

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA



ATITUDES E CRENÇAS DOS ALUNOS DO ISPA FACE AO CONSUMO DO TABACO

Patrícia Alexandra Pereira Alves

11472

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

ATITUDES E CRENÇAS DOS ALUNOS DO ISPA FACE AO CONSUMO DO TABACO

Patrícia Alexandra Pereira Alves

Dissertação orientada por Professor Doutor José Ornelas

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação de José Ornelas, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação de José Ornelas, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

AGRADECIMENTOS

Torna-se essencial agradecer e reconhecer o apoio de diversas pessoas que, directa ou indirectamente, contribuíram, indicando caminhos, suavizando momentos difíceis, dando sugestões preciosas, enfim, tornando este trabalho possível. Assim sendo, desejo tecer agradecimentos especiais:

Ao Professor Doutor José Ornelas, meu orientador, por ser uma referência na Psicologia Comunitária e por todo o apoio e orientação dados no alcance dos meus objectivos.

À Professora Tânia Pinto pela sua constante disponibilidade e pela valiosa colaboração no tratamento estatístico.

À Professora Doutora Manuela Machado por me acompanhar arduamente neste processo com todo o seu apoio, motivação, força e com a sua boa disposição que muitas das vezes me fez sorrir nos momentos mais difíceis. Agradeço também por partilhar comigo saberes, princípios e valores humanos tão ricos que jamais irei esquecer.

À Professora Eva Delgado Martins por todo o incentivo e por todos os conselhos que me deu ao longo da realização da tese.

À minha mãe por fazer de mim aquilo que sou hoje. Foi e será para sempre a pessoa a quem devo tudo, sobretudo a minha vida.

Ao Professor Doutor Paulo Vitória pela sua disponibilidade em me receber e em partilhar comigo os seus vastos conhecimentos na área do tabagismo.

À minha amiga Susana Mil-Homens que sempre reforçou o seu apoio e incentivo, encorajando e fazendo-me acreditar na realização deste trabalho

As minhas grandes amigas Filipa Saraiva e Marta Ribeiro pela amizade e por estarem sempre disponíveis para me ouvirem, acompanharem e ajudarem nos momentos mais difíceis.

Às minhas colegas de faculdade Jenniffer e Ema, pela troca de experiências, pela partilha de ideias, pela disponibilidade, pelo incentivo.

Aos alunos do ISPA que participaram no estudo, pois sem eles este trabalho não teria sido possível.

Aos bibliotecários, e à Professora Susana Maria por todo o apoio referente à bibliografia.

Ao meu colega Tiago Paraíso por, directa ou indirectamente, ter contribuído na construção dos alicerces que possibilitaram a execução deste trabalho científico.

Ao Professor Doutor José Precioso por ter disponibilizado material bibliográfico que tanto me ajudou na elaboração do meu estudo.

À equipa informática, especialmente ao Paco e ao Nuno pela colaboração na instalação do Programa estatístico SPSS.

RESUMO

O maior risco que os jovens correm quando começam a fumar é o de ficar dependentes do tabaco, muitas vezes para a vida inteira, expondo-se a um risco imediato e futuro de contrair doenças graves. Tem-se verificado, nos últimos anos, um aumento da prevalência do consumo de tabaco nos jovens de ambos os sexos, particularmente nas raparigas.

O presente estudo investiga as atitudes e crenças dos alunos do ISPA face aos hábitos tabágicos. Para tal, foi administrado um questionário a uma amostra de 163 alunos, dos quais 30 (18,4%) eram rapazes e 133 (81,6%) raparigas. A média de idades é de 24 anos. O modelo implícito no Questionário é o Modelo da Acção Reflectida de Fishbein e Ajzen (1975), mas porque factores externos podem também, por intermédio de atitudes específicas e componentes normativas afectar a intenção comportamental, adicionou-se um conjunto de variáveis. Os resultados obtidos permitem concluir que os alunos fumadores do ISPA participantes neste estudo são na sua maioria fumadores regulares (52,2%) e fumam em média entre 11 a 20 cigarros por dia. Em média iniciaram o seu consumo pelos 16 anos devido a vários factores: curiosidade, influência dos amigos e integração no grupo de pares foram as principais razões de iniciação ao consumo do tabaco.

Cerca de 53,9% dos alunos pretende continuar a fumar no futuro e esta intenção é tanto mais forte quanto maior o numero de cigarros fumados. Os alunos fumadores parecem reduzir as expectativas de contrair uma doença grave resultante do consumo do tabaco manifestando desta forma um efeito de dissonância cognitiva. Urge por isso a necessidade de se tomar medidas de prevenção secundária nesta instituição de forma a contribuir para uma melhoria significativa da qualidade de vida e saúde pública dos frequentadores desta instituição.

Palavras-chave: tabaco, atitudes, prevenção

ABSTRACT

The biggest risk that youngsters face when they start smoking is to become addicted, often for their whole life, exposing themselves to an immediate and future risks of contracting serious diseases. There has been, in past few years, a significant raise in the use of tobacco in young people of both sexes, particularly in girls. This project has the purpose to investigate the attitudes and beliefs of a group of students, concerning smoking habits. An adapted questionnaire was applied to a sample of 163 students of whom 30 (18,4%) were boys and 133 (81,6%) girls. The average ages is 24 years old. The theory implied in this questionnaire is the theory of Reasoned Action (Fishbein & Ajzen 1975), but due to the fact that some external factors can also, affect the behavioral intention of the subjects, mediated by specific attitudes or normative components, a set of new variables was added to this study.

The results allow to conclude that most of the studied sample (52,2%), are regular smokers smoking 11 to 20 cigars for day and began smoking at around 16 years old due to factors as: Curiosity, influence of their friends and being accepted by their equals. About of 53,9% students intend to keep smoking in the future and this increases proportionally to the number of cigarettes that are smoked. The inquired pupils seem to lower their expectations about getting a serious disease from the addiction to tobacco sharing an effect of Cognitive Dissonance. It is necessary and urgent to take some measures of prevention in this institution so to contribute to a significant improvement in the life quality and the health of the students.

Key-words: tobacco, attitudes, prevention.

ÍNDICE

I. Introdução	1
II. Revisão da Literatura	5
O tabaco – Uma droga “banal” e temível	5
Perspectiva histórica	5
O tabaco – Uma armadilha para o adolescente	6
Prevalência do consumo do tabaco nos jovens	6
Etiologia	7
Idade	9
Gênero	10
Classe social.....	10
Influência dos pares	11
Influencia dos familiares	13
Acesso e preço do tabaco	14
Publicidade e marketing	15
Atitudes e crenças	16
Traços de personalidade	17
O tabaco – uma conquista feminina	17
Instalação e manutenção do comportamento tabágico nas mulheres	17
Humor depressivo e tabaco	18
Tabaco e controlo do peso	19
Cessação	21
Razões apresentadas quando se quer deixar de fumar.. Quando se está preparado para desistir do tabaco?.....	21
O tabagismo na mulher grávida	22
Prevenção	24
Prevenção primária	24
Programas de Prevenção do Tabaco na Adolescência - Uma revisão de programas	24
Programas baseados na Influência Social.....	25
Programas baseados na promoção do desenvolvimento	

pessoal e social através do treino de competências	25
Prevenção secundária	29
Tipos de Programas existentes	29
Intervenções cognitivo-comportamentais ...	29
Apoio social	30
Intervenções farmacológicas	31
Programas segundo o género	31
Programas destinados às Mulheres	32
Programas comunitários	33
Teorias sobre o consumo	34
Teorias da personalidade	34
Teorias comportamentais	35
Teorias sócio-cognitivas	37
Etapas de mudança de Prochaska e DiClemente	37
Modelo de Auto-eficácia de Bandura	38
Modelo da prevenção da recaída de Marlatt e Gordon (1995).....	39
Reacções cognitivas face à recaída	39
Modelos	41
Conceito de Atitude e Norma Subjectiva	41
Teoria da Acção Reflectida	42
Crenças de saúde	44
III. Método	45
Delineamento do Estudo	45
Participantes	45
Questões da Investigação	45
Instrumento	45
Variáveis Controladas	46
Variáveis do Questionário IUSQ	46
Procedimento	50
IV. Resultados	51
Análise Descritiva	51
Dados Demográficos	52
Comportamento do Fumador	53
Intenção Comportamental	56
Dificuldade Percebida	57

Comportamento Pais/Irmãos	58
Comportamento Amigos	59
Atitude Directa	59
Atitude Indirecta (Crença Comportamental)	60
Crenças de Saúde	62
Atitude Indirecta (Avaliação da Crença)	63
Norma Subjectiva Indirecta (Crenças Normativas)	64
Norma Subjectiva Indirecta (Motivação para Cooperar)	65
Atitude de Tolerância Face ao Desvio	65
Autonomia	66
Fumo Passivo	67
Medidas de Restrição	67
Cessaçãõ	68
Análise Correlacional	70
V. Discussão	74
VI. Conclusões.....	78
VII. Referência Bibliográfica	84
VIII. Anexos	92
Anexo A - Testes: Kolmogorov-Smirnov; Kruskal Wallis; ANOVA	93
Anexo B - Caracterização da Amostra.....	96
Anexo C - Médias.....	98
Anexo D - Correlações (Item 6).....	99
Anexo E - 1º Grupo: Fumadores.....	103
Anexo F - 2º Grupo: Fumadores Ocasionais.....	124
Anexo G - 3º Grupo: Ex -Fumadores.....	144
Anexo H - 4º Grupo: Não Fumadores	161
Anexo I - Questionário... ..	177

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Item 1	52
TABELA 2 - Distribuição dos 4 grupos pertencentes à amostra	53
TABELA 3 - Item 6	53
TABELA 4 - Item 8	54
TABELA 5 - Item 9.....	55
TABELA 6 - Item 10.....	55
TABELA 7 - Item 11	56
TABELA 8 - Item 12	56
TABELA 9 - Item 13	57
TABELA 10 - Item 14	57
TABELA 11- Item 17	58
TABELA 12 - Item 18, 19 e 20	58
TABELA 13 - Item 23 e 24.....	59
TABELA 14 - Item 29, 31, 36, 38, 39, 41 e 43.....	61
TABELA 15 - Item 30, 32, 40 e 42	61
TABELA 16 - Item 34, 35 e 37	62
TABELA 17 - Item 50, 51, 53, 54, 59, 61, 62 e 63.....	63
TABELA 18 - Item 52, 55, 56, 57 e 60.....	64
TABELA 19 - Item 64, 65 e 66	65
TABELA 20 - Item 67, 68 e 69	65
TABELA 21 - Item 70, 71, 72 e 73	66
TABELA 22 - Item 74, 75 e 76.....	66
TABELA 23 - Item 78.....	67
TABELA 24 - Item 81 e 82	68
TABELA 25 - Item 85	69
TABELA 26 - Item 86	69
TABELA 27 - Tabela Fagertröm.....	69
TABELA 28 - Coeficiente Correlação Spearman – Sub-escalas	71
TABELA 29 - Coeficiente Correlação Spearman – Itens	72
TABELA 27 - Coeficiente Correlação Phi and Crammér's V	73

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 Item 1 “Ano lectivo que frequenta”.....	52
FIGURA 2 Item 2 “Género”	52
FIGURA 3 Item 83 “Já alguma vez tentou deixar de fumar?”	68

I – INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999a)) o tabagismo é, no ocidente, a principal causa (evitável) de doença e morte prematura. Actualmente, o tabaco é responsável por 10% de mortes de adultos em todo o mundo (cerca de 5 milhões de mortes por ano). Se os padrões de consumo continuarem a verificar-se, de acordo com a incidência actual, prevê-se que em 2020 morrerão 10 milhões de pessoas por ano.

Considerada uma das mais sérias formas de dependência química, o tabagismo mata cerca de 10 mil pessoas por dia, sendo esse apenas um dos itens de uma longa lista de prejuízos provocados pelo tabaco (WHO, 2004).

De acordo com as estimativas da OMS, um terço da população adulta mundial fuma, estimando-se que o número de fumadores crescerá para 1,6 biliões até 2030 se não houver uma mudança no curso da exposição mundial às substancias nocivas nos produtos derivados do tabaco World Health Organization (WHO, 2002).

Em Portugal o consumo de cigarros aumentou 150% entre 1970 e 1995. Consequentemente, Portugal foi também o país onde mais subiu o número de mortes causadas pelo tabagismo durante o mesmo período. No ano de 2000 morreram 8.100 portugueses por causa do fumo do tabaco, dos quais cerca de 4.000 estavam, ainda, na meia idade (Peto *et al.*, 2006 in Vitória, Silva & Vries H.).

Tendo por base uma análise comparativa entre os dados obtidos pelos Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) entre 1998/99 e 2005/06, verifica-se ter havido um ligeiro decréscimo nas prevalências totais de consumo em Portugal Continental na população inquirida com 15 ou mais anos - de 20,5% para 20,2%. O consumo de tabaco continua a ter uma maior prevalência no sexo masculino - 31,0% nos homens e 10,3% nas mulheres. Registou-se, no mesmo período, uma descida nas prevalências de consumo no sexo masculino, mais marcada no grupo etário dos 25-44 anos. Pelo contrário, nos inquiridos do sexo feminino registou-se um aumento de consumo em todos os grupos etários, mais marcado no grupo etário dos 15 aos 24 anos.

Em relação ao sexo, a história mostra-nos que o tabagismo se iniciou como um comportamento predominantemente masculino, sendo o seu crescimento observado durante e após a I Grande Guerra Mundial (Martinet & Bohadana, 2003). No entanto, de acordo com a WHO (2004) a prevalência de mulheres fumadoras está a crescer em quase todos os países, principalmente durante a adolescência.

São muitas as doenças que estão relacionadas com o tabaco. A maioria só se revela na idade adulta dado que estão associados a efeitos cumulativos do tabaco mas, existem muitas outras que têm efeitos imediatos e se fazem sentir no adolescente como é o caso das infecções respiratórias, reacções alérgicas, tosse, asma e dispneia (Health Education Authority – Hea, 1991 in Lima L.)

As consequências de fumar são ainda mais graves para a população feminina e verifica-se a existência de efeitos específicos nesta. Existem evidências no sentido da susceptibilidade das mulheres às sequelas do tabagismo a nível físico e psicológico serem ainda mais graves do que nos homens (Kaufman *et al.*, 2002; Gold *et al.*, 1999; Parrot, 1999 in Vitória, Silva & Vries, 2007). Por outro lado, os efeitos específicos nas mulheres respeitam a contracepção, a reprodução, a gravidez, a saúde materno infantil e a menopausa - Department of Health and Human Services (U.S.D.H.H.S, 2001).

Para além de afectar a saúde, fumar afecta também o aspecto fisionómico do fumador, diminui o seu rendimento físico e intelectual e provoca enormes gastos monetários não só a quem fuma como também à sociedade (Precioso, 1999). Em termos económicos, o tabaco resulta em danos elevadíssimos: perdas incalculáveis devido à morte de milhões de pessoas, despesas de saúde para o tratamento de doenças relacionadas com o tabaco, baixo nível de produtividade resultante do absentismo em consequência das doenças adquiridas, perdas humanas e materiais ligadas a fogos iniciados pela negligência de quem fuma (U.S.D.H.H.S, 2000). Em termos ambientais, o cultivo, a transformação do tabaco e o consumo do mesmo está directa ou indirectamente associado a problemas de desflorestação, aquecimento global, erosão dos solos, etc. (O.M.S., 1999 a)).

Em termos bioquímicos e fisiológicos, na sua relação com o organismo, o tabaco é uma droga tal como a heroína e a cocaína mas, que mata muito mais gente (Afonso & Ramalhão, 1999). De acordo com o Surgeon General's Report (U.S.D.H.H.S, 1999), o consumo do tabaco preenche todos os critérios de uma adição, incluído o uso altamente compulsivo, efeitos psicoactivos, dependência física, e comportamento reforçado pela substância.

No entanto, não é necessário pegar-se num cigarro para se ser fumador. Os fumadores passivos que convivem com os fumadores activos estão sujeitos a um ambiente poluído, carregado das substâncias tóxicas do tabaco acabando por serem vítimas deste malefício, apesar de muitas das vezes os fumadores não compreendem que alguém se possa sentir mal quando estão involuntariamente a receber o fumo do seu tabaco. Diversos

estudos demonstraram que os fumadores passivos estão significativamente sujeitos a várias doenças ligadas ao tabaco (Afonso & Ramalhão, 1999).

Face a esta realidade, este estudo tem um especial interesse para o ISPA dado que na instituição existem locais onde se assiste a uma constante contaminação da qualidade do ar derivado ao fumo do tabaco. De acordo com o alerta de Environmental Tobacco Smoking (2005), estes locais não deveriam ser frequentados pelas pessoas não fumadoras por serem locais de risco de contracção de doenças nocivas para a saúde.

É de salientar que, os funcionários do bar do ISPA também constituem uma população em risco, por encontram-se diariamente, e durante várias horas, expostos ao fumo do tabaco.

Tendo em conta esta realidade, os alunos do ISPA constituirão a amostra do presente estudo, composta, maioritariamente, por sujeitos do género feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos cujas características correspondem a uma população cujo o consumo tabágico tem vindo a aumentar, merecendo por isso uma especial atenção. Esta investigação tem como objectivo principal identificar e caracterizar as percepções, crenças, atitudes e padrões de comportamento dos alunos do ISPA de forma a alertá-los para a necessidade de mudança de comportamento e acesso a padrões superiores de qualidade de vida bem como, sensibilizá-los para a importância de promover a universidade como um local livre do fumo do tabaco.

Inicialmente, neste capítulo (Introdução) procura-se apresentar uma breve exposição do tema da pesquisa bem como, enfatizar a importância do mesmo. O capítulo 2 (Revisão da Literatura) foi dividido em seis partes, onde se procura objectivar a fundamentação teórica do tema. Na primeira parte, começa-se por abordar brevemente a história do tabaco. Na segunda parte aborda-se a questão do tabagismo na adolescência, a sua prevalência e etiologia. Seguidamente, aprofunda-se um dos temas centrais no presente estudo – o tabagismo e as mulheres. Na quarta parte, é feita uma reflexão sobre os programas de prevenção (primária e secundária) do consumo do tabaco. A quinta parte incide sobre as diversas teorias psicológicas sobre a adição, nomeadamente, Teorias da Personalidade, Teorias Comportamentais e Teorias Socio-Cognitivas. Por último, e ainda no âmbito da revisão da Literatura faremos uma breve clarificação dos conceitos de atitude e crenças no plano da saúde que consideramos como fundamentais para uma correcta interpretação dos resultados. No capítulo 3, é apresentada a metodologia utilizada para a construção desta tese bem como, a descrição detalhada de todos os procedimentos utilizados para o efeito. No capítulo 4, são apresentados os resultados encontrados, suas representações gráficas e

respectivas descrições. No capítulo 5 é feita a análise e interpretação dos resultados através de uma discussão que os relaciona com o referencial teórico apresentado na revisão da literatura. Finalmente, o último capítulo apresenta as conclusões alcançadas baseando-se nos objectivos propostos.

Tendo em consideração o grande perigo que o tabaco representa para a saúde pública, espera-se que este trabalho contribua para o combate a esta temível epidemia.

II-REVISÃO DA LITERATURA

O Tabaco – Uma Droga “Vulgar” e Temível

Perspectiva Histórica

Na primeira viagem de Cristóvão Colombo, em 1492, que esteve na origem da descoberta das Américas, os Europeus puderam observar o hábito dos índios, que fumavam folhas de tabaco secas e enroladas. Este chamava-se *petum* ou *tabaco*. Embora a entrada desta planta na Europa se tenha dado em 1492, há indícios de que o seu consumo remonta a vários séculos antes de Cristo, sendo as folhas da planta utilizadas por indígenas que as fumavam, inalavam ou ingeriam durante rituais de magia ou as utilizavam com fins medicinais.

Foi Jean Nicot, embaixador da corte francesa em Lisboa que viria a popularizar o tabaco como sendo uma planta benéfica para o tratamento de enxaquecas. Assim, o seu consumo, sob a forma de tabaco de mascar ou de rapé, espalha-se durante o século XVI por toda a Europa, passando a ser cultivado no Brasil, em Cuba e em outras regiões do continente Americano a fim de responder às necessidades do mercado.

Por outro lado, a comercialização do tabaco esteve sempre associada ao poder político e social, produzindo fortes receitas para o Estado. A produção e o comércio do tabaco construíram a base da economia de países como os E.U.A. durante o século XIX e o princípio do século XX. Em Portugal, o tabaco foi desde sempre sujeito a pesados impostos.

Por volta de 1830, aparecem os primeiros cigarros manufacturados que vieram contribuir para a expansão deste tipo de consumo, acabando por gerar um aumento exponencial durante as duas Grandes Guerras Mundiais (Nunes, 2007).

No século XIX e início do século XX, na maior parte dos países desenvolvidos, o tabagismo era considerado, tanto na mulher como nos jovens, vulgar e imoral, e por isso inaceitável. Contudo, esta visão começou a mudar com a progressiva libertação das mulheres durante a Primeira Guerra Mundial; à medida que se emancipavam na América do Norte, acediam ao voto e a moda feminina evoluía, as fumadoras adquiriam cada vez mais «Direitos de Cidadania». Foi nos anos de 1920 que as mulheres começaram a fumar em publico “como se” quisessem demonstrar que eram iguais aos homens. Nos anos de 1930 fumar tornou-se uma moda, em especial para as mulheres cidadinas (Bohadana & Martinet, 2003).

Devido às técnicas de publicidade e marketing cada vez mais sofisticadas, utilizadas pela indústria do tabaco, o consumo e a angariação de novos fumadores tem-se mantido até aos dias de hoje, acabando por se vulgarizar e ser hoje, socialmente aceite.

Porém, até meados do século XIX, não havia grande consciência dos seus efeitos na saúde. Os primeiros estudos científicos que relacionavam o consumo do tabaco com o aparecimento de cancro remontam apenas a 1950 (Doll e Hill, no Reino Unido e Wynder e Graham, nos E.U.A.). Estes primeiros trabalhos mostraram a existência de uma associação entre o número de cigarros fumados e o risco de cancro do pulmão. O reconhecimento de que a exposição ao fumo ambiental é nociva é bastante mais recente, remontando à década de oitenta do século XX, após a publicação de estudos que mostravam a relação entre a exposição do fumo ambiental do tabaco e o cancro do pulmão em mulheres não fumadoras casadas com fumadores. Um dos estudos mais célebres foi efectuado no Japão por Hirayama que avaliava a incidência de cancro de pulmão em pessoas que nunca tinham fumado. Foi demonstrado que esposas de fumadores apresentavam uma maior incidência de cancro do pulmão, quando comparadas com mulheres casadas com não fumadores (Hirayama, 1981).

Actualmente, sabe-se que não há produtos de tabaco seguros e que todas as formas de consumo se acompanham de riscos para a saúde e, face a esta realidade criou-se uma Convenção-Quadro para o controlo do tabaco, na 56ª Assembleia Mundial de Saude da O.M.S. em Maio de 2003. Portugal aderiu a esta Convenção em Novembro de 2005 (Nunes, 2007)

Torna-se importante realçar que a Industria do tabaco tem vindo a utilizar estratégias para garantir a expansão do seu consumo e a contestar as evidências científicas afirmadas por milhares de artigos já publicados que comprovam os diversos perigos provocados pelo tabaco activo e passivo (WHO, 2002).

Tabaco – Uma Armadilha para o Adolescente

Prevalência do Consumo do Tabaco nos Jovens

Em Portugal, a Direcção Geral de Saúde, no documento: “Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século (1998-2002)” estabeleceu como objectivo para 2002 “aumentar em 10% a proporção de jovens (10-24 anos) não fumadores” e para 2007 “aumentar para pelo menos em 85% a proporção de não fumadores na população com 10 ou mais anos” (IGIF, 1998). No entanto, Precioso e Macedo (2006) numa análise baseada

nos dados do Health Behaviour In School-aged Children (HBSC) onde procuraram analisar a evolução da epidemia tabágica em adolescentes portugueses escolarizados verificaram que a meta para 2002 não foi cumprida e, ao invés, de uma redução dos fumadores estamos a assistir a um forte aumento da prevalência: em quatro anos (1997/98-2002) a prevalência das raparigas adolescentes, com 13 anos, fumadoras diárias, passou de 2 para 5,3% e, aos 15 anos, registou-se um aumento particularmente alarmante, tendo a prevalência aumentado de 10 para 19,5%. A prevalência de rapazes com 13 anos, fumadores diários passou de 3% em 1997/98 para 8% em 2002 e, aos 15 anos, registou um ligeiro aumento de 13 para 13,1%. Pela primeira vez a percentagem de raparigas fumadoras na faixa etária dos 15 anos era francamente superior à dos rapazes.

Este estudo permite-nos verificar que as medidas de prevenção apresentadas e propostas na publicação do IGIF (1998) ou não estão a ser implementadas ou não estão a desencadear os efeitos pretendidos.

É de realçar que, enquanto que até à década de 70 existia uma maior tendência para as raparigas fumarem menos que os rapazes, este padrão parece ter-se modificado e, actualmente, a prevalência de adolescentes fumadoras tem vindo a aumentar chegando a haver estudos onde referem que o tabagismo é maior nas raparigas do que nos rapazes (Segat *et al.*, 1998; Precioso & Macedo, 2006).

Etiologia do Tabaco

Para se tentar prevenir o consumo do tabaco é necessário compreender a sua etiologia, ou seja, “Quando” e “Porquê” é que se começa a fumar.

De acordo com Nutbeam, Mendoza e Newman (1988), o hábito de fumar desenvolve-se em quatro ou cinco etapas, até a criança se tornar fumadora dependente: a preparação, a iniciação/experimentação, a habituação (consumo regular/instalação do hábito) e a manutenção/dependência (consumo dependente).

A fase de “Preparação” vai do nascimento ao início da adolescência. É caracterizada pelo facto de a criança ainda não ter fumado mas começar a criar expectativas e a formar atitudes que a poderão conduzir a experimentar o primeiro cigarro (iniciação). Na formação de uma atitude positiva em relação a fumar são particularmente fortes o uso do tabaco pelos pais, a opinião dos pais e os meios de comunicação social, em especial a televisão. (Nutbeam, Mendoza & Newman, 1988; Becoña & Vázquez, 1996). Assim, a atitude (positiva ou negativa em relação ao tabaco) está relacionada com o processo de socialização

primária que ocorre no meio familiar, com o início do processo de socialização secundária, que ocorre na escola (com os amigos) e através dos "media" (Flay, 1985).

A fase de "Iniciação" e "Experimentação" consiste na primeira prova do cigarro e está associada ao processo de socialização secundária que decorre, em particular, na escola com os amigos mais próximos e, também, por intermédio dos "media". Ocorre dos 7 aos 14 anos. Na experimentação do cigarro são particularmente fortes as seguintes influências: a curiosidade natural de todas as crianças desta idade; o uso do tabaco pelos amigos íntimos; o uso do tabaco pelos pais; os "media", especialmente a televisão e as revistas; a facilidade de arranjar cigarros; o desejo de aceitação social; a curiosidade relativamente aos hábitos dos adultos (Becoña & Vázquez, 1996; U.S.D.H.H.S., 1994).

Embora cerca de 90% da população tenha experimentado fumar e muitos não tenham prosseguido, o risco de vir a fumar regularmente aumenta se a experimentação com o tabaco se repetir mais de 4 a 5 vezes. Os estudos sugerem que 70 ou 90% dos fumadores iniciais que fumam 4 a 5 vezes podem vir a fumar com regularidade (DiFranza, 2002 in Pecioso, 2008). Os estudos revelam igualmente que quanto menor for o intervalo entre o dia em que se fuma o primeiro cigarro e os dias seguintes, maior será a probabilidade de se estabelecer a dependência do tabaco (Becoña & Vázquez, 1996).

A fase de "Habituação" ocorre geralmente durante a adolescência e é caracterizada pelo facto de o adolescente começar a fumar com alguma regularidade (pelo menos um cigarro por semana). Os principais factores psicossociais de risco associados a este tipo de consumo são: ter amigos fumadores, estar envolvido em situações sociais em que os amigos apoiam o consumo, ter baixa auto-eficácia e deficiente capacidade de recusa, ter disponibilidade de cigarros, perceber que fumar é útil para a pessoa, ter poucas restrições a fumar na escola e na comunidade. A "Aquisição" do hábito está relacionada com o seu reforço por experiências físicas, sociais e psicológicas positivas relacionadas com o uso do tabaco. São particularmente influentes na aquisição do hábito de fumar as convicções sobre os efeitos do tabaco (por exemplo: "acalma", "dá confiança", "controla o peso"); a aceitação ou subestima dos riscos para a saúde; a conduta dos amigos relativamente ao tabaco (incluindo a dos irmãos); a imagem de si próprio; a acessibilidade e o preço dos cigarros.

Na fase de "Manutenção/Dependência", o indivíduo continua a fumar devido à dependência física da nicotina e à dependência psicológica e social (Becoña & Vázquez, 1996; U.S.D.H.H.S., 1994).

A passagem a cada fase seguinte está relacionada, como veremos, com um conjunto de factores bio, psico, sociais e ambientais. É importante salientar que o trajecto seguido por um fumador pode não ser linear, ou seja, um adolescente que experimente fumar, poderá não vir a seguir os restantes passos da “carreira” e, geralmente, o número de crianças que passa de uma fase à seguinte vai diminuindo (Nutbeam, Mendoza & Newman, 1988). Nutbeam, Mendoza e Newman (1988) alertam para o facto de que ser fumador habitual durante a adolescência não significa necessariamente que se continue a sê-lo na idade adulta, mas é geralmente preditivo da instalação da dependência do tabaco.

Com base nas investigações feitas na área do tabagismo, admite-se que não existe uma causa única que explique esta conduta. Parece haver um conjunto de factores complexos e interrelacionados que predispõem os mais jovens a fumar. Sabe-se que os factores que levam as pessoas a começarem a fumar diferem de indivíduo para indivíduo, o que torna os esforços preventivos complexos dada a heterogeneidade da realidade onde se pretende actuar. Porém, algumas teorias procuram explicar porque é que os jovens começam a fumar e que poderão constituir-se em ferramentas importantes na orientação dos esforços preventivos (Precioso & Macedo, 2004).

Conrad e Flay (1992) fizeram uma revisão de 16 estudos prospectivos acerca da iniciação tabágica e descobriram fortes evidências das relações esperadas entre iniciação ao comportamento tabágico e as seguintes variáveis: estatuto socio-económico; características do contexto social, particularmente a ligação entre pares e a relação com a escola; variáveis de aprendizagem social, especialmente o consumo de tabaco pelos pares e a sua aprovação; estimativas subjectivas de prevalência e disponibilidade de cigarros; auto-eficácia para recusar cigarros; conhecimentos, atitudes e intenções; e indicadores gerais de auto-estima. Cada um destes factores pode ser diferencialmente importante para homens e para mulheres.

Estudos recentes sobre a iniciação tabágica concluíram que este comportamento pode ser influenciado por vários factores. Muitos autores categorizam-nos em dois grandes grupos: Factores pessoais (idade, género, classe social, família, amigos, estilo de vida, escola, traços e atributos pessoais, conhecimento dos riscos, atitudes e crenças acerca de fumar) e Factores Sociais (Charlton, 1989a in Lima).

Idade

Vários autores referem que 50 a 60% dos fumadores começou a fumar antes dos 15 anos de idade e cerca de 90% antes da idade adulta (Nutbeam, Mendoza & Newman, 1988; Joossens, 1988).

Num estudo realizado por Harrell (1998) onde o autor procurou verificar factores relacionados com a iniciação ao comportamento tabágico, obteve como idade média de iniciação ao consumo, os 12 anos.

Ariza (1996) e Nebot (1995), consideram que a idade critica para começar a fumar se situa entre os 12 e os 15 anos.

Embora os estudos revelem que nos países desenvolvidos a maioria dos fumadores começa a fumar antes dos 18 anos, dados do Inquérito Nacional de Saude obtidos em 1995 revelam que em Portugal, 39% dos fumadores iniciou o comportamento tabágico entre os 18 e os 24 anos (DEPS,1997; Nunes, 2002).

