

**Tabaco Zero – Intervenção comunitária dos alunos de Educação para a Saúde da
Universidade de Évora**

***Zero Tobacco – Community intervention students' Health Education at the University
of Évora***

Jorge Bonito

Universidade de Évora. CIDTFF – Universidade de Aveiro. Portugal.

jbonito@uevora.pt

Resumo

O tabagismo é apontado, pela Organização Mundial de Saúde, como a principal causa de doença e de morte evitável. Uma estratégia global para enfrentar este flagelo inclui tratamento, controlo, prevenção, acompanhada de sensibilização e informação. No domínio da prevenção, um aconselhamento de 3 min poderá ter uma taxa de sucesso na cessação tabágica de 2%, enquanto um aconselhamento breve de 10 minutos poderá chegar aos 3%. Atendendo a estes princípios, os alunos de enfermagem da unidade curricular de Educação para a Saúde da Universidade de Évora realizam semestralmente aconselhamentos breves em prevenção tabágica na cidade de Évora. Este trabalho dá conta da estrutura organizativa da intervenção comunitária e dos resultados alarmantes de prevalências de consumos que reunimos nos últimos três anos.

Palavras-chave

Prevenção, tabagismo, educação para a saúde.

Abstract

Smoking is said by the World Health Organization as the leading cause of preventable disease and death. A comprehensive strategy to tackle this scourge includes treatment, control, prevention, awareness and information. In the area of prevention, counseling 3 min may have a success rate in smoking cessation than 2%, while a 10-minute brief advice could reach 3%. Given these principles, nursing students of Health Education in Evora University held semiannually brief counseling on smoking prevention in the city of Évora. This paper gives an account of the organizational structure of the community

intervention and the alarming results of prevalence of intakes that met in the last three years.

Key-words

Prevention, smoking, health education.

Do consumo de tabaco

O tabagismo é apontado, pela Organização Mundial de Saúde, como a principal causa de doença e de morte evitável. Está associado a mais de 6 milhões de mortes/ano no mundo, das quais 5 milhões são atribuídas diretamente ao tabaco e mais de 600 mil resultam dos efeitos da exposição de não fumadores ao fumo ambiental do tabaco. Na União Europeia, o consumo de tabaco é responsável por cerca de 700 mil mortes prematuras em cada ano, em que 50% dos fumadores morrem, em média, 14 anos antes de completar o seu natural ciclo de vida (EC, 2014). Segundo dados da Direção-Geral da Saúde, mais de 10 mil pessoas morreram em Portugal, em 2012, devido ao tabaco, ou seja, 28 pessoas por dia. Entre 2006 e 2011, registou-se uma subida da experimentação do tabaco entre os adolescentes. O Alentejo é a região do país que em 2011 tinha maior taxa de mortalidade associada ao tabaco, e onde cerca de 70% dos alunos do ensino secundário já experimentaram fumar (Nunes & Narigão, 2013). A continuar esta hecatombe, o consumo de tabaco causará cerca de mil milhões de mortes no século XXI.

Alguns estudos (WHO, 2013) revelam que poucas pessoas compreendem, de facto, os riscos específicos para a saúde do consumo de tabaco. Entre os fumadores cientes dos perigos, a maioria quer abandonar o consumo. O aconselhamento e o tratamento podem duplicar a possibilidade de um fumador sair com sucesso da dependência da nicotina. Um aconselhamento muito breve (até 3 minutos) pode ter uma taxa de sucesso de 2%; um aconselhamento breve (até 10 minutos) pode chegar aos 3% e um aconselhamento intensivo próximo de 8% (Fiore, Bailey, Cohen et al., 1996).

A combinação de práticas de educação para a saúde e de apoio tipo organizativo, legislativo ou normativo, económico e ambiental parece ser decisiva para que os

indivíduos, os grupos e as comunidades melhorem o controlo sobre os determinantes pessoais e ambientais da saúde (Kickbush, 1988).

