicoativa.</p> <p>3.2. – Neurobiologia do tabagismo: dependência.</p> <p>3.3. – Tabagismo e patologias associadas: afetiva, esquizofrenia, alcoolismo.</p> |
| <p>12. – Indicar instrumentos de avaliação do comportamento do fumador.</p> <p>13. – Conhecer terapias para o tabagismo.</p> | <p>4. – Avaliação e tratamento do tabagismo.</p> <p>4.1. – Avaliação do comportamento de fumar.</p> <p>4.2. – Terapia motivacional.</p> <p>4.3. – Terapia psicológica.</p> <p>4.4. – Tratamento farmacológico.</p> |
| <p>14. – Discutir a relação entre tabaco e adolescência.</p> <p>15. – Conhecer estratégias de prevenção e de controlo do tabagismo.</p> <p>16. – Conhecer medidas legislativas da OMS, da União Europeia e nacionais.</p> <p>17. – Identificar obstáculos à prevenção em tabagismo.</p> | <p>5. – Prevenção do tabagismo.</p> <p>5.1. – Tabaco, crianças e adolescentes.</p> <p>5.2. – Estratégias de prevenção e controlo do tabagismo.</p> <p>5.3. – Políticas de prevenção: OMS, União Europeia, Nacional.</p> <p>5.4. – Obstáculos à prevenção em tabagismo.</p> |

Fonte: elaboração própria.

Na componente prática das unidades curriculares são desenvolvidos os seguintes objetivos e conteúdos (Tabela 5).

Tabela 5 – Objetivos e conteúdos associados ao tabagismo estudados na componente prática das unidades curriculares de educação para a saúde na formação pré-graduada.

| Objetivos | Conteúdos |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. – Explicar o modelo transteórico da mudança comportamental.</p> <p>2. – Conhecer o programa-tipo de atuação para a cessação tabágica da Direção-Geral da Saúde.</p> <p>3. – Realizar abordagens proativas e intervenções muito breves e breves.</p> <p>4. – Conhecer estratégias preventivas da recaída.</p> <p>5. – Compreender as bases psicológicas da entrevista motivacional.</p> <p>6. – Participar na Campanha de Prevenção Tabágica.</p> | <p>1. – O processo de mudança comportamento: modelo transteórico de Prochaska e DiClemente.</p> <p>2. – Cessação tabágica: programa-tipo de atuação</p> <p>3. – Abordagem proactiva e tipos de intervenções: abordagem muito breve; abordagem breve (“5 Ás” e “5Rs”); abordagem intensiva</p> <p>4. – Prevenção da recaída</p> <p>5. – Aconselhamento e abordagem motivacional: entrevista motivacional.</p> <p>6. – Fumo e envenenamento por monóxido de carbono: “garrafa fumadora”</p> <p>7. – Campanha de Prevenção Tabágica</p> <p>7.1. – 1.ª linha de intervenção</p> <p>7.2. – 2.ª linha de intervenção: medição de carboxiemoglobina</p> <p>7.3. – 3.ª linha de intervenção: entrevista motivacional.</p> |

Fonte: elaboração própria.

A componente teórica socorre-se de metodologias de carácter mais expositivo, com apelo às experiências e vivências pessoais de cada aluno e à apresentação de casos, suportados sempre em evidência científica.

Na componente prática, os alunos encontram-se divididos em grupos mais pequenos, permitindo um acompanhamento mais personalizado e a preparação cuidada da Campanha de Prevenção Tabágica. Há um especial cuidado no tratamento do conteúdo “fumo e envenenamento por monóxido de carbono: ‘garrafa fumadora’”. Realizam-se práticas de atividades laboratoriais: a) “garrafa fumadora”, com o objetivo da compreensão da origem do fumo de primeira ordem e do fumo de segunda ordem (Figura 1); e b) medições de monóxido de carbono (no fumo da atividade anterior e no ar expirado).



Figura 1: Atividade laboratorial: “garrafa fumadora”.

Campanha de Prevenção Tabágica

A Campanha de Prevenção Tabágica (CPT) integra a ficha curricular das unidades curriculares de educação para a saúde e constitui uma componente obrigatória da avaliação dos alunos. Todos os alunos necessitam de participar na CPT para poderem aprovar na sua unidade curricular.