Num estudo realizado, Precioso (2004) procurou determinar a fase de vida em que os alunos começam a fumar regularmente. Verificou que 22% dos alunos tinha começado a fumar no 3º Ciclo do Ensino Básico (11-14 anos), 49% no Ensino Secundário, entre os 15 e os 18 anos e que 29% iniciou o hábito tabágico já na idade adulta (Universidade).

Género

Rapazes e raparigas diferem nos seus padrões de iniciação. Os rapazes tendem a experimentar o seu primeiro cigarro mais cedo que as raparigas (Harrell, 1998) mas aproximadamente a meio do ensino secundário, as raparigas começam a experimentar mais frequentemente do que os rapazes.

Precioso (2004) refere que 32% dos rapazes começou a fumar no Ensino básico, 50% no Ensino Secundário e 18% na Universidade, enquanto que no que diz respeito às raparigas, 17% começou a fumar no Ensino Básico, 50% no Ensino Secundário e 33% na Universidade.

A experimentação das raparigas é de extrema importância dado que elas apresentam quase duas vezes mais predisposição do que os rapazes para se tornarem fumadoras regulares no primeiro ano de experimentação inicial e têm uma predisposição duas vezes superior para continuarem a fumar quatro anos mais tarde. Assim, as razões para começar a fumar e as reacções ao tabaco (tanto psicológicas como psicossociais) parecem diferir entre rapazes e raparigas (Mermelstein & Borrelli, 1995).

Classe Social

No que diz respeito à classe social, muitos estudos indicam que os jovens pertencentes a estatutos socio-económicos mais desfavorecidos e de raça branca (Pantay *et al.*, 2007), possuem maior probabilidade de começar a fumar (Harrel *et al.*, 1998).

Ainda no que se refere ao nível de escolaridade dos pais, Harrell *et al.* (1998) verificou no seu estudo que a média de idade de iniciação ao consumo do tabaco por parte das crianças cujos pais tinham um baixo nível de escolaridade era de 12 anos enquanto que

as crianças cujos pais tinham um nível de escolaridade mais elevado começavam a fumar em média aos 13 anos de idade. Ainda neste estudo, Harrel *et al.* (1998) verificou que adolescentes provenientes do meio rural tinham uma maior probabilidade de iniciarem o consumo antes dos 12 anos, comparativamente com os adolescentes do meio rural.

Esta elevada prevalência está ligada a circunstâncias sociais como o desemprego e a pobreza bem como a uma série de valores e crenças de controlo pessoal. Para além destes aspectos, existe também o facto de que muitas destas crianças têm estilos de vida em que as suas actividades de tempos livres são frequentemente realizadas na rua e na companhia de adolescentes mais velhos, que por sua vez, encontram-se próximos da idade adulta (Mitchell, 1990). As crianças de meios desfavorecidos têm maior tendência a abandonar a escola mais cedo e a entrar em meios de trabalho mais homogêneos constituídos por pessoas do seu estatuto socioeconómico que reforçam o hábito de fumar como norma (Burton, 1989). Existem também jovens que abandonam a escola e como não conseguem arranjar trabalho recorrem ao tabaco de forma a lidarem com o tédio que resulta de não terem nada para fazer e como forma de diminuírem a ansiedade vivida (Clarke, MacPherson & Holmes, 1982 in Lima L.).

Influência dos Pares

Os processos de influência social estão entre os melhores indicadores de tabagismo no adolescente podendo ter efeitos diferenciados consoante o género.

Vários estudos têm apontado para a influência do grupo de pares como sendo um dos factores mais determinantes do tabagismo durante a adolescência dado que existem estudos que mostram que os fumadores têm frequentemente amigos que também fumam (Urberg *et al.*, 1997).

No entanto, as raparigas, relativamente aos rapazes, percebem mais fumadores entre as pessoas que conhecem e entre os amigos. Observa-se também uma maior tendência para haver mais raparigas cuja melhor amiga fuma (Vitória, Silva & Vries, 2007).

Segat (1998) realizou um estudo com adolescentes que já tinham experimentado fumar; 68,3% referiu que o seu primeiro cigarro tinha sido oferecido por alguém, sendo que os “amigos” foram indicados por 85,8% dos jovens.

A partir dos resultados de um estudo efectuado por Precioso (1999) verificou-se que a escola é o local de iniciação do comportamento tabágico para a maioria (60%) dos alunos portugueses e que mais de 50% dos alunos receberam ofertas de cigarros na escola.

A influência dos pares parece actuar de duas formas: através de processos de influência em que os fumadores tentam convencer os amigos a experimentarem fumar (Charton, 1984) ou através de processos mais interpessoais, na medida em que os jovens

fumadores tendem a agrupar-se de forma a encontrar um contexto mais favorável às suas atitudes e comportamentos (Coggans & McKellar, 1994 in Lima L.). Existem ainda situações em que o adolescente começa a fumar apenas para poder entrar num determinado grupo (Eiser *et al.*, 1989 in Lima L.). A opinião dos amigos é muito importante para os adolescentes e a crença de que os seus amigos aprovariam o seu comportamento de fumar parece ser um bom preditor (Gordon, 1986).

Pertencer a um grupo é relevante para os adolescentes, e fumar pode ser, para alguns grupos e estruturas sociais, um elemento importante para se fazer parte destes (Urberg *et al.*, 1997). De facto, em termos de influência, os grupos têm mostrado grande relevância. Urberg *et al.* (1997) verificou a influência dos grupos de amigos ao nível das atitudes e de outras variáveis qualitativas tais como o consumo do tabaco.

Porém, uma vez que nenhum dos estudos sobre o grupo de amigos examinou ou controlou a díade entre amigos íntimos, não ficou claro se a influência exercida se deve ao grupo de amigos ou a determinados amigos íntimos pertencentes ao grupo. Os amigos íntimos e o grupo de amigos podem exercer influência de forma independente ou, pelo contrário, funcionar em sinergia, exercendo assim maior influência do que o mero somatório dos dois factores (Urberg *et al.*, 1997).

A estabilidade das amizades também pode ser um importante moderador da influência dos pares. Ennett e Bauman (1994) no seu estudo acerca da influência do grupo de amigos encontraram uma maior taxa de influência vinda do grupo de amigos estáveis do que dos outros grupos.

Alguns estudos verificaram que existem várias actividades dos tempos livres que parece estar associadas ao comportamento tabágico: ir á discoteca, ao cinema, sair à noite com os amigos etc (Nebot, 2002).

Os jovens fumadores também parecem ser menos interessados e praticantes de desportos activos (Nebot, 2002; Matos, 2001), e possuir menor tendência para dedicar tempo à leitura, para pertencer a um clube ou a movimentos associativos como os escuteiros ou guias (Teijlingen & Friend, 1993 in Lima L.).

Num estudo realizado no âmbito do Health Behaviour in School-aged Children (2001) com alunos do 6º, 8º e 10º ano verificou-se que os alunos que já experimentaram ou os que eram consumidores regulares de tabaco apresentavam um perfil de afastamento em relação à família, à escola e ao convívio com os colegas em meio escolar. O envolvimento com experimentação e consumo de álcool e outras drogas ilícitas, o envolvimento em lutas e situações de violência na escola eram mais frequentes. Dos alunos que bebiam álcool (pelo

menos todas as semanas), 42,5% eram consumidores regulares de tabaco. No que diz respeito à experimentação de drogas, dos jovens que já tinham experimentado alguma droga, 32,3% eram fumadores regulares.

Muitos estudos confirmam um aumento na incidência de tabaco aquando da passagem do ensino básico para o ensino secundário. Isto poderá dever-se à existência de um menor controlo, a presença de jovens mais velhos e com uma nova estrutura que, muitas vezes, se torna muito confusa para os que entram de novo (Michell, 1990). Deste modo, uma forma de lidar com esta nova realidade é entrando num grupo de pares já existente, onde, por vezes, fumar é a norma desse grupo (Nash, 1987 in Lima L.).

Os adolescentes fumadores parecem ter mais frequentemente problemas de insucesso escolar (Bewley & Bland, 1977; Brunswick & Messeri, 1984; Newcomb *et al.*, 1989; Luis, 1988 in Lima L.). Possuem dificuldades em se identificarem com um estilo de vida mais orientado para a escola, o que se reflecte também ao nível das suas aspirações educacionais e profissionais (Burton, 1989). Os estudantes fumadores têm tendência a sentirem-se mais desiludidos com a escola e a expressarem uma certa alienação relativamente aos seus valores (Nutbeam & Aaro, 1991). Percepcionam-se como sendo menos competentes do que os seus pares não fumadores (Michell, 1990) e envolvem-se com menos frequência em actividades extra curriculares (Flay & Conrad, 1989).

Influência dos familiares

Numerosos estudos têm demonstrado uma relação positiva entre o comportamento tabágico dos pais e o dos filhos (Nebot *et al.*, 1997).

Num estudo realizado pela Health Education Authority (1991), 69% dos fumadores regulares com idades entre os 9 e os 15 anos tinham alguém na família que também fumava (Lima, 1999).

Precioso, Macedo e Rebelo (2007) sublinharam que o facto de os pais fumarem em casa se torna num risco adicional. Estes autores verificaram que a percentagem de alunos fumadores é maior no grupo de alunos filhos de pais/mães que fumam em casa que no grupo de alunos filhos de pais fumadores que não fumavam em casa ou que simplesmente não fumavam.

Alguns estudos mostram que as mulheres são mais influenciadas pelo consumo do tabaco por parte familiares do que os homens. No entanto, outros estudos defendem que a influência dos fumadores dentro da família pode variar de acordo com género-idade (Chassin *et al.*, 1990).

Numa variedade de idades, Chassin *et al.* (1991) descobriram que os rapazes estavam mais predispostos a fumar se os seus pais fumassem e, as raparigas estavam mais predispostas a fumarem se as suas mães fumassem.

Estudos de Chen e Kandel (1995) mostraram que as mães influenciam mais o comportamento tabágico do que os pais e descobriram uma relação significativa entre o comportamento tabágico materno durante a gravidez e o mesmo comportamento do filho treze anos mais tarde. As consequências do comportamento tabágico materno durante a gravidez revela-se mais forte nas filhas do que nos filhos.

Assim sendo, o comportamento tabágico da mãe durante a gravidez, pode significar um grande risco de dependência por parte das crianças, principalmente do sexo feminino.

Os pais têm um grande poder de reforçar comportamentos relacionados com a saúde, dado que são a primeira fonte de socialização junto da criança fornecendo-lhe um modelo de imitação e de modelação de comportamentos e constantemente reforçam de uma forma positiva ou negativa, as suas crenças e comportamentos relacionados com a saúde (Lima, 1999).

O facto de os adolescentes terem irmãos ou irmãs que fumam também pode ser uma fonte de influência principalmente se são mais velhos (Nebot *et al.*, 1997) e do mesmo sexo (Charlton, 1984; Michell, 1990)

Acesso e preço do tabaco

O fácil acesso e o preço do tabaco são duas variáveis que também contribuem para o tabagismo nas populações mais jovens (Flay & Conrad, 1989). Um pequeno aumento do tabaco causa por si só um declínio no consumo nos jovens (Michell, 1990)

A Comunidade de Illinois desenvolveu uma legislação anti-tabaco que acabou por resultar na redução das taxas de tabaco vendido aos menores. Este fenómeno ocorreu porque os comerciantes bem como os menores eram sujeitos a penalizações ou multas por terem vendido ou comprado tabaco. Num outro estudo realizado em Massachusetts conduzido por DiFranza, Carlson e Caisse (1992), dois anos depois da legislação ser estabelecida acerca das leis do acesso do tabaco, pôde-se verificar uma redução de fumadores de 22.8% para 15.8% (Jason *et al.*, 2002).

É claramente reconhecido que a chave para a definição de políticas para o controlo do consumo de tabaco envolvem esforços governamentais de forma a mudar as normas da comunidade e para que o uso do tabaco pelos jovens seja considerado como inaceitável. É fundamental mudanças nos agentes tais como policia, oficias das escolas e outros grupos anti-tabaco interessados, bem como investigadores para que estes funcionem como catalizadores e facilitadores de adopção das políticas (Jason *et al.*, 2002).

Estudos realizados permitiram verificar alguns factores que influenciam a venda ilegal de tabaco a menores nomeadamente: o comprador (jovem), o vendedor e as próprias características da loja. DiFranza, Savageau e Aisquith (1996) verificaram que os adolescentes que aparentavam ter cerca de 16-17 anos eram mais bem sucedidos na compra do tabaco comparativamente com aqueles que aparentavam ter entre 11 a 15 anos. DiFranza *et al.* (1996) & Clark *et al.* (2000) verificaram que as raparigas eram mais bem sucedidas que os rapazes na compra ilegal do tabaco. DiFranza *et al.* (1997) verificou que vendedores mais jovens tinham maior probabilidade de vender tabaco a menores.

Curie *et al.* (2002) no seu estudo onde procurou avaliar os factores que influenciam a venda ilegal do tabaco a menores verificou que o maior preditor da venda do tabaco era o facto dos empregados não perguntarem aos menores a sua idade nem lhes pedirem um cartão de identificação pois, quando este comportamento era tido por parte do vendedor mais de 90% das vendas eram recusadas (Curie *et al.*, 2002).

Publicidade e Marketing

De particular importância é o papel da publicidade do tabaco na promoção de comportamentos tabagistas. Há um crescente corpo de literatura que descreve a consciência e atitudes das crianças face à publicidade dos cigarros e, a associação dessa consciência e dessas atitudes às intenções e comportamentos dessas crianças face ao tabagismo (e.g. Pierce *et al.*, 1994).

Nos finais dos anos 60, as campanhas de tabaco, começaram a ter como alvo as mulheres e a publicidade ao tabaco aumentou em grande escala nas revistas direccionadas para as mulheres (Gritz, 1993).

A publicidade ao cigarro enfatiza temáticas que influenciam os adolescentes: a imagem corporal, a elegância, a popularidade, o sucesso, a moda e a “boa vida” (Gritz, 1993). A difusão da publicidade do tabaco, especialmente nas revistas femininas e em desportos, moda e eventos políticos pode contribuir para a sobrestimação que as adolescentes têm da prevalência do tabaco. Esta estimativa demasiado elevada de prevalência está entre os indicadores mais fidedignos da iniciação ao consumo do tabaco (Chassin, Presson, Sherman & Rose, 1996). A publicidade do tabaco também pode influenciar os adolescentes de uma outra forma. Uma vez que a publicidade transmite jovens com uma auto-imagem ideal, os adolescentes podem empenhar-se em ser tal como os indivíduos da publicidade, isto é, ser fumador (Mermelstein & Borrelli, 1995).

Os trabalhos de Pierce e seus colegas vêm acrescentar fortes evidências na ligação entre a publicidade e o comportamento tabágico das raparigas. Estes autores examinaram a relação entre as tendências para começar a fumar entre os adolescentes e o facto de o alvo

específico da publicidade ao tabaco serem as mulheres. Houve um grande aumento de publicidade do tabaco direccionada às mulheres desde 1967 até 1975. E, de acordo com os dados do National Health Interview Surveys, as taxas de iniciação ao tabagismo por raparigas cujas idades compreendiam os onze e os dezassete anos, neste período, aumentou de forma espantosa. Os rapazes, por sua vez, não mostraram os mesmos padrões de crescimento. Não houve evidências de que a iniciação tenha aumentado entre homens ou jovens mulheres depois dos 18 anos. Estes resultados demonstram nitidamente, a associação entre a publicidade do tabaco e a iniciação ao tabagismo por parte de jovens raparigas.

O facto de muitas publicidades associarem o tabaco com o ser-se elegante e glamoroso não é apenas coincidência. Tal como Camp, Klesges e Reylea (1993) notaram, muitas das adolescentes estão preocupadas com a aparência e os benefícios de fumar no controlo do peso, o que pode influenciar na iniciação ao consumo do tabaco.

Camp *et al.* (1993) descobriram que as crenças no tabaco como uma estratégia para controlar o peso distinguia os adolescentes que eram fumadores regulares e aqueles que apenas experimentaram, mesmo quando outros preditores estavam em questão. O mais interessante, foi a descoberta de que a crença no consumo de tabaco como sendo uma estratégia de controlo de peso variava de acordo com o género e a raça. As raparigas brancas comparativamente com as raparigas negras e os rapazes de ambas as raças, estavam mais predispostas, a declarar que o fumo pode ajudar a controlar o peso. Na amostra de fumadores adolescentes regulares, nenhum dos indivíduos de raça negra (nem do sexo feminino nem do sexo masculino) afirmaram fumar por razões de controlo do peso.

Atitudes e crenças

No que diz respeito ao conhecimento dos riscos de saúde associado ao tabagismo parece haver um consenso de que este conhecimento não desempenha um grande papel no desenvolvimento do comportamento tabágico (Nelson *et al.*, 1985 in Lima L.) e parece ser insuficiente para impedir a criança ou jovem de começar a fumar (The Royal College of Physicians, 1992 in Lima). Existem duas possíveis razões subjacentes a este facto: as crianças e jovens, tal como os adultos, não aceitam o conhecimento de uma forma abstracta mas tentam validá-lo face à sua experiência (Murray, 1982 in Lima L). Em segundo lugar porque os riscos de saúde mais graves são percebidos como estando muito distantes no tempo não sendo por isso relevantes para a saúde (The Royal College of Physicians, 1992 in Lima).

No entanto, ausência de conhecimentos acerca dos perigos do tabaco não é razão fundamental mas pode contribuir para o comportamento tabágico (Becõna & González, 2000).

As atitudes e crenças podem ser aspectos muito importantes na iniciação e manutenção do comportamento de fumar. Vários estudos têm mostrado que os jovens fumadores tendem a possuir atitudes e crenças positivas acerca de fumar comparativamente com os jovens não fumadores (Murray, 1985 in Lima L.). Essas crenças parecem variar consoante o género: as raparigas tendem a acreditar que fumar dá um “ar crescido”, “acalma e relaxa”, “dá confiança”, “estilo e que é agradável” (HEA 1991b) e que “ajuda a controlar o peso” (Swan *et al.*, 1989; Camp, Klesges & Releya, 1993). As raparigas também tem a crença de que fumar lhes permitirá ter mais atenção dos amigos e possuem valores inferiores na crença de que fumar é estúpido (Vitória, Silva & Vries, 2007) Os rapazes associam o hábito de fumar com imagens de machismo, Valentia e precocidade (Nash, 1987 in Lima, L.) e tendem a utilizar mais o comportamento de fumar para compensar a sua insegurança (Austin, *et al.*, 2001; French & Perry, 1996; Clayton, 1991 in Vitória, Silva & Vries).

Traços de personalidade

Alguns estudos associam o tabagismo na adolescência a certos traços ou características da personalidade como por exemplo: ter uma baixa auto-estima e/ou sentimento de auto-eficácia (Vitória, Silva & Vries, 2007) especialmente nas raparigas (Piepe *et al.*, 1988 in Lima); ter um locus de controlo externo (Murray & Jarret, 1985; Clarke, MacPherson & Holmes, 1982 in Lima L.); ser tímido ou agressivo numa idade precoce (Flay and Conrad, 1989); ter uma tendência para a extroversão e neuroticismo (Brannon & Feist, 1992; Reid, 1985 in Lima L.); ter uma maior tendência para ter comportamentos emocionais ou comportamentais (Oie-Tian Egan & Silva, 1989; Charlton, Melia & Moyer, 1990 in Lima L.); ser rebelde, independente ou gostar de correr riscos (Burton, 1989).

O Tabaco – Uma Conquista Feminina

Instalação e Manutenção do Comportamento Tabágico nas Mulheres

As mulheres tal como os homens fumam, em parte, devido às características aditivas da nicotina. Esta substância produz efeitos que o fumador considera benéficos, intensifica a sensação de bem-estar, ajuda a manter a atenção, ajuda a controlar o peso e o apetite e reduz a ansiedade. As mulheres também tendem a fumar para terem tempo para si

mesmas, para facilitar a interação social e como fonte de prazer e conforto. Existem outras razões que levam as mulheres a manterem o comportamento de fumar como, terem uma sensação de autonomia, para darem uma imagem de frieza, de difíceis, desafiantes, sensuais e esbeltas (Becõna & González, 2000).

Em geral, a vasta maioria dos adultos (88%) acredita que fumar é nocivo para a saúde (Brownson *et al.*, 1992). No entanto, Brownson e os seus colegas, recentemente descobriram que os conhecimentos acerca dos efeitos do tabaco na saúde e tabagismo passivo, eram menores entre as mulheres, adultos com menos escolaridade, e, entre os fumadores activos.

Falta de conhecimento acerca dos malefícios do tabaco, embora não seja a razão principal, poderá contribuir para o facto de algumas mulheres fumarem. Manfredi e os seus colegas (1992) verificaram que num grupo de jovens mulheres fumadoras de raça negra e estatuto sócio-económico baixo, a mensagem acerca dos malefícios do tabaco e da incidência de cancro no pulmão entre estas fumadoras, não tinha sido aceite ou chegado até elas.

Sorenson e Pechacek (1987) também descobriram que as mulheres estavam menos disponíveis que os homens para se sentirem vulneráveis no que respeita às consequências negativas para a saúde, e para aceitarem os benefícios para a saúde se deixassem de fumar.

Porém, muitos outros estudos concluíram não haver diferenças entre o género, no que diz respeito ao nível de preocupação acerca dos malefícios que o tabaco traz para a saúde. Mas, tendo em conta a possibilidade de existirem diferenças quanto ao género, e dadas as mudanças demográficas em que a incidência de mulheres fumadoras vai na direcção daquelas que têm graus de educação mais baixos, podem ser de extrema importância a inclusão de mensagens personalizadas para as mulheres, em futuras intervenções, acerca dos riscos do consumo de tabaco relevantes para a saúde (Sorenson & Pechacek, 1987).

Humor Depressivo e o Tabaco

Há um crescente corpo de literatura que evidencia a ligação entre humor depressivo e consumo do tabaco (Anda *et al.*, 1990; Glassman *et al.*, 1990). Glassman e os seus colaboradores descobriram que a prevalência do tabagismo aumentava à medida que os níveis de depressão aumentavam. Além disso, verificaram que os fumadores deprimidos tinham menos probabilidade de desistir do consumo do tabaco do que fumadores não deprimidos.

As mulheres comparativamente com os homens estão mais predispostas para ter índices de depressão e significativamente menos dispostas a desistir (Becona, 2000; Glassman *et al.*, 1990). Muitos outros estudos têm mostrado a relação entre humor depressivo e o fracasso na tentativa de deixar de fumar (cit. por Mermelstein & Borrelli in Glassman *et al.*, 1998)

Desta forma, a depressão assume-se como um desafio para muitas mulheres quando tencionam deixar de fumar dado que há uma associação entre deixar de fumar, história de depressão *major* e afecto negativo (Becõna, 2000)

Hughes (1988) sugeriu pelo menos dois mecanismos pelos quais o tabagismo e a depressão podem estar associados. Em primeiro lugar, certas características da personalidade tais como, baixo auto-estima que podem predispor os indivíduos tanto para o desenvolvimento de uma depressão como do comportamento tabágico. Em segundo, os fumadores podem usar a nicotina para automedicarem o seu humor depressivo.

Ainda no que diz respeito ao humor depressivo, está documentado que a depressão é mais comum entre grupos com grau de educação mais baixo (Anda *et al.*, 1990).

Desta forma, à medida que se estabelece uma identificação da população fumadora com uma população feminina proveniente de grupos sócio-económicos baixos, podemos estar a falar de mulheres mais esgotadas psicologicamente do que ex-fumadores ou a população em geral e, que possuem poucos recursos com que manejar as suas angústias. Estas fumadoras podem estar mais predispostas a um uso mais frequente do consumo tabágico com o intuito de regular os afectos, dado que possuem menos mecanismos alternativos de coping. Fumar pode fornecer uma fonte de prazer ou um breve escape de sentimentos stressantes ou disfóricos.

As mulheres negras, que vivem no meio urbano, provenientes de grupos sócio-económicos baixos, podem ser um grupo de elevado risco em termos de consumo de tabaco para gestão dos estados de humor. Lacey *et al.* (1993) documentaram que uma das maiores preocupações destas mulheres era o facto de viverem sobre condições stressantes e, para muitas delas, particularmente as mais jovens, os problemas de saúde relacionados com o tabaco tinham pouca importância. Estes autores notaram que um tema consensual entre este grupo de mulheres era o sentimento que o tabaco lhes ajudava a gerir as pressões das suas vidas e a mantê-las calmas.

Tabaco e Controlo do peso

As mulheres também continuam a fumar devido aos benefícios percebidos que o tabaco trás ao nível do controlo do peso e, mais do que os homens as mulheres citam o fumar como razão para controlar o peso (Camp *et al.*, 1993). Camp *et al.* (1993), a partir da

revisão de 70 estudos transversais e longitudinais sobre o tabaco e o controlo de peso constataram que 79% dos estudos que os fumadores pesam menos que os não fumadores e que aquelas que desistem de fumar ganham peso. As mulheres enquanto fumadoras, obtém melhores resultados no controlo do peso comparativamente com os homens, no entanto, quando desistem de fumar ganham mais peso, em parte devido aos efeitos metabólicos da nicotina que tendem a persistir durante mais tempo nas mulheres do que nos homens.

De acordo com Mermelstein e Borrelli (1995) há duas importantes e distintas questões de interesse relacionadas com as preocupações acerca do ganho de peso e a cessação tabágica.

Primeiro, será que estas preocupações impedem as mulheres de tentarem desistir do tabaco? Segundo, entre aquelas que tentam desistir, será que o aumento do peso é um impeditivo para que as suas tentativas de abstinência continuem?

De forma a responder à primeira questão é necessário examinar os estudos baseados na comunidade sobre fumadoras, nas suas intenções em deixar de fumar, bem como as histórias de abstinência.

Assim em dois estudos baseados na comunidade, dirigidos por Camp *et al.*, (1993) foi possível verificar que as fumadoras que nunca tinha tentado pôr fim ao comportamento tabágico ou aquelas que nunca tinham tido intenção de o fazer, estavam mais preocupadas com o controlo do peso do que aquelas que tinham tentado ou feito planos com o objectivo de deixar de fumar.

Estudos de Pirie *et al.* (1992) citado por Mermelstein & Borrelli (1995) descobriram que as mulheres estavam mais preocupadas do que os homens, com o aumento do peso, depois de pôr fim ao comportamento tabágico.

Assim, os dados obtidos de diversos estudos sugerem que a preocupação com o aumento de peso, após a cessação tabágica, é mais comum nas mulheres do que nos homens e que essa preocupação está associada com a baixa desistência do comportamento tabágico.

Para responder à segunda questão Mermelstein & Borrelli (1995) consideram que se deve examinar a relação entre a preocupação com o peso e a cessação tabágica em mulheres que estão a tentar deixar de fumar. Em dois grandes estudos limitados à população feminina, a preocupação com o peso não permitiu prever a desistência.

Assim, as preocupações com o peso poderão interferir com a decisão inicial para parar de fumar mas, uma vez feita uma tentativa, as preocupações com o aumento do peso

parecem não interferir com o comportamento de abstinência. O ganho de peso no seguimento do comportamento de abstinência parece também não impedir a manutenção dessa mesma abstinência (Mermelstein & Borrelli, 1995).

Vários estudos não encontraram relação entre ganho de peso e recaída (e.g. Gritz *et al.*, 1993).

Em suma, as mulheres continuam a fumar, em parte, devido aos benefícios percebidos de fumar, nomeadamente a gestão do humor, o prazer de fumar e o controlo do peso. As mulheres podem também continuar a fumar, pois tal como os homens, elas tem dificuldade em desistir e manter um comportamento abstinente.

Cessaçã

Razões Apresentadas quando se Quer Deixar de Fumar

Tanto os homens como as mulheres têm múltiplas razões para deixar de fumar nomeadamente, a preocupação pela saúde, a pressão social, a demonstração do autocontrolo e as questões económicas (Curry *et al.*, 1990).

Curry *et al.* (1990) ao analisarem as motivações para desistir de fumar não encontraram diferenças quanto ao género. Porém verificaram que a motivação mais relevante para desistir de fumar era a preocupação relativamente à saúde sendo as influências sociais a variável menos importante.

Gilpin *et al.* (1992) usando a National Health Interview Survey de 1987 verificaram que tanto as mulheres como os homens também mencionam a preocupação pela saúde como a razão mais frequente (62%) para desistir de fumar e que as razões sociais, especialmente a pressão da família e dos filhos, foram mencionadas mais pelas mulheres do que pelos homens. No entanto, a diferença era pequena (23,9% e 19,3%). Estes autores sugerem que as mulheres podem experienciar uma maior pressão social para desistir de fumar ou que, as mulheres podem ser mais responsáveis a essa pressão. Isto poderá também acontecer, pois parte dessa pressão social que as mulheres vivenciam, poderá dever-se aos riscos do tabaco sobre a gravidez ou ao facto de terem crianças em casa.

Quando é que se Está Preparado para Desistir do Tabaco?

Independentemente do tipo de programa ou das intervenções utilizadas, as taxas de recaída dos fumadores são da ordem dos 70 a 80%, e ocorrem entre 6 a 12 meses após a cessação (Barringer & Weaver, 2002).

Relativamente ao comportamento de fumador, os autores constataram a existência de 5 estádios de motivação para a mudança comportamental e consequentemente o

alcance da abstinência do tabaco: *pré-contemplação* – o fumador não se preocupa com o seu comportamento nem tem intenções de deixar de fumar; *contemplação* – os fumadores começam a pensar seriamente nos prós e contra, tendo em vista a intenção de efectuar uma mudança no seu comportamento tabágico; *preparação* – o fumador neste estágio faz tentativas para modificar o seu comportamento e já fez tentativas anteriores para deixar de fumar; *acção* – o fumador conseguiu parar de fumar e permanece sem fumar durante os seis meses seguintes e, finalmente *Manutenção* – o sujeito deixou de fumar há seis meses e mantém esse comportamento, considerando-se abstinente ao fim de 5 anos.

No entanto, as mudanças através das diversas fases não são feitas de uma forma linear, podendo ser um processo em espiral, muitas vezes com passos atrás e recaídas para as fases iniciais (DiClement *et al.*, 1991)

Quando se considera os padrões de abstinência do tabagismo nas mulheres, poderá ser útil, pensar acerca da distribuição das mulheres fumadoras ao longo das etapas de mudança e comparar os seus padrões com os dos homens (Mermelstein & Borrelli, 1995).

DiClement e os seus colegas (1991) ao analisarem as etapas anteriormente referidas, numa amostra de fumadores (N=1466) não encontraram diferenças significativas entre o género, porém, referem uma maior percentagem de mulheres na primeira e segunda fase, 66,1% e 65,6% respectivamente, enquanto que na terceira fase a diferença de percentagens entre homens e mulheres era menor sendo de 57,7% para as mulheres contra 42,3% para os homens.

No entanto, Sorensen e Pechachek (1987) descobriram que os homens tinham uma maior intenção de desistir do que as mulheres.

Um dos poucos estudos que verificou a intenção da cessação tabágica por parte da população de adultos de raça negra, Orleans e os seus colegas citado por Mermelstein & Borrelli (1995) verificaram que as mulheres tinham um maior desejo de abstinência tabágica comparativamente com os homens.

Desta forma, os vários estudos sugerem que tanto os homens como as mulheres parecem estar igualmente representados nas primeiras fases de mudança do tabagismo. Porém, dados provenientes do estudo de Pierce *et al.* (1989) sugerem que poucas mulheres conseguem passar da fase de acção para a fase de manutenção.

Dados os riscos significativos do tabaco durante a gravidez, parece que esta poderá ser um motivo poderoso para as mulheres deixarem de fumar. No entanto, um número significativo de mulheres grávidas continua a fumar. Vários estudos realizados na América do Norte, Europa e Austrália mostram que as percentagens de mulheres que fumam durante a gravidez oscilam entre 20% e 40%. Mais de 16% das mulheres grávidas fumam durante a segunda metade da gravidez e aproximadamente metade destas fuma cerca de 10 cigarros diários, criando situações de risco a si próprias e ao feto.

McBride e Pirie (1990) (cit. por Becoña, 2000), verificaram que 65% das mulheres que deixaram de fumar durante a gravidez tiveram uma recaída após seis meses de darem à luz. Entre os preditores das recaídas pós-parto incluem-se: marido fumador, baixo apoio social, baixos níveis de auto-eficácia, gravidezes anteriores.