Organização da Campanha de Prevenção Tabágica

A unidade curricular de Educação para a Saúde I consta da matriz curricular do curso de licenciatura em Enfermagem da Universidade de Évora. Dando cumprimento ao estatuído na Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto, a temática da prevenção e do tratamento do uso e da dependência do tabaco faz parte do programa desta unidade curricular, como formação essencial dos enfermeiros, enquanto agentes privilegiados de educação e de promoção da saúde. Neste domínio, os alunos realizam uma Campanha de Prevenção Tabágica (CPT) na cidade de Évora. A capacitação dos estudantes de enfermagem é realizada em aulas práticas, conforme se descreve na Tabela 1.

Tabela 1
 Capacitação dos alunos da unidade curricular de Educação para a Saúde I em prevenção tabágica.

OBJETIVOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS E ATIVIDADES
<p>8. Organizar uma intervenção comunitária através de uma campanha de prevenção tabágica.</p>	<p>9. Prevenção tabágica baseada nos 5 A's.</p> <p>9.1. “Garrafa fumadora”.</p> <p>(Modelo Transteórico da Mudança de Prochaska e DiClemente)</p> <p>9.2. Tipos de aconselhamento.</p> <p>9.3. Abordar.</p> <p>9.4. Aconselhar.</p> <p>9.5. Avaliar.</p> <p>9.6. Assistir.</p> <p>9.7. Acompanhar.</p> <p>9.8. Modelo de intervenção.</p>	<p>1. Introduce-se o tema da abordagem proativa e do aconselhamento breve, formulando a pergunta: “Porque fumam as pessoas?”.</p> <p>2. Realiza-se uma atividade laboratorial demonstrativa, denominada de “Garrafa Fumadora”. O docente veste-se com um protótipo de fato de proteção química, com óculos e luvas, num cenário de dramatização sobre a contaminação e envenenamento que o monóxido de carbono produz. Mede-se o teor de monóxido de carbono do fumo de 1.ª ordem (“fumador ativo”) e do fumo de 2.ª ordem (“fumador passivo” em consequência do fumo ambiental do tabaco). Analisa-se sumariamente a bioquímica das ligações carboxiemoglobina, oxiemoglobina e carboemoglobina. Discute-se o perigo do envenenamento com monóxido de carbono.</p> <p>3. De seguida, recorda-se o Modelo Transteórico da Mudança de Prochaska e DiClemente, estudado na aula n.º 5, através de um esquema.</p> <p>4. Analisa-se a eficácia das intervenções (aconselhamento muito breve, aconselhamento breve e aconselhamento intensivo) com base em Raw, McNeill e West (1998) e em West, McNeill e Raw (2000).</p> <p>5. Apresenta-se o “Modelo de Abordagem Proativa” dos 5 A's, com base num fluxograma.</p> <p>6. Definem-se 3 linhas de intervenção: 1.ª linha – abordagem e aconselhamento muito breve (< 3 min); 2.ª linha – medição da carboxiemoglobina e aconselhamento breve (10 min); 3.ª linha – entrevista motivacional com encaminhamento para consulta de cessação tabágica no Centro de Saúde.</p> <p>7. Definem-se as tarefas próprias para os alunos em cada linha de intervenção e as falas adequadas tipificadas. Exploram-se todos os materiais informativos disponíveis e definidos para serem entregues (conselhos sobre o tabagismo, cartão com medição de carboxiemoglobina, díptico consumo-custo, escalas dos efeitos do monóxido de carbono em adulto e em mulher grávida; documentos de registo, entre outros em uso). Analisam-se algumas especificações técnicas dos dois tipos de <i>smoke check</i> a usar (<i>piCO⁺ Smokerlyzer</i> e <i>Micro CO/Smoke Chek</i>) e realizam-se medições exemplificativas.</p>

9.9. Práticas de aconselhamento

8. Solicita-se a construção de um fluxograma que traduza a intervenção em prevenção tabágica.

9. De seguida, realizam-se vários *role-playing*, treinando as falas e os procedimentos, incluindo a monitorização do monóxido de carbono, com detalhes técnicos do equipamento, das várias linhas de intervenção.