A CPT faz-se desde há 4 anos. Inicialmente estava associada a dois dias particulares: 17 de novembro (Dia do Não Fumador – DGS) e 31 de maio (*World No Tobacco Day* – OMS). Presentemente, realiza-se apenas na semana do Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio). Na linha do que é preconizado pela OMS, a CPT visa alertar os fumadores para os riscos de saúde associados ao uso do tabaco e proporcionar uma oportunidade para a integração imediata num programa de cessação tabágica.

A organização da CPT é assumida pelos alunos como um importante momento no seu percurso formativo: está sempre presente a consciência clara da componente de avaliação mas, sobretudo, é o primeiro momento, em qualquer dos cursos, de contacto com a comunidade, numa intervenção que tem sido sempre muito bem acolhida.

A CPT tem-se realizado em locais específicos, função dos interesses do docente e das necessidades do público eborense. Foi desenvolvida na Central de Camionagem, na Escola EB 2,3 Conde de Vilalva, na Escola Secundária Severim de Faria, na Praça do Giraldo, no Hospital do Espírito Santo, no Supermercado Intermarché, no Comando Territorial da Guarda Nacional Republicana (GNR), no Comando Distrital da Polícia de Segurança Pública e na Câmara Municipal. Envolve anualmente mais de 110 alunos, obrigando a uma ginástica de turnos, locais de intervenção e coordenação. Na semana do *World No Tobacco Day 2015*, por exemplo, a CPT fez-se em três locais distintos.

Os alunos são treinados em espaço de sala, com informação, documentação, instrumentos, demonstração de técnicas e *role playing*, acerca dos procedimentos a adotar e das falas de cada linha de intervenção, conforme relata Bonito (2014). Insiste-se no domínio das técnicas de uso do *Smoke Chek* e no treino reiterado da técnica da entrevista motivacional, como recurso essencial no processo motivacional para a mudança comportamental.

Estão preconizados basicamente dois tipos de intervenção na CPT. A que se realiza numa grande superfície (*e.g.*, supermercado), cujo objetivo é ser proativo e atingir a maior quantidade de público. A primeira linha de intervenção, em geral, realiza-se com alunos em pares, de modo proativo e deslocando-se pelo espaço, mediante uma abordagem muito breve e aconselhamento, com a duração entre 1 e 3 minutos.

Outro tipo de intervenção é a dirigida a uma população específica, por exemplo, com uma atividade profissional particular, como é o caso dos funcionários municipais ou as forças policiais. A primeira linha é realizada por um único aluno, sentado, que acolhe as pessoas interessadas neste tipo de apoio. Em ambos os casos, o objetivo da segunda linha é identificar fumadores declarados, que já pensaram ou estão a pensar em deixar de fumar nos próximos meses, e encaminhá-los para uma segunda linha de intervenção.

Na segunda linha é feito o acolhimento e um aconselhamento breve, num período com cerca de 5-7 minutos. O aluno explica a origem do monóxido de carbono, associa-o ao fumo do tabaco e anuncia a sua consequência quando ligado à hemoglobina. De seguida, explica-se a técnica da

medição da carboxiemoglobina e é feito, com consentimento, o teste. Temos em uso dois tipos de aparelhos (Figura 2): o *Micro CO/Smoke Chek* (com a escala: 0-6 ppm CO, 7-10 ppm CO, 11-20 ppm, > 20 ppm CO) e o *piCO+ Smokerlyzer* (com a escala: 0-110 ppm CO)



Figura 2: A – *Micro CO/Smoke Chek*; B - *piCO+ Smokerlyzer*.

Após a determinação do valor da carboxiemoglobina no ar expirado, é localizado o caso particular da pessoa num escala apelativa criada para o efeito (Anexos 1 e 2): o enfoque centra-se no envenenamento, naquilo que é explícito e imediato, evitando-se alegações para consequências a médio/longo prazo do ato de fumar. A abordagem é centrada no caso pessoal e nos benefícios pessoais em deixar de fumar. É fornecido um cartão com a percentagem de carboxiemoglobina (Figura 3), com a inscrição de uma frase. Faz-se, de seguida, o encaminhamento para a terceira linha de intervenção.