Quinn *et al.*, (1991) usando informação retirada dos estudos de Behavioral Risk Surveillance System Surveys de 1995 que determinava a prevalência de fumadoras durante a gravidez verificaram que esta variava consoante a idade. Cerca de 14% das mulheres grávidas entre os 30 e os 34 anos de idade fumavam e cerca de 26% das mulheres grávidas com idades compreendidas entre os 35 e os 45 anos de idade continuavam a fumar durante a gravidez.

Fumar durante a gravidez tende a ser mais elevado nas mulheres solteiras, especialmente nas mulheres brancas, nas mulheres que antes de engravidarem eram fumadoras, nas mulheres grávidas com menos escolaridade e nas mulheres que no passado já tenham dado à luz (Quinn *et al.*, 1991).

Recentes estudos verificaram que aproximadamente 40% das mulheres que fumam antes da gravidez, desistem do tabaco quando estão grávidas (Quinn *et al.*, 1991). Isto significa que mais de metade das mulheres que fumavam antes da gravidez continuam a fumar durante a mesma.

Infelizmente, são frequentes as recaídas tanto no pré-parto como no pós-parto na população de mulheres que deixa o tabaco durante a gravidez. Quinn *et al.* (1991) descobriram que cerca de 20% das mulheres que espontaneamente desistem de fumar no início das suas gravidezes, tem recaídas durante a mesma.

Fingerhut *et al.* (1990) reportaram que na amostra do seu estudo, 70% das mulheres tiveram recaídas dentro do primeiro ano após o parto e que 87% das mulheres que eram fumadoras antes da gravidez, estavam a fumar um ano após o parto.

Quinn e os seus colaboradores (1991) descobriram que as mulheres que frequentemente pensavam acerca das consequências negativas de fumar e aquelas que não cediam ao impulso de fumar estavam menos predispostas a ter uma recaída.

Baixos níveis de auto eficácia, gravidezes anteriores e baixos níveis nas crenças dos efeitos nocivos do tabaco na saúde dos fetos são factores que predizem uma recaída no período pós parto (Mermelstein & Borrelli, 1995).

As baixas taxas de desistência do tabaco durante a gravidez e as elevadas taxas de recaída pós parto, descrevem bem as razões que levam as mulheres a continuarem a fumar e as dificuldades que elas têm em deixar o hábito tabagístico.

Prevenção

As estratégias de prevenção do tabagismo são a Prevenção Primária e a Prevenção Secundária. A Prevenção primária tem como objectivo impedir a adopção do comportamento ou seja, dissuadir os não fumadores, especialmente as crianças e os adolescentes, de começarem a fumar (Martinet & Bohadana, 2003).

A prevenção secundária consiste em fazer com que os fumadores abandonem o hábito de fumar (Martinet & Bohadana, 2003).

De acordo com Nebot (1999) os dois tipos de intervenção são complementares e têm um efeito sinérgico, isto é, a prevenção primária é muito importante na diminuição da prevalência do tabagismo entre a população adulta e pode ter um papel importante na prevenção primária.

Prevenção Primária

Programas de Prevenção do Tabaco na Adolescência – Uma Revisão de Programas

Programas são esforços sistemáticos para a obtenção de propósitos pré-estabelecidos tais como a melhoria da saúde, conhecimentos, comportamentos, atitudes e práticas.

Até ao final dos anos 70, a maioria dos programas de prevenção do tabagismo na adolescência tinham como principal objectivo dar aos jovens conhecimentos relacionados com os riscos de saúde associados ao comportamento de fumar, ou seja, partiam do pressuposto de que, se os jovens tivessem mais informação acerca dos riscos de saúde, desenvolveriam uma visão mais negativa sobre o tabaco. Estes programas utilizavam muitas das vezes, a abordagem de indução do medo, através de informações assustadoras

e da exibição de imagens perturbadoras dos danos causados pelo tabaco. Estes programas eram enquadrados especialmente no contexto escolar em disciplinas como a biologia. No entanto, programas como estes mostraram-se ineficazes na prevenção do comportamento tabágico, apesar de conseguirem resultados ao nível do aumento de conhecimentos e ao nível das atitudes (Surgeon Generals Report, 1994).

Por esta razão, alguns programas mais recentes começaram a enfatizar os efeitos imediatos (a curto prazo) de fumar, tanto a nível biológico como social. As mensagens transmitidas por estes programas focam-se nos vários aspectos dos efeitos a curto prazo do hábito de fumar, abordando assuntos que são particularmente relevantes para os adolescentes como a aparência física (“fumar torna os dentes e os dedos amarelos”), o desempenho desportivo (“fumar afecta a forma física”) e estilos de vida (“se gastares o dinheiro em cigarros não podes ir ao cinema ou comprar roupas giras”).

Programas Baseados na Influência Social.

Em resposta às limitações dos programas tradicionais, surgiu uma nova geração de programas centrados nas pressões sociais que os adolescentes experimentavam em relação a fumar. Estes programas partiram do estudo dos processos de Influência Social incorporando também alguns fundamentos da Teoria da Aprendizagem Social (Bandura, 1997). Foi neste contexto, que surgiram os projectos de Educação por Pares, cujo pioneiro foi um projecto desenvolvido nos EUA e que foi denominado de “Counselling Leadership About Smoking Pressure” (CLASP). Neste projecto, alunos mais velhos ajudavam os mais novos, a desenvolverem competências necessárias para resistir às pressões sociais para fumar (Lima, 1999).

De uma forma geral, os vários Programas sobre a Influência Social, obtiveram algum grau de sucesso (Tones 1985, in Lima L.) mas alguns autores defendem que ainda mostram algumas limitações.

Programas Baseados na Promoção do Desenvolvimento Pessoal e Social Através do Treino de Competências.

Numa tentativa de responder às limitações dos Programas de Influência Social, alguns investigadores começaram a desenvolver programas que envolvem treino de competências sociais mais gerais. De acordo com estes programas, a forma mais eficaz de evitar que os jovens comecem a fumar é considerar os factores que influenciam o comportamento tabágico e não apenas a transmissão das competências necessárias para recusar cigarros. Estes programas destinam-se a ajudar a reduzir a vulnerabilidade do adolescente face a pressões sociais indirectas, promovendo o seu desenvolvimento pessoal e social, por exemplo aumentando a sua autonomia, auto-confiança e auto-estima. De uma

forma geral, estes programas resultam em reduções significativas nos consumos de tabaco (Surgeon Generals Report, 1994) e alguns autores chegam a defender que a diminuição do consumo pode variar entre 25 a 60% quando continuado por períodos que variam entre 1 a 4 anos (DeVries & Dijkstra, 1994).

Projecto “Clube dos Caça-Cigarros”

É um projecto de prevenção do tabagismo que está a ser desenvolvido desde 1990 pelo Núcleo Regional do Norte da Liga Portuguesa Contra o Cancro. Destina-se a crianças e jovens com idades compreendidas entre os 8 e os 15 anos e tem como finalidade ajudá-los a manterem-se não fumadores. Este projecto tem origem no Reino Unido com base num programa designado “Smokefree” e tem como metodologia a dinamização de pequenos clubes nas escolas onde se procura envolver os jovens na promoção da sua saúde. O objectivo que este programa procura alcançar é o de que, os jovens reconheçam o valor da saúde, enquanto recurso para o seu desenvolvimento e bem-estar. Para tal, o clube procura desenvolver os atributos pessoais que permitirão aos jovens fazer escolhas realmente voluntárias relativamente a fumar, isto é, dar-lhes um sentimento de valor pessoal e capacidade para resolver problemas, sem terem de recorrer ao comportamento de fumar

Para que o projecto seja implementado nas escolas é necessário que exista um ou mais professores que se voluntariem para actuarem como dinamizadores. Estes, ficam responsáveis pelas actividades dos Caça-cigarros a nível da escola e ao mesmo tempo, funcionam como elo de ligação entre a escola e a sede do Clube. Para além de, recrutar e distribuir o material (matérias dos sócios e jornais), o professor colabora nas actividades promovidas pelo clube, organizando a participação da sua escola nas mesmas. Para facilitar a sua tarefa enquanto dinamizadores, o Clube promove acções de formação relacionadas com a educação para a saúde na adolescência.

O Projecto Clube Caça-Cigarros foi sujeito a um estudo de avaliação e os dados encontrados revelam uma prevalência do comportamento de fumar significativamente menor entre aqueles que tinham aderido (3,68%), quando comparada com a dos jovens que não tinham aderido ao clube (14,58%). Pode, ainda, verificar-se que os jovens que participaram no projecto demonstraram possuir um menor número de crenças positivas relativamente ao comportamento de fumar (Lima, 1999).

O programa “Não fumar é o que está a dar”

O programa “Não fumar é o que está a dar” é um programa intensivo, específico e transversal, de prevenção do consumo do tabaco, do tipo das influências psicossociais, constituído por um conjunto de 15 sessões semanais de uma hora, dirigidas aos alunos do

6º e 7º ano de escolaridade (alunos com maiores riscos de começarem a fumar) e a ser aplicadas nas disciplinas de Ciências Naturais, Língua Portuguesa, Educação Visual, Matemática e Educação física. As sessões são agrupadas em seis componentes básicos: informação sobre o fumo do tabaco; construção de uma atitude sobre fumar; tomada de decisão sobre o futuro uso do tabaco; correcção da percepção exagerada do número de amigos fumadores; resistência às influências sociais para fumar. Este programa visa essencialmente a prevenção primária.

Um estudo quasi-experimental realizado entre 1997 e 2000 mostrou que o programa “Não fumar é o que está a dar” conseguiu alcançar resultados francamente positivos (pelo menos a curto prazo). Constatou-se que melhorou o nível de conhecimentos dos alunos; diminuiu a percepção por parte dos alunos de que os seus amigos gostariam que eles fumassem; melhorou a sua capacidade para dizer não; fortaleceu o sentimento de vulnerabilidade dos alunos e a sua preocupação com as consequências de fumar; incrementou uma atitude desfavorável relativamente ao consumo de tabaco e reduziu a percepção exagerada da percentagem de colegas fumadores.

Projecto “Smoke-free Class”

Este projecto consiste num concurso de âmbito nacional e europeu, no qual o conjunto de alunos de uma turma se comprometem a não fumar durante um período de tempo e a desenvolver um conjunto de actividades sobre o consumo do tabaco (designadamente a elaborar um slogan) (Savolainen, 1998). Aqueles que se mantiverem não-fumadores durante esse período de tempo, receberão um prémio e poderão submeter-se a um concurso de nível nacional e europeu, habilitando-se a receber prémios com valor significativo. Neste caso, a pressão do grupo é dirigida a encorajar os alunos a não fumarem contrariamente ao que é habitual – encorajar os pares para que estes experimentem e continuem a fumar.

O Programa “Querer é Poder”

O Programa “Querer é Poder” é constituído por um conjunto de 6 sessões e destina-se a jovens dos 12 aos 14 anos, desenvolvido em Portugal no âmbito do European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA, 1998). Tal como outros programas do tipo psicossocial possui entre outros, quatro componentes básicos: um componente informativo que proporciona aos alunos a compreensão das consequências negativas de fumar; um componente que ajuda os alunos a identificar a procedência das influências para fumar; um componente de treino de habilidades sociais para resistir às pressões dos companheiros

para fumar e um componente em que os alunos se comprometam publicamente a não fumar e expõem as razões que os levam a tomar essa mesma decisão.

O programa “No Gracias, no fumo!”

O programa consta de seis sessões a aplicar com frequência semanal e prevê quatro lições de reforço a aplicar nos dois anos seguintes no final do programa. Segundo os autores do programa este deve ser aplicado aos alunos de 11-12 anos (Becoña, Palomares & Garcia, 1994).

Tal como nos programas do tipo das influências sociais, este tem, para além de outros, três componentes consideradas fundamentais: informação; treino de habilidades e tomada de decisões. Nas sessões relacionadas com a componente de informação utilizam-se métodos de aprendizagem activa. Ao invés de ser o professor a dar a informação, pede-se aos alunos, que, divididos em grupos, a procurem e a tragam para a aula. A informação remete para as consequências a curto prazo do consumo do tabaco, tanto de carácter fisiológico como social. O treino de habilidades é considerada por Becoña a componente mais complexa que permite aos adolescentes recusar as ofertas de cigarros por outros jovens da sua idade, sem perder a amizade destes e sem se sentirem marginalizados pelo grupo. O treino destas habilidades realiza-se por meio de representações na turma na qual se simulam situações relacionadas com a oferta de cigarros. A terceira componente consiste numa tomada de decisão sobre a futura intenção relativamente ao consumo do tabaco e um compromisso público relativo à decisão tomada.

Conforme foi referido anteriormente, o programa conta com algumas sessões de reforço que têm como objectivo manter o efeito do programa nos alunos a quem foi aplicado. A aplicação do programa pode ser realizada por agentes de fora da escola ou professores treinados especialmente para isso.

Todos os programas mencionados anteriormente são essencialmente programas desenvolvidos e implementados no contexto escolar. De acordo com Precioso (2004) a escola é um dos locais privilegiados para fazer “Educação para a Saúde” para que os alunos possam aprender e adquirir conhecimentos e hábitos de saúde, que lhe permitirão alcançar o maior grau possível de saúde física, mental e social. No entanto, de acordo com o autor esta educação deve ser feita não só no ensino básico e secundário mas também continuar nas universidades dado que muitos dos comportamentos perniciosos são adquiridos já na idade adulta e na própria universidade.

Assim, uma escola sem tabaco é uma escola onde é possível circular sem ser incomodado pelo fumo do tabaco e que, para além disso, tenha/tem uma política de

prevenção tabágica clara, conhecida e assumida pela comunidade escolar. As razões para se criar uma escola sem tabaco assentam basicamente no facto de estar cientificamente provado que o fumo do tabaco, para além dos prejuízos que causa aos fumadores, prejudica seriamente a saúde das pessoas que estão expostas à poluição do fumo, resultante da combustão do tabaco. Por outro lado, sabe-se que muitos alunos/as começam a fumar na escola, por influência dos colegas. A par das razões relacionadas com a saúde e a qualidade do ambiente, os motivos para justificar uma Escola sem Tabaco, incluem o facto da proibição de fumar na escola reduzir o número e o tipo de modelos que podem influenciar os jovens a fumar (Precioso, 2008).

Prevenção Secundária

Tipos de Programas Existentes

Parar de fumar implica uma consciência das razões porque se fuma bem como o desenvolvimento de outras estratégias por forma, a lidar com as necessidades.

Na década de 80, aparecem programas multicomponenciais que envolvem diversas estratégias para a cessação do tabaco: cognitivo-comportamentais, suporte social e apoio farmacológico (Rosas & Baptista, 2002).

Intervenções Cognitivo-Comportamentais.

As intervenções cognitivo-comportamentais visam a modificação dos comportamentos inadaptados tanto ao nível do seu desencadeamento como ao nível da sua manutenção. Desta forma a abordagem cognitivo comportamental pode ser definida na sua essência como um tipo de abordagem que envolve o estímulo, o autoconhecimento e ao autocontrole para que o paciente possa aprender como sair do ciclo vicioso da dependência e tornar-se um agente de mudança do seu próprio comportamento.

O pressuposto deste modelo de abordagem baseia-se na ideia de que a mudança de comportamento é um processo em que os indivíduos têm diversos níveis de motivação (Prochaska & Diclemente, 1983).

Sob a designação de abordagens comportamentais foram propostos métodos geralmente fundados no princípio da punição ou no do reforço positivo. O exemplo típico do princípio punitivo é o descondicionamento aversivo, cuja finalidade consiste em tornar desagradável o acto de fumar reduzindo assim o seu reforço positivo. Outras técnicas utilizadas pela teoria cognitivo-comportamental são: técnicas de autocontrolo, técnicas de contracondicionamento, sensibilização indirecta, terapias de grupo. Entre as técnicas de reforço positivo, a redução lenta da absorção da nicotina consiste em diminuir

progressivamente o conteúdo de nicotina dos cigarros e/ou o número de cigarros fumados (Martinet & Bohadana, 2003).

Apoio Social.

Quanto ao Apoio social, verifica-se que é uma variável importante no processo de cessação do tabaco. O apoio dos amigos e familiares está muito relacionado com o êxito que os fumadores podem ter nos programas de tratamento (Rosas & Baptista, 2002). Porém, nem sempre é fácil efectuar mudanças nas interacções sociais existentes, mas é sempre importante reforçar as interacções positivas com as pessoas significativas do meio que ajudem o fumador a ficar abstinente (Rosas & Baptista, 2002).

Um estudo feito por Rosas e Baptista acerca do desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica para a cessação do consumo do tabaco revelou que o apoio social é particularmente importante no reforço da motivação e auto-estima dos participantes sendo um factor preponderante para o não abandono do tratamento. Este suporte social é construído através de um processo de estimulação de uma nova atitude social de não fumador, durante o qual o fumador é convidado a assumir compromissos de abstinência com as pessoas mais próximas e com as do grupo de cessação. É de realçar o papel do psicólogo, como um agente activo determinante neste suporte (Rosas & Baptista, 2002).

Intervenções Farmacológicas.

As intervenções farmacológicas consistem em substitutos de nicotina de forma a aliviar os sintomas de abstinência.

Os medicamentos nicotínicos, também chamados de terapia de reposição de nicotina (TRN), apresentam-se nas formas de adesivo, goma de mascar, inalador e aerossol. As duas primeiras correspondem a formas de libertação lenta de nicotina. O inalador e aerossol são do tipo de libertação rápida de nicotina.

Porém, no que diz respeito às mulheres fumadoras grávidas é de realçar que estas deverão ter uma orientação mais específica e não recorrer a métodos farmacológicos para deixar de fumar (Becõna & González, 2000).

Programas Segundo o Género

Embora tanto as mulheres como os homens possam utilizar as intervenções acima mencionadas, um número cada vez maior de programas atende especificamente às necessidades das mulheres. As mulheres obtêm percentagens de eficácia mais baixas em intervenções farmacológicas e em tratamentos educacionais do que em intervenções comportamentais ou de psicoterapia. No entanto, o apoio social em forma de assistência de grupo ou individual para deixar de fumar e o apoio posterior de outras pessoas relevantes

(esposo, filhos, amigos) deve ser uma componente básica nos programas dirigidos às mulheres (Becõna, 2000).

Há vários dados que sugerem que as mulheres e os homens usam diferentes abordagens no que diz respeito à cessação do tabagismo. De acordo com Fiore *et al.* (1990) cit por Mermelstein & Borrelli (1995) as mulheres geralmente preferem programas formais em grupo bem como ir reduzindo progressivamente o número de cigarros, ao contrário dos homens que tendem a preferir uma paragem repentina.

Flaxman (1987) ao avaliar as diferentes abordagens de cessação tabágica descobriu que a cessação atrasada, ou seja, a marcação de uma data para a cessação do tabaco antes do início do tratamento, era algo mais eficaz nas mulheres do que a cessação imediata. No entanto, esta última estratégia era mais eficaz nos homens. Flaxman descobriu também que procedimentos de condições adversas ajudam os homens na cessação mas dificilmente as mulheres. O autor pode verificar que as mulheres estavam mais predispostas a desistir do tabaco quando se encontravam em programas, que seguiam um modelo de prevenção das recaídas e focava-se na aquisição gradual de competências não tabágicas do que no tipo de intervenção mais tradicional que enfatiza a importância da contingência e a necessidade de abstinência absoluta.

Em suma, as mulheres podem preferir e beneficiar de uma abordagem de cessação que enfatize a construção gradual de competências, aumentando a auto-eficácia e o contacto pessoal.

Os tratamentos farmacológicos como método para a cessação do consumo tabágico, também mostram diferenças quanto ao género. Killen *et al.* (1990) cit. por Mermelstein & Borrelli (1995) avaliaram a combinação de tratamentos fármacos (pastilhas de nicotina, placebo ou ausência de pastilhas) e tratamentos comportamentais (prevenção da recaída). Embora as pastilhas de nicotina tenham sido melhores que o placebo ou a ausência de pastilhas, no caso dos homens, nenhum tratamento foi significativamente melhor para as mulheres. Contrariamente, Glassman *et al.* (1988) descobriram que o clonidine foi mais eficaz na promoção da cessação do tabaco nas mulheres, mas não nos homens.

Substâncias que promovam o aumento de serotonina, tais como, fenfluramina ou triptofano podem também ser relativamente mais benéficas para as mulheres devido à sua capacidade de ajudar a prevenir o humor disfórico ou o ganho de peso. Desta forma, os fármacos que vão de encontro das preocupações das mulheres aquando da cessação tabágica tal como o aumento de peso e o humor depressivo, podem mostrar-se mais promissores para estas.

Quanto ao género, conclui-se que não há evidência consistente das diferenças entre os sexos em resposta aos tratamentos para deixar de fumar. As investigações sugerem que as mulheres beneficiam das mesmas intervenções que os homens mas que podem ter de enfrentar factores stressantes e barreiras diferentes das dos homens para deixar de fumar (maior probabilidade de depressão, medo de ganhar peso). Face a estes aspectos os programas de assistências às mulheres devem ter em conta as suas necessidades específicas. Uma intervenção anti-tabagismo dirigida às mulheres deveria oferecer apoio terapêutico farmacológico e comportamental, combinado com enfoques específicos de género tais como a gestão do próprio estilo de vida, programas nutricionais para o controlo do peso e estratégias de controlo do stress (Becõna, 2000).

Programas Destinados às Mulheres.

Os tratamentos para a cessação do consumo de tabaco direccionados especificamente para as mulheres têm, em grande parte, reenviado para duas questões: fumar durante a gravidez e a prevenção do aumento de peso a seguir à cessação.

O estudo de Marcus e seus colegas (Marcus *et al.*, 1991) é baseado na suposição de que a intervenção deve acrescentar componentes de controlo de peso, mas foca-se nos benefícios relativos à adição de uma componente de exercício físico. Estes autores verificaram que as mulheres que faziam exercício físico tinham maior probabilidade de manter o comportamento abstinente, pelo menos a curto prazo, comparativamente com as que não praticavam exercício. Este estudo sugere que o exercício pode melhorar as taxas de abstinência nas mulheres.

Manfredi *et al.*, (1991) usaram o programa “Head Start” nas escolas publicas, tendo como alvo as fumadoras de raça negra provenientes de meios sócio económicos baixos. Desenvolveram um programa de cessação constituído por oito sessões que incluíam tópicos relevantes para as mulheres tais como a gestão do humor, controlo de peso e suporte social. As fumadoras que tiveram este tipo de intervenção tiveram uma taxa de cessação significativamente mais elevada (11%) do que aquelas que estavam na escola de controlo (3%).

No que diz respeito às fumadoras grávidas, o conselho médico é uma estratégia prometedora, no entanto os resultados obtidos nem sempre são positivos e as intervenções de auto-ajuda conseguem apenas resultados modestos em redor dos 10-14%. As estratégias comportamentais têm-se mostrado como sendo mais eficazes nesta problemática conseguindo melhores intervenções em torno dos 38% de abstinência (Valbf & Schioldborg cit. por Becoña (2000)).

Windson (1993) demonstrou que o simples fornecimento de informação acerca dos riscos inerentes ao tabaco não é suficiente, sendo, por isso, necessárias técnicas de cessação mais específicas. Estes autores referem a importância de inserir os tratamentos no conjunto dos cuidados de rotina pré natal visto que as grávidas nem sempre estão predispostas a frequentar programas separados.

É ainda de realçar a importância de se verificar se as declarações das mulheres grávidas que afirmam ter deixado de fumar durante a gravidez são verdadeiras, já que Windson *et al.* (1993) verificaram que 28% eram declarações falsas.

De um modo geral, os programas de cessação tabágica com mulheres grávidas têm tido algum sucesso na promoção de comportamentos abstinentes, embora de curta duração. Após o nascimento do bebé muitas mulheres perdem a motivação para se manterem abstinentes pois, na maioria dos casos, o motivo fundamental para renunciarem ao consumo do tabaco deixou de existir (preservar a saúde do filho).

Programas Comunitários

O bem-estar colectivo das comunidades pode ser protegido pela criação de estruturas e políticas que sirvam de suporte aos estilos de vida saudáveis e pela redução ou eliminação de riscos dos ambientes sociais e psicológicos. Os Modelos Comunitários sugerem estratégias e iniciativas, que são planeadas e conduzidas por organizações e instituições, cujo objectivo principal é proteger e melhorar a saúde: escolas, locais de trabalho, centros de saúde entre outros.

O controlo do tabaco é uma área onde as intervenções têm sido desenvolvidas e avaliadas. Os esforços de controlo do tabaco são bem definidos e envolvem a procura, dentro de um local definido, de quatro objectivos principais: I) elevar a prioridade do tabagismo como um assunto de saúde; II) melhorar as capacidades comunitárias para mudar os hábitos tabágicos; III) aumentar a influência de factores legais e económicos existentes que desencorajem o hábito; e IV) incentivar os que apoiam os não fumadores. Atingir estes objectivos significa criar um ambiente para a mudança.

Um dos enquadramentos conceptuais para a mudança ao nível comunitário designa-se por Teoria de Mudança Organizacional. Esta teoria refere-se a processos e estratégias para aumentar as hipóteses dos programas de saúde serem adaptados e institucionalizados dentro de organizações formais.

Ambientes de trabalho onde não seja permitido fumar implicará uma redução nos custos de manutenção do prédio, prevenção de problemas de saúde, encorajamento dos fumadores para desistirem e dos desistentes para permanecerem livres do tabaco. Desta forma, a compreensão da mudança organizacional é importante na promoção da saúde para

ajudar a estabelecer políticas e ambientes que apoiem práticas saudáveis e a capacidade de resolver novos problemas.

No entanto, de acordo com a Teoria das Etapas, as organizações passam por uma série de fases conforme vão mudando. De uma forma sintetizada, podemos referir quatro etapas: problemas de definição (tomada de consciência); início da acção (adopção); implementação e institucionalização (Glanz, 1999).

O *Stanford Five City Project* é o exemplo de um programa comunitário bem sucedido. Este programa abrangeu cinco cidades norte-americanas com uma acção educativa intensa através da imprensa, revistas, rádio, televisão e vasta distribuição de literatura informativa sobre o tabagismo. Teve a duração de 5 anos e contou com cerca de 500 eventos educativos conseguindo, diminuir em 13% a prevalência de fumadores adultos em comparação com a população da cidade não incluída no projecto (Fortmann *et al.*, 1993).

Em suma, é de salientar a importância de se abordar os problemas do tabagismo através das diversas perspectivas, considerando a interacção e integração dos diversos factores.

Teorias Sobre o Consumo

Os modelos que melhor explicam a conduta de fumar são os modelos bio-psico-sociais-ambientais ou seja os que referem que os comportamentos são determinados por factores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais e que para podermos modificar ou alterar essa conduta teremos que actuar através de programas que intervenham sobre esses factores (Glanz, 1999).

De acordo com Marks (1998) existe 3 teorias para explicar o consumo: teorias da personalidade, teorias do comportamento e teorias sócio-cognitivas

Teorias da Personalidade

Uma grande quantidade de estudos tem associado a personalidade e a psicopatologia com o consumo. O contributo mais importante foi o da teoria biológica da personalidade defendida por H. J. Eysenck (1973). Com base em estudos de gémeos, Eysenck & Eaves (1980) verificaram que existe uma predisposição genética para o consumo do tabaco, álcool e outras drogas. As teorias da personalidade defendem que as pessoas com personalidades ansiosas e neuróticas são mais susceptíveis de se viciarem no tabaco,

álcool, comida ou drogas. Em particular, parece haver uma associação entre tabagismo e ansiedade (Marks, 1998).

Esta ideia baseia-se na evidência de que os fumadores têm um traço característico de ansiedade mais vincado que os não fumadores, o que foi confirmado em raparigas adolescentes, médicos, veteranos que combateram no Vietnam e em populações dos EUA, Itália, Polónia e também no Japão (Forgays *et al.*, 1993).

Os fumadores, comparativamente aos não fumadores, são mais susceptíveis de terem um grau mais elevado de neuroticismo, especialmente aqueles que se encontram mais dependentes da substância consumida, os que sofrem de uma prevalência elevada de ansiedade, que vieram de famílias perturbadas, que foram rebeldes na adolescência e os que têm tendência para comportamentos de risco. Porém, foram encontradas diferenças significativas em relação ao género, ao pais e à cultura (Gilbert & Gilbert, 1995).

As pessoas que fumam dizem que o fazem porque fumar as ajuda a reduzir os afectos negativos principalmente sob a forma de ansiedade (Parrott, 1995) e/ou aumenta os afectos positivos (Gilbert & Gilbert, 1995). Privar os fumadores do seu consumo aumenta a sua ansiedade (Gilbert & Gilbert, 1995). Os fumadores são mais vulneráveis a mudanças profissionais, ao divórcio e a acidentes de viação, comparativamente com os não fumadores (Matarazzo & Saslow, 1960). Estão mais vulneráveis a sofrer de depressão, incluído durante a gravidez (Stein *et al.*, 1996) comparativamente com os não fumadores.

Um estudo realizado na periferia de Montreal no Canadá em que foi investigada a relação entre traços estáveis da personalidade ansiosa, disruptividade e comportamentos efectivos em relação à saúde demonstrou que os rapazes mais ansiosos e que manifestavam comportamentos disruptivos eram os que fumavam mais diariamente (Dobkin *et al.*, 1997).

Teorias Comportamentais

A psicologia da aprendizagem e da formação de hábitos tem dado um contributo fundamental nesta matéria e a aplicação dos seus princípios às temáticas da saúde, incluindo o consumo de substâncias, tem sido um ponto fulcral da psicologia clínica e da saúde.

As teorias comportamentais do consumo baseiam-se em dois tipos de condicionamento: “clássico” e “operante”.

A teoria do condicionamento clássico, descrita por Ivan Pavlov tem sido aplicada a comportamentos de hábito e aos métodos para os controlar. Por exemplo, o

desenvolvimento do alcoolismo poderia começar por se beber regularmente no caminho do trabalho para casa, que por sua vez poderia levar a beber mais como uma resposta condicionada, depois de chegar a casa.

A evolução do hábito de beber segue-se à associação repetida de uma diminuição do nível de álcool no sangue (estímulo não condicionado), que leva a desconforto e irritabilidade (resposta não condicionada), sendo estes estados associados à chegada a casa vindo do trabalho (estímulo condicionado). Eventualmente, o desconforto e a irritabilidade tornam-se uma resposta condicionada à chegada a casa, o que por si só desperta o desejo de mais álcool (Robertson & Heather, 1981 in Marks)

Alguns tratamentos para o hábito têm sido fundamentados no condicionamento clássico. Segundo esta abordagem, um estímulo não condicionado desagradável é apresentado em associação a uma substância ou actividade desejada (estímulo condicionado).

Num tratamento para o alcoolismo apresenta-se um estímulo não condicionado que produz náuseas e vômitos (resposta não condicionada), em paralelo com algum consumo de álcool (estímulo condicionado). Depois de emparelhar repetidamente os dois estímulos, as náuseas e os vômitos são eventualmente produzidos como uma resposta condicionada ao álcool em si. Métodos semelhantes são utilizados para controlar o consumo de tabaco, usando acetato de prata como estímulo não condicionado, que torna o paladar dos cigarros desagradável.

A teoria do condicionamento operante tem por princípio o procedimento de Skinner. Parte-se do pressuposto que os comportamentos operantes espontâneos são reforçados positivamente por efeitos agradáveis tendendo a ser repetidos, e reforçados negativamente por consequências desagradáveis, tendendo para a não repetição. O hábito do tabaco evolui em pessoas para quem fumar produz sensações particularmente agradáveis e mudanças de humor. Na medida em que, por exemplo, reduzem a ansiedade, a tensão e a inibição e estes efeitos constituem um reforço positivo. A “hipótese da redução da tensão” tem sido aplicada com sucesso à aquisição do hábito do tabaco.

Estímulos internos e externos, presentes durante comportamentos consumatórios agradáveis permitem obter mais informações sobre esses mesmos comportamentos. Os comportamentos podem ser controlados por determinados estímulos discriminativos. Por exemplo, através da associação repetida do cheiro e sabor do café com o acto de fumar, este passa a ser activado pelo café. A teoria do reforço de Skinner tem tido uma influência

na sugestão de vias para modificar comportamentos de dependência controlando os estímulos discriminativos e alterando as consequências das respostas operantes.