10. São estruturados 5 turnos de 1 h/cada para intervir. A turma é organizada em grupos de 8 alunos, e cada grupo intervém durante 1 hora. A passagem de turno faz-se com a transmissão do testemunho dos alunos com funções cessantes para os alunos em início de funções.

11. É indicado o local e a hora onde se realiza a intervenção comunitária.

12. Apresentam-se os cartazes verticais e horizontais com publicidade do anúncio da campanha de prevenção em data prévia à intervenção e outros cartazes em formato A3 e uma faixa horizontal destinada às mesas da 2.ª linha de intervenção, que se afixam no dia da intervenção.

Mediante contactos com entidades motivadas e interessadas, desenvolve-se nesses locais a CPT. Até ao momento, já foi realizada em escolas, superfícies comerciais e espaços abertos ao público. Os momentos de intervenção são próximos ou coincidentes com duas datas de relevo: 31 de maio (*The International No Tobacco Day*) e 17 de novembro (Dia Nacional do Não Fumador).

O desenvolvimento da ação faz-se em três linhas de intervenção:

1.^a) Abordagem proactiva muito breve: abordagem e aconselhamento

Os alunos, em pares, tomam a iniciativa de abordarem todas as pessoas que se manifestem disponíveis ao diálogo, com uma intervenção de 1-3 minutos:

Bom dia, nós somos alunos da Universidade de Évora e estamos a realizar uma campanha de prevenção tabágica. Posso perguntar-lhe se fuma?

Caso 1. (Não fuma): Fantástico. Isso é excelente para a sua saúde. Deixe que lhe demos os parabéns. Esperemos que assim continue. Ainda assim, tem aqui um folheto com os nossos conselhos sobre o tabaco que pode dar a um amigo ou familiar que fume. Muito obrigado.

Caso 2. (Fuma): Já pensou ou está a pensar nos próximos meses em deixar de fumar?

Caso 2.1. (Não): No seu caso, tendo em conta que é fumador, é aconselhável deixar de fumar, porque poderia beneficiar de... [algumas vantagens]. Tem aqui um folheto com os nossos conselhos sobre o consumo de tabaco. Se necessitar de alguma informação ficamos ao seu dispor. Muito obrigado.

Caso 2.2. (Sim): Muito bem! Estamos hoje a fazer uma sessão de aconselhamento breve com medições de monóxido de carbono, pelos nossos colegas que estão [indicar local]. É uma ação gratuita e que lhe trará benefícios. Gostaria de participar?

Caso 2.2.1. (Não): De qualquer forma, tem aqui um folheto com os nossos conselhos sobre o tabaco que o podem ajudar noutra altura a tomar a decisão acertada de parar de fumar. Muito obrigado.

Caso 2.2.2. (Sim): Pedimos-lhe que passe junto dos nossos colegas para que possa ser atendido. Tem aqui um folheto com os nossos conselhos sobre o tabaco que o podem ajudar a tomar a decisão acertada de parar de fumar. Muito obrigado.

As falas dos alunos procuram ser claras, firmes e personalizadas para a pessoa a quem se dirigem.

2.^a) Abordagem breve: avaliação

Na 2.^a linha de intervenção é realizado um aconselhamento breve, num período de cerca de 10 minutos. Tendencialmente, as pessoas que se dirigem a esta linha já foram abordadas pela 1.^a linha. Os alunos trabalham em pares. Um elemento é responsável pela avaliação da carboxiemoglobina do ar expirado e pelo aconselhamento e o outro elemento pelo registo e aconselhamento para seguimento.

Ao aproximar-se da mesa, o aluno apresenta-se:

Somos alunos da Universidade de Évora e estamos aqui a realizar uma campanha de prevenção tabágica. Nesta banca fazemos um aconselhamento breve e avaliamos o teor de monóxido de carbono expirado. Está disposto a isso?