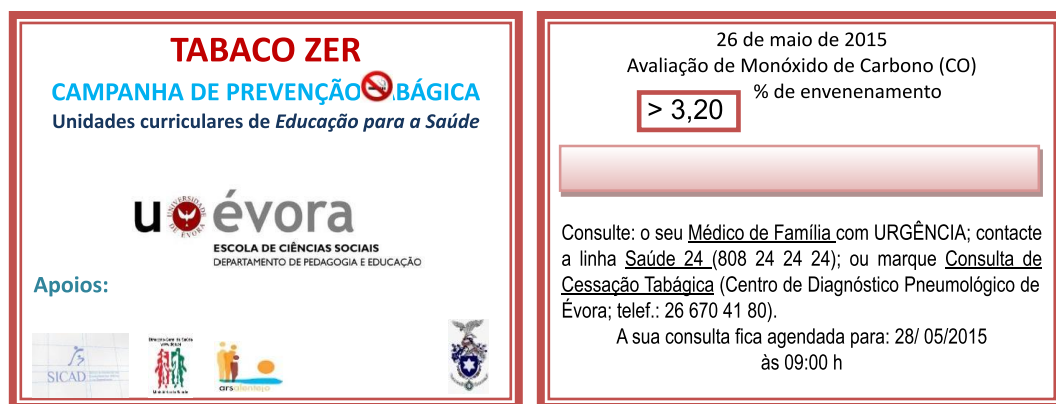


Figura 3: Exemplo do cartão preenchido, que é fornecido à pessoa fumadora na segunda linha de intervenção.

A terceira linha centra-se no encontro interpessoal, mediante o modelo da potenciação. O aluno senta-se na diagonal da pessoa fumadora, e segue-se a partilha da biografia completa

mediante a entrevista motivacional, de modo sereno, assertivo e compreensivo. No encontro usa-se um protocolo de aconselhamento (Anexo 3) com vários campos (caraterização; estilos de vida e história clínica; comportamento tabágico), socorrendo-se de um conjunto de instrumentos: tabela de índice de massa corporal (Anexo 4); Prós-Contras (Anexo 5); gastos com o consumo (Anexo 6); resultado do teste de monóxido de carbono; avaliação da dependência (*Fagerstrom Tolerance Questionnaire*) e avaliação da motivação (Teste de Richmond). A entrevista tem três objetivos a atingir: alcançar a permeabilidade e a confiança do fumador e fazer com que o encontro compense. Reunidas todas as informações disponíveis, são decididas, articulando com a pessoa fumadora, as orientações futuras, que podem vir a ser: acompanhamento na linha Saúde 24; médico de família; ou consulta de cessação tabágica, desde que cumpridos os critérios prioritários de acesso à intervenção de apoio intensivo (Anexo 7). A CPT realiza-se com o apoio institucional da Administração Regional de Saúde do Alentejo e, por isso, é possível, durante a entrevista motivacional satisfeitos os referidos requisitos, agendar no momento consulta de cessação tabágica. Este procedimento tem servido como elemento motivador para a pessoa fumadora interessada em deixar de fumar. A oferta, imediata, deste tipo de apoio, desencadeia uma receptividade maior do que quando em outro tipo de intervenções (por exemplo, em grandes superfícies, onde não se realiza a entrevista motivacional) se sugere a marcação de uma consulta. A título de exemplo, uma das últimas intervenções realizou-se no dia 26 de maio e no dia 28 de maio realizaram-se as três primeiras consultas agendadas na CPT.

Efeitos da Campanha de Prevenção Tabágica

A CPT tem tido um excelente acolhimento da comunidade e das entidades onde intervimos. A este propósito, a GNR comunicou, em 2014, agradecendo-nos:

em nome do Comando Territorial de Évora, a prestimosa colaboração de V/Exa, com a realização desta ação que espero, venha a resultar na aquisição de novos elementos para o rol dos não fumadores. Desde a primeira hora vimos nesta ação uma excelente oportunidade de poder contribuir para a melhoria da saúde dos nossos militares, o que parece poder vir a ser uma realidade, face ao balanço apresentado.