Teorias Socio-Cognitivas

As teorias sócio-cognitivas vieram dar um contributo para as bases teóricas da modificação de comportamentos ao considerarem o modo pelo qual as crenças, expectativas e sentimentos intervêm entre o estímulo observável e as respostas em situações sociais (Conner & Norm, 1996). D. F. Marks (1998) propõe três abordagens que têm sido usadas como base de estruturação e implementação de intervenções.

Etapas de Mudança de Prochaska e DiClemente

DiClement e Prochaska *et al.*, (1991) propuseram que a modificação do comportamento se dá segundo um ciclo de cinco etapas: pré-contemplação, contemplação, preparação, acção e manutenção. Em qualquer momento, em qualquer população, considera-se que relativamente a um dado comportamento saudável cada um dos membros da comunidade se situa num destes cinco estádios. Segundo Kaplan *et al.*, com base num estudo levado a cabo na Califórnia em 1993, a percentagem de cada estádio varia de acordo com a idade, o grupo étnico e o grau de formação dos mesmos membros.

O esquema dos estádios de mudança sugere que as intervenções ao nível da saúde precisam de ser sensíveis aos diferentes estádios de mudança dos consumidores; a população-alvo proposta para a intervenção tem que ser especificada de acordo com as suas necessidades. Por exemplo, o objectivo pode consistir em ajudar pessoas que estão num determinado estádio a passar para o próximo. Desta forma, ao se saber a fase actual em que se encontra o fumador, poder-se-ão estabelecer mensagens, estratégias e programas específicos e adequados. Esta abordagem permite compreender porque razões alguns fumadores não aceitam fazer parte de um programa ou grupo, ou até mesmo, ajudar a desenvolver um programa de controlo do tabagismo que chegue a mais fumadores (Glanz, 1999).

No entanto, embora o encorajamento para promover tais mudanças seja sempre necessário, não é por si só suficiente para produzir uma alteração comportamental com sucesso. Para além da motivação, a pessoa tem também que valorizar os benefícios que tal mudança trará para a sua saúde. Os resultados a longo prazo podem ser subvalorizados em detrimento de preocupações imediatas, e os interesses egocêntricos do indivíduo podem sobrepor-se aos dos outros. Esta situação verifica-se, por exemplo, no consumo do tabaco

durante a gravidez. Considera-se que todas as mulheres grávidas desejariam ter um bebê saudável, fazendo tudo o que está ao seu alcance para que isso aconteça. No entanto, estudos sobre grávidas deprimidas mostram que esta consideração nem sempre é tão linear.

Lawson (1994) investigou o papel do tabaco na vida de vinte grávidas adolescentes (entre os dezasseis e os dezoito anos), provenientes de classes sociais baixas, que foram entrevistadas de forma a averiguar as suas crenças face ao tabaco. De acordo com este estudo as mulheres fumavam para (1) lidar com o aumento de peso; (2) dar à luz crianças mais pequenas, o que faria diminuir a duração do parto e reduzir as dores subjacentes, (3) contrariar a ansiedade derivada de sentimentos de abandono; (4) estabelecer uma identidade distinta da do abuso de drogas dos seus pais e pares.

No que diz respeito à adição para se estar disposto e preparado há pelo menos 4 exigências antes que a mudança comportamental seja provável de ocorrer. O fumador deve: (i) acreditar que a mudança causará o resultado desejado; (ii) acreditar que poderá fazer a mudança; (iii) possuir as habilidades necessárias para fazer e lidar com a mudança; e (iv) possuir as habilidades para recuperar e impedir o fracasso.

Modelo de Auto-eficácia de Bandura

O Modelo socio-cognitivo da auto-eficácia desenvolvido por Bandura (1977) põe em foco as expectativas que precisam de ser estabelecidas antes que a mudança possa ocorrer. Bandura descreve estas expectativas como: “expectativa do resultado da situação”, “expectativa da ação-resultado” e “auto-eficácia percebida”. As “expectativas do resultado da situação” são a opinião que as coisas mudarão na ausência de acoplamento pessoal (“as taxas cancro estão a aumentar”). As “expectativas da acção-resultado” são a opinião que determinados resultados são prováveis de gerar acções de um tipo particular (“parar o consumo do tabaco reduz o risco de cancro pulmonar”). A “auto-eficácia percebida” é auto-opinião, a convicção que pode controlar o comportamento se assim o decidir (“se eu decido parar, eu serei capaz de o fazer”).

A capacidade de controlo será facilitada se a pessoa se percepcionar como tendo uma forte auto-eficácia. Esta está relacionada com a forma como as pessoas se sentem e pensam acerca delas sendo que a percepção de uma baixa auto-eficácia está associada á depressão, ansiedade e sentimentos de desamparo. Normalmente pessoas que se percepcionam como sendo pouco eficazes têm também baixa auto-estima, são pessimistas e pouco motivadas. Tais pessoas tem portanto pouca probabilidade de conseguir quebrar hábitos e mudar comportamentos de dependência com sucesso. As intervenções enfatizam a necessidade de elevar a auto-eficácia percebida do sujeito para que a modificação do

comportamento seja duradoura. As taxas de auto-eficácia correlacionam-se positivamente com os efeitos de extinção do consumo do tabaco. A auto-eficácia percebida após o tratamento permite adivinhar uma menor probabilidade de recaída (Kavanagh *et al.*, 1993)

Modelo da Prevenção da Recaída de Marlatt & Gordon (1995)

As taxas de recaída que se seguem à cessação do consumo do tabaco são normalmente altas. Independentemente do tipo de programa ou das intervenções utilizadas, as taxas de recaída dos fumadores são da ordem dos 70 a 80%, e ocorrem 6 a 12 meses após a cessação (Barringer & Weaver, 2002).

Modelo da prevenção da recaída de Marlatt & Gordon (1995) coloca a tónica no papel das competências sociais e da auto-eficácia percebida na prevenção da recaída. Uma noção central é a de auto-eficácia de Bandura (1977). A auto-eficácia é ameaçada quando o indivíduo se depara com uma situação de alto risco. Marlatt *et al.* (1994) distinguem cinco tipos de auto-eficácia no que diz respeito a comportamentos de dependência que incluem a auto-eficácia de manutenção e a auto-eficácia de recuperação. O treino destes dois aspectos pode potenciar a capacidade e motivação do sujeito para lutar com sucesso contra os efeitos negativos do comportamento indesejado, que ameaça o compromisso de preservar o comportamento de “não fumador” a longo prazo.

Podem ser identificadas três situações de alto risco para a recaída: os afectos negativos, tais como o stress, a ansiedade ou a depressão (normalmente responsáveis por 35% das recaídas); conflitos interpessoais (20%); e pressão social (20%).

A capacidade de lidar com sucesso com este tipo de situações normalmente promove um aumento da auto-eficácia percebida e do auto controlo, enquanto que o insucesso está associado a baixos níveis daquelas características. O facto de ceder a uma determinada regra de abstinência (“efeito de violação da abstinência”) é percebido pelo sujeito como uma prova da sua fraqueza e falta de auto-controlo. Esta auto-atribuição negativa, ou culpabilização, tende a diminuir a percepção de auto-eficácia ainda mais, bem como a evidenciar a incongruência entre o auto-conceito enquanto “abstinente” e o facto de ter violado a regra. Esta dissonância pode ser reduzida se se assumir a fraqueza do sujeito ou se considerar que o hábito de fumar não é tão negativo como se acreditava. O risco de recaída é assim potenciado pelo efeito de violação da abstinência. O treino para a prevenção da recaída constitui um fomento para a identificação das situações de risco e fornece as estratégias de coping para lidar com elas quando ocorrem.

Reacções Cognitivas Face à recaída

Os riscos associados ao consumo do tabaco constituem um dos principais motivos pelos quais as pessoas desejam desistir de fumar (Gibbons *et al.*, 1991). Entre os

fumadores, as percepções de risco associam-se de forma positiva com a intenção de desistir, com associarem-se a grupos de pessoas que também o querem fazer, com a probabilidade de desistirem inicialmente e com um determinado número de desistências (Gibbons *et al.*, 1997).

O mesmo acontece no que se refere à percepção dos benefícios associados ao acto de desistência. Quanto maior a percepção desses benefícios, maior é a intenção de parar de fumar.

Dada a importância da percepção de risco e as elevadas taxas de insucesso nas tentativas de cessação tabágica, é de extrema importância avaliar se o impacto cognitivo que o reatamento do comportamento tabágico tem no fumador (que teve uma recaída) poderá ou não contribuir como indício para o sucesso de posteriores tentativas.

Gibbons *et al.*, (1991) ao avaliarem as percepções de risco para a saúde entre os fumadores, antes, durante e depois de uma tentativa de desistência, verificaram que as percepções de risco, que inicialmente eram bastante elevadas no período em que estes fumadores iniciaram o programa de cessação, diminuíram significativamente entre aqueles que tiveram uma recaída.

Tomar consciência que um determinado comportamento que está a pôr em risco a saúde é suficiente para originar dissonância cognitiva, razão pela qual Gibbons *et al.* (1991) sugeriram que poderá ter sido a redução dessa dissonância a responsável por mudanças comportamentais verificadas no estudo.

A teoria da Dissonância Cognitiva, proposta por Festinger (1975), pretende explicar a ligação entre atitude e comportamento. Este modelo foi criado para explicar a necessidade que existe nos indivíduos de encontrarem consonância entre as diversas cognições que têm a respeito de um mesmo objecto. Desta forma, a dissonância cognitiva refere-se assim à relação entre duas cognições incompatíveis da mesma pessoa face ao mesmo objecto. Este estado de dissonância é psicologicamente desagradável (o fumador que acredita que fumar é prejudicial à saúde, ao continuar a fumar sente esse desconforto), constituindo uma motivação, uma activação do organismo no sentido da redução ou da eliminação da dissonância.

Festinger (1975) sugeriu que uma das maneiras dos fumadores reduzirem a dissonância produzida pela consciencialização de que o seu comportamento não é sensato é “mudar o seu conhecimento” sobre esse comportamento. Festinger exemplifica as alternativas para a redução da dissonância pela mudança das atitudes com duas cognições psicologicamente inconsistentes: o prazer de fumar e o saber que fumar provoca cancro.

Para eliminar esta perturbação bastaria deixar de fumar, no entanto, esta não é a única solução já que entre outras, o fumador pode por exemplo invocar a idade avançada de alguns fumadores que se mantêm saudáveis, mudar para cigarros menos nocivos (Barreiros, Gomes & Cunha, 2007).

Modelos

Os modelos de Conceito de Atitude e Crenças de Saúde estão incorporados na revisão da literatura dado pertencerem ao contexto do estudo e constituírem factores de previsão da intenção comportamental de fumar (Fishbein & Ajzen, 1975)

Conceito de Atitude e Norma Subjectiva

Outra teoria que procura explicar o consumo do tabaco é a Teoria da Acção Racional. Segundo esta teoria, o comportamento de fumar pode ser predito pela intenção da pessoa em fumar, embora a realização dessa intenção possa não ser possível devido a certas barreiras (por exemplo, alguém quer fumar mas não tem dinheiro para comprar cigarros) (Vries & Kok, 1986; Vries, 1989). A intenção por sua vez, é determinada pela atitude e pela norma Subjectiva.

De acordo com Eagly e Chaiken (1993), a atitude é um constructo hipotético referente à «tendência psicológica que se expressa numa avaliação favorável ou desfavorável de uma entidade específica» (cit. por Lima, 2004). Dito de outra forma, as atitudes são disposições favoráveis ou desfavoráveis relativamente a objectos, pessoas e acontecimentos, ou a alguns dos seus atributos (por exemplo fumar é mau).

A atitude tem três características: a direcção (favorável vs desfavorável), intensidade (vai desde posições fortes a posições fracas) e a acessibilidade (probabilidade de ser activada automaticamente na memória quando o sujeito se encontra com o objecto atitudinal). A atitude expressa-se sempre por respostas avaliativas que podem ser de vários tipos: cognitivas, afectivas e comportamentais. No primeiro caso, referimo-nos a pensamentos, ideias, opiniões e crenças que ligam o objecto de atitude aos seus atributos ou consequências e que exprimem uma avaliação mais ou menos favorável. A componente afectiva refere-se às emoções e sentimentos provocados pelo objecto de atitude e as respostas avaliativas comportamentais reportam-se aos comportamentos ou às intenções comportamentais em que as atitudes se podem manifestar.

A formação de atitudes está associada ao processo de socialização do indivíduo. Este processo inicia-se na infância sob a influência dos pais, continuando posteriormente sobre a influência dos amigos e educadores da escola ou até mesmo dos meios de comunicação social (Barreira, Gomes & Cunha, 2007).

Teoria da Acção Reflectida

O modelo mais comumente aceite da relação entre atitude/comportamento é conhecido por Teoria da Acção Reflectida e foi desenvolvido em 1967, por Fishbein & Ajzen.

Estes autores defendem que as atitudes são importantes factores de previsão do comportamento humano, mas distinguem as atitudes gerais face a um objecto e as atitudes específicas face a um comportamento relacionado com o objecto de atitude. Enquanto estas últimas seriam úteis na previsão de um comportamento específico, as primeiras só o influenciariam de forma indirecta, como uma tendência para a acção.

Na teoria da acção reflectida, Fishbein e Ajzen (1975) consideram que todo o comportamento é uma escolha, uma opção ponderada entre várias alternativas, pelo que o melhor preditor do comportamento será a intenção comportamental, sendo a atitude específica apenas um dos dois factores importantes na decisão.

A atitude da pessoa face a um comportamento é de acordo com este modelo, vista de acordo com as perspectivas de expectativa-valor, ou seja, como o resultado das crenças acerca das consequências do comportamento (expectativa) pesadas pela avaliação dessas consequências (valor) (Lima, 2004). Dito de outra forma, a atitude da pessoa relativamente a um comportamento é influenciada pelas suas crenças sobre as consequências (os custos e benefícios, ou seja, vantagens e desvantagens) da realização do mesmo.

Um outro factor importante na definição da intenção comportamental procura integrar as pressões sociais e refere-se à norma subjectiva face ao comportamento, isto é, as pressões de outros significantes que afectam a realização do comportamento (Lima, 2004). Desta forma, a norma subjectiva de uma pessoa corresponde à percepção pessoal sobre se a maioria das pessoas que são importantes para si pensam que a pessoa deve ou não realizar um determinado comportamento.

Em resumo, de acordo com esta teoria as pessoas tem uma maior probabilidade de realizar um determinado comportamento quando têm uma atitude favorável face à sua realização e quando percebem um apoio normativo para a sua realização por parte das

peessoas que consideram importantes ou que lhes merecem credibilidade (Precioso & Macedo, 2004).

Ajzen (1988) reformula este modelo e, embora tenha mantido a sua estrutura básica, acrescentou como determinante da intenção comportamental uma nova variável – o controlo percebido sobre o comportamento. Esta variável remete para a crença que o indivíduo possui sobre a facilidade ou dificuldade no desempenho do comportamento. Esta variável, corresponde em grande parte ao conceito de auto-eficácia e permite incluir, indirectamente, a experiência anterior com o comportamento. Assim, comportamentos habituais são percebidos como fáceis de pôr em prática e portanto com elevados níveis de controlo percebido.

Exemplo: a teoria sugere que, se a Manuela é não fumadora, é porque ela tenciona não fumar e as suas intenções são influenciadas pelas suas atitudes positivas em relação a uma vida saudável (ou atitudes negativas em relação ao fumo) e pela sua consciência da pressão social para não fumar. Por outro lado, as suas atitudes são influenciadas pelas suas crenças sobre os resultados de não fumar, pela avaliação que faz dessas crenças, mas também a sua estimativa que, por exemplo, fumar entrará em conflito com o seu desejo de não fumar e a sua reacção emocional de náusea, que por sua vez agirá directamente sobre as suas intenções relativas ao fumo. A susceptibilidade da Manuela à pressão social também é influenciada pelas suas crenças – ela persistirá o seu comportamento de não fumadora se acreditar que as pessoas que ela quer que a aceitem esperam que ela não fume (atitudes e comportamento).

Em suma, este modelo e as investigações realizadas para o validar possuem fortes implicações na criação de programas de prevenção do consumo do tabaco. É suposto que a promoção de atitudes favoráveis a não fumar e o desenvolvimento de uma norma subjectiva desfavorável ao consumo possam ter um efeito preventivo (Precioso & Macedo, 2004). De acordo com Vries (1986) para influenciar as atitudes, um programa de prevenção deve 1. Salientar as vantagens de não fumar e as desvantagens de fumar; 2. Fornecer informação sobre os efeitos a curto prazo pois as crianças geralmente consideram as consequências a longo prazo como distantes no tempo e por isso pouco prováveis de as afectar; 3. Fornecer argumentos para contrariar a tendência que os fumadores têm de diminuir as desvantagens de fumar; 4. Proteger os não fumadores das pressões para fumar, demonstrando as imprecisões de algumas vantagens percebidas pelos fumadores (por exemplo que é relaxante) e indicando que as supostas vantagens de fumar referidas podem ser obtidas

através de outras actividades alternativas (por exemplo praticar desporto); 5. Treinar os não fumadores, fornecendo-lhes contra-argumentos e desenvolvendo a sua assertividade.

Na opinião de Vries (1986) para influenciar a norma subjectiva, o programa de prevenção deve: 1. Explicitar que a maioria das pessoas não fuma e são contra o fumar por parte das outras pessoas; 2. Demonstrar os processos directos e de modelagem pelos quais os fumadores influenciam os não fumadores; 3. Aumentar a resistência nos não fumadores às pressões exercidas pelos fumadores; 4. Discutir os perigos das situações de desafio nas quais as pressões para fumar são mais fortes; 5. Desenvolver competências nos não fumadores para enfrentar as pressões de fumar em situações de desafio; 6. Aumentar as probabilidades de manter o comportamento de não fumar empregando técnicas de comprometimento tais como a apresentação pública da decisão de não fumar (em frente a uma audiência) ou redigir e firmar um contrato de não fumar.

Crenças de Saúde

O nascimento deste modelo, foi primeiramente exposto por Rosentock nos anos 50 e mais tarde desenvolvido por Becker. Este modelo partia do pressuposto de que as pessoas temiam as doenças e que as acções de saúde de âmbito preventivo seriam aceites se o grau de medo (ameaça percebida) e o potencial de redução do medo esperado fosse superior aos custos físicos e psicológicos que as acções pudessem trazer ao indivíduo.

Este modelo foi construído com base em quatro constructos que representam a ameaça percebida e os benefícios puros: Susceptibilidade percebida (opinião do individuo sobre as hipóteses de contrair uma doença); severidade percebida (opinião do sujeito sobre qual a severidade do seu estado e quais as sequelas); benefícios percebidos (opinião do individuo sobre os custos físicos e psicológicos que adviriam do facto do indivíduo se sujeitar ao plano de prevenção) e obstáculos percebidos. Estes conceitos foram propostos para contabilizar a “disposição de agir” das pessoas. Actualmente foi adicionado a este modelo o conceito de auto-eficácia, ou seja, a confiança que uma pessoa sente na sua capacidade em realizar com sucesso uma acção. Este conceito foi acrescentado por Rosentock em 1988 para ajudar o Modelo de Crença na Saúde a ir ao encontro da necessidade de modificar hábitos negativos para a saúde tais como, fumar (Glanz, 1999).

III. MÉTODO

Delineamento do Estudo

Este estudo de natureza descritiva tendo como principal objectivo fazer a caracterização das variáveis envolvidas como factor importante na previsão da intenção comportamental. É um estudo correlacional dado que visa avaliar quais as variáveis com uma intenção favorável ou desfavorável, face ao consumo do tabaco.

Participantes

O estudo incidiu sobre a população de estudantes do ISPA. A amostra foi recolhida, por conveniência, no ISPA, especificamente nos bares e nas salas de aula. Os questionários foram aplicados a alunos fumadores que se disponibilizaram a participar no estudo.

A amostra estabelecida para o presente estudo é constituída por 163 sujeitos, de ambos os sexos, escolhidos independentemente da idade ou do ano frequentado.

Questões da Investigação

Com este trabalho procura-se responder às seguintes questões: Quais as atitudes e crenças dos alunos do ISPA no que se refere ao consumo do tabaco?; Qual a intenção comportamental dos alunos fumadores face ao consumo do tabaco ou seja, verificar se os alunos tem intenção de manter o comportamento tabágico?; Qual a percepção da nocividade do fumo do tabaco, bem como o incómodo resultante da combustão do mesmo?; Qual o padrão de consumo de tabaco por parte dos alunos fumadores?

Instrumento

Partindo do pressuposto que os factores que estão presentes na intenção do adolescente em fumar são os mesmos que contribuem para a manutenção do comportamento tabágico, utilizou-se um instrumento traduzido e adaptado de outro já

existente – Indiana University Smoking Questionnaire (IUSQ), e aplicado por Bensenberg *et al.* (1981) para prever as intenções dos adolescentes em relação ao início do consumo de cigarros. Este questionário tem por base o modelo da acção reflectida de Fishbein e Ajzen (1975), ao qual se adicionou, tal como no estudo efectuado por Bensenberg *et al.* (1981) um segundo conjunto de variáveis.

Variáveis Controladas

A variável controlada neste estudo foi: Pertença ao ISPA.

Variáveis do Questionário IUSQ

As variáveis são constituídas pelos 48 itens do modelo Fishbein e Ajzen (1975) e por 25 itens que foram adicionados por Bensenberg *et al.* (1981) ao modelo de Fishbein e Ajzen, tendo em conta que factores externos podem também, por intermédio das atitudes específicas e componentes normativas, afectar a intenção comportamental.

Modelo de Fishbein e Ajzen

Este modelo é constituído por 48 itens cujos factores foram divididos em cinco pontos numa escala tipo Likert e num diferenciador semântico, igualmente, de cinco pontos. Nesta escala é pedido aos sujeitos que indiquem o valor que melhor reflecte os seus sentimentos – opinião relativamente a um tema concreto. Quando nenhuma das respostas se adequa, o sujeito poderá optar pelo ponto intermédio, manifestando neutralidade. Os 48 itens estão organizados em três factores: 1. Atitudes face ao comportamento; 2. Norma subjectiva indirecta e 3. Intenção comportamental.

1. Atitudes face ao comportamento:

Foi medida de duas formas segundo Fishbein e Ajzen (1975):

A atitude directa, medida através das respostas dos sujeitos a três itens relativos ao comportamento de fumar.

Ex.: “Fumar é ”

(Muito agradável 5; Muito desagradável 1)

Itens: 25, 26, 27, 28

A atitude indirecta, encontrada multiplicando as crenças dos sujeitos (15 itens) acerca das consequências do comportamento, pela avaliação desses mesmas consequências (14 itens).

Ex.: Crença Comportamental: “Se fumar, ficarei viciado?”

(Concordo totalmente 5; Discordo totalmente 1)

Ex. Avaliação da Crença: “Ficar viciado/a no tabaco seria”

(Muito bom 5; muito mau 1)

Itens: 29 ao 63.

2. Norma subjectiva indirecta

Para cada grupo de referência foi construído um índice que exprime o produto da “Crença normativa” pela “motivação”.

As Crenças normativas foram avaliadas por três itens, através das expectativas do fumador em relação aos pais, irmãos e amigos dos sujeitos inquiridos.

Ex.: “Os meus pais pensam que eu fumarei”

(Concordo totalmente 5; Discordo totalmente 1)

Itens: 64, 65 e 66.

A motivação para cooperar com as expectativas foi medida por três itens, através da importância que os sujeitos inquiridos atribuem a se conformarem com a posição de cada um dos indivíduos ou grupos.

Ex.: “A maior parte das vezes, quando os meus pais querem que eu faça alguma coisa, eu acabo por fazer”

(Concordo totalmente 5; Discordo totalmente 1)

Itens: 67, 68 e 69.

3. Intenção comportamental

Na operacionalização desta variável averiguou-se as disposições que os indivíduos têm face à realização de um comportamento específico.

Os itens utilizados para medir este factor foram divididos em cinco pontos, que vão desde “Sim, certamente” – uma intenção fortemente positiva para o acto, à negação dessa mesma intenção, “não, de certeza que não”.

Ex.: “Se um dos seus melhores amigos/as lhe oferecesse um cigarro fumaria?”

(Sim certamente 5; Não, de certeza que não 1)

Itens: 11 e 12

Para medida deste factor foi também utilizado um item com dois pontos, positivo e negativo (Sim, Não).

Ex.: “Imagina-se a fumar daqui a um ano?”

Item: 12

As variáveis adicionadas ao modelo de Fishbein e Ajzen (1975) por Bensenberg et al. (1981) são constituídas por 25 itens, os quais estão organizados em cinco factores: 4. Comportamento dos irmãos e amigos; 5. Crenças de saúde; 6. Dificuldade percebida em relação ao comportamento; 7. Autonomia; 8. Atitude de tolerância em relação ao desvio.

4. Comportamento dos irmãos, pais e amigos

O comportamento em relação aos irmãos e pais foi medido através de dois itens.

Ex.: “Alguns dos seus irmãos ou irmãs fuma?”

Item: 21 e 22.

A operacionalização da variável do comportamento em relação aos amigos foi medida através de dois itens, um em relação a possíveis experiências, ou seja, o fumador acidental e outro em relação ao desempenho do comportamento, isto é, o fumador regular.

Ex.: “Quantos dos seus amigos/as mais chegados fumam”

Itens: 23, 24.

5. Crenças de saúde

Esta variável foi operacionalizada através de cinco itens, numa escala de cinco pontos tipo Likert e num diferenciador semântico, igualmente de cinco pontos, os quais foram considerados relevantes em relação aos hábitos de fumador.

Ex.: “Posso fumar dois cigarros por dia sem prejudicar a saúde”

(Concordo totalmente 5, discordo totalmente 1)

Itens: 45 ao 49.

6. Dificuldade Percebida

Esta variável foi operacionalizada através de seis itens.

Ex.: “Sempre que estou algumas horas sem fumar, sinto necessidade”.

Itens: 13, 14, 17, 18, 19 e 20.

7. Autonomia

Esta variável foi operacionalizada através de três itens numa escala de cinco pontos desde “Gosto muito 5; não gosto nada 1”

Ex.: “Gosta de decidir como passar o seu tempo livre?”

Itens: 74, 75 e 76.

8. Atitude de tolerância em relação ao desvio

Esta variável foi medida através de cinco itens, numa escala de cinco pontos tipo Likert e num diferenciador semântico, igualmente de cinco pontos.

Ex.: “Por vezes ignoro leis e regulamentos”

(Concordo totalmente 5; discordo totalmente 1)

Itens: 70 ao 73.

Comportamento de fumador

A definição do comportamento de fumador foi operacionalizada através de sete itens, os quais foram medidos numa escala de seis pontos: 1. Nunca fumou um cigarro, nem mesmo simples fumaças; 2. Fumou alguns cigarros “só para experimentar”, mas não fumou nos últimos meses; 3. Não fuma, mas no passado foi um fumador regular; 4. Fuma, mas não mais do que um cigarro por mês; 5. Fuma, mas não mais do que um cigarro por semana; 6. Fuma mais do que um cigarro por semana.

Estes seis pontos foram divididos em quatro categorias conforme Bensenberg *et al.* (1981):

Categoria 1. Não fumador; Categoria 2. Fumador acidental; Categoria 3. Ex-fumador; Categoria 4. Fumador regular (no qual foram incluídos os pontos 4,5 e 6)

Itens: 1 ao 7

Ao Questionário do presente estudo foram acrescentados alguns itens, nomeadamente, a idade de iniciação ao consumo regular do tabaco (item 9); as razões que levaram o sujeito a iniciar-se no comportamento tabágico (item 10); os conhecimentos acerca da gravidade da exposição ao fumo do tabaco, (itens: 77, 78 e 79); o incomodo sentido devido ao fumo resultante da combustão (item 80); o grau de concordância com algumas políticas de prevenção e restrição tabágica (itens: 81 e 82).

Relativamente aos fumadores avalia-se, também, o grau de dependência física através do teste de Fagerström (Fagerström & Schneider, 1989) bem como, o grau de motivação para deixar de fumar.

O teste de Fagerström é constituído por seis perguntas com respostas múltiplas (Itens: 6, 13, 14, 15, 16 e 17). A pontuação oscila entre 0 e 10 pontos. Se a pontuação total ao teste for se situar entre 0 a 3 pontos diz-se que o grau de dependência é baixo, se estiver entre 4 a 6 o grau de dependência é moderado e, se for de 7 a 10 pontos o grau de dependência é elevado.

As questões que remete para a mudança de comportamento (itens: 83, 84, 85 e 86) permitem não só verificar se o sujeito já tentou cessar o comportamento tabágico no

passado como também enquadrá-lo numa das três fase de mudança comportamental: pré-contemplação (quando não se mostra disposto a deixar de fumar), contemplação (quando considera que gostava de deixar de fumar nos próximos 6 meses) e preparação (quando quer deixar de fumar nos próximos 30 dias).

Procedimento

A aplicação definitiva do questionário foi antecedida por alguns procedimentos.

Dado que o questionário foi adaptado de um outro já existente (Indiana University Smoking Questionnaire) e aplicado por Bensenberg *et al.* (1981) para prever as intenções dos adolescentes em relação ao comportamento de fumar, e visto que a população do ISPA é constituída, na sua maioria, por jovens que se encontram ainda no final da adolescência considerou-se que o questionário era válido para realizar um estudo descritivo das atitudes e crenças dos alunos do ISPA face ao consumo do tabaco.

No entanto, dado que foram acrescentados alguns itens de um outro questionário utilizado por Precioso (2004) procurou-se determinar se o mesmo era bem aceite pelos alunos do ISPA procedendo-se desta forma, a um pré-teste. Para tal, seleccionaram-se 5 sujeitos que preenchiam os pré-requisitos estabelecidos para a amostra. O questionário foi de uma forma geral bem aceite embora um dos sujeitos tivesse referido que o questionário era “longo” e parecia “repetitivo”. Os questionários dos participantes que cooperaram no pré-teste foram retirados da amostra.

A aplicação do questionário foi feita de uma forma individual e, antes da sua aplicação, foi brevemente explicado as intenções da investigação. Não foi necessário garantir a confidencialidade dos inquiridos, dado que não era solicitada nenhuma informação ou dados pessoais que pudessem identificar o sujeito.

Após as explicações dadas, os alunos responderam individualmente ao questionário sem limitação de tempo sendo este recolhido após a sua aplicação.

Após a recolha dos 163 questionários, as respostas dadas pelos inquiridos a cada um dos 86 itens foram introduzidos no programa estatístico SPSS versão 15.

IV. RESULTADOS

Neste capítulo faz-se a análise descritiva dos dados obtidos, análise essa que se inicia com a apresentação dos valores estatísticos considerados pertinentes para cada um dos itens que compõem o inquérito.

Numa segunda fase é apresentada uma análise correlacional através dos seguintes testes: Pearson, Spearman e Phi and Cramér's V, com o objectivo de verificar as relações existentes entre: as sub-escalas entre si; entre o item 6 e cada uma das sub-escalas; e a relação entre o item 6 e alguns itens com os quais se encontrou correlações significativas relevantes para o estudo.

Assim, inicialmente, começou-se por verificar a normalidade das sub-escalas que constituem o teste através do Teste Kolmogorov-Smirnov. Este teste permitiu verificar que as sub-escalas não seguem uma distribuição normal à excepção da sub-escala atitude indirecta (Anexo A)

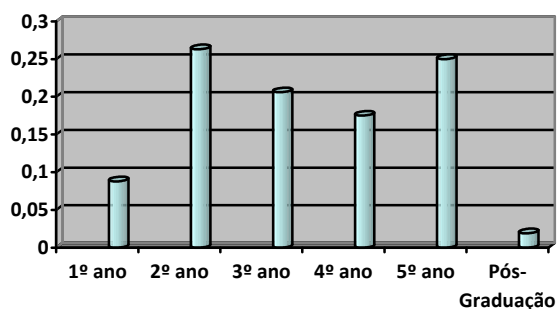
Foram feitas comparações entre os diferentes grupos no que diz respeito às diferentes sub-escalas através dos testes: Kruskal-Wallis, Mann-Whitney e A-Nova. Os testes não paramétricos (Kruskal-Wallis e Mann-Whitney) constituem uma ferramenta para a análise de dados quando os estes não apresentam distribuição normal e as variâncias não são homogéneas. Este procedimento permitiu verificar a existência de diferenças significativas entre o grupo de fumadores e os restantes grupos no que diz respeito às diferentes escalas nomeadamente: atitude directa, autonomia, crenças na saúde, dificuldade percebida, comportamento de pais e amigos, intenção comportamental, norma subjectiva. No que se refere à atitude indirecta, verifica-se também a existência de diferenças entre os grupos, no entanto, não foi possível verificar entre quais os grupos é que se evidencia mais as diferenças dado que, um dos grupos possui um menor número de sujeitos.