Prossegue-se, perante a aceitação explícita:

O monóxido de carbono é um gás tóxico proveniente das combustões incompletas dos motores de moto e de automóvel, das braseiras, dos esquentadores e, também, do fumo do tabaco. As nossas células necessitam de oxigénio para produzir energia. Sem oxigénio não poderíamos viver. O oxigénio está no ar atmosférico e, entrando até aos pulmões, circula no sangue ligado a uma proteína designada de hemoglobina, que o distribui pelos tecidos e pelas células. Na presença de monóxido de carbono, a hemoglobina liga-se mais de 220 vezes melhor do que ao oxigénio. Em consequência, temos hemoglobina ocupada com monóxido de carbono, como se estivéssemos de facto envenenados. Com menos oxigénio nas células, temos de ventilar mais vezes e o coração tem de aumentar os batimentos. Ficamos mais cansados, o coração com maior esforço e progressivamente em perigo.

Temos aqui um aparelho que permite avaliar o grau de envenenamento que tem, de momento, em monóxido de carbono. Vamos a isso?

Face ao consentimento do fumador, o aluno explica como funciona o método de avaliação do monóxido de carbono, cujo cumprimento é decisivo para que seja fiável o resultado. Após a explicação, procede-se à avaliação do gás. Nesta banca usam-se dois tipos de aparelhos: 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).

Após a avaliação do monóxido de carbono, o aluno procede à explicação do significado do valor encontrado, com base em duas escalas apelativas criadas pelo autor deste trabalho. Nelas, o aluno localiza as ppm de CO indicadas pelo aparelho e traduz esse valor em percentagem de carboxiemoglobina. Explica, na continuação o seu significado, mediante a introdução das consequências que a própria escala revela. Porém, a abordagem é centrada na pessoa, pelo que motiva para a mudança e se oferece assistência para o seguimento. A todo o momento é revelado que é possível passar para a zona “verde” que traduz o não consumo de produtos do tabaco:

Fumador fortemente viciado: situação grave. Há menos O₂ no organismo porque os eritrócitos transportam CO. Coração em esforço.

Fumador: ter uma leitura nesta zona indica que pode muito bem ser um fumador regular com altos níveis de CO no sangue. Não desespere! A ajuda está à mão e o seu médico de família pode ajudá-lo a deixar de fumar e a reduzir a sua leitura para baixo, na "Zona Verde".

Zona perigosa: indica fumador leve, uma expiração de não-fumador em ar de pobre qualidade ou inalação de fumo passivo. O seu médico de família é capaz de o aconselhar sobre a melhor forma de reduzir esta leitura até à "Zona Verde".

Significa que tem menos de 1% de CO no sangue. A maioria das pessoas tem uma pequena quantidade de CO na sua expiração devido à qualidade do ar do meio ambiente.

Para as mulheres grávidas foi construída uma escala específica, incluindo alores de carboxiemoglobina fetal, sensibilizando-se para as consequências do consumo do tabaco para o feto. A abordagem aos adolescentes faz-se com recurso à escala das grávidas:

Fumador viciado perigosamente: este nível é incomum. Pode ser encontrado nos fumadores que raramente são vistos a não fumar! Acima desse nível, podem ocorrer envenenamento por CO e graves danos permanentes. Mortes prematuras ou doenças graves podem surgir como resultado do hábito de fumar.

Fumador fortemente viciado: inclui os fumadores de cannabis, uma vez que contêm altos níveis de CO. Essa leitura é muito maior do que nos não-fumadores e revela um grau de envenenamento por CO. O sistema imunológico pode ser negativamente atingido.

Fumador viciado: indica que os eritrócitos transportam menos O₂ do que o corpo necessita. Há mais possibilidades de ter dores de cabeça, gripes e constipações. Geralmente a sua saúde é afetada.

Fumador frequente: este nível de CO indica uma dependência grave da nicotina. Estes níveis são cinco vezes superiores aos dos não-fumadores.

Fumador: os fumadores nesta região estão viciados em nicotina. Fumar pode afetar a sua capacidade para serem bem sucedidos em desportos ou mesmo nas atividades diárias de trabalho e de lazer.