A CPT é divulgada nos órgãos oficiais de comunicação da Universidade de Évora, tendo também originado coluna na imprensa regional (*Diário do Sul*) e uma tertúlia na Rádio Telefonía do Alentejo (103.2 MHz).

A CPT para além de constituir um contributo social na promoção da saúde, motivando e apoiando pessoas fumadoras à cessação tabágica, permite conhecer objetivamente as prevalências de consumo em determinados contextos.

Conclusões

Partindo da definição de saúde da OMS, a educação para a saúde corresponde a um processo de educação permanente que se inicia nos primeiros anos da infância orientado para o conhecimento de si mesmo e de todas as suas dimensões, tanto individuais como sociais, e também do ambiente que o rodeia na sua dupla dimensão, ecológica e social, com o objetivo de poder ter uma vida saudável e participar na saúde coletiva (PEREA QUESADA, 1992).

A principal missão da educação para a saúde é a promoção de estilos de vida saudáveis, no seu sentido positivo de ajuda e de potenciação da pessoa para a participação e para a gestão da sua própria saúde, ao desenvolver-se num processo de saúde integral. Em segundo plano, tem uma função preventiva e corretiva, exigindo por parte do indivíduo, da família, da escola, da comunidade e de outros grupos sociais os conhecimentos necessários para a prevenção de algumas doenças. A evidência científica tem-nos mostrado que as grandes mudanças nos hábitos e nas práticas de saúde não se devem a esforços educativos dirigidos a comportamentos mais ou menos isolados, mas mais como efeito de mudanças mais globais (SYME, 1991). Nesse sentido, os objetivos orientados a sugerir mudanças em comportamentos isolados não podem deixar de considerar as relações recíprocas que esses comportamentos têm entre si e as funções que cumprem nesse estilo de vida.

A inclusão das temáticas da prevenção, controlo e tratamento do tabagismo, na formação pré-graduada do curso de enfermagem, de ciências da educação e de educação básica tem sido apontado como um elemento importante na formação destes profissionais. A CPT tem gerado grande receptividade por parte dos alunos, proporcionado um primeiro e ímpar momento junto da população, beneficiando a comunidade eborense de uma oportunidade imediata de mudança de estilo de vida. Infelizmente, apesar de conseguirmos motivar várias pessoas fumadoras para a cessação tabágica, durante a CPT, ainda não encontramos um caminho suficientemente eficaz de seduzir os próprios alunos fumadores, e que intervêm na CPT, para deixarem de fumar. Este é o desafio que nos espera de futuro.

Bibliografia

BONITO, J. Tabaco Zero – Intervenção comunitária dos alunos de Educação para a Saúde da Universidade de Évora. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, N. 1. V. 2, p. 81-92, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10174/10897>. Acesso em 15 de junho de 2015.

BORGES, M.; GOUVEIA, M.; COSTA, J.; PINHEIRO, L.; PAULO, S.; CARNEIRO, A. Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portuga. **Revista portuguesa de pneumologia**, N. XV. V. 6, p. 951-1004, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/pne/v15n6/v15n6a01.pdf>. Acesso em 5 de junho de 2015.

EC – EUROPEAN COMMISSION. **Attitudes of europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Report. Eurobarometer**, 2015. Disponível em: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_429_en.pdf. Acesso em 15 de junho de 2015.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (2013). **Global Burden of Disease Compare 2010**, 2013. Disponível em: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Acesso em 15 de junho de 2015.

NUNES, E.; NARIGÃO, M. **Portugal – Prevenção e Controlo do Tabagismo em Números – 2014**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=26691>. Acesso em 15 de junho de 2015.