Para uma melhor compreensão dos resultados apresenta-se de seguida uma análise mais descritiva dos mesmos. Começa-se por fazer uma caracterização geral da população (ano lectivo, idade, género) passando-se para uma descrição mais exhaustiva dos resultados do grupo de fumadores sendo que, é sobre estes que se pretende a modificação do comportamento.

Dados Demográficos da Amostra Total

A amostra do presente estudo é constituída por 163 alunos do ISPA. Dos 163 inquiridos 8,8% frequenta o 1º ano, 26,3% o 2ºano, 20,6% o 3º ano, 17,5% o 4º ano, 25% o 5º ano e apenas 1,9% encontra-se a fazer uma pós-graduação no ISPA (Figura 1).

Figura 1 – *Item 1 “Ano lectivo que frequenta”*



As idades dos inquiridos variam desde os 18 e os 58 anos sendo que as idades mais frequentes situam-se entre os 21 e os 24 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – *Distribuição das frequências das idades dos participantes da amostra*

Item 2 – Idade	N	%
18 – 20	35	21,5
21 – 24	79	48,4
25 – 30	29	23,3
31 – 48	22	11,5

Quanto ao género temos que 80,6% corresponde ao género feminino e 18,4% ao género masculino (Figura 2).

Figura 2 – *Item 3 “Género”*



Comportamento do Fumador

Os alunos do ISPA que participaram neste estudo são maioritariamente fumadores regulares pertencentes à categoria 4 de Bensenberg et al (1981) dado que 55,2% dos alunos inquiridos fuma “todos os dias” ou “ mais do que uma vez por semana” (Tabela 2).

No entanto, é de realçar que 24,5% dos sujeitos embora não sejam fumadores regulares por vezes fumam ocasionalmente.

Uma vez que este estudo abrangeu os alunos do ISPA e não apenas os fumadores, foi possível encontrar neste estudo: 24,5% (N=40) fumadores ocasionais; 9,8% (N=16) Não fumadores; 55,2% (N=90) Fumadores regulares e 10,4% (N=17) são Ex-Fumadores. No que se refere aos fumadores 20% são do sexo masculino e 80% do sexo feminino.

Tabela 2 – Distribuição dos 4 Grupos pertencentes à amostra

	Fumadores	Não Fumadores	Ex – Fumadores	Fumadores Ocasionais
Percentagem	55,2%	9,8%	10,4%	24,5%
N	90	16	17	40

Dado que a grande maioria dos inquiridos apresenta-se como sendo fumadores regulares os dados que apresentamos de seguida referem-se essencialmente aos Fumadores. No entanto, quando pertinente apresentar-se-á também os dados referentes aos outros 3 grupos (Não fumadores, Ex-Fumadores e Fumadores Ocasionais).

No que se refere aos fumadores, 45,6% dos inquiridos afirma fumar “10 ou menos” cigarros por dia e, 44,4% dos inquiridos afirma fumar em média entre “11 a 20 cigarros”. Porém, calculando a média de cigarros fumador diariamente foi possível verificar que os inquiridos fumam em média entre 11 a 20 cigarros diariamente (Anexo C). No entanto, é de realçar que 8,9% dos sujeitos referiram fumar 1,5 maço por dia e apenas um sujeito diz fumar mais do que 1,5 maço de cigarros por dia (Tabela 3).

Tabela 3 – Item 6

Item 6. Normalmente, quantos cigarros fuma por dia?	Fumadores	
	N	%
10 ou menos	41	45,6
11-20 cigarros	40	44,4
21- 30 cigarros	8	8,9
31 ou mais	1	1,1

Quando se pergunta “Há quanto tempo fumou o seu último cigarro?” a resposta predominante foi “menos de uma hora” com 81,1% dos inquiridos (Fumadores) estando os restantes 18,9% distribuídos de forma homogênea pelas diversas respostas. No entanto, tal como referido anteriormente, embora os fumadores ocasionais não fumem regularmente, 15% (percentagem acumulada de respostas “Menos de 1 hora”, “1-2 horas” e “12-24 horas”) tinha fumado o seu último cigarro à menos de 24 horas (Tabela 4).

Tabela 4 – Item 8

Item 8. Há quanto tempo fumou o seu último cigarro?	Fumadores		Fumadores Ocasionais	
	N	%	N	%
Menos de 1 hora	73	81,1	3	7,5
1-2 horas	5	5,6	1	2,5
2-3 horas	2	2,2		
3-4 horas	2	2,2		
4-6 horas	1	1,1		
6-12 horas	1	1,1		
12-24 horas	4	4,4	2	5
Mais de 1 semana	2	2,2	5	12,5
Mais de 1 mês			1	2,5
1-6 meses			4	10
6 meses-1ano			2	5
1-2 anos			1	2,5
2-5 anos			1	2,5
Mais de 5 anos			13	32,5

Quando questionados sobre a idade de iniciação ao consumo diário de tabaco (item 9), as respostas dos fumadores variam desde os 11 aos 27 anos. No entanto, os 14 e 16 anos foram as idades referidas por um maior número de sujeitos sendo as percentagens iguais a 17,8% e 20% respectivamente. Sendo a idade média de iniciação, 16 anos (Anexo C). É de realçar que, 23,2 % (percentagem acumulada de respostas cujas idades são iguais ou superiores a 18 anos) dos sujeitos afirma ter começado a fumar já na idade adulta (Tabela 5).

Tabela 5 – Item 9

Item 9. Que idade tinha quando começou a fumar pelo menos Um cigarro por dia?	Fumadores	
	N	%
11 anos	2	2,2
12 anos	4	4,4
13 anos	5	5,6
14 anos	16	17,8
15 anos	11	12,2
16 anos	18	20
17 anos	13	14
18 anos	10	11
19 anos	6	6,7
20 anos	2	2,2
21 anos	1	1,1
22 anos	1	1,1
27 anos	1	1,1

Quando foi solicitado aos sujeitos uma breve descrição das razões que levaram a tornarem-se fumadores regulares podemos verificar, através de uma análise de conteúdo que as razões salientadas variam porém, a influência dos amigos, o desejo de novas experiências e a curiosidade foram as mais frisadas por parte dos sujeitos (Tabela 6).

Tabela 6 – Item 10

Item 10. Razões que levaram a tornar-se um fumador	N	%
“Apeteceu-me”	3	3,1
Desejo de ter “Novas experiências”	16	17
“Influência de Amigos”	14	14,8
“Curiosidade”	16	17
“Integração no grupo de pares/Influência social”	25	26,5
“Ansiedade/stress/para acalmar”	13	13,8
“Pais Fumadores”	1	1
“Isolamento/ Cigarro como companheiro”	3	3,1
“Esquecer problemas”	1	1
“Tornar-se adulto/ ser bonito/ Afirmação”	2	2,1

Intenção Comportamental

Quando questionados sobre a possibilidade de aceitarem um cigarro oferecido por um dos seus melhores amigos, 96,7% dos fumadores respondeu afirmativamente. Os restantes 3 grupos centraram as respostas, maioritariamente, nas opções discordantes com a afirmação (“Não, provavelmente Não” e “Não, de certeza que não”).

É de realçar que, embora os fumadores ocasionais tenham respondido maioritariamente de forma discordante, 7,7% respondeu positivamente e 20,5% optou pela resposta neutra, o que significa alguma indecisão no que diz respeito à recusa de cigarros (Tabela 7).

Tabela 7 – Item 11

Item 11. Se um dos seus melhores amigos lhe oferecesse um cigarro, fumaria?	Fumadores		Não Fumadores		Fumadores Ocasionais		Ex - Fumadores	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim, certamente	61	67,8			1	2,6		
Sim, provavelmente	26	28,9			2	5,1	1	5,9
Não tenho a certeza			1	6,3	8	20,5	3	17,6
Não, provavelmente não	2	2,2	1	6,3	5	12,8	8	47,1
Não, de certeza que não	1	1,1	14	87,5	23	59	5	29,4

Quando questionados “imagina-se a fumar daqui a um ano?” 67,8% dos fumadores respondeu “sim, certamente”, seguidos de 28,9% de “sim, provavelmente”. Temos assim, em percentagens cumulativas que 96,7% dos alunos pretende continuar a fumar no futuro próximo (Tabela 8).

Tabela 8 – Item 12

Item12. Imagina-se a fumar daqui a 1 ano?	Fumadores	
	N	%
Sim, certamente	61	67,8
Sim, provavelmente	26	28,9
Não tenho a certeza	2	2,2
Não, provavelmente não		
Não, de certeza que não	1	1,1

Dificuldade Percebida

A percepção da dificuldade é avaliada por seis questões (itens: 13,14,17,18,19,20) sendo que algumas delas são comuns ao teste de Fagerström. As frequências são apresentadas de seguida.

As respostas há questão 13, “Qual o intervalo de tempo entre o levantar e o fumar o seu primeiro cigarro?” apresentam-se maioritariamente no tempo tendencialmente mais alto. Como se pode visualizar no quadro seguinte (Tabela 9), temos que mais de metade dos sujeitos demora mais de 60 minutos a fumar o seu primeiro cigarro.

Tabela 9 – Item 13

Item13. Qual o intervalo de tempo entre o levantar e o fumar o seu primeiro cigarro?	Fumadores	
	N	%
5 minutos ou menos	2	2,2
6 - 30 minutos	21	23,3
31 - 60 minutos	19	21,1
Mais de 60 minutos	46	51,1

Quando se pergunta se “Considera difícil não fumar quando está em locais onde é proibido?” (Item 14) as respostas são muito homogêneas: 52,2% responde que “Não” e 45,6% responde “Sim” (Figura 3, Tabela 10).

Tabela 10 – Item 14

Item14. Considera difícil não fumar quando está em locais onde é proibido?	Fumadores	
	N	%
Não	47	52,2
Sim	41	45,6

Na mesma linha de perguntas, quando questionados “Quando está doente ao ponto de ficar acamado, continua a fumar?” (Item 17), a percentagem de “Não” é de 66,7% e a de “Sim” é de 28,9% (Tabela 11).

Tabela 11 – Item 17

Item17. Quando está doente ao ponto de ficar acamado, continua a fumar?	Fumadores	
	N	%
Não	60	66,7
Sim	26	28,9

Nos últimos itens (18, 19 e 20) em que as perguntas sugerem mais directamente dificuldades encontradas com a dependência tabágica, os inquiridos demonstram uma maior aceitação dessas mesmas dificuldades. Como podemos observar na análise dos resultados obtidos, temos que a moda de resposta aos itens foi “muitas vezes” com excepção do item 20 “Se não fumar durante algum tempo, sinto necessidade de o fazer de forma a evitar o desconforto?” cuja resposta que obteve maior percentagem (40%) foi “às vezes”.

Tabela 12 – Item 18, 19 e 20

Fumadores	Muitas Vezes	Sempre	Às vezes
P18 – Se estiver sem fumar durante algum tempo necessita de o fazer para aliviar a ansiedade inquietação e irritabilidade?	32,2	13,3	31,1
P19 – Sempre que estou algumas horas sem fumar sinto necessidade de o fazer?	36,7	13,3	31,1
P20 – Se não fumar durante algum tempo, sinto necessidade de o fazer de forma a evitar o desconforto?	22,2	12,2	40

Comportamento dos Irmãos/Pais

O comportamento dos irmãos foi medido com a questão “Algum dos seus irmãos/as fuma?” (Item 21). As frequências foram de 46,7% para a resposta “Não” e 32,2% para a resposta “Sim”. Desta forma, parece não haver influência dos irmãos no que respeita à adopção ou não do comportamento tabágico no que se refere aos fumadores.

No que diz respeito ao comportamento dos pais (Item 22), as respostas foram semelhantes embora, com uma diferença menor entre os resultados, ou seja, 48,9% dos inquiridos respondeu que os pais não fumavam e 44,4% respondeu que fumavam. É de realçar que o verbo da questão está colocado no presente o que acaba por não contabilizar situações em que os pais já foram fumadores mas que no presente já não o são. Esta

situação foi confirmada por uma das participantes no final do preenchimento do questionário.

Comportamento dos Amigos

Quando questionados acerca dos comportamentos dos amigos/as as respostas indicam claramente que a grande maioria dos amigos dos inquiridos já experimentou um cigarro dado que, a resposta máxima “5 amigos” foi dada por 78,9% e “4 amigos” foi dada por 15,6% dos sujeitos. É de realçar que as respostas “Nenhum” ou “1 amigo” não foi dada por nenhum dos inquiridos.

Esta tendência mantêm-se, mas não tão fortemente, quando se questiona “Quantos dos seus amigos/as mais chegados fuma?”. Os resultados mostram que a resposta mais dada, à semelhança do item anterior é a de “5” amigos mas com uma frequência mais baixa (50%), seguida pela resposta “4” com 27,8%, o que perfaz uma percentagem acumulada destas duas respostas de 77,8%, menos 16,7% que a percentagem acumulada do item anterior (Tabela 13).

Tabela 13 – Itens 23 e 24

Fumadores	5 Amigos	4 Amigos	Percentagem Acumulada
Item 23. Quantos dos seus 5 amigos/as mais chegados já experimentaram um cigarro?	78,9	15,6	94,5
Item 24. Quantos dos seus 5 amigos/as mais chegados fumam?	50	27,8	77,8

Atitude Directa

Para a maioria dos inquiridos fumadores “Fumar é ...”: “Agradável” ou “Muito agradável” (78,9% respostas acumuladas, item 25) e “Bom” ou “Muito bom” (64,5%, item 27). No entanto, para cerca de 55,6% dos sujeitos “fumar na adolescência é errado” e, 36,6% discorda com a afirmação de que “fumar é socialmente adequado”. Nesta última afirmação 46,7% dos sujeitos procurou dar uma resposta que não direcciona-se a sua opinião para nenhum dos pólos.

Os três grupos restantes – não fumadores, fumadores ocasionais e ex-fumadores – contrariamente aos fumadores, consideram que fumar é “Desagradável/ Muito desagradável” e “Mau/Muito mau”. Tal como os fumadores, discordam da seguinte afirmação “Fumar, é socialmente adequado” e também consideram que “Fumar na adolescência é errado” (ANEXOS F, G e H).

Atitude Indirecta (Crença Comportamental)

A atitude indirecta está dividida em duas escalas: a crença comportamental e a avaliação da crença. A primeira é avaliada pelos itens do 29 ao 43. Dado o elevado número optámos por fazer uma síntese do que parece ser mais significativo.

As afirmações cujos inquiridos (Fumadores) maioritariamente discordaram fora seis: Item 29 – “Se fumar viverei muito tempo” com uma percentagem acumulada de “Discordo totalmente” (33,3%) e “Discordo” (34,4 %) de 67,7%; Item 31 – “Se não fumar, sinto-me excluído do grupo de amigos” com uma frequência acumulada de discordância de 97,7% (74,4% e 23,3%, “Discordo totalmente” e “Discordo”, respectivamente); Item 36 – “Se fumar, perco os meus amigos” obteve um resultado de 97,8% de percentagem acumulada de “Discordo totalmente” (80%) e “Discordo” (17,8%); Item 38 – “Se fumar, farei amizade com fumadores” obteve uma percentagem acumulada na ordem dos 57,8%, resultante dos 37,8% de “Discordo Totalmente” e 20% de “Discordo”; Item 39 – “Se fumar, conseguirei libertar-me dos meus problemas” é uma afirmação também fortemente rejeitada com um percentagem acumulada de discordância de 81,1% (56,7% de “Discordo totalmente” e 24,4% de “Discordo”); Item 41 “Se fumar, serei capaz de controlar o meu peso” com 37,8% de respostas “Discordo totalmente” e 25,6% de respostas “Discordo” perfazendo uma percentagem acumulada de 63,4%. E, finalmente o item 43 “Se fumar, sinto-me melhor em encontros sociais” com 22,5 de “Discordo totalmente” e 24,7% de “Discordo” o que perfaz uma percentagem acumulada de 47,2% (Tabela 14).

Tabela 14 – Itens 29, 31, 36, 38, 39, 41 e 43

Fumadores	Discordo totalmente	Discordo	Percentagem acumulada
Item 29. Se fumar viverei muito tempo	33,3	34,4	67,7
Item 31. Se não fumar, sinto-me excluído do grupo de amigos	74,4	23,3	97,7
Item 36. Se fumar, perco os meus amigos	80	17,8	97,8
Item 38. Se fumar, farei amizade com fumadores	37,8	20	57,8
Item 39. Se fumar, conseguirei libertar-me dos meus problemas	56,7	24,4	81,1
Item 41. Se fumar, serei capaz de controlar o meu peso	37,8	25,6	63,4
Item 43. Se fuma, sinto-me melhor em encontros sociais	22,5	24,7	47,2

As afirmações que obtiveram a concordância da maioria foram 5, nomeadamente: Item 30 - “Se fumar, terei uma vida menos saudável” com 93,4% de respostas acumuladas concordantes (57,8 de “Concordo” e 35,6% de “Concordo totalmente”); Item 32 – “Se fumar, sinto-me bem” com 66,7% de respostas acumuladas concordantes com a afirmação (57,8% de “Concordo”, 8,9% de “Concordo Totalmente”); Item 40 – “Se fumar, ficarei viciado” obtém a concordância da maioria com uma percentagem na ordem dos 67,8% resultado do somatório das respostas “Concordo” (37,8%) e “Concordo totalmente” (30%). E, por fim o item 42 – “Se fumar, concentro-me melhor nos estudos/ trabalho” obteve uma percentagem acumulada de respostas concordantes igual a 39,3% (34,8% “Concordo” e 4,5% “Concordo Totalmente”) (Tabela 15).

Tabela 15 – Itens 30, 32, 40 e 42

Fumadores	Concordo totalmente	Concordo	Percentagem acumulada
Item 30. Se fumar, terei uma vida menos saudável	35,6	57,8	93,4
Item 32. Se fumar, sinto-me bem”	8,9	57,8	66,7
Item 40. Se fumar, ficarei viciado”	30	37,8	67,8
Item 42. Se fumar, concentro-me melhor nos estudos/ no me trabalho	4,5	34,8	39,3

As afirmações que suscitaram respostas neutras, ou de tendência central são três: Item 34 – “Se fumar, terei cancro do pulmão” com 51,1% de respostas de tendência central (“Nem concordo nem Discordo”); Item 35 – “Se fumar, terei doenças do coração” obteve uma percentagem acumulada de respostas concordantes igual à percentagem de respostas neutras “Nem concordo nem discordo”, ou seja, 41,1% dos inquiridos; Item 37 – “Se fumar, ficarei com bronquite” obtém uma frequência de respostas “Nem concordo nem discordo” de 51,1%.

Curiosamente, as três afirmações que remetem directamente, para questões de saúde, foram as três afirmações que suscitaram respostas mais neutras (Tabela 16).

Tabela 16 – *Itens 34, 35 e 37*

	Nem concordo nem discordo
Item 34. Se fumar, terei cancro do pulmão	51,1
Item 35. Se fumar, terei doenças do coração	41,1
Item 37. Se fumar, ficarei com bronquite	51,1

A questão numero 44 - “As consequências negativas provocadas pelo consumo do tabaco são preocupantes?” permite verificar que a grande maioria dos sujeitos (93,3%) responde de forma concordante (48,8% “Concordo”; 44,4% “Concordo totalmente”).

Crenças na Saúde

Esta sub-escala é constituída por cinco itens (do 45 ao 49). Cujas afirmações sugerem a possibilidade de o individuo ter uma vida com saúde apesar de fumar. Os resultados mostram uma tendência a discordar das afirmações de que são exemplos os itens 45, 46, 47, 48 e 49 cujas percentagens acumuladas das respostas discordantes (“Discordo totalmente” e “Discordo”) são de 75,5%; 66,7%, 48,9%, 73,3% e 91,1% respectivamente. Embora na afirmação “Posso fumar dois cigarros por dia sem prejudicar a saúde” a maioria dos sujeitos tenha discordado é de salientar que uma percentagem de 33,3% de sujeitos apresentou uma resposta com tendência para a neutralidade/indecisão e, 17,8% concordou com a afirmação (16,7% “Concordo” e 1,1 “Concordo Totalmente”).

Atitude Indirecta (Avaliação da Crença)

Esta escala (avaliação da crença) pertence à sub-escala atitude indirecta e é composta por 14 itens. Obtiveram-se opiniões positivas (“Muito Bom” e “Bom”) em oito dos 14 itens: Item 50 – “Viver por muitos anos, seria”, soma uma percentagem acumulada de respostas positivas de 84,5% (26,7% “Bom”; 57,8% “Muito bom”); Item 51 – “Ter uma vida cheia de saúde, seria” obteve quase a percentagem máxima de resposta de índole positiva com 97,8% (25,6 “Bom” e 72,2 “Muito bom”); Item 53 – “Sentir-me bem, seria”, tal como o item anterior obteve uma percentagem elevadíssima, de respostas de cariz positivo, 96,7% (17,8%, “Bom” e 78,9% “Muito bom”); Item 54 – “Ser capaz de me descontraír, seria” teve uma frequência de respostas acumuladas positivas de 95,6%; Item 59 – “Conseguir livrar dos meus problemas” também obteve uma percentagem na casa dos noventa por cento com os seus 91,2% (18,9%, “Bom” e 73,3%, “Muito bom”); Item 61 – “Ser capaz de controlar o meu peso, seria” tem uma percentagem de 71,2% (38,9%, “Bom”; 33,3%, “Muito bom”); Item 62 – “Conseguir concentrar-me melhor nos meus estudos, seria” possui uma percentagem de respostas de carácter positivo na ordem dos 95,6% (70% “Muito bom”, 25,6%, “Bom”); Item 63 – “Sentir-me bem em sociedade, seria”, tem uma percentagem acumulada de respostas positivas no valor de 76,6%, sendo este numero constituído pelo somatório das frequências das respostas “Muito bom” e “Bom” com 53,3% e 23,3% respectivamente (Tabela 17).

Tabela 17 – Itens 50, 51, 53, 54, 59, 61, 62 e 63

Fumadores	Muito bom	Bom	Percentagem acumulada
Item 50. Viver por muitos anos, seria	57,8	26,7	84,5
Item 51. Ter uma vida cheia de saúde, seria	72,2	25,6	97,8
Item 53. Sentir-me bem, seria	78,9	17,8	96,7
Item 54. Ser capaz de me descontraír, seria	25,6	63	95,6
Item 59. Conseguir livrar dos meus problemas	73,3	18,9	91,2
Item 61. Ser capaz de controlar o meu peso, seria	33,3	38,9	71,2
Item 62. Conseguir concentrar-me melhor nos meus estudos, seria	70	25,6	95,6
Item 63. Sentir-me bem em sociedade, seria	53,3	23,3	76,6

O item com a maioria de respostas de índole neutra ou de tendência central é o item 58 - “Fazer amizade com pessoas que fumem, seria” tendo uma frequência de respostas “Nem bom nem mau” na ordem dos 86,7%.

Por fim, os itens que têm a sua grande maioria de respostas de cariz negativo foram cinco, e são eles: Item 52 – “Sentir-me excluído, seria”, que tem uma percentagem acumulada de respostas “Muito mau” e “Mau” na casa dos 90% (50%, “Muito mau” e 40% “Mau”); Item 55 – “Contrair cancro do pulmão, seria” obteve a expressiva percentagem de 97,7% onde 94,4% corresponde à resposta “Muito mau” e 3,3% à resposta “Mau”; Item 56 – “Contrair uma doença do coração, seria” tem uma percentagem elevadíssima de 98,9% (82,2% “Muito mau” e 16,7% “Mau”); Item 57 – “Perder os meus amigos, seria” tem uma percentagem elevadíssima de 98,9% (82,2% “Muito mau” e 16,7% , “Mau”) e o Item 60 – “Ficar viciado/a no tabaco, seria” obteve a percentagem acumulada de 86,6% (38,9% “Muito mau”; 46,7% “Mau”) (Tabela 18).

Tabela 18 – *Itens 52, 55, 56, 57 e 60*

Fumadores	Muito mau	Mau	Percentagem acumulada
Item 52. Sentir-me excluído, seria	50	40	90
Item 55. Contrair cancro do pulmão, seria	94,4	3,3	97,7
Item 56. Contrair uma doença do coração, seria	93,3	6,7	100
Item 57. Perder os meus amigos, seria	82,2	16,7	98,9
Item 60. Ficar viciado/a no tabaco, seria	38,9	46,7	86,6

Norma Subjectiva Indirecta (Crenças Normativas)

Esta subescala é constituída por 3 itens sendo as respostas mais utilizadas, as que são concordantes com a afirmação (“Concordo totalmente” e “Concordo”). O somatório destas duas respostas no item 64 (“Os meus amigos pensam que eu fumei”) perfaz um total de 76,6% (23,3% “Concordo”, 53,3% “Concordo totalmente”). Para o item 65 a percentagem acumulada de respostas afirmativas é de 77,8% (32,2% “Concordo”; 45,6% “Concordo totalmente”). O item 66 “os meus irmãos pensam que eu fumei” obteve a percentagem acumulada de 64% (25,8% “Concordo”; 38,2 “Concordo totalmente”) (Tabela 19).

Tabela 19 – Itens 64,65 e 66

Fumadores	Concordo	Concordo Totalmente	Porcentagem Acumulada
Item 64. Os meus amigos pensam que eu fumei	23,3	53,3	76,6
Item 65. Os meus pais pensam que eu fumei	32,2	45,6	77,8
O item 66. Os meus irmãos pensam que eu fumei	25,8	38,2	64

Norma Subjectiva Indirecta (Motivação para cooperar)

Os resultados desta escala são semelhantes aos descritos anteriormente, dado que as respostas mais utilizadas foram as concordantes com a afirmação, principalmente, no que se refere aos itens 67 e 68 em que a percentagem de respostas concordantes foi de 47,2% e 42,7%, respectivamente. O item 69 – “A maior parte das vezes, quando os meus amigos querem que eu faça uma coisa eu acabo por fazer”, apesar de ter tido 29,2% de respostas neutras, obteve um somatório de respostas afirmativas superior (36%) sendo 28,1% de respostas “Concordo” e 7,9 % de respostas “Concordo totalmente” (Tabela 20).

Tabela 20 – Itens 67, 68 e 69

Fumadores	Porcentagem acumulada - respostas concordantes
Item 67. Quando os meus pais querem que eu faça alguma coisa eu acabo por fazer	47,2
Item 68. Quando os meus amigos querem que eu faça alguma coisa eu acabo por fazer	42,7
Item 69. Quando os meus irmãos querem que eu faça alguma coisa eu acabo por fazer	36

Atitude de tolerância em relação ao desvio

Ao analisar os dados constatamos que a atitude de tolerância em relação ao desvio da maioria dos indivíduos é positiva, como é o exemplo dos seguintes itens:

Item 70 (“Sinto-me culpado quando quebro uma regra”) com uma percentagem cumulativa concordante de 44,9%. Item 71 (“Por vezes ignoro leis e regulamentos”) com a respectiva percentagem cumulativa de 51,7%. Item 72 (“Se não gostar de uma ordem não a cumpro ou

cumpro-a só em parte”) obtêm uma percentagem de 55% e o item 73 (“Se não gostar do que me dizem para fazer, adio ou não o faço mesmo”) que perfaz um somatório de respostas concordantes com a afirmação de 41,5% (Tabela 21).

Tabela 21 – Itens 70, 71, 72 e 73

Fumadores	Percentagem Respostas Concordantes
Item 70. Sinto-me culpado quando quebro uma regra	44,9
Item 71. Por vezes ignoro leis e regulamentos	51,7
Item 72. Se não gostar de uma ordem não a cumpro ou cumpro-a só em parte	55
Item 73. Se não gostar do que me dizem para fazer, adio ou não o faço mesmo	41,5

Autonomia

A última sub-escala é constituída por três itens. Analisando os resultados, estes sugerem inequivocamente, que a maioria dos inquiridos pretende demonstrar autonomia dado que a percentagem acumulada resultante das percentagens de respostas “Concordo” e “Concordo Totalmente” é sempre elevada. É exemplo disto o item 74 (“Gosta de ser considerado suficientemente adulto de forma a poder dar as suas opiniões em diferentes situações”), o item 75 (“Gosto de decidir como passar o meu tempo livre”), o item 76 (“Gosta de escolher a sua própria roupa e os seus pertences sem ter de ouvir os conselhos dos outros?”) cujas percentagens acumuladas são respectivamente: 89,9%; 98,9% e 98,9% (Tabela 22).

Tabela 22 – Itens 74, 75 e 76

	Percentagens - Respostas concordantes
Item 74. Gosta de ser considerado suficientemente adulto de forma a poder dar as suas opiniões em diferentes situações	89,9
Item 75. Gosto de decidir como passar o meu tempo livre	98,9
Item 76. Gosta de escolher a sua própria roupa e os seus pertences sem ter de ouvir os conselhos dos outros	98,9

Fumo Passivo

O item 77 “A exposição ao fumo resultante da combustão do tabaco prejudica a saúde das pessoas”, obteve uma percentagem acumulada de respostas concordantes no valor de 98,9%.

Quando questionados acerca do nível de conhecimento sobre as consequências da exposição ao fumo resultante da combustão do tabaco (Item 78), 59,6% dos inquiridos respondeu que o seu conhecimento era “Bom”.

Tabela 23 – *Item 78*

Item 78. Como classifica o seu nível de conhecimento sobre as consequências da exposição ao fumo resultante da combustão do tabaco?	Fumadores	
	N	%
Bom	53	59,6
Razoável	34	38,2
Fraco	2	2,2

Uma percentagem acumulada de 95,5% respondeu de forma positiva ao item 79 – “Na sua opinião, quando está exposto ao fumo resultante da combustão do tabaco a sua saúde é prejudicada?”.

Quando questionados acerca do incómodo do fumo resultante da combustão do tabaco para as pessoas (Item 80), 51,7% dos sujeitos respondeu que este incomoda “Muito” e 46,1% respondeu que incomoda “Bastante”.

Medidas de Restrição

As respostas ao item 81 (“Qual a sua opinião sobre ser proibido fumar na universidade”) foram muito homogéneas. No entanto, o somatório das respostas concordantes prevaleceu obtendo-se, desta forma um valor total de 51,7% (32,6% “Concordo”, 19,1% “Concordo totalmente”).

Esta concordância também foi visível nos restantes grupos, no entanto com uma taxa de concordância bastante mais elevada (Anexos F, G e H)

Da mesma forma, o item 82 (“Deve ser criado um atendimento de apoio ao fumador na universidade”) também obteve respostas bastante distribuídas e, embora a resposta

neutra tenha atingido um valor de 34,8%, o somatório de respostas concordantes foi superior prefazendo um total de 42,7% (Tabela 23).

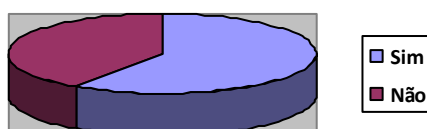
Tabela 24 – *Itens 81 e 82*

	Percentagem Respostas Concordantes
Item 81. Qual a sua opinião sobre ser proibido fumar na universidade	51,7
Item 82. Deve ser criado um atendimento de apoio ao fumador na universidade	42,7

Cessação

O item 83 permitiu verificar que cerca de 56,2% dos inquiridos já tinha tentado deixar de fumar e quando questionados acerca da duração dessa tentativa (Item 84), “3” meses foi a média referida pelos sujeitos (Figura 4).

Figura 3 – *Item 83 “Já alguma vez tentou deixar de fumar”*



Quando abordados sobre a possibilidade de deixarem de fumar (Item 85), mais de metade dos inquiridos (53,9%) diz não estar a pensar em deixar de fumar, encontrando-se portanto na fase de pré-contemplação de acordo com DiClemente e Prochascka (1991). Porém é de realçar que 2,2% e 33,7% dos sujeitos estão a pensar deixar de fumar nos próximos 30 dias e 6 meses, respectivamente, o que constitui uma percentagem considerável de alunos que poderão necessitar de ajuda para manter o desejo de cessação (Tabela 24).