Zona perigosa: Este é um alto resultado para um não-fumador. No entanto, este nível pode ser o resultado de fumar com baixa frequência. A dependência da nicotina já poderá estar instalada ou está prestes a acontecer.

Não fumador: este é o lugar onde realmente precisa de estar! A melhor leitura para não fumadores está nesta faixa.

A pessoa é, então, dirigida para outro aluno que se encontra ao lado, que prossegue o aconselhamento com a distribuição de informação suplementar em folhetos elaborados pelo autor deste trabalho. É feito um convite para uma 3.^a linha de intervenção e fornecido um cartão com indicação da percentagem de carboxiemoglobina e uma frase apelativa à sua situação. Nele consta o horário de atendimento da Consulta de Cessação Tabágica no Centro de Saúde de Évora e o endereço eletrónico do *iCoach – your guide to become an ex-smoker*.

3.^a) Assistência

Nesta linha de intervenção a abordagem é baseada no encontro interpessoal, mediante o modelo da potenciação. Aluno e fumador encontram-se frente a frente, com partilha da sua biografia completa. Neste encontro, respeita-se a singularidade do fumador, aceita-se a diferença e adota-se uma perspetiva histórica. Tem-se três objetivos a atingir: alcançar a permeabilidade e a confiança do fumador e fazer com que o encontro compense. Desenvolve-se uma entrevista motivacional, com base num guião elaborado pelo autor deste trabalho. O fumador é sujeito a uma versão adaptada do *Fagerstrom Tolerance Questionnaire* e ao teste de Richmond. Faz-se o encaminhamento para a consulta de cessação tabágica do Centro de Saúde de Évora, com marcação direta no momento.

4.^a) Acompanhamento

Os fumadores que decidirem aderir a este programa são acompanhados através de contactos por correio eletrónico durante um período de 12 meses.

Prevalência de fumadores nas Campanhas de Prevenção Tabágica

As intervenções permitiram registar um conjunto de elementos que nos dão uma ideia aproximada dos consumos de tabaco na cidade de Évora. Não dispomos, de momento, elementos sobre o acompanhamento dos fumadores e, em consequência, das cessações conseguidas com sucesso (Tabelas 2-14).

Tabela 2

Intervenção na Central de Camionagem em 16 de dezembro de 2011 (15:00-19:00 h).

Sexo	N	%	Fuma	%	Pensou em deixar de fumar	%
Masculino	293	50,6	120	41,0	50	41,7
Feminino	286	49,4	105	36,7	46	43,8
Totais	579	100,0	225	38,9	96	42,7

Fonte: autor.

Tabela 2

Avaliação do monóxido de carbono na Central de Camionagem em 16 de dezembro de 2011 (15:00-19:00 h).

		13-16	17-26	+ 26	Total
CO	0-6	13	19	7	39
ppm		(33,3%)	(48,7%)	(18,0%)	(30,0%)
	7-10	4	12	1	17
		(23,5%)	(70,6%)	(5,9%)	(13,1%)
	11-20	15	16	5	36
		(41,7%)	(44,4%)	(13,9%)	(27,7%)
	+ 20	8	13	17	38
		(21,5%)	(34,2%)	(44,7%)	(29,2%)
Total		40	60	30	130
		(30,8%)	(46,2%)	(2,3%)	(100%)

Fonte: autor.

Esta intervenção revela dados dramáticos. A partir das 16:30 h, afluem à estação grupos de alunos procedentes das escolas que procuram transporte para os seus locais de residência. Das 579 abordagens, cerca de 39% declararam ser fumadores e 57,3% não pensaram/pensam em deixar de fumar nos tempos mais próximos. Foi avaliado o nível de monóxido de carbono no ar expirado a 40 adolescentes dos 13 aos 16 anos de idade, em que 27 apresentavam nível de fumador. Recorde-se que, em Portugal, a Lei n.º 37/2007, de 14 de agosto estabelece 18 anos como a idade mínima para poder ser vendido tabaco. Cerca de 28% dos avaliados apresentavam níveis de carboxiemoglobina entre 1,76 e 3,20 e 29,2% tinha valores superiores a 3,20.