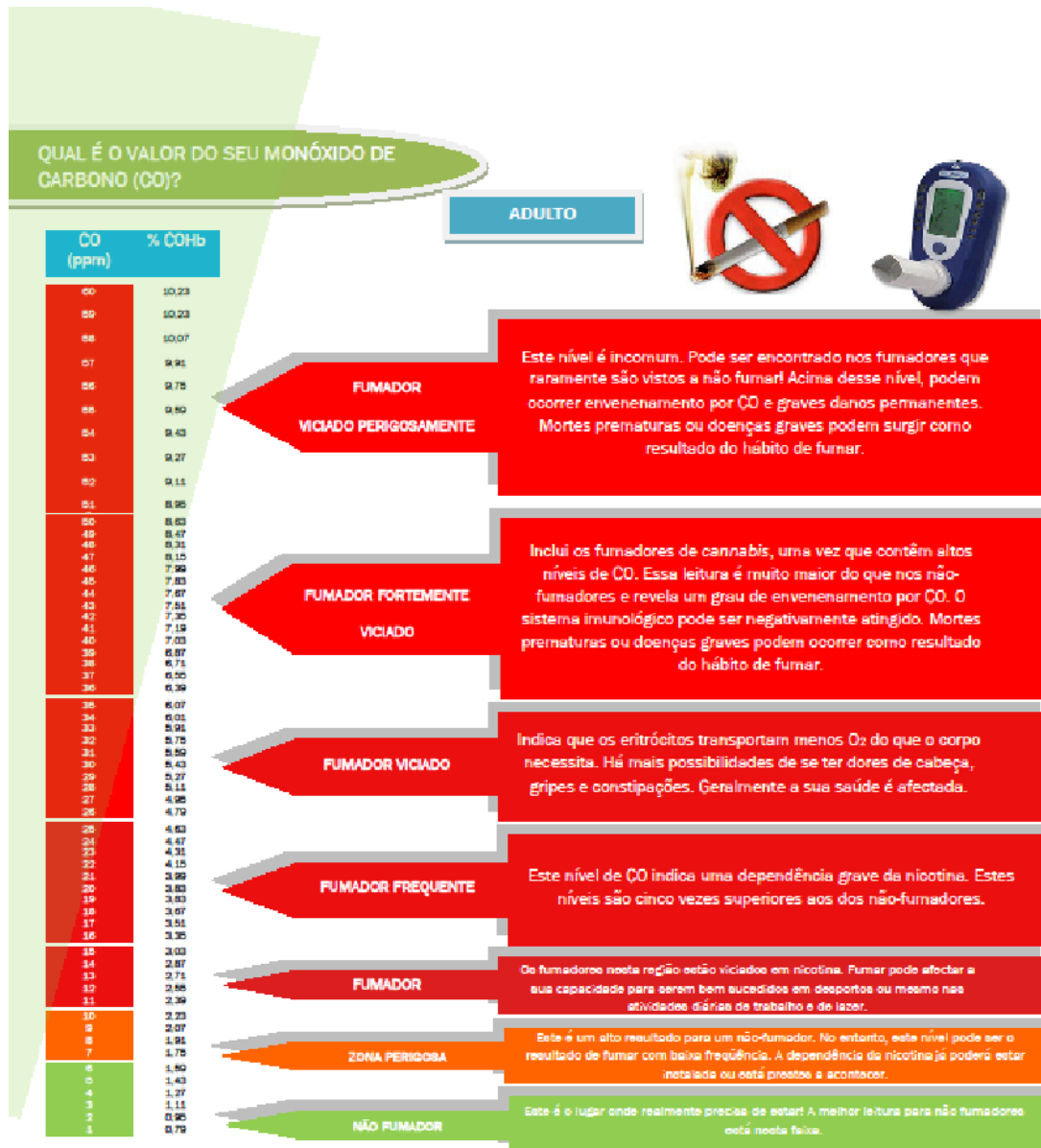
PEREA QUESADA, R. **Fundamentos y justificación de la educación para la salud**. Madrid: FUE/UNED, 1992.

SYME, L. La investigación sobre la salud y la enfermedad en la sociedad actual: la necesidad de una epidemiología más relevante. **Anthropos**, N. 118, p. 39-51, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package**. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf. Acesso em 15 de junho de 2015.

ANEXO

Anexo 1 – ESCALA DE ACONSELHAMENTO DA CARBOXIEMOGLOBINA (ADULTO)



Prof. Doutor Jorge Borralho
 Escola de Ciências da Saúde
 Universidade de Évora
 Apartado 04
 7002-904 Évora
 Email: jborral@uevora.pt
 © 2011

Anexo 2 – ESCALA DE ACONSELHAMENTO DA CARBOXIEMOGLOBINA (ADOLESCENTE E GRÁVIDA)



CÓMPlicações de Saúde Incluem

Baixo período gestacional, reduzido perímetro cefálico, baixo peso à nascença, asma, pieira, bronquite asmática, obesidade infantil, Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade, Síndrome de Morte Súbita Infantil.