Tabela 25 – Item 85

Item 85. Está a pensar deixar de fumar?	Percentagens Concordantes
Sim, nos próximos 30 dias terei deixado de fumar	2,2
Sim, nos próximos 6 meses terei deixado de fumar	33,7
Não, não penso em deixar de fumar	53,9

Por fim o item 86 “Face à nova legislação, sobre o consumo do tabaco considera que reduziu o numero de cigarros que fuma diariamente?” que, embora possua respostas muito homogéneas tanto no pólo concordante como no pólo discordante, permite-nos verificar que 47,8% dos sujeitos considera que reduziu o numero de cigarros que fumava diariamente (Tabela 25).

Tabela 26 – Item 86

Item 86 – Face à nova legislação, sobre o consumo do tabaco considera que reduziu o número de cigarros que fuma diariamente?	Fumadores	
	N	%
Discordo Totalmente	19	21,6
Discordo	18	20,5
Nem concordo nem discordo	8	9,1
Concordo	37	39,8
Concordo totalmente	7	8

Fazendo uma análise dos itens que compõem o Teste de Fagerström (6, 13, 14, 15, 16 e 17) foi possível verificar que a dependência dos alunos do ISPA ao tabaco encontra-se distribuída de forma homogénea pelas diferentes categorias, no entanto é de realçar que 28,75% dos indivíduos possuem uma dependência “alta” e “muito alta” (Tabela 26).

Tabela 27 – Tabela de Fagerström

Fumadores	N	%
Dependência muito fraca	18	22,5
Dependência fraca	25	31,25
Dependência média	14	17,5
Dependência alta	16	20
Dependência muito alta	7	8,75

Análise Correlacional

Ao cruzarmos os inúmeros dados das diversas sub-escala entre si utilizando o teste de Pearson (Anexo D) constatámos haver correlação entre:

Atitude Indirecta (Crença comportamental) e Norma Subjectiva Indirecta (Motivação para Cooperar) com um coeficiente de correlação de 0,011 ($p < 0,05$), isto significa que quanto maiores são as crenças associadas ao comportamento tabágico maior é a motivação para cooperar em consonância com as expectativas dos elementos que compõem a rede social do sujeito.

Atitude Indirecta (Crença comportamental) e Atitude Directa com um coeficiente de correlação de 0,014 ($p < 0,05$), isto significa que quanto maiores são as crenças associadas ao comportamento tabágico maior é a atitude directa favorável face ao comportamento tabágico.

Atitude Indirecta (Crença comportamental) e Dificuldade Percebida com um coeficiente de correlação de 0,000 ($p < 0,05$), isto significa que quanto maiores são as crenças associadas ao comportamento tabágico maior é a dificuldade percebida em manter a abstinência tabágica em locais onde não é permitido fumar.

Norma Subjectiva Indirecta (Crenças Normativas) e Comportamento Pais/Irmãos/Amigos com um coeficiente de correlação de 0,001 ($p < 0,05$) isto quer dizer que os inquiridos com maiores crenças normativas são aqueles que têm um maior numero de familiares ou amigos que também fumam.

Norma Subjectiva Indirecta (Crenças Normativas) e Dificuldade Percebida com um coeficiente de correlação de 0,027 ($p < 0,05$) isto quer dizer que os inquiridos com maiores crenças normativas são aqueles que têm um maior dificuldade em manter a abstinência tabágica em locais onde não é permitido fumar.

Norma Subjectiva Indirecta (Crenças Normativas) e Atitude de Tolerância em relação ao desvio com um coeficiente de correlação de 0,037 ($p < 0,05$) isto quer dizer que quanto maiores forem as crenças normativas associadas ao comportamento tabágico, maior é a tendência para os inquiridos demonstrarem uma maior aceitação a comportamentos desviantes.

Norma Subjectiva Indirecta (Crenças Normativas) e Norma Subjectiva Indirecta (Motivação para Cooperar) com um coeficiente de correlação de 0,012 ($p < 0,05$) isto significa que quanto mais os fumadores crêem que a norma é aceite por parte das pessoas que são importantes para si, maior é a sua motivação para cooperar com elas.

Norma Subjectiva Indirecta (Motivação para Cooperar) e Comportamento pais/irmãos/amigos com um coeficiente de correlação de 0,012 ($p < 0,05$) isto quer dizer que quanto maior é o numero de familiares e amigos fumadores que compõem a rede social do sujeito maior a sua motivação para cooperar com os mesmos.

Atitude Directa e Dificuldade Percebida com um coeficiente de correlação de 0,022 ($p < 0,05$) isto quer dizer que provavelmente uma maior dificuldade percebida pelos inquiridos nos momentos de abstinência tabágica é devida a uma atitude directa face ao comportamento de fumar mais favorável.

Atitude Directa e Intenção Comportamental com um coeficiente de correlação de 0,006 ($p < 0,05$) isto quer dizer que quanto mais positiva for a atitude directa face ao comportamento tabágico maior é a probabilidade de querer manter o mesmo no futuro.

Posteriormente, utilizando o Teste de Spearman (teste para amostras não paramétricas) procurou correlacionar-se o Item 6 com as diferentes subescalas (Anexo D). Os coeficientes de correlação mais significativos obtidos foram os seguintes:

Tabela 28 – *Coeficientes de Correlação Spearman - Subescalas*

Item 6 – Normalmente, quantos cigarros fuma por dia?	Coeficiente Spearman
Intenção Comportamental	0,295
Dificuldade Percebida	0,597
Norma Subjectiva Indirecta (Crenças Normativas)	0,254

Conclui-se através dos Coeficientes que: quanto maior for o número de cigarros consumidos pelo sujeito, maior é a sua intenção de continuar a fumar; maiores são as suas dificuldades em manter a abstenção do comportamento tabágico e maiores são as crenças normativas (Tabela 26).

Seguidamente, correlacionou-se o item 6 com outros itens cujas variáveis se caracterizam por ser ordinais. Para tal, utilizou-se o Teste de Spearman (Anexo D) dado que as variáveis são medidas numa escala ordinal, resultando nas seguintes correlações:

Tabela 29 – Coeficiente de Correlação Spearman – Itens

Item 6 – Normalmente, quantos cigarros fuma por dia?	Coeficiente Spearman
Item 8 - Há quanto tempo fumou o seu ultimo cigarro?	- 0,331
Item 11 - Se um dos seus melhores amigos lhe oferecesse um cigarro, fumaria?	0,329
Item 12 - Imagina-se a fumar daqui a 1 ano?	0,225
Item 13 - Qual o intervalo de tempo entre o levantar e o fumar o seu primeiro cigarro?	- 0,442
Item 18 - Se estiver sem fumar durante algum tempo necessita de o fazer para aliviar a ansiedade inquietação e irritabilidade?	0,550
Item 19 - Sempre que estou algumas horas sem fumar, sinto necessidade de o fazer?	0,590
Item 20 - Se não fumar durante algum tempo, sinto necessidade de o fazer de forma a evitar o desconforto?	0,652
Item 32 - Se fumar, sinto-me bem	0,266
Item 40 - Se fumar, ficarei viciado	0,253
Item 42 - Se fumar, concentro-me melhor nos estudos/ no meu trabalho	0,318
Item 46 - Não faz mal fumar desde que não se fume demais	- 0,208
Item 64 - Os meus amigos pensam que eu fumei	0,268
Item 65 - Os meus pais pensam que eu fumei	0,315
Item 81 - Qual a sua opinião sobre ser proibido fumar na universidade	- 0,259
Item 85 - Está a pensar deixar de fumar?	0,219
Item 86 - Face à nova legislação, sobre o consumo do tabaco considera que reduziu o número de cigarros que fuma diariamente?	- 0,426

Com os dados obtidos conclui-se que quanto maior o numero de cigarros fumados pelos inquiridos: Menor o tempo entre o último cigarro fumado e aplicação do questionário (Item 8); Maior a probabilidade de aceitar um cigarro caso fosse oferecido por um dos seus amigos (Item 11); Maior a probabilidade de fumar daqui a um ano (Item 12); Menor o intervalo de tempo entre o levantar e o fumar o primeiro cigarro (Item 13); Maior é a necessidade de fumar quando não o fazem durante algumas horas, necessidade essa para evitar sentimentos de desconforto tais como ansiedade, inquietação e irritabilidade (Item 18 e 19 e 20); Maior é o sentimento de bem-estar quando fumam (Item 32); Maior é a percepção de que ficará dependente do cigarro (Item 40); Maior é a percepção de que fumar ajuda-os na concentração durante os estudos/trabalho (Item 42); Maior é a discordância com a

afirmação “Não faz mal fumar desde que não se fume demais” (Item 46); Maiores são as crenças normativas perante os pais e os amigos (Item 64 e 65); Maior é a discordância com a proibição de se fumar dentro da universidade (Item 81); Menor é a intenção de deixar de fumar (Item 85); Maior é a discordância na questão que pressupõe a redução do número de cigarros fumados diariamente devido à nova legislação (Item 86).

De forma a correlacionar-se o Item 6 com questões que remetem para variáveis nominais, utilizou-se o Teste Phi and Crammér’s V (dado que a associação que se pretende é entre variáveis medidas numa escala nominal), obteve-se as seguintes relações:

Tabela 30 – *Coeficiente correlação Phi and Crammér’s V*

Item 6 – Normalmente, quantos cigarros fuma por dia?	Phi and Crammér’s V
Item 14 - Considera difícil não fumar quando está em locais onde é proibido?	0,606
Item 17 - Quando está doente ao ponto de ficar acamado, continua a fumar?	0,456
Item 22 - Algum dos seus pais fuma?”	0,604

Desta forma, pode-se dizer que quanto maior é o número de cigarros fumados pelos inquerido maior é a dificuldade de não fumar nos locais onde é proibido (Item 14), maior é a probabilidade de fumar mesmo quando se encontra acamado (Item 17) e maior é a probabilidade de os pais também serem fumadores (Item 22) (Anexo D).

V. DISCUSSÃO

Com este estudo podemos verificar que 52.2% dos alunos que integraram a amostra são fumadores regulares (Bensenberg *et. al*, 1981) e que, em média, fumam entre 11 a 20 cigarros por dia (Anexo B). Pelos dados obtidos na tabela 5 verifica-se que 32.2 % começou a fumar no 3º ciclo do ensino básico (idades 11-14); 57.2 % no ensino secundário (15-18) e 12.1% na universidade.

Os dados do presente estudo mostram que uma percentagem considerável de estudantes começa a fumar regularmente na fase de jovens adultos o que contraria a convicção de que se os indivíduos não começarem a fumar até ao final da adolescência, dificilmente virão a fumar. Este facto é particularmente visível e preocupante nas mulheres.

Desta forma, podemos constatar que a maioria dos jovens tende a iniciar o consumo do tabaco mais tardiamente, aquando da passagem do ensino básico para o ensino secundário (Michell, 1990) principalmente, no que diz respeito ao género feminino.

Uma análise de conteúdo da questão “Descreva de forma sucinta as razões que o(a) levaram a tornar-se um fumador(a) regular” revela que a maioria dos alunos começou a fumar por curiosidade, vontade de experimentar e ainda por influência e incentivo dos amigos. Muitos referiram que, após terem experimentado, gostaram da sensação e continuaram a fumar. Estes resultados demonstram o peso da influência dos amigos aquando da iniciação do comportamento tabágico (Urberg *et al*, 1997; Precioso, 1999; Charton, 1984; Segat, 1998)

Podemos verificar pela análise da tabela 4 que 81,1% dos alunos fumadores inquiridos tinha fumado o seu último cigarro há menos de uma hora, o que cruzando com o facto de os alunos fumadores fumarem mais do que um cigarro por dia podemos concluir que esses mesmos cigarros são fumados no bar do ISPA.

Os alunos do ISPA declaram sentir necessidade de fumar quando ficam algum tempo sem o fazer, entre outros motivos para aliviar a sensação interna de desconforto. Esta constatação evidencia a percepção da dificuldade de abstinência. Tendo em conta que as aulas do ISPA têm uma duração média de 2 horas, este período de tempo parece privar os fumadores da sua adição aumentando conseqüentemente a sua ansiedade.

Esta constatação é comprovada através dos dados obtidos especialmente nos itens 18, 19 e 20 (tabela 12). Foi ainda possível verificar também que, quanto maior é o número de cigarros fumados pelo sujeito maior é a dificuldade deste se manter abstinente do tabaco

e maior é o desejo de colmatar esta ausência de nicotina por forma a aliviar o desconforto, a ansiedade e a inquietação (item 18, tabela 27) e sentir-se bem (Item 32, tabela 27). Assim, pode dizer-se que estes resultados vão de encontro aos resultados dos estudos de Parrott (1995) pois, de acordo com este autor, fumar reduz os efeitos negativos, principalmente na forma de ansiedade e aumenta os efeitos positivos (Gilbert & Gilbert, 1995).

Reforçando a ideia de que os alunos do ISPA fumam mais do que um cigarro por dia no bar da instituição, e tendo como linha de pensamento que espaços como os bares poderão constituir-se como locais convidativos à prática do comportamento aditivo, pelo facto de o contexto ser o de “encontros sociais” (Curry, 1990, Precioso, 2004) verificamos que as respostas ao item 43 “Se fumar sinto-me melhor em encontros sociais” não vão ao encontro desta teoria dado que, 47,2% dos sujeitos discorda com a afirmação. Este resultado poderá dever-se ao facto de muitas populações, principalmente as mais jovens terem dificuldade de assumir a necessidade do tabaco em encontros sociais (Aloise-Young *et al.*, 1996).

De acordo com Urberg *et al.* (1997), os fumadores escolhem amigos segundo critérios de semelhança o que normalmente inclui o consumo de tabaco. Este facto é evidenciado no presente estudo dado que a grande maioria dos inquiridos tendem a dar respostas máximas quando questionados sobre o número de amigos que fuma (77,8%) ou que já experimentou fumar (77,8%). Curiosamente, nenhum dos fumadores dá a resposta “nenhum” ou “um” ao item 23. Esta evidência pode também ser verificada a partir da correlação entre as crenças normativas e o comportamento dos pais e amigos ($\alpha=0,001$), pois quanto maiores são as crenças normativas do sujeito, maior é o número de familiares e amigos que também fuma.

Ainda na mesma linha de pensamento, foi possível verificar que quanto maior é o número de cigarros fumados pelo sujeito maior é a probabilidade dos pais do sujeito também fumarem. Esta correlação vai de acordo com a teoria de que os pais podem influenciar a iniciação ao comportamento tabágico por parte dos filhos (Chassin *et al.*, 1990).

Apesar de os alunos considerarem que fumar implica uma vida menos saudável (item 30 – Tabela 15), a maioria não tenciona cessar o comportamento tabágico e “imagina-se a fumar daqui a um ano”, ou seja, apresentam uma intenção para o comportamento tabágico positiva (tabela 8). Esta intenção de manter o comportamento tabágico é tanto maior quanto maior for o número de cigarros fumados diariamente (tabela 27).

Estes dados confirmam desta forma, a teoria de que o reconhecimento por parte dos fumadores de que a sensação de bem estar no dia-a-dia depende do tabaco, e que fumar

afecta a saúde, não é suficiente para que os sujeitos se sintam motivados a cessar o comportamento tabágico (Greening *et al.*, cit por Gibbons *et al* 1997). Desta forma, os benefícios imediatos do acto de fumar (potenciação de bem estar) parecem ter mais peso do que as consequências nefastas para a saúde (Lawson, 1994).

Na mesma linha de pensamento, segundo Flay *et al* (1994) o que leva os fumadores a cessarem o comportamento tabágico é a percepção das consequências negativas que este traz para a saúde e, principalmente, a noção que o próprio é vulnerável às mesmas. Os resultados obtidos evidenciam que os inquiridos concordam que o tabaco afecta a saúde (Item 30, tabela 15) no entanto, quando se coloca a hipótese de contraírem uma doença relacionada com o consumo do tabaco (itens: 34,35,37), os alunos tendem a dar respostas neutras (tabela16). Gibbons *et al* (1991) descreve este tipo de comportamento como o efeito de dissonância cognitiva, ou seja, um mecanismo de distorção cognitiva que os fumadores utilizam para alterar e reduzir as expectativas pessoais de contrair uma doença grave associada ao consumo do tabaco. Não questionam a validade da associação do tabaco com a doença, mas procuram minimizar o seu risco pessoal. Estes dados levam-nos a concordar com a teoria de Bandura (1977), que afirma a necessidade de estabelecer expectativas negativas inerentes ao comportamento tabágico para que a mudança e o desejo de parar de fumar surja.

Foi também possível verificar uma correlação entre crenças normativas e a atitude de tolerância face ao desvio o que significa que, quanto maiores forem as crenças normativas associadas ao comportamento tabágico, maior é a tendência de os indivíduos a demonstrarem uma maior aceitação por comportamentos desviantes. Esta correlação parece estar de acordo com a teoria de que os jovens fumadores apresentam um perfil mais rebelde bem como uma tendência ao envolvimento em comportamentos desviantes (Camp *et al*, 1995).

No que se refere ao uso do tabaco como razão para controlar o peso (Camp *et al.*, 1993), verifica-se que esta hipótese não foi confirmada dado que 63,4% discorda com a afirmação “Se fumar, serei capaz de controlar o meu peso”, não tendo sido encontrada nenhuma correlação com este parâmetro.

De acordo com autores como Eysenck (1967) e Chassin *et al.* (1996), as situações de stress aumentam significativamente o número de cigarros fumados pelos fumadores. Segundo os dados obtidos os inquiridos consideram que a necessidade de fumar está relacionada com uma melhor concentração nos estudos (tabela 15). Esta associação é tanto maior quanto maior for o número de cigarros fumados pelo sujeito (tabela 27). Desta forma

podemos inferir que situações de frequências ou apresentações de trabalhos poderão conduzir a um aumento do número de cigarros fumados pelos alunos.

No que diz respeito à sub-escala “Autonomia” verifica-se que os alunos do ISPA se afirmam como independentes (tabela 22). Sendo que, os alunos que participaram no presente estudo são maioritariamente do género feminino poderá dizer-se que esta “autonomia” poderá estar relacionada com o desejo de emancipação do sexo feminino (Mermelstein & Borrelli, 1995).

Foi ainda obtida uma correlação positiva entre a atitude directa e intenção comportamental ($\alpha=0,006$), o que significa que quanto mais o comportamento tabágico é aceite e visto como favorável, maior é a intenção de continuar a fumar num futuro próximo. Estes dados confirmam a teoria da Acção Reflectida (1980) demonstrando que a intenção comportamental está significativamente relacionada com a atitude que se tem sobre o mesmo.

A maioria dos alunos fumadores do ISPA participantes nesta investigação estão, segundo Diclemente e Prochaska (1991) na fase de pré-contemplanção (53,9%) em que os fumadores não têm intenção de mudar o seu comportamento num futuro próximo, ao passo que 35,9% se encontra na fase de contemplanção tencionando deixar de fumar nos próximos seis meses (tabela 24).

A partir dos dados apresentados na tabela 26 (Item 86) podemos verificar que a restrição do comportamento tabágico de acordo com a nova legislação parece ter diminuído o número de cigarros fumados diariamente por parte de 47,8% dos sujeitos. E, embora os fumadores mais dependentes tenham discordado com uma política de proibição do tabaco no ISPA (Tabela 27), a grande maioria dos fumadores e restantes grupos concorda com a aplicação desta medida.

VI. CONCLUSÕES

O presente estudo demonstra que um número significativo de alunos do ISPA que participaram neste estudo são fumadores regulares (Besenberg *et al.*, 1981).

Embora a maioria dos estudantes universitários tenha começado a fumar regularmente no ensino básico ou secundário (o que implica a necessidade das escolas básicas e secundárias aplicarem programas de prevenção do tabagismo mais eficazes), uma percentagem considerável de alunos começou a fumar já na idade adulta, especialmente no que diz respeito ao sexo feminino. Podemos admitir que a transição para o ensino superior poderá ser um factor de risco associado com o consumo do tabaco. Isto poderá explicar-se tal como defende Precioso (2004) pelo facto de muitos estudantes começarem a estabelecer relações com pessoas com hábitos muito diferentes dos seus que podem incluir o fumar. Por outro lado tem mais facilidade para frequentar locais de lazer, como cafés, bares, discotecas onde fumar é habitual. O facto de o bar do ISPA permitir que os alunos fumem, faz com que este local seja potenciador de encontros sociais onde fumar acabe por ser a norma.

Observamos também que, quanto maior é o número de cigarros fumados pelos alunos maiores são as suas percepções da dificuldade da abstinência, dado que verificamos que reconhecem a necessidade de consumirem tabaco de forma a reduzirem os efeitos negativos principalmente, na forma de ansiedade, tal como defende Parrott (1985), e potenciar os efeitos positivos tais como o bem-estar e a descontração (Gillbert & Gillbert, 1995).

Ainda nesta linha, observamos também que quanto maior era a atitude directa ou seja, quanto maior era a percepção de que fumar era “Muito bom” e “Muito agradável”, maior era a dificuldade percebida pelos sujeitos em se manterem sem fumar durante algum tempo.

A grande maioria dos alunos fumadores do ISPA participantes neste estudo não tem intenção de deixar de fumar, pois cerca de 53,9% situa-se na fase de pré-contemplação, verificando-se também que, quanto maior é o número de cigarros fumados pelos sujeitos, maior é a intenção comportamental positiva. Por outro lado, quanto maior é o consumo diário de tabaco por parte dos alunos, mais eles sentem que necessitam de consumir tabaco para se sentirem bem, e conseqüentemente, maior é a intenção de continuar a fumar.

No que diz respeito ao fumo passivo, foi possível verificar que os alunos fumadores consideram que este é prejudicial à saúde das pessoas e bastante incomodativo e, apesar

de se assumirem como bons conhecedores das consequências da exposição ao fumo resultante da combustão do tabaco, isso não é impeditivo de continuarem a fumar no bar do ISPA, incomodando muitas das vezes os não fumadores. No entanto, a grande maioria dos alunos inquiridos concorda com a possibilidade de ser proibido fumar no bar.

Com este estudo podemos verificar que os alunos têm consciência das consequências do tabaco para a saúde mas o facto de terem optado por responder de forma neutra a alguns itens que remetem para as doenças resultantes do consumo de tabaco, revela-nos que estão perante um efeito de dissonância cognitiva (Gibbons *et al.*, 1991). Ou seja, os alunos procuram alterar ou reduzir as expectativas pessoais de contrair uma doença resultante do consumo do tabaco.

Quanto à intenção comportamental, concluímos que não basta que os alunos tenham consciência dos riscos provocados pelo tabaco ou que reconheçam que os sentimentos de bem estar são resultado do consumo do mesmo, dado que os benefícios percebidos de fumar sobrepõem-se às consequências nefastas que o consumo do tabaco pode gerar no sujeito. Isto poderá acontecer devido ao facto de que muitos dos sintomas das doenças resultantes do tabaco surgirem principalmente, a longo prazo.

Neste estudo foi ainda possível verificar que ao contrário de outros estudos (Camp *et al.*, 1993) que defendem o consumo de tabaco como uma estratégia para controlar o peso, os alunos do ISPA, não fumam por essa razão. Mas, tal como sugerido por Eysenck (1967) e Chassin *et al.* (1996) fumam para conseguirem uma melhor concentração nos estudos/trabalho.

Concluímos ainda que o comportamento tabágico poderá ser um factor determinante na escolha dos amigos dado que nenhum dos inquiridos respondeu ter apenas um amigo próximo fumador. Mas, bem pelo contrario, os alunos fumadores tendem a ter um elevado número de amigos que partilha do seu vicio de fumar.

Ainda no que diz respeito à rede social dos sujeitos, podemos concluir que, à semelhança do estudo de Flay *et al.* (1994), quanto maior é a aceitação do comportamento tabágico maior é a intenção de continuar a fumar no futuro.

Em suma, o presente estudo permitiu constatar que a população fumadora do ISPA tem muitas das características comuns a outras populações de fumadores de todo o mundo, no que diz respeito às motivações, crenças e atitudes face ao consumo do tabaco. E, todas as conclusões resultantes deste estudo já foram previamente obtidas em estudos anteriores. Este aspecto, poderá constituir uma vantagem, pois face a um problema comum podemos aplicar soluções que tenham sido consideradas eficazes em outros locais.

Assim, sugere-se que um conjunto de medidas no âmbito da prevenção primária e secundária consideradas pertinentes e adequadas ao contexto do ISPA sejam nele aplicadas. Essas medidas deverão visar primordialmente, a diminuição da prevalência do consumo do tabaco por parte dos alunos através de um aumento de alunos abstinentes e da diminuição de cigarros fumados diariamente.

Se tal for alcançado certamente que irá diminuir o número de indivíduos que começam a fumar já na idade adulta, o que, em conjunto, proporcionará um ambiente livre do incómodo do tabaco para todos os alunos não fumadores.

Porém considera-se que os esforços do ISPA no sentido de promover uma universidade sem tabaco devem ser visíveis a todos os que frequentam este local bem como, serem continuados ao longo do tempo de forma a que os alunos desta instituição possam sentir que os órgãos administrativos efectivamente, se preocupam e se esforçam. Tal situação certamente gerará a atenção e o respeito por parte dos alunos, motivando assim os fumadores passivos a reivindicarem por uma universidade onde se possa respirar um ar saudável e livre da poluição do tabaco.

Assim, tendo em consideração que as intervenções ao nível do tabagismo têm que ser sensíveis aos diferentes estádios de mudança dos consumidores (Prochaska e DiClemente, 1991), consideramos que o objectivo principal é diminuir a prevalência de alunos que se encontra no estado de pré-contemplação.

De acordo com os mesmos autores, para que se dê esta transição, as acções preventivas devem passar por campanhas de informação onde os sujeitos são sensibilizados acerca dos malefícios e problemas resultantes do tabaco que se evidenciam a curto prazo (tosse, mau hálito, dentes amarelos, aparecimento de borbulhas, quantidade de dinheiro gasto, etc.).

De acordo com Gibbons *et al* (1997) a percepção dos riscos associados ao consumo do tabaco está directamente relacionada com a intenção de desistir. Desta forma, os malefícios para a saúde, como por exemplo o cancro do pulmão, devem fazer parte dessas campanhas de prevenção secundária. As informações disponibilizadas aos alunos, para além de divulgarem a relação de causa/efeito, devem, também, reforçar a ideia do risco pessoal de contrair uma doença grave causadora de sofrimento, incapacidade e mortalidade (Bandura, 1977).

Estas campanhas devem incluir também informação destinada aos não fumadores de forma, a que estes se sintam motivados a exigir aos fumadores a abstinência do comportamento tabágico dentro da faculdade. Este tipo de acção obrigará os fumadores a

repensarem o seu comportamento tabágico, nomeadamente no âmbito da aceitação social e a deixarem de considerar o consumo de tabaco como norma.

Visa-se desta forma, que os fumadores comecem a ter uma visão mais crítica face ao tabaco e que comecem a questionar-se acerca do sentimento de bem estar imediato que o tabaco provoca. É, igualmente, importante verificar se esse bem-estar compensa face às consequências que o mesmo pode causar a curto e a longo prazo. De acordo com DiClemente e Prochaska (1991), se o sujeito começar a questionar-se acerca do seu comportamento tabágico, irá provocar neste uma diminuição na intenção de continuar a querer fumar no futuro, entrando na fase de contemplação.

Em termos práticos, estas campanhas são muito fáceis de serem aplicadas no ISPA podendo realizar-se através de cartazes, desdobráveis, etc. Paralelamente a este tipo de campanhas informativas, poderiam ser realizados no ISPA, debates e colóquios com uma frequência pelo menos mensal, onde fossem convidados especialistas na área do tabagismo tais como, médicos, membros do conselho de prevenção do tabagismo ou até mesmo ex-fumadores cuja cessação do comportamento tabágico tivesse sido bem sucedida.

Uma das datas em que poderiam ser realizadas estas campanhas seria por exemplo no dia 8 de Março – Dia Internacional da Mulher.

Seria interessante se o ISPA, no âmbito do actual ano “Ano Europeu da Criatividade e Inovação” cria-se um concurso destinado aos alunos onde estes poderia construir um trabalho sob a forma de desenho, escrita, teatro, fotografia ...cujo tema seria a prevenção do tabaco. No final, o vencedor obteria um prémio e os diferentes trabalhos poderiam ser expostos e divulgados aos alunos.

Dado que alguns dos alunos que participaram no presente estudo se encontrarem na fase de contemplação (35,9%), o programa de prevenção para este alunos deve basear-se num aumento significativo do sentimento de auto-eficácia face às dificuldades em manter a abstinência tabágica, bem como o aumento da percepção dos benefícios associados à abstinência (Gibbons *et al.*, 1997).

Para isto, o ISPA poderá promover acções de formação que proporcionassem respostas e alternativas às dificuldades resultantes da abstinência tabágica. As dificuldades percebidas que retiramos deste estudo e que poderiam constar de um programa de prevenção anti-tabágica, são os sentimentos de inquietação, ansiedade, irritabilidade e necessidade de fumar quando estão algum tempo sem o fazer.

De forma a lidar com estas dificuldades são habitualmente, sugeridas algumas formas de controlar e libertar as emoções, como por exemplo através de exercício físico,

workshops sobre temas que possam interessar os sujeitos, meditação, dança, escrita, passeios, etc. Para tal, o ISPA poderia sugerir actividades de acesso gratuito para todos os alunos que estivessem interessados a recorrer a este tipo de actividades como alternativa ao consumo do tabaco, pois constituiriam estratégias passíveis de diminuição da ansiedade e da ocupação da mente com coisas interessantes e de valorização pessoal.

Dada a importância do suporte social (Rosas & Baptista, 2002), geralmente, também é solicitado àqueles que fumam e que constituem a rede social do sujeito que pretende deixar de fumar, que não fumem na sua presença, uma vez que esse comportamento poderá desencadear numa recaída do comportamento tabágico (Marlatt, *et al.*, 1994).

Deve ser ainda mencionado aos alunos que para além das técnicas comportamentais acima mencionadas, eles poderão recorrer também a tratamentos farmacológicos de forma a aliviar os sintomas de abstinência como a ansiedade e a inquietação. Desta forma, poder-se-ia convidar um especialista nesta área que possa disponibilizar informação acerca dos tratamentos farmacológicos considerados mais vantajosos e ajustados aos diferentes alunos que optassem por seguir esta via.

Os alunos terão de compreender que o seu comportamento tem origens psicológicas e fisiológicas e estes dois aspectos constituem “duas faces da mesma moeda”, donde a necessidade de um tratamento que actue em ambos os sentidos (O.M.S., 1998).

Um outro aspecto importante seria a proibição do consumo do tabaco no bar do ISPA. A criação de uma Universidade Livre do Fumo de Tabaco tal como descritos o decreto de lei n.º 226/83, seria uma medida que para além de ter um grande valor preventivo garantiria a protecção da saúde dos alunos não fumadores e dos empregados do bar do ISPA dado que estes passam diariamente muitas horas expostos ao fumo resultante da combustão do tabaco.

As razões para criar uma Universidade sem tabaco assentam no facto de, estar cientificamente provado que o fumo do tabaco, para além dos prejuízos que causa aos fumadores, prejudica seriamente a saúde das pessoas que estão expostas à poluição do fumo. A par das razões relacionadas com a saúde e o ambiente, temos que, o facto de se proibir fumar na universidade reduz o número e o tipo de modelos que podem influenciar os jovens a fumar.

Considera-se que podem ser reunidas condições para melhorar a qualidade de vida dos alunos do ISPA no que se refere ao consumo do tabaco. Mas para tal, é necessário uma acção reflectida, divulgada e continua ao longo do tempo através de um esforço colectivo entre alunos, professores e funcionários.