Tabela 3
Intervenção na Escola EB 2,3 Conde de Vilalva em 16 de novembro de 2012 (10:00-11:30 h).

Sexo	N	%	Fuma	%	Pensou em deixar de fumar	%
Masculino	40	44,0	18	45,0	17	94,4
Feminino	51	56,0	16	31,8	10	62,5
Totais	91	100,0	34	37,4	27	79,4

Fonte: autor.

Tabela 4
Avaliação do monóxido de carbono na Escola EB 2,3 Conde de Vilalva em 16 de novembro de 2012.

		13-18	19-26	+ 26	Total
CO	0-6	41	1	5	47
ppm		(87,2%)	(2,1%)	(10,6%)	(69,1%)
	7-10	9	0	5	14
		(64,3%)	(0,0%)	(35,7%)	(20,6%)
	11-20	6	0	0	6
		(100%)	(0,0%)	(0,0%)	(8,8%)
	+ 20	0	0	1	1
		(0,0%)	(0,0%)	(100%)	(1,5%)
Total		56	1	11	68
		(82,4%)	(1,4%)	(16,2%)	(100%)

Fonte: autor.

A realidade desta Escola não anda muito distante do caso anterior. Cerca de 37% dos abordados declaram fumar e, dos alunos que se deslocaram à equipa de avaliação de CO, foram detetados 15 fumadores com idades entre os 13 e os 18 anos.

Tabela 5
Intervenção na Consulta Externa do Hospital do Patrocínio em 16 de novembro de 2012 (11:30-13:00 h).

Sexo	N	%	Fuma	%	Pensou em deixar de fumar	%
Masculino	25	35,2	11	44,0	7	63,7
Feminino	46	64,8	10	21,7	8	80,0
Totais	71	100,0	21	29,6	15	71,4

Fonte: autor.

Tabela 6

Avaliação do monóxido de carbono na Consulta Externa do Hospital do Patrocínio em 16 de novembro de 2012.

		13-18	19-26	+ 26	Total
CO ppm	0-6	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (100%)	5 (26,3%)
	7-10	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (100%)	4 (21,1%)
	11-20	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (100%)	9 (47,4%)
	+ 20	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100%)	1 (5,3%)
	Total	0 (0,0%)	0 (0,0%)	19 (100%)	19 (100%)

Fonte: autor.

Neste segmento da cidade foram encontrados cerca de 30% de fumadores, sendo 44% do sexo masculino, embora 71,4% já tenha pensado em deixar de fumar. A maioria dos que submeteram à avaliação de monóxido de carbono apresenta valores de 1,76-3,20 de carboxiemoglobina.

Tabela 7

Intervenção na Escola Secundária de Severim de Faria com 3.º ciclo do ensino básico em 19 de novembro de 2012 (09:45-13:00 h).

Sexo	N	%	Fuma	%	Pensou em deixar de fumar	%
Masculino	103	44,6	53	51,5	34	64,2
Feminino	128	55,4	39	30,5	22	56,4
Totais	231	100,0	92	39,8	56	60,9

Fonte: autor.

Tabela 8

Avaliação do monóxido de carbono na Escola Secundária de Severim de Faria com 3.º ciclo do ensino básico em 19 de novembro de 2012.

		13-18	19-26	+ 26	Total
CO ppm	0-6	13 (81,3%)	2 (12,5%)	1 (6,3%)	16 (55,2%)
	7-10	5 (83,3%)	0 (0,0%)	1 (17,7%)	6 (20,7%)
	11-20	3 (60,0%)	0 (0,0%)	2 (40,0%)	5 (17,2%)
	+ 20	1 (50,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	2 (6,9%)
	Total	22 (75,9%)	2 (6,9%)	5 (17,2%)	29 (100%)

Fonte: autor.

Nesta escola secundária foram detetados 40% de fumadores declarados, a maioria homens, em que 39% não pensa em deixar de fumar. Continuam a verificar-se consumos de tabaco entre menores de idade.