Anexo 3 – PROTOCOLO DE ACONSELHAMENTO

N.º _____

CAMPANHA DE PREVENÇÃO TABÁGICA



FICHA DE ACONSELHAMENTO BREVE

Data ____/____/2015 Aluno _____

1. Caracterização:

Nome _____ Data Nasc. ____/____/____ Sexo M F
Telefone: _____ E-mail: _____
Peso _____(kg) Altura 1,____(m) IMC _____(kg/m²) N.º de utente _____

2. Estilos de Vida e História Clínica:

Pratica exercício físico? Não Sim Quantas vezes/semana? _____
Faz uma dieta equilibrada? Não Sim O que evita comer? _____
Tem algum problema de saúde (a nível físico e/ou psicológico)? Qual?

Teve algum problema de saúde (a nível físico e/ou psicológico)? Qual?

Está a tomar alguma medicação? Se sim, o que toma? Sabe para quê?

3. Comportamento Tabágico:

Desde que idade é que fuma regularmente? _____ anos
Em média, quantos cigarros fuma por dia? _____ cigarros/dia
Já tentou deixar de fumar? Não Sim Quantas vezes? _____
Como correu? (Quanto tempo parou? Que sintomas +/- sentiu?) _____

Recorreu a algum tipo de ajuda para o fazer? Não Sim A quem? _____

4. Resultado do Teste de Monóxido de Carbono:

Valor da COHb _____ (explicação do que é o CO) -->

O que é o CO?...
- Um nível elevado de CO no ar expirado indica um alto nível de CO no sangue, causado, principalmente, pelo fumo do tabaco.
- O CO fixa-se na hemoglobina reduzindo a sua capacidade para ligar e transportar oxigénio.
O sangue fica mais pobre, prejudicando em especial os tecidos periféricos e estorvando todo o sistema cardiovascular.

5. Avaliação do Grau de Dependência — Teste de Fagerström (Ler as respostas):

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---|
| Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro? | Nos primeiros 5 minutos | 3 |
| | Entre 6 a 30 minutos | 2 |
| | Entre 31 a 60 minutos | 1 |
| | Mais de 61 minutos | 0 |
| Sente dificuldades na contenção do uso de tabaco em lugares onde é proibido fumar? | Sim | 1 |
| | Não | 0 |
| Qual o cigarro que mais dificuldade teria em não fumar? | O primeiro da manhã | 1 |
| | Outro qualquer | 0 |
| Quantos cigarros fuma habitualmente por dia? | 10 ou menos | 0 |
| | 11 a 20 | 1 |
| | 21 a 30 | 2 |
| | 31 ou mais | 3 |
| Fuma mais frequentemente durante as primeiras horas depois de acordar do que durante o resto do dia? | Sim | 1 |
| | Não | 0 |
| Fuma quando está doente e acamado? | Sim | 1 |
| | Não | 0 |
| O seu grau de dependência do tabaco é: (discutir o resultado...) | | |
| <input type="checkbox"/> 0 – 3 pontos: Grau de dependência Baixo <input type="checkbox"/> 4 – 6 pontos: Grau de dependência Médio <input type="checkbox"/> 7 – 10 pontos: Grau de dependência Elevado | | |

6. Avaliação da Motivação para Deixar de Fumar — Teste de Richmond (Ler as respostas):

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---|
| Gostaria de deixar de fumar, se o pudesse fazer facilmente? | Não | 0 |
| | Sim | 1 |
| Tem realmente vontade de deixar de fumar? | Nenhuma | 0 |
| | Pouca | 1 |
| | Alguma | 2 |
| | Muita | 3 |
| Acredita que conseguirá deixar de fumar nas próximas duas semanas? | Não acredito | 0 |
| | Talvez | 1 |
| | Provavelmente | 2 |
| | De certeza | 3 |
| Pensa que será ex-fumador/a dentro de 6 meses? | Difícilmente | 0 |
| | Pode ser | 1 |
| | Provavelmente | 2 |
| | De certeza | 3 |
| A sua motivação para deixar de fumar é: (discutir o resultado...) | | |
| <input type="checkbox"/> 0 – 5 pontos: Motivação Fraca <input type="checkbox"/> 6 – 8 pontos: Motivação Média <input type="checkbox"/> 9 – 10 pontos: Motivação Forte | | |