Se uma acção desta dimensão fosse efectivamente, levada a cabo, seria importante fazer uma avaliação de todo o processo de forma a averiguar a eficácia ou, até mesmo, as lacunas que poderiam surgir no decorrer da mesma.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, N., Melo, P. E. & Ramalhão, C. (1999). *Riscos associados ao consumo do tabaco*. In Precioso, J., Viseu, F., Dourado, L., Vilaça, T., Henriques, R. e Lacerda, T. (1999). Educação para a Saúde. Braga: Departamento de Metodologias da Educação. Universidade do Minho.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Chicago: Dorsey Press.
- Aloise-Young, P.A.; Henningan, K. M., Graham, J. W. (1996). Role of the Self-Image and Smoker Stereotype in Smoking Onset During Early Adolescence: A Longitudinal Study. *Health Psychology, 15* (6), 494-497.
- Anda, R. F., Williamson, D. F., Escobedo, L. G., Mast, E. E., Giovino, G.A. & Remington, P. L. (1990). Depression and the dynamics of smoking. A national perspective. *Journal of the American Medical Association, 264*, 1541-1545.
- Ariza, C. & Nebot, M. (1995). Factores asociados al consume de tabaco en una muestra de escolares de enseñanza primária e secundária. *Gazeta Sanitária, 47* (9), 101-109.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy, toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review, 84*, 141-156.
- Barringer, T. & Weaver, E. (2002). Does long-term bupropion (Zyban) use prevent smoking relapse after initial success at quitting smoking? *Journal of Family Practice, 135*, 423-433.
- Baumeister, R.F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1993). When ego threats lead to self-regulation failure: Negative consequences of high self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 141-156.
- Becõna E., González (2000). Las Mujeres y el Tabaco: Características ligadas ao género, *Revista Salud Pública 2000, 74*, 13-23.
- Becõna, E. & Vázquez, G. (1996). *Tratamiento del tabaquismo*, Madrid: Dykinson – Psicología.
- Becoña, E. (1995). El consumo de tabaco en Galicia: prevalencia y medidas a tomar para la reducción del numero de fumadores. In Becoña, E., López, A. e Bernard, I.1995. *Drogodependências II. Drogas legales*. Santiago de Compostela: Magister em drogodependências. Universidade de Santiago de Compostela.
- Becoña, E., Palomares, A. & Garcia, M. P. (1994). Tabaco y salud: Guia de prevencion y tratamiento del tabaquismo. Madrid Ediciones Pirámide, S.A.
- Berndt, T. J., & Keefe, K. (1995). Friends influence on adolescents adjustments to school. *Child Development, 66*, 1312-1329.

- Brownson, R. C., Jackson- Thompson, J., Wilerson, J. C., Davis, J. R., Owens, N. W., & Fischer, E. B. (1992). Demographic and socioeconomic differences in beliefs about the health effects of smoking. *American Journal of Public Health, 2*, 99-103.
- Burton, D. (1989). *What identifies a teenage smoker?* Paper presented at the International Workshop on Children and Tobacco, Toronto, 6-7 February.
- Camp D. E., Klesges, R.C., & Reyles, G. (1993). The Relationship between body and Weight concerns and adolescent smoking. *Health Psychology, 12*, 24-32.
- Camp D. E., Klesges, R.C., & Reyles, G. (1993). The Relationship between body and Weight concerns and adolescent smoking. *Health Psychology, 12*, 24-32.
- Charlton, A. (1984) The Brigantia smoking survey: a general review, in Public Education about Cancer (Eds P.Hobbs) UICC Technical Report Series, Geneva, 77, 92-32.
- Chassin, L., Edwards, D. A., Presson, C. & Sherman, S. J. (1990). The natural history of cigarette smoking: Predicting young adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology, 9*, 701-716.
- Chassin, L., Presson, C., Sherman, S. J., & Edwards, D. A. (1991). Four pathways to young adult smoking status: adolescent social-psychological antecedents in a midwestern community sample. *Health Psychology, 10*, 409-418.
- Chassin, L., Presson, C., Sherman, S. J., & Rose, J. S. (1996). The natural history of cigarette smoking from adolescent to adulthood: Demographic predictors of continuity and change. *Health Psychology, 15* (6), 478-484.
- 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.
- Conner, M. & Norman, P. (1996). *Predicting Health behavior*. Buckingham: open University Press.
- Curie, J., Jason L., & Pokorny, S. (2002). Introduction: Preventing Youth Access to Tobacco. *Journal of Prevention & intervention in the Community*. Vol. 24, No. 1.
- Curry, S. J., Wagner E. H., & Grothaus, L. C. (1990). *Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation*.
- De Vries, H. & Kok, G.J. (1986). From determinants of smoking behavior to the implications for a prevention programme. *Health Education Research, 1*, 85-94.
- Decreto-Lei n.º226/83 In: Diário da República, I série, n.º122, 27 de Maio; 1983.
- DEPS (1997). Inquérito Nacional de Saude – 1995/1996. *Continente*. Lisboa: Ministério da Saude.
- DeVries, H., & Dijkstra, M. (1994). The effects of two Dutch Smoking programmes. Paper presented at the 9th World Conference on Tobacco and Health, Paris, 10-14 October.
- DiClement, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. k. Velicer, W. F & Rossi J.W. (1991). The Process of Smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting & Clinical psychology, 59*, 295-304.

- DiFranza JR, Carlson RR, & Caisse RE. Reducing youth access to tobacco. *Tobacco Control* 1992;1:58.
- DiFranza JR, Savageau JA, & Aisquith BF. (1996). The Effects of Age, Gender, Vending Machine Locks and "It's the law" programs. *American journal of public health*, 86 (2), 221-4.
- Dobkin, P. L., Tremblay, R. E. & McDuff, P. (1997). Can childhood behavioral characteristics predict adolescent boys health? A nine-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 2 (2), 445-456.
- Ennett, S.T., & Bauman, K. E. (1994). The contribution of influence and selection to adolescent peer group homogeneity: The case of adolescent cigarette smoking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 653-663.
- Environmental Protection Agency 1997. *EPA's revised particulate matter standards*. Disponível em <<http://www.epa.gov/ttn/oarpg/naaqsfin/pmfact.html>> Acesso em 2 de maio de 2005.
- Eysenck, H. J. & Eaves, L. J. (1980). *The Causes and Effects of Smoking*. Maurice Temple Smith: London.
- Eysenck, H.J. (1973). Personality and the maintenance of the smoking habit. In: W.L. Bunn, Editor, *Smoking behavior: Motives and incentives*, Winston/Wiley, Washington DC.
- Fagerstrom KO. (1978). Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behaviour* , 3 (3-4):235-41.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Fingerhut, L., Lkeinman, J., & Kendrick, J. (1990). Smoking before, during, and after pregnancy. *American Journal of Public Health*, 80, 541-545.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory research*. M. A.: Addison-wesley.
- Flay, B. (1985). Psychosocial approaches to smoking prevention: a review of findings. *Health Psychology*, 4 (5), 449-488.
- Flay, B. & Conrad, K. (1989). *Why children star smoking cigarettes: predictors of onset*. Paper presented at the International Workshop on Children and Tobacco in Industrialized Countries, Toronto, 6-8 February.
- Flay, B. R., Hu, F. B. Siddiqui, O., Day, L. E. Hedeker, D., Petraitis, J., Richardson, J., & Sussman, S. (1994). Differential influence of parental smoking and friends smoking on adolescent initiation and escalation of smoking. *Journal of Social Behaviour*, 35, 399-413.
- Forgays, D. G., Bonaiuto, P. & Forgays, D. K. (1993). Personality and cigarette smoking in Italy, Poland, and the United States. *International Journal of Addictions*, 28, 399-413.
- Fortmann, S.P., Taylor C.B., Flora J.A., Darus E.J. (1993). Changes in adult cigarette smoking prevalence after 5 years of community health education: The Stanford five – city project. *Am. Journal Epidemiol*, 137, 82-96.

- Gibbons, F. X., Eggleston, T. J. & Benthin, A. C. (1997). Cognitive Reactions to Smoking Relapse: The Reciprocal Relation Between Dissonance and Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72 (1), 184-195.
- Gibbons, F. X., McGovern, P. G., & Lando, H. A. (1991). Relapse and risk perception among members of a smoking cessation clinic. *Health Psychology*, 10, 42-45.
- Gilbert, D. G. & Gilbert, B. O. (1995). Personality, psychopathology, and nicotine response as mediators of genetics of smoking. Special issue: Genetic, environmental, and situational factors mediating the effects of nicotine. *Behavior Genetics*, 25, 133-147.
- Gilpin, E., Pierce, J. P., Goodman, J., & Shopland, D. (1992). Reasons smokers give for stopping smoking: do they relate to success in stopping? *Tobacco Control*, 1, 256-263.
- Glanz, K. (1999). Teoria num relance. Um guia para a prática da promoção da saúde. In L. B. Sardinha, M. G. Matos & I. Loureiro (Eds.) *Promoção da saúde – Modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo* (pp.9-55). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Glassman, A. H., Helzer, J. E., Covey, L. S., Cottler, L. B., Stetner, F., Tipp, J. E.; & Johnson, J. (1990). Smoking, smoking cessation and major depression. *Journal of the American Medical Association*, 264, 1546-1549.
- Gordon, N. (1986). Never smokers, triers and current smokers: three distinct target groups for school-based antismoking programs. *Health Education Quarterly*, 13 (2), 163-180.
- Gritz, E. R. (1993). Lung Cancer: Now, more than ever, a feminist issue. *CA, A Cancer Journal for Clinicians*, 43, 197-199.
- Harrell JS, Bangdiwala SI, Deng S, Webb JP, Bradley C. (1998) Smoking initiation in youth: the roles of gender, race, socioeconomics, and developmental status. *Journal Adolescent Health*; 23 (5), 271-9.
- Health Education Authority (1991b). *Towards a smoke-free generation: Campaign Manual*. Health Education Authority, London.
- Hirayama T. (1991). Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *BMJ*; 282, 183-185.
- IGIF. (1998). *Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século (1998-2002)*. Orientações para 1998. Lisboa: Ministério da saúde.
- Hughes, J.R. (1988). Clonidine, depression, and smoking cessation, *Journal of the American Medical Association* 259 (19), 2901-2902.
- Joossens, L. (1988). *Smoking in Belgium: attitudes and behavior. Primary Prevention of Cancer*. New York: Raven Press, Ltd.
- Kavanagh, D. J. et al (1993). Self-efficacy and social support as predictors of smoking after a quit attempt. *Psychology of Women Quarterly*, 17, 231-42.
- Lacey, L., Manfredi, C., Balch, G., Warnecke, R. B., Allen, K., & Edwards, C. (1993). Social support in smoking cessation among black women in Chicago public housing. *Public Health Reports*, 108, 387-394.

- Lawson, E. J., (1994) The role of smoking in the lives of low-income pregnant adolescents: a field study. *Adolescence*, 113, 61-79.
- Lerman, C., Caporaso, N.E., Boyd, N. R. & Shields, P. G. (1999). Evidence suggesting the role of specific genetic factors in cigarette smoking. *Health Psychology*, 18 (1),14-20.
- Lima L. (1999). A Prevenção do Tabagismo na Adolescência. *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física*. 123-161.
- Lima, M. L. (1993). Atitudes. In J. Vale, & M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia Social*, (167-199). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Macedo M., & Precioso J. (2004). Plano global de prevenção do tabagismo de Braga. *Revista Portuguesa Pneumologia*, X (4).
- Macedo, M. & Precioso, J. (2006). Evolução da epidemia tabágica em adolescentes portugueses escolarizados e vias para o seu controlo – Uma análise baseada nos dados do Health Behaviour in School – Aged Children (HBSC). *Revista Portuguesa de Pneumologia*, Vol.XII, (5), 525-538.
- Manfredi, C., Lacey, L. Warnecke, R., & Buis, M. (1992). Smoking-related behavior, beliefs, and social environment of young black women in subsidized public housing in Chicago. *American Public Health Association*, Atlanta, GA..
- Marcus, B. H., Albrecht, A., Niaura, R., Abrams, D. & Thompson, P. (1991). Usefulness of physical exercise for maintaining smoking cessation in women. *American Journal of Cardiology*, 68, 406-407.
- Marks, D. F. (1998). Addiction, Smoking and Health: Developing policy- based interventions. *Psychology, Health & Medicine*, 3 (1), 97-111.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., & Quigley, L. A. (1994). Self-efficacy and addictive behavior. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies*. Marbach, Germany: Johann Jacobs Foundation.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive disorders*. New York: Guilford Press.
- Maroco, J. & Bispo, R. (2003). Estatística aplicada às ciências sociais e humanas, Climepsi Editores, Lisboa.
- Martinet, Y. & Bohadana, A. (2003). O Tabagismo: Da Prevenção à Abstinência. Climepsi Editores.
- Matarazzo, J. D. & Saslow, G. (1960). Psychological and related characteristics of smokers and non smokers. *Psychological Review*, 116, 93-97.
- Matos M, Carvalhosa S, Vitória P & Clemente M. P. (2001). Os jovens portugueses e o tabaco.6,1. Lisboa: FMH/ PEPT/GTP/CPT.
- Matos M. e equipa do Projecto Aventura Social e Saúde. A saúde dos Adolescentes Portugueses (Quatro anos depois). Lisboa; 2003.
- Mermelstein, R. J. & Borrelli, B. (1995). *Women and smoking*.the psychology of Women's Health – Progress and Challenges in Research Application, Chapter 9, 309-348.

Michel, L. (1990). *Growing up in Smoke*, Pluto Press, London.

MINISTÉRIO DA SAUDE. Inquérito Nacional de Saude – 1997-1998 *Continente*. Lisboa: Ministério da Saude. 1999.

Nebot, M. (1999). *Prevencion del tabaquismo en los jovenes*. Comunicação apresentada no I Congresso Nacional de Educação para a Saúde. Universidade do Minho. Conselho de Prevenção do Tabagismo.

Nebot M., Villalbí J.R. & Ballestín, M. (1995). Los adolescentes ante las sustancias adictivas: tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas. *Medicina clínica*, 104(20), 784-788

Nebot M., Tomás Z., Ariza C. Valmayor S & Mudde A. (2002). Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: resultados del estudio ESFA en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, V.17, nº 2, Barcelona.

Nebot M., Díez E., Villalbí JR, Aubà J. & Sanz F. (1997). El inicio del consumo de tabaco en escolares: estudio transversal y longitudinal de los factores predictivos. *Medicina clínica* 110(9), 334-339

Nunes, E. (2002). Consumo de tabaco: Estratégias de Prevenção e Controlo. Lisboa: Cadernos da Direcção Geral de Saude.

Nunes, E. (2007). *Consumo de Substâncias psicoactivas e Prevenção em Meio escolar*. Tabaco e Saúde. 19-37.

Nutbeam, D., & Aaro, L.E. (1991). Smoking and pupil attitudes towards school: The implications for health education with young people. *Health Education Research*, 6, 415-421.

Nutbeam, D., Mendoza, R. & Newman, R.(1988). *Planning for a smoke – free generation*. Copenhagen: Regional Office for Europe of the World Health Organization.

O.M.S (1999, a). *Tobacco Use Prevention: an import entry point for the development of Health Promoting Schools*. Geneva: World Health Organization. Unesco.

O.M.S. (1999, a). *Tobacco Use Prevention: an important entry point for the development of Health Promoting Schools*. Geneva: World Health Organization. Unesco.

O.M.S. (1999, c). *Women and Tobacco*. Geneva World Health Organization. Unesco.

Panday, S., Reddy, S.P., Ruiter, R. A., Bergström, E. de Vries H. (2007). Determinants of smoking among in the Souther Cape-Karoo region, South Africa. *Health Promotion Sep*; 22(3), 207-17.

Parrott, A. C. (1995). Stress modulation over the day in cigarette smokers. *Addiction*, 90, 233-244.

Peduzzi, M. & Palma J.J.L. (2000). A equipe de saúde in: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes – Gonçalves RB, Organizadores. *Saúde do Adulto. Programas e acções na unidade básica*. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec. p. 234-250.

Pierce et al (2000). Smoking Cessation With and Without Assistance: A population-Based Analysis. *American Journal of Preventive Medicine*. Nº18 (4), 305-31.

- Pierce, J. P., Lee, L., Gilpin, E. (1994). Smoking initiation by adolescent girls, 1944 through 1988: Association with targeted advertising. *Journal of the American Medical Association*, 271, 608-611.
- Pokorny, S.B., Townsend, S.M., Jason, L.A., Lautenschlager, H. & Smith, R. (2002). Measuring the quality of laws limiting youth access to tobacco. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 24, 15-27.
- Precioso J. (2000). *Não fumar é o que está a dar. Programa de Prevenção do comportamento de fumar*. Edições Casa do Professor.
- Precioso J., (2004). Quando e porquê começam os estudantes universitários a fumar: Implicações para a prevenção. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 499-506
- Precioso, J. (1999). Algumas razões para prevenir o consumo de uma droga lítica: o tabaco. Braga: Boletim do Projecto Vida. *Núcleo Distrital de Braga*. 2, 10-16.
- Precioso, J. (1999). *Educação para a Saúde na Escola: um estudo sobre a prevenção do hábito de fumar*. Braga: Minho Universitária.
- Precioso, J. (2006). Boas práticas em prevenção do tabagismo no meio escolar. *Revista Portuguesa Clínica Geral*; 22, 201-22.
- Precioso, J. (2008). Prevenção e Tratamento do Tabagismo com base na Evidência Científica. II Congresso de Educação para a saúde.
- Precioso, J., Macedo, M., & Rebelo, L. (2007). Relação Entre o Tabagismo dos Pais e o Consumo de Tabaco dos Filhos: Implicações para a Prevenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 259-266.
- Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of selfchange of smoking: toward and integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinic Psychology*, V. 51, (3), 390-395.
- Quinn, V. P.; Muller, P. D., & Ershoff, D. H. (1991). Women who stop smoking spontaneously prior to prenatal care and predictors of relapse before delivery. *Addictive Behaviors*, 16, 29-40.
- Rosas M., & Baptista F., (2002). Desenvolvimento de estratégias de intervenção psicológica para a cessação tabágica. *Análise Psicológica*, 1 (XX), 45-56.
- Savolainen, S. (1998). *The Smokefree class competition: a european school- based anti-smoking campaign; an overview of the 1997/78 round in seven countries*. Helsinki: European of Network and Young People and Tobacco. National Public Health Institute. Department of Epidemiology and Health Promotion.
- Segat F. M.; Santos R. P., Guillande S, Pasqualotto A. C. & Benvegnú L. A. (1998). Fatores de Risco Associados ao Tabagismo em Adolescentes, *Adolescência Latinoamericana*.
- Sorenson, G., & Pechacek, T. F. (1987). Attitudes toward smoking cessation among men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 216-223.
- Steele, C. M., Spencer, S. J., & Lynch, M. (1993). Self-image resilience and dissonance: The role of affirmational resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 885-896.

- Stein, J. A., Newcomb. M. D. & Bentler, P. M. (1996). Initiation and maintenance of tobacco smoking: Changing personality correlates in adolescence and young adulthood. *Journal of Applied Social Psychology*, 26 (2), 160-187.
- U. S. Department of Health and Human Services. (1999), Public Health Service, Centers of Disease Control, Office of Smoking and Health. The health general. Rockville, MD: author.
- U. S. Department of Health and Human Services. (2001). *Reducing Tobacco Use: A report of Surgeon General*. Atlanta, Geórgia: U. S. Department Health and Human Service, Centers of Disease Control and Prevention, Nacional Center of Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Conselho de Prevenção do Tabagismo.
- U.S. Department of Health and Human Services (2000). Reducing Tobacco Use: A report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: U.S. Department Health and Human Service, Centers for Disease Control and Prevention, Nacional Center of Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking Health. Conselho de Prevenção do Tabagismo.
- U.S. Department of Health and Human Services (1994). *Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: Public Health Services. Centers for Disease Control and Prevention.
- Urberg, K. et al (1997). Close friends and Group Influence on Adolescent Cigarette Smoking and Alchool Use. *Development Psychology*, 33 (5), 834-844.
- Vitória P., Silva S. & Vries H. (2007). Percursos Da Investigação em Psicologia Social e Organizacional, Vol. III, Lisboa, Edições Colibri
- Vries, H. (1989). *Smoking prevention in Dutch adolescents*. Maastricht: Dutch Cancer Foundation.
- Windson , R. A., Lowe, J.B., Perkins, L. L., Smith-Yoder, D., Artz, L. Crawford, M., Amburgy, K., & Boyd, N. (1993). Health education for pregnant smokers: its behavioral impact and cost benefit. *American Journal of Public Health*, 83, 201-206.
- Word Health Organization. (2002). Regional Office for the Eastern Mediterranean. The Tobacco Industry Documents: What they are, what they tell us, and how to search them. A Pratical Manual. Cairo: WHO.
- Word Health Organization. World no tobacco day 2004 materials. [on line]. Disponivel em: <http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2004>, [2004 jul o5]
- World Health Organization. International consultation on environmental tobacco smoke and child health. Geneva; 1999. Disponível em: http://www.who.int/tobacco/health_impact/youth/ets/en/print.html
- Yun Ji, P., Pokorny S., Blaszkowski E. & Jason L., Examining Risks for Participating in Tobacco Purchase Attempts. *Journal of Prevention & intervention in the Community*. Vol. 24, No. 1, 77-85.

ANEXOS

ANEXO A

Teste à normalidade das diferentes sub-escalas

1. Output: teste de normalidade à sub-escala - Norma Subjectiva

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
NormaSubjectiva	,077	162	,020	,984	162	,062

a Lilliefors Significance Correction

2. Output: teste de normalidade à sub-escala - Intenção Comportamental

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
IntençãoComportamental	,191	162	,000	,864	162	,000

a Lilliefors Significance Correction

3. Output: teste de normalidade à sub-escala - Comportamento Pais/Amigos

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ComportamentoPaisAmigos	,186	163	,000	,911	163	,000

a Lilliefors Significance Correction

4. Output: teste de normalidade à sub-escala - Crenças Saúde

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
CrençasSaúde	,120	163	,000	,948	163	,000

a Lilliefors Significance Correction

5. Output: teste de normalidade à sub-escala - Dificuldade Percebida

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
DificuldadePercebida	,245	162	,000	,854	162	,000

a Lilliefors Significance Correction

6. Output: teste de normalidade à sub-escala - Autonomia

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Autonomia	,221	161	,000	,877	161	,000

a Lilliefors Significance Correction

7. Output: teste de normalidade à sub-escala - Atitude de Tolerância face ao Desvio

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AtitudeToleranciaDesvio	,131	161	,000	,964	161	,000

a Lilliefors Significance Correction

8. Output: teste de normalidade à sub-escala - Atitude Directa

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AtitudeDirecta	,093	163	,002	,977	163	,008

a Lilliefors Significance Correction

9. Output: teste de normalidade à sub-escala - Atitude Indirecta

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
AtitudeIndirecta	,059	162	,200(*)	,992	162	,488

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

10. Output: Teste Kruskal Wallis

Test Statistics(a,b)

	NormaSubjctiva	Intençãocomportamental	ComportamentoPaisAmigos	CrençasSáude	DificuldadePercebida	Autonomia	AtitudeToleranciaDesvio	AtitudeDirecta
Chi-Square	61,911	111,271	41,189	11,996	118,112	9,736	1,160	70,987
Df	3	3	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,000	,000	,000	,007	,000	,021	,763	,000

a Kruskal Wallis Test

b Grouping Variable: grupo2

11. Output: Teste Anova – Atitude Indirecta

ANOVA

AtitudeIndirecta

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2322,700	4	580,675	11,769	,000
Within Groups	7746,252	157	49,339		
Total	10068,952	161			

ANEXO B

Caracterização da Amostra

12. Output: Frequência dos 4 grupos que constituem a amostra

Amosta do Estudo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	16	9,8	9,8	9,8
	2	17	10,4	10,4	20,2
	3	40	24,5	24,5	44,8
	4	90	55,2	55,2	100,0
	Total	163	100,0	100,0	

Legenda: 1- Não Fumadores; 2- Ex- Fumadores; 3- Fumadores Ocasionais; 4-Fumadores

13. Output: Frequencia do ano lectivo dos sujeitos

Item 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	14	8,6	8,8	8,8
	2	42	25,8	26,3	35,0
	3	33	20,2	20,6	55,6
	4	28	17,2	17,5	73,1
	5	40	24,5	25,0	98,1
	6	3	1,8	1,9	100,0
	Total	160	98,2	100,0	
Missing	System	3	1,8		
Total		163	100,0		

Legenda: 1 - 1º Ano; 2- 2º Ano; 3- 3º Ano; 4- 4º Ano; 5 -5º Ano; 6- Pós Graduação

14. Output: Frequência do género da amostra

Item3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	133	81,6	81,6	81,6
	Masculino	30	18,4	18,4	100,0
	Total	163	100,0	100,0	

15. Output: Frequência das idades dos sujeitos

Item2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18	6	3,7	3,7	3,7
	19	16	9,8	9,8	13,5
	20	13	8,0	8,0	21,5
	21	24	14,7	14,7	36,2
	22	25	15,3	15,3	51,5
	23	23	14,1	14,1	65,6
	24	7	4,3	4,3	69,9
	25	10	6,1	6,1	76,1
	26	4	2,5	2,5	78,5
	27	4	2,5	2,5	81,0
	28	6	3,7	3,7	84,7
	29	4	2,5	2,5	87,1
	30	1	,6	,6	87,7
	32	2	1,2	1,2	89,0
	33	1	,6	,6	89,6
	35	2	1,2	1,2	90,8
	36	2	1,2	1,2	92,0
	37	1	,6	,6	92,6
	38	2	1,2	1,2	93,9
	39	1	,6	,6	94,5
	40	4	2,5	2,5	96,9
	43	1	,6	,6	97,5
	44	1	,6	,6	98,2
	48	2	1,2	1,2	99,4
	58	1	,6	,6	100,0
	Total	163	100,0	100,0	

ANEXO C

16. Output: Média de cigarros fumados diariamente pelo grupo de fumadores

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Item 6	89	1	4	1,63	,646
Valid N (listwise)	89				

Legenda: 1 – 10 ou menos; 4- 31 ou mais

17. Output: Média da idade de iniciação

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Item 9	89	11	27	15,84	2,215
Valid N (listwise)	89				

ANEXO D

18. Output - Correlação entre as diferentes Sub-escalas (Grupo de fumadores)

Correlations

	Atitudinea Crença Comportame ntal	Atitudinea Avaliação Crença	NormaSubj IndCrenças Normativas	NormaSubj Ind Motivação Cooperar	AtitudeDietica	Intenção Comporta mental	Comportam entoPais Amigos	Crenças Saúde	Dificuldade Perceb	Autonomia	Atitude Tolerancia Desvio
AtitudineaCrença Comportamental	1	,081	,141	,289*	,239*	,112	,068	,379**	,093	,077	
		463	,190	,011	,014	,792	,296	,000	,387	,474	
		89	89	89	89	89	89	89	89	89	
AtitudineaAvaliação Crença	,081	1	,180	,043	,188	,140	,133	-,070	,200	,187	
	463		,091	,692	,077	,187	,196	,510	,068	,079	
	89		89	89	90	90	90	90	90	89	
NormaSubjIndCrenças Normativas	,141	,180	1	,289*	-,033	,338**	-,036	,234*	,187	,222*	
	,190	,091		,780	,741	,420	,001	,118	,027	,118	
	89	89		89	89	89	89	89	89	89	
NormaSubjIndMotivação Cooperar	,289*	,043	,289*	1	,083	-,197	,243*	-,019	,127	-,019	
	,011	,692	,012	,387	,064	,022	,863	,235	,862	,214	
	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	
AtitudeDietica	,259*	,188	-,033	,069	1	,288**	,013	,061	,259*	,020	
	,014	,077	,780	,387	,006	,903	,830	,016	,854	,398	
	89	90	89	89	90	90	90	90	89	89	
IntençãoComportamental	-,028	,140	-,087	-,197	,288**	1	-,025	,015	,204	-,038	
	,792	,187	,420	,064	,006		,814	,891	,064	,740	
	89	90	89	89	90	90	90	90	90	89	
ComportamentoPais Amigos	,112	,138	,338**	,243*	,013	-,025	1	-,063	,047	,069	
	,296	,196	,001	,022	,903	,814		,667	,862	,818	
	89	90	89	89	90	90	90	90	90	89	
CrençasSaúde	,068	-,070	-,036	-,019	,051	,015	-,063	1	-,188	-,039	
	,627	,510	,741	,883	,830	,891	,667		,076	,720	
	89	90	89	89	90	90	90	90	90	89	
DificuldadePerceb	,379**	,200	,234*	,127	,253*	,204	,047	-,188	1	,161	
	,000	,068	,027	,235	,016	,064	,662	,076		,131	
	89	90	89	89	90	90	90	90	90	89	
Autonomia	,093	,187	,187	-,019	,020	-,036	,069	-,039	-,181	1	
	,387	,079	,118	,882	,884	,740	,518	,720	,131		
	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	
AtitudeToleranciaDesvio	,077	-,201	,222*	,133	-,091	,023	,196	,038	-,123	,088	
	,474	,069	,037	,214	,388	,831	,067	,722	,262	,361	
	89	89	89	89	89	89	89	89	89	89	

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

19. Output - Correlação entre o Item 6 e as Sub-escalas (grupo de Fumadores)

Correlations

	P6	Intenção Comporta mental	Dificuldade Perceb	NormaSubj IndCrenças Normativas
Spearman's rho	P6	Correlation Coefficient	1,000	,295**
		Sig. (2-tailed)	.	,005
		N	90	90
IntençãoComportamental	IntençãoComportamental	Correlation Coefficient	,295**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,005	.
		N	90	90
DificuldadePerceb	DificuldadePerceb	Correlation Coefficient	,597**	,192
		Sig. (2-tailed)	,000	,070
		N	90	90
NormaSubjIndCrenças Normativas	NormaSubjIndCrenças Normativas	Correlation Coefficient	,254*	-,087
		Sig. (2-tailed)	,017	,419
		N	89	89

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

20. Output - Correlação entre o Item 6 e outros Itens (Variáveis Ordinais)

Correlations

Spearman's rho	P8	P11	P12	P13	P18	P19	P20	P32	P40	P42	P46	P84	P85	P81	P85	P86
P8 Correlation Coefficient	1,000	,323**	,225*	-,442**	,550**	,590**	,652**	,265*	,253*	,318**	-,203*	,288*	,315**	-,259*	,219*	-,426**
Sig. (2-tailed)		,001	,033	,000	,000	,000	,000	,011	,016	,002	,050	,011	,002	,014	,039	,000
N	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
P8 Correlation Coefficient		1,000	-,007	,158	-,006	-,256*	-,318**	-,003	-,074	-,159	,185	-,105	-,062	,229*	-,112	,195
Sig. (2-tailed)			,953	,137	,955	,015	,002	,979	,489	,138	,080	,325	,625	,031	,295	,068
N		90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
P11 Correlation Coefficient			1,000	,289**	-,116	,114	,288*	,218*	,106	-,007	-,012	,168	,154	-,154	,173	-,280**
Sig. (2-tailed)				,006	,275	,284	,011	,039	,320	,948	,914	,118	,146	,146	,105	,088
N			90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
P12 Correlation Coefficient				1,000	,289**	-,191	,288*	,218*	,106	-,007	-,012	,168	,154	-,154	,173	-,280**
Sig. (2-tailed)					,006	,275	,011	,039	,320	,948	,914	,118	,146	,146	,105	,088
N				90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
P13 Correlation Coefficient					1,000	-,242**	-,328**	-,053	-,159	-,024	,119	-,066	-,150	,186	,068	,168
Sig. (2-tailed)						,022	,002	,618	,000	,821	,263	,371	,073	,080	,738	,119
N					90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
P18 Correlation Coefficient						1,000	,744**	-,350**	,319**	-,275**	-,136	,245*	-,101	,055	-,170	,055
Sig. (2-tailed)							,000	,000	,002	,002	,009	,201	,020	,344	,602	,113
N						90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
P19 Correlation Coefficient							1,000	,794**	-,425**	,363**	-,431**	-,172	,145	,190	,023	,034
Sig. (2-tailed)								,000	,000	,000	,005	,173	,073	,829	,755	,030
N						90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
P20 Correlation Coefficient								1,000	,395**	,419**	-,257**	,235*	,219*	-,090	,135	-,221*
Sig. (2-tailed)									,000	,001	,014	,026	,038	,403	,207	,039
N						90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
P32 Correlation Coefficient									1,000	,358**	-,157	,278**	-,183	-,050	,167	-,112
Sig. (2-tailed)										,000	,001	,008	,065	,642	,118	,297
N						90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
P40 Correlation Coefficient										1,000	-,187	-,023	,074	,206	-,001	-,129
Sig. (2-tailed)											,001	,078	,833	,468	,062	,995
N						90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
P42 Correlation Coefficient											1,000	-,038	,358**	-,297**	-,059	-,005
Sig. (2-tailed)												,726	,001	,005	,360	,964
N						90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
P46 Correlation Coefficient												1,000	-,152	-,134	-,233*	-,029
Sig. (2-tailed)													,152	,207	,028	,788
N						90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
P84 Correlation Coefficient													1,000	,587**	-,082	,230*
Sig. (2-tailed)														,000	,447	,030
N						90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
P85 Correlation Coefficient														1,000	-,040	,013
Sig. (2-tailed)															,710	,901
N						90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
P81 Correlation Coefficient															1,000	-,123
Sig. (2-tailed)																,021
N						90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
P85 Correlation Coefficient																1,000
Sig. (2-tailed)																
N						90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
P86 Correlation Coefficient																1,000
Sig. (2-tailed)																
N						90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