Tabela 9

Intervenção na Praça do Giraldo em 3 de dezembro de 2012 (14:30-17:30 h).

Sexo	N	%	Fuma	%	Pensou em deixar de fumar	%
Masculino	270	50,8	98	36,3	66	67,3
Feminino	261	49,2	82	31,4	69	84,1
Totais	531	100,0	180	33,9	135	75,0

Fonte: autor.

Tabela 10

Avaliação do monóxido de carbono na Praça do Giraldo em 3 de dezembro de 2012.

		13-18	19-26	+ 26	Total
CO	0-6	3	14	15	32
ppm		(9,4%)	(43,8%)	(46,9%)	(48,5%)
	7-10	0	5	5	10
		(0,0%)	(50,0%)	(50,0%)	(15,2%)
	11-20	3	5	11	19
		(15,8%)	(26,3%)	(57,9%)	(28,8%)
	+ 20	0	1	4	5
		(0,0%)	(20,0%)	(80,0%)	(7,5%)
Total		6	25	35	66
		(9,1%)	(37,9%)	(53,0%)	(100%)

Fonte: autor.

Neste centro nevrálgico da cidade foram abordadas 531 pessoas, detetando-se cerca de 34% de fumadores declarados, com predominância masculina (36,3%). Cerca de ¼ não considera deixar de fumar nos próximos tempos. A maioria dos avaliados situa-se entre 11-20 ppm, na muito provável qualidade de fumador regular.

Tabela 11

Intervenção no Supermercado Intermarché em 31 de maio (09:30-18:00 h) e 1 de junho de 2013 (09:00-13:00 h).

Sexo	N	%	Fuma	%	Pensou em deixar de fumar	%
Masculino	673	55,5	186	27,6	106	63,1
Feminino	540	44,5	110	20,4	62	36,9
Totais	1213	100,0	296	24,4	168	56,8

Fonte: autor.

Tabela 12

Avaliação do monóxido de carbono Supermercado Intermarché em 31 de maio de 2013.

		13-18	19-26	+ 26	Total
CO ppm	0-6	0 (0,0%)	4 (43,8%)	24 (46,9%)	28 (29,2%)
	7-10	0 (0,0%)	5 (50,0%)	21 (50,0%)	26 (27,1%)
	11-20	0 (0,0%)	2 (26,3%)	35 (57,9%)	37 (38,5%)
	+ 20	0 (0,0%)	0 (20,0%)	5 (80,0%)	5 (5,2%)
	Total	0 (0,0%)	11 (11,5%)	85 (88,5%)	96 (100%)

Fonte: autor.

As 8:30 h de intervenção nesta superfície comercial permitiu abordar 1213 pessoas, em que 24,4% declaram ser consumidoras de tabaco e cerca de 43% não pensa abandonar a prática. Encontram-se valores muito expressivos de carboxiemoglobina: cerca de 39% para 11-20 ppm e 27,1% para 7-10 ppm.

Tabela 13

Intervenção no Supermercado Intermarché em 16 de novembro de 2013 (09:00-19:00 h)

Sexo	N	%	Fuma	%	Pensou em deixar de fumar	%
Masculino	470	54,1	138	29,4	76	59,8
Feminino	398	45,9	89	22,4	51	40,2
Totais	868	100,0	227	26,2	127	55,9

Fonte: autor.

Tabela 14

Avaliação do monóxido de carbono Supermercado Intermarché em 16 de novembro de 2013.

		13-18	19-26	+ 26	Total
CO ppm	0-6	0 (0,0%)	10 (43,8%)	23 (46,9%)	33 (41,3%)
	7-10	0 (0,0%)	2 (50,0%)	9 (50,0%)	11 (13,7%)
	11-20	0 (0,0%)	2 (26,3%)	26 (57,9%)	28 (35,0%)
	+ 20	0 (0,0%)	0 (20,0%)	8 (80,0%)	8 (10,0%)
	Total	0 (0,0%)	14 (17,5%)	66 (82,5%)	80 (100%)

Fonte: autor.