7. Indicações

| | |
|-------------------------------------|--------------------------------------------|
| Linha Saúde 24 (808 24 24 24) | <input type="checkbox"/> |
| Consulta de cessação tabágica (ARS) | <input type="checkbox"/> Data: ___/___/___ |
| Farmácia | <input type="checkbox"/> |
| Médico de família | <input type="checkbox"/> |
| Outro | <input type="checkbox"/> _____ |

Observações:

Anexo 4 – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

Manter o peso dentro nível considerado saudável

| Classificação | IMC (kg/m ²) | |
|----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | Principais pontos de coorte | Adicionais pontos de coorte |
| Baixo peso | < 18,50 | < 18,50 |
| Magreza grave | < 16,00 | < 16,00 |
| Magreza moderada | 16,00-16,99 | 16,00-16,99 |
| Magreza leve | 17,00-18,49 | 17,00-18,49 |
| Peso normal | 18,50-24,99 | 18,50-22,99 |
| | | 23,00-24,99 |
| Excesso de peso | ≥ 25,00 | ≥ 25,00 |
| Pré-obesidade | 25,00-29,00 | 25,00-27,49 |
| | | 27,50-29,99 |
| Obesidade | ≥ 30,00 | ≥ 30,00 |
| Obesidade classe I | 30,00-34,99 | 30,00-32,49 |
| | | 32,50-34,99 |
| Obesidade classe II | 35,00-39,99 | 35,00-37,49 |
| | | 37,50-39,99 |
| Obesidade classe III | ≥ 40,00 | ≥ 40,00 |

Adaptado de:

WHO – World Health Organization (1995). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854*. Geneva: World Health Organization. Recuperado em 2013, novembro 21, de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf.

WHO – World Health Organization (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894*. Geneva: World Health Organization. Recuperado em 2013, novembro 21, de http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf.

WHO expert consultation (2004a). *Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. The Lancet*, 363(9403), 157-163. Recuperado em 2013, novembro 21, de http://www.who.int/nutrition/publications/bmi_asia_strategies.pdf.

Anexo 5 – PRÓS E CONTRAS DA MUDANÇA

Pros e Contras da Mudança

Se continuar a fumar...

Se eu deixar de fumar...

*Aspectos positivos...
ganhos ...*

*Aspectos positivos...
ganhos ...*

*Aspectos negativos...
perdas ...*

*Aspectos negativos...
perdas ...*

Anexo 6 – GASTOS DO FUMADOR



Anexo 7 – CRITÉRIOS PRIORITÁRIOS DE ACESSO À INTERVENÇÃO DE APOIO INTENSIVO

CRITÉRIOS PRIORITÁRIOS DE ACESSO À INTERVENÇÃO DE APOIO INTENSIVO

São critérios de motivação e de dependência os seguintes:

- Fumador em fase de preparação/ação, ou seja, que encare seriamente deixar de fumar nos próximos 30 dias;
- Fumador que fume o 1.º cigarro nos primeiros 30 minutos após acordar;
- Fumador que consuma 20 ou mais cigarros por dia;
- Fumador que em tentativa anterior, mesmo com tratamento farmacológico adequado, não conseguiu manter-se sem fumar e registou síndrome de privação intensa;
- Fumador que, após ter parado de fumar, apresente uma síndrome de privação intensa.

Devem também ser referenciados para uma consulta deste tipo todos os fumadores que apresentem determinadas patologias ou critérios clínicos:

- Fumadores com patologias relacionadas com o tabaco, em particular DPOC e tumor do pulmão;
- Fumadores com cardiopatia isquémica, arritmias cardíacas ou hipertensão arterial não controladas;
- Fumadores com outros comportamentos aditivos (álcool, SPA ilícitas, cafeísmo, jogo compulsivo, etc);
- Fumadores com doença psiquiátrica estabilizada;
- Fumadoras grávidas ou em período de amamentação e mulheres em planeamento familiar que não respondam a abordagens do tipo "intervenção breve".