21. Output - Correlação entre o Item 6 e o Item 14

Crosstab

Count

		Item 6				Total 10 ou menos
		10 ou menos	11-20	21-30	31 ou mais	
Item14	Não se aplica	1	1	0	0	2
	Não	34	13	0	0	47
	Sim	6	26	8	1	41
Total		41	40	8	1	90

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,606	,000
	Cramer's V	,429	,000
N of Valid Cases		90	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

22. Output - Correlação entre o Item 6 e o Item 17

Crosstab

Count

		Item 6				Total 10 ou menos
		10 ou menos	11-20	21-30	31 ou mais	
Item 17	Não se aplica	3	1	0	0	4
	Não	35	20	4	1	60
	Sim	3	19	4	0	26
Total		41	40	8	1	90

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,456	,005
	Cramer's V	,323	,005
N of Valid Cases		90	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

23. Output - Correlação entre o Item 6 e o Item 22

Crosstab

Count

		Item 6				Total
		10 ou menos	11-20	21-30	31 ou mais	10 ou menos
Item 22	Não sei	0	2	2	1	5
	Não	25	14	1	0	40
	Sim	16	23	5	0	44
	5	0	1	0	0	1
Total		41	40	8	1	90

Symmetric Measures

		Value	Approx. Sig.
Nominal by	Phi	,604	,000
Nominal	Cramer's V	,349	,000
N of Valid Cases		90	

a Not assuming the null hypothesis.

b Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

ANEXO E

Frequência das Respostas aos 86 itens

1. GRUPO – FUMADORES

P1

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	8	8,9	8,9	8,9
2	18	20,0	20,0	28,9
3	22	24,4	24,4	53,3
4	16	17,8	17,8	71,1
5	25	27,8	27,8	98,9
6	1	1,1	1,1	100,0
Total	90	100,0	100,0	

P2

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18	3	3,3	3,3	3,3
19	5	5,6	5,6	8,9
20	10	11,1	11,1	20,0
21	13	14,4	14,4	34,4
22	14	15,6	15,6	50,0
23	13	14,4	14,4	64,4
24	4	4,4	4,4	68,9
25	7	7,8	7,8	76,7
26	3	3,3	3,3	80,0
27	4	4,4	4,4	84,4
28	5	5,6	5,6	90,0
29	2	2,2	2,2	92,2
30	1	1,1	1,1	93,3
35	1	1,1	1,1	94,4
36	1	1,1	1,1	95,6
37	1	1,1	1,1	96,7
40	1	1,1	1,1	97,8
43	1	1,1	1,1	98,9
48	1	1,1	1,1	100,0
Total	90	100,0	100,0	

P3

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Feminino	72	80,0	80,0	80,0
Masculino	18	20,0	20,0	100,0
Total	90	100,0	100,0	

P4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	90	100,0	100,0	100,0

P5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	89	98,9	100,0	100,0
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10 ou menos	41	45,6	45,6	45,6
	11-20	40	44,4	44,4	90,0
	21-30	8	8,9	8,9	98,9
	31 ou mais	1	1,1	1,1	100,0
Total		90	100,0	100,0	

P7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	1	1,1	1,1	1,1
	Sim	89	98,9	98,9	100,0
Total		90	100,0	100,0	

P8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	menos de 1 hora	73	81,1	81,1	81,1
	1-2 horas	5	5,6	5,6	86,7
	2-3 horas	2	2,2	2,2	88,9
	3-4 horas	2	2,2	2,2	91,1
	4-6 horas	1	1,1	1,1	92,2
	6-12 horas	1	1,1	1,1	93,3
	12-24 horas	4	4,4	4,4	97,8
	Mais de uma semana	2	2,2	2,2	100,0
Total		90	100,0	100,0	

P9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11	2	2,2	2,2	2,2
	12	4	4,4	4,4	6,7
	13	5	5,6	5,6	12,2
	14	16	17,8	17,8	30,0
	15	11	12,2	12,2	42,2
	16	18	20,0	20,0	62,2
	17	13	14,4	14,4	76,7
	18	10	11,1	11,1	87,8
	19	6	6,7	6,7	94,4
	20	2	2,2	2,2	96,7
	21	1	1,1	1,1	97,8
	22	1	1,1	1,1	98,9
	27	1	1,1	1,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não de certeza que não	1	1,1	1,1	1,1
	Não tenho a certeza	2	2,2	2,2	3,3
	Sim, provavelmente	26	28,9	28,9	32,2
	Sim, certamente	61	67,8	67,8	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não, provavelmente não	7	7,8	7,8	7,8
	Não tenho a certeza	22	24,4	24,4	32,2
	Sim, provavelmente	39	43,3	43,3	75,6
	Sim, certamente	22	24,4	24,4	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	2	2,2	2,2	2,2
	5 minutos ou menos	2	2,2	2,2	4,4
	6-30 minutos	21	23,3	23,3	27,8
	31-60 minutos	19	21,1	21,1	48,9
	Mais de 60 minutos	46	51,1	51,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	2	2,2	2,2	2,2
	Não	47	52,2	52,2	54,4
	Sim	41	45,6	45,6	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	7	7,8	7,8	7,8
	O primeiro da manhã	28	31,1	31,1	38,9
	Qualquer outro	55	61,1	61,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	4	4,4	4,4	4,4
	Não	78	86,7	86,7	91,1
	Sim	8	8,9	8,9	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	4	4,4	4,4	4,4
	Não	60	66,7	66,7	71,1
	Sim	26	28,9	28,9	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	1	1,1	1,1	1,1
	Raras vezes	20	22,2	22,2	23,3
	Às vezes	28	31,1	31,1	54,4
	Muitas vezes	29	32,2	32,2	86,7
	Sempre	12	13,3	13,3	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	2	2,2	2,2	2,2
	Raras vezes	15	16,7	16,7	18,9
	Às vezes	28	31,1	31,1	50,0
	Muitas vezes	33	36,7	36,7	86,7
	Sempre	12	13,3	13,3	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	5	5,6	5,6	5,6
	Raras vezes	18	20,0	20,0	25,6
	Às vezes	36	40,0	40,0	65,6
	Muitas vezes	20	22,2	22,2	87,8
	Sempre	11	12,2	12,2	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P21

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não tenho irmãos	16	17,8	17,8	17,8
	Não sei	3	3,3	3,3	21,1
	Não	42	46,7	46,7	67,8
	Sim	29	32,2	32,2	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P22

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não sei	5	5,6	5,6	5,6
	Não	40	44,4	44,4	50,0
	Sim	44	48,9	48,9	100,0
	Missing System	1	1,1	1,1	
	Total	90	100,0	100,0	

P23

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	1,1	1,1	1,1
	3	4	4,4	4,4	5,6
	4	14	15,6	15,6	21,1
	5	71	78,9	78,9	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P24

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	9	10,0	10,0	10,0
	3	11	12,2	12,2	22,2
	4	25	27,8	27,8	50,0
	5	45	50,0	50,0	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P25

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito desagradável	3	3,3	3,3	3,3
	Desagradável	7	7,8	7,8	11,1
	Nem desagradável nem agradável	9	10,0	10,0	21,1
	Agradável	55	61,1	61,1	82,2
	Muito agradável	16	17,8	17,8	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P26

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	11	12,2	12,2	12,2
	Discordo	22	24,4	24,4	36,7
	Nem concordo nem discordo	42	46,7	46,7	83,3
	Concordo	11	12,2	12,2	95,6
	Concordo totalmente	4	4,4	4,4	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P27

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	6	6,7	6,7	6,7
	Mau	15	16,7	16,7	23,3
	Nem bom nem mau	11	12,2	12,2	35,6
	Bom	44	48,9	48,9	84,4
	Muito bom	14	15,6	15,6	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P28

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	13	14,4	14,4	14,4
	Nem concordo nem discordo	27	30,0	30,0	44,4
	Concordo	32	35,6	35,6	80,0
	Concordo totalmente	18	20,0	20,0	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P29

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	30	33,3	33,3	33,3
	Discordo	31	34,4	34,4	67,8
	Nem concordo nem discordo	25	27,8	27,8	95,6
	Concordo	2	2,2	2,2	97,8
	Concordo totalmente	2	2,2	2,2	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P30

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	1,1	1,1	1,1
	Discordo	1	1,1	1,1	2,2
	Nem concordo nem discordo	4	4,4	4,4	6,7
	Concordo	52	57,8	57,8	64,4
	Concordo totalmente	32	35,6	35,6	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P31

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	67	74,4	74,4	74,4
	Discordo	21	23,3	23,3	97,8
	Nem concordo nem discordo	2	2,2	2,2	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P32

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	1,1	1,1	1,1
	Discordo	4	4,4	4,4	5,6
	Nem concordo nem discordo	20	22,2	22,2	27,8
	Concordo	57	63,3	63,3	91,1
	Concordo totalmente	8	8,9	8,9	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P33

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	6	6,7	6,7	6,7
	Discordo	10	11,1	11,1	17,8
	Nem concordo nem discordo	14	15,6	15,6	33,3
	Concordo	52	57,8	57,8	91,1
	Concordo totalmente	8	8,9	8,9	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P34

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	3	3,3	3,3	3,3
	Discordo	12	13,3	13,3	16,7
	Nem concordo nem discordo	46	51,1	51,1	67,8
	Concordo	22	24,4	24,4	92,2
	Concordo totalmente	7	7,8	7,8	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P35

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	3	3,3	3,3	3,3
	Discordo	13	14,4	14,4	17,8
	Nem concordo nem discordo	37	41,1	41,1	58,9
	Concordo	28	31,1	31,1	90,0
	Concordo totalmente	9	10,0	10,0	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P36

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	72	80,0	80,0	80,0
	Discordo	16	17,8	17,8	97,8
	Nem concordo nem discordo	2	2,2	2,2	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P37

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	7	7,8	7,8	7,8
	Discordo	14	15,6	15,6	23,3
	Nem concordo nem discordo	46	51,1	51,1	74,4
	Concordo	20	22,2	22,2	96,7
	Concordo totalmente	3	3,3	3,3	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P38

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	34	37,8	37,8	37,8
	Discordo	18	20,0	20,0	57,8
	Nem concordo nem discordo	31	34,4	34,4	92,2
	Concordo	7	7,8	7,8	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P39

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	51	56,7	56,7	56,7
	Discordo	22	24,4	24,4	81,1
	Nem concordo nem discordo	14	15,6	15,6	96,7
	Concordo	3	3,3	3,3	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P40

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	2	2,2	2,2	2,2
	Discordo	6	6,7	6,7	8,9
	Nem concordo nem discordo	21	23,3	23,3	32,2
	Concordo	34	37,8	37,8	70,0
	Concordo totalmente	27	30,0	30,0	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	34	37,8	37,8	37,8
	Discordo	23	25,6	25,6	63,3
	Nem concordo nem discordo	25	27,8	27,8	91,1
	Concordo	8	8,9	8,9	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P42

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	13	14,4	14,6	14,6
	Discordo	17	18,9	19,1	33,7
	Nem concordo nem discordo	24	26,7	27,0	60,7
	Concordo	31	34,4	34,8	95,5
	Concordo totalmente	4	4,4	4,5	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P43

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	20	22,2	22,5	22,5
	Discordo	22	24,4	24,7	47,2
	Nem concordo nem discordo	23	25,6	25,8	73,0
	Concordo	22	24,4	24,7	97,8
	Concordo totalmente	2	2,2	2,2	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P44

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	1,1	1,1	1,1
	Nem concordo nem discordo	5	5,6	5,6	6,7
	Concordo	44	48,9	48,9	55,6
	Concordo totalmente	40	44,4	44,4	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P45

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	28	31,1	31,1	31,1
	Discordo	40	44,4	44,4	75,6
	Nem concordo nem discordo	15	16,7	16,7	92,2
	Concordo	6	6,7	6,7	98,9
	Concordo totalmente	1	1,1	1,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P46

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	19	21,1	21,1	21,1
	Discordo	41	45,6	45,6	66,7
	Nem concordo nem discordo	18	20,0	20,0	86,7
	Concordo	11	12,2	12,2	98,9
	Concordo totalmente	1	1,1	1,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P47

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	10	11,1	11,1	11,1
	Discordo	34	37,8	37,8	48,9
	Nem concordo nem discordo	30	33,3	33,3	82,2
	Concordo	15	16,7	16,7	98,9
	Concordo totalmente	1	1,1	1,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P48

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	18	20,0	20,0	20,0
	Discordo	48	53,3	53,3	73,3
	Nem concordo nem discordo	21	23,3	23,3	96,7
	Concordo	2	2,2	2,2	98,9
	Concordo totalmente	1	1,1	1,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P49

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	27	30,0	30,0	30,0
	Discordo	55	61,1	61,1	91,1
	Nem concordo nem discordo	7	7,8	7,8	98,9
	Concordo	1	1,1	1,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P50

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mau	3	3,3	3,3	3,3
	Nem bom nem mau	11	12,2	12,2	15,6
	Bom	24	26,7	26,7	42,2
	Muito bom	52	57,8	57,8	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	1	1,1	1,1	1,1
	Nem bom nem mau	1	1,1	1,1	2,2
	Bom	23	25,6	25,6	27,8
	Muito bom	65	72,2	72,2	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P52

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	45	50,0	50,0	50,0
	Mau	36	40,0	40,0	90,0
	Nem bom nem mau	8	8,9	8,9	98,9
	Muito bom	1	1,1	1,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P53

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	2	2,2	2,2	2,2
	Nem bom nem mau	1	1,1	1,1	3,3
	Bom	16	17,8	17,8	21,1
	Muito bom	71	78,9	78,9	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P54

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	3	3,3	3,3	3,3
	Nem bom nem mau	1	1,1	1,1	4,4
	Bom	23	25,6	25,6	30,0
	Muito bom	63	70,0	70,0	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P55

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	85	94,4	94,4	94,4
	Mau	3	3,3	3,3	97,8
	Bom	2	2,2	2,2	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P56

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	84	93,3	93,3	93,3
	Mau	6	6,7	6,7	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P57

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	74	82,2	82,2	82,2
	Mau	15	16,7	16,7	98,9
	Nem bom nem mau	1	1,1	1,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P58

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mau	1	1,1	1,1	1,1
	Nem bom nem mau	78	86,7	86,7	87,8
	Bom	9	10,0	10,0	97,8
	Muito bom	2	2,2	2,2	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P59

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	3	3,3	3,3	3,3
	Mau	1	1,1	1,1	4,4
	Nem bom nem mau	3	3,3	3,3	7,8
	Bom	17	18,9	18,9	26,7
	Muito bom	66	73,3	73,3	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P60

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	35	38,9	38,9	38,9
	Mau	42	46,7	46,7	85,6
	Nem bom nem mau	12	13,3	13,3	98,9
	Muito bom	1	1,1	1,1	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P61

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	2	2,2	2,2	2,2
	Nem bom nem mau	23	25,6	25,6	27,8
	Bom	35	38,9	38,9	66,7
	Muito bom	30	33,3	33,3	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P62

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	1	1,1	1,1	1,1
	Mau	1	1,1	1,1	2,2
	Nem bom nem mau	2	2,2	2,2	4,4
	Bom	23	25,6	25,6	30,0
	Muito bom	63	70,0	70,0	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P63

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	1	1,1	1,1	1,1
	Nem bom nem mau	4	4,4	4,4	5,6
	Bom	27	30,0	30,0	35,6
	Muito bom	58	64,4	64,4	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P64

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	3	3,3	3,3	3,3
	Nem concordo nem discordo	18	20,0	20,0	23,3
	Concordo	21	23,3	23,3	46,7
	Concordo totalmente	48	53,3	53,3	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P65

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	2	2,2	2,2	2,2
	Discordo	6	6,7	6,7	8,9
	Nem concordo nem discordo	12	13,3	13,3	22,2
	Concordo	29	32,2	32,2	54,4
	Concordo totalmente	41	45,6	45,6	100,0
	Total	90	100,0	100,0	

P66

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não tenho irmãos	17	18,9	19,1	19,1
	Discordo totalmente	2	2,2	2,2	21,3
	Discordo	3	3,3	3,4	24,7
	Nem concordo nem discordo	10	11,1	11,2	36,0
	Concordo	23	25,6	25,8	61,8
	Concordo totalmente	34	37,8	38,2	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P67

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	12	13,3	13,5	13,5
	Nem concordo nem discordo	22	24,4	24,7	38,2
	Concordo	42	46,7	47,2	85,4
	Concordo totalmente	13	14,4	14,6	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P68

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	1,1	1,1	1,1
	Discordo	14	15,6	15,7	16,9
	Nem concordo nem discordo	29	32,2	32,6	49,4
	Concordo	38	42,2	42,7	92,1
	Concordo totalmente	7	7,8	7,9	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P69

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não tenho irmãos	16	17,8	18,0	18,0
	Discordo totalmente	4	4,4	4,5	22,5
	Discordo	11	12,2	12,4	34,8
	Nem concordo nem discordo	26	28,9	29,2	64,0
	Concordo	25	27,8	28,1	92,1
	Concordo totalmente	7	7,8	7,9	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P70

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Discordo totalmente	3	3,3	3,4	4,5
	Discordo	21	23,3	23,6	28,1
	Nem concordo nem discordo	24	26,7	27,0	55,1
	Concordo	36	40,0	40,4	95,5
	Concordo totalmente	4	4,4	4,5	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P71

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	6	6,7	6,7	6,7
	Discordo	20	22,2	22,5	29,2
	Nem concordo nem discordo	17	18,9	19,1	48,3
	Concordo	42	46,7	47,2	95,5
	Concordo totalmente	4	4,4	4,5	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P72

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	2	2,2	2,2	2,2
	Discordo	15	16,7	16,9	19,1
	Nem concordo nem discordo	23	25,6	25,8	44,9
	Concordo	44	48,9	49,4	94,4
	Concordo totalmente	5	5,6	5,6	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P73

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	2	2,2	2,2	2,2
	Discordo	19	21,1	21,3	23,6
	Nem concordo nem discordo	31	34,4	34,8	58,4
	Concordo	31	34,4	34,8	93,3
	Concordo totalmente	6	6,7	6,7	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P74

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	1,1	1,1	1,1
	Discordo	2	2,2	2,2	3,4
	Nem concordo nem discordo	6	6,7	6,7	10,1
	Concordo	32	35,6	36,0	46,1
	Concordo totalmente	48	53,3	53,9	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P75

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem concordo nem discordo	1	1,1	1,1	1,1
	Concordo	22	24,4	24,7	25,8
	Concordo totalmente	66	73,3	74,2	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P76

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	2	2,2	2,2	2,2
	Nem concordo nem discordo	4	4,4	4,5	6,7
	Concordo	34	37,8	38,2	44,9
	Concordo totalmente	49	54,4	55,1	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P77

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem concordo nem discordo	1	1,1	1,1	1,1
	Concordo	34	37,8	38,2	39,3
	Concordo totalmente	54	60,0	60,7	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P78

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bom	53	58,9	59,6	59,6
	Razoável	34	37,8	38,2	97,8
	Mau	2	2,2	2,2	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P79

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem concordo nem discordo	4	4,4	4,5	4,5
	Concordo	31	34,4	34,8	39,3
	Concordo totalmente	54	60,0	60,7	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P80

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito	46	51,1	51,7	51,7
	Bastante	41	45,6	46,1	97,8
	Pouco	2	2,2	2,2	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P81

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	5	5,6	5,6	5,6
	Discordo	20	22,2	22,5	28,1
	Nem concordo nem discordo	18	20,0	20,2	48,3
	Concordo	29	32,2	32,6	80,9
	Concordo totalmente	17	18,9	19,1	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P82

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	4	4,4	4,5	4,5
	Discordo	16	17,8	18,0	22,5
	Nem concordo nem discordo	31	34,4	34,8	57,3
	Concordo	28	31,1	31,5	88,8
	Concordo totalmente	10	11,1	11,2	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P83

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	5	5,6	5,6	5,6
	Sim	50	55,6	56,2	61,8
	Não	34	37,8	38,2	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P84

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	-1	5	5,6	5,7	5,7
	0	41	45,6	47,1	52,9
	1	9	10,0	10,3	63,2
	2	8	8,9	9,2	72,4
	3	8	8,9	9,2	81,6
	4	1	1,1	1,1	82,8
	5	1	1,1	1,1	83,9
	6	7	7,8	8,0	92,0
	8	1	1,1	1,1	93,1
	12	3	3,3	3,4	96,6
	24	1	1,1	1,1	97,7
	32	1	1,1	1,1	98,9
	48	1	1,1	1,1	100,0
	Total	87	96,7	100,0	
Missing	System	3	3,3		
Total		90	100,0		

P85

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	9	10,0	10,1	10,1
	Sim, nos próximos 30 dias terei deixado de fumar	2	2,2	2,2	12,4
	Sim, nos próximos 6 meses terei deixado de fumar	30	33,3	33,7	46,1
	Não, não penso em deixar de fumar	48	53,3	53,9	100,0
	Total	89	98,9	100,0	
Missing	System	1	1,1		
Total		90	100,0		

P86

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	1	1,1	1,1	1,1
	Discordo totalmente	19	21,1	21,6	22,7
	Discordo	18	20,0	20,5	43,2
	Nem concordo nem discordo	8	8,9	9,1	52,3
	Concordo	35	38,9	39,8	92,0
	Concordo totalmente	7	7,8	8,0	100,0
	Total	88	97,8	100,0	
Missing	System	2	2,2		
Total		90	100,0		

ANEXO F

2. GRUPO – FUMADORES OCASIONAIS

P1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	5,0	5,1	5,1
	2	11	27,5	28,2	33,3
	3	8	20,0	20,5	53,8
	4	5	12,5	12,8	66,7
	5	11	27,5	28,2	94,9
	6	2	5,0	5,1	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18	2	5,0	5,0	5,0
	19	6	15,0	15,0	20,0
	20	1	2,5	2,5	22,5
	21	5	12,5	12,5	35,0
	22	6	15,0	15,0	50,0
	23	4	10,0	10,0	60,0
	24	2	5,0	5,0	65,0
	25	3	7,5	7,5	72,5
	26	1	2,5	2,5	75,0
	28	1	2,5	2,5	77,5
	32	2	5,0	5,0	82,5
	33	1	2,5	2,5	85,0
	35	1	2,5	2,5	87,5
	36	1	2,5	2,5	90,0
	39	1	2,5	2,5	92,5
	40	2	5,0	5,0	97,5
	44	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	31	77,5	77,5	77,5
	Masculino	9	22,5	22,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	40	100,0	100,0	100,0

P5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	24	60,0	60,0	60,0
	Sim	16	40,0	40,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	40	100,0	100,0	100,0

P7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	31	77,5	77,5	77,5
	Sim	9	22,5	22,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca fumei	7	17,5	17,5	17,5
	menos de 1 hora	3	7,5	7,5	25,0
	1-2 horas	1	2,5	2,5	27,5
	12-24 horas	2	5,0	5,0	32,5
	Mais de uma semana	5	12,5	12,5	45,0
	Mais de um mês	1	2,5	2,5	47,5
	1-6 meses	4	10,0	10,0	57,5
	6 meses- 1 ano	2	5,0	5,0	62,5
	1-2 anos	1	2,5	2,5	65,0
	2-5 anos	1	2,5	2,5	67,5
	Mais de 5 anos	13	32,5	32,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	22	55,0	61,1	61,1
	13	1	2,5	2,8	63,9
	14	2	5,0	5,6	69,4
	15	4	10,0	11,1	80,6
	16	2	5,0	5,6	86,1
	17	1	2,5	2,8	88,9
	18	1	2,5	2,8	91,7
	19	2	5,0	5,6	97,2
	20	1	2,5	2,8	100,0
	Total	36	90,0	100,0	
Missing	System	4	10,0		
Total		40	100,0		

P11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não de certeza que não	23	57,5	59,0	59,0
	Não, provavelmente não	5	12,5	12,8	71,8
	Não tenho a certeza	8	20,0	20,5	92,3
	Sim, provavelmente	2	5,0	5,1	97,4
	Sim, certamente	1	2,5	2,6	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não de certeza que não	20	50,0	51,3	51,3
	Não, provavelmente não	10	25,0	25,6	76,9
	Não tenho a certeza	7	17,5	17,9	94,9
	Sim, certamente	2	5,0	5,1	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	35	87,5	89,7	89,7
	5 minutos ou menos	1	2,5	2,6	92,3
	Mais de 60 minutos	3	7,5	7,7	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	33	82,5	84,6	84,6
	Não	5	12,5	12,8	97,4
	Sim	1	2,5	2,6	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	37	92,5	94,9	94,9
	O primeiro da manhã	1	2,5	2,6	97,4
	Qualquer outro	1	2,5	2,6	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	36	90,0	92,3	92,3
	Não	3	7,5	7,7	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	35	87,5	89,7	89,7
	Não	4	10,0	10,3	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	32	80,0	82,1	82,1
	Raras vezes	3	7,5	7,7	89,7
	Às vezes	3	7,5	7,7	97,4
	Muitas vezes	1	2,5	2,6	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	34	85,0	87,2	87,2
	Raras vezes	4	10,0	10,3	97,4
	Às vezes	1	2,5	2,6	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	34	85,0	87,2	87,2
	Raras vezes	4	10,0	10,3	97,4
	Às vezes	1	2,5	2,6	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P21

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não tenho irmãos	10	25,0	25,0	25,0
	Não sei	3	7,5	7,5	32,5
	Não	16	40,0	40,0	72,5
	Sim	11	27,5	27,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P22

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não sei	1	2,5	2,5	2,5
	Não	24	60,0	60,0	62,5
	Sim	15	37,5	37,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P23

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhum	2	5,0	5,0	5,0
	1	3	7,5	7,5	12,5
	2	5	12,5	12,5	25,0
	3	4	10,0	10,0	35,0
	4	5	12,5	12,5	47,5
	5	21	52,5	52,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P24

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhum	5	12,5	12,5	12,5
	1	6	15,0	15,0	27,5
	2	11	27,5	27,5	55,0
	3	6	15,0	15,0	70,0
	4	5	12,5	12,5	82,5
	5	7	17,5	17,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P25

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito desagradável	19	47,5	47,5	47,5
	Desagradável	8	20,0	20,0	67,5
	Nem desagradável nem agradável	9	22,5	22,5	90,0
	Agradável	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P26

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	13	32,5	32,5	32,5
	Discordo	13	32,5	32,5	65,0
	Nem concordo nem discordo	11	27,5	27,5	92,5
	Concordo	2	5,0	5,0	97,5
	Concordo totalmente	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P27

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	22	55,0	55,0	55,0
	Mau	10	25,0	25,0	80,0
	Nem bom nem mau	6	15,0	15,0	95,0
	Bom	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P28

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	4	10,0	10,0	10,0
	Nem concordo nem discordo	9	22,5	22,5	32,5
	Concordo	6	15,0	15,0	47,5
	Concordo totalmente	21	52,5	52,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P29

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	20	50,0	50,0	50,0
	Discordo	10	25,0	25,0	75,0
	Nem concordo nem discordo	7	17,5	17,5	92,5
	Concordo	3	7,5	7,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P30

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	2,5	2,5	2,5
	Nem concordo nem discordo	2	5,0	5,0	7,5
	Concordo	9	22,5	22,5	30,0
	Concordo totalmente	28	70,0	70,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P31

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	31	77,5	77,5	77,5
	Discordo	6	15,0	15,0	92,5
	Nem concordo nem discordo	3	7,5	7,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P32

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	20	50,0	50,0	50,0
	Discordo	8	20,0	20,0	70,0
	Nem concordo nem discordo	10	25,0	25,0	95,0
	Concordo	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P33

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	18	45,0	45,0	45,0
	Discordo	8	20,0	20,0	65,0
	Nem concordo nem discordo	10	25,0	25,0	90,0
	Concordo	3	7,5	7,5	97,5
	Concordo totalmente	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P34

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	3	7,5	7,5	7,5
	Nem concordo nem discordo	14	35,0	35,0	42,5
	Concordo	18	45,0	45,0	87,5
	Concordo totalmente	5	12,5	12,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P35

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	5	12,5	12,5	12,5
	Nem concordo nem discordo	18	45,0	45,0	57,5
	Concordo	13	32,5	32,5	90,0
	Concordo totalmente	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P36

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	26	65,0	65,0	65,0
	Discordo	8	20,0	20,0	85,0
	Nem concordo nem discordo	5	12,5	12,5	97,5
	Concordo	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P37

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	2,5	2,5	2,5
	Discordo totalmente	1	2,5	2,5	5,0
	Discordo	4	10,0	10,0	15,0
	Nem concordo nem discordo	18	45,0	45,0	60,0
	Concordo	12	30,0	30,0	90,0
	Concordo totalmente	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P38

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	14	35,0	35,0	35,0
	Discordo	9	22,5	22,5	57,5
	Nem concordo nem discordo	13	32,5	32,5	90,0
	Concordo	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P39

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	29	72,5	72,5	72,5
	Discordo	5	12,5	12,5	85,0
	Nem concordo nem discordo	6	15,0	15,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P40

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	5	12,5	12,5	12,5
	Nem concordo nem discordo	12	30,0	30,0	42,5
	Concordo	18	45,0	45,0	87,5
	Concordo totalmente	5	12,5	12,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	13	32,5	32,5	32,5
	Discordo	13	32,5	32,5	65,0
	Nem concordo nem discordo	13	32,5	32,5	97,5
	Concordo totalmente	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P42

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	14	35,0	35,0	35,0
	Discordo	15	37,5	37,5	72,5
	Nem concordo nem discordo	11	27,5	27,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P43

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	18	45,0	45,0	45,0
	Discordo	13	32,5	32,5	77,5
	Nem concordo nem discordo	9	22,5	22,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P44

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	1	2,5	2,5	2,5
	Nem concordo nem discordo	1	2,5	2,5	5,0
	Concordo	22	55,0	55,0	60,0
	Concordo totalmente	16	40,0	40,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P45

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	13	32,5	32,5	32,5
	Discordo	15	37,5	37,5	70,0
	Nem concordo nem discordo	11	27,5	27,5	97,5
	Concordo	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P46

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	13	32,5	32,5	32,5
	Discordo	19	47,5	47,5	80,0
	Nem concordo nem discordo	5	12,5	12,5	92,5
	Concordo	3	7,5	7,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P47

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	12	30,0	30,0	30,0
	Discordo	13	32,5	32,5	62,5
	Nem concordo nem discordo	10	25,0	25,0	87,5
	Concordo	5	12,5	12,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P48

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	13	32,5	32,5	32,5
	Discordo	20	50,0	50,0	82,5
	Nem concordo nem discordo	6	15,0	15,0	97,5
	Concordo	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P49

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	16	40,0	40,0	40,0
	Discordo	22	55,0	55,0	95,0
	Nem concordo nem discordo	1	2,5	2,5	97,5
	Concordo totalmente	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P50

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem bom nem mau	5	12,5	12,5	12,5
	Bom	11	27,5	27,5	40,0
	Muito bom	24	60,0	60,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bom	3	7,5	7,5	7,5
	Muito bom	37	92,5	92,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P52

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	21	52,5	52,5	52,5
	Mau	12	30,0	30,0	82,5
	Nem bom nem mau	7	17,5	17,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P53

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	1	2,5	2,5	2,5
	Bom	2	5,0	5,0	7,5
	Muito bom	37	92,5	92,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P54

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem bom nem mau	3	7,5	7,5	7,5
	Bom	8	20,0	20,0	27,5
	Muito bom	