No mesmo local que o anterior, passados 6 meses, foram detetados 26,3% de fumadores declarados, em que 44,1% não pensa em deixar de fumar. Os valores de carboxiemoglobina seguem o mesmo padrão da anterior intervenção neste estabelecimento comercial.

4 Considerações finais

Nas sete campanhas realizadas foram abordadas 3584 pessoas, sendo detetadas, em média, cerca de 33% de fumadores, valor superior ao registado nas estatísticas menos favoráveis a nível nacional (Cf., e.g., Machado, Nicolau, Dias, 2009). A observação confirma a difusão da prática de consumo entre menores de idade e com idades abaixo dos 15 anos. Com exceção da Central de Camionagem, onde a franja juvenil é muito expressiva, a maioria dos fumadores deseja deixar de fumar.

A eficácia do tipo de intervenção que realizámos, baseando-se em outros estudos, pode chegar aos 2-3%. Ainda assim, apesar do acompanhamento que fazemos a todos os fumadores que se manifestarem disponíveis, não dispomos de dados de efetividade de cessação da nossa intervenção.

Consideramos que a par da informação e da sensibilização deve existir um apoio e motivação fortes que ajudem aqueles que não estão predispostos para deixarem de fumar ou que, tentando, tiveram uma ou mais recaídas. Cerca de 97% das pessoas que tentam deixar de fumar sem ajuda não são bem sucedidas (Tylor, Hasselblad, Henley, Thun & Sloan, 2002).

A maior inquietude parece ser, sem dúvida, com o segmento dos adolescentes. Pese embora a proibição legal de venda de produto do tabaco a menores de 18 anos, não parece ser difícil aos adolescentes obter tabaco. O elevado risco de virem a ser dependentes agudiza o problema num cenário atual onde a educação para a saúde escolar deveria conseguir promover as escolhas positivas afastando os fatores de risco. As pessoas que param de fumar antes dos 35 anos de idade evitam 90% dos riscos de saúde atribuíveis ao tabaco (American Cancer Society, 2014).

Sem uma abordagem global, com controlo, prevenção, tratamento do uso e da dependência, sensibilização e informação não nos parece que o problema inverta a

tendência manifesta atual. Requerem-se um maior envolvimento nos contextos, a capacitação das pessoas e uma forte aposta na prevenção.

Bibliografia

- American Cancer Society (2014). Guide to quitting smoking. Recuperado em 2014, fevereiro 6, de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002971-pdf.pdf>.
- EC – European Commission (2014). *Tobacco*. Recuperado em 2014, fevereiro 7, de http://ec.europa.eu/health/tobacco/introduction/index_en.htm.
- Fiore, M. C., Bailey, W. C, Cohen, S. J., et al. (1996). *Smoking cessation. Clinical Practice Guideline N.º 18*. Rockville: Agency for Health Care Policy and Research, US Department of Health and Human Services, Publication No. 96-0692. Recuperado em 2014, fevereiro 7, de <http://www.ctri.wisc.edu/Researchers/cpg1996.pdf>.
- Kickbush, I. (1988). La promoción de la salud. Tipología. *Papeles de gestión sanitaria, 11*, pp. 39-54: Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Micro Medical Limited (s.d.). *Micro CO/Smoke Chek*. Recuperado em 2013, novembro 18, de <http://www.wtec.pt/demo/sibel/microco.pdf>.
- Machado, A., Nicolau, R., Dias, C. M. (2009). *Consumo de tabaco na população portuguesa : análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Departamento de Epidemiologia. Recuperado em 2014, fevereiro 6, de <http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/428/1/Tabaco.pdf>.
- Nunes, E., & Narigão, M. (2013). *Portugal. Prevenção e controlo do tabagismo em números – 2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Taylor, D. H., Hasselblad, V., Henley, S. J., Thun, M. J., & Sloan, F. A. (2002). Benefits of smoking cessation for longevity. *American Journal Public Health*, 92(6), 990-996.
- WHO (2013). *Tobacco*. Recuperado em 2014, fevereiro 7, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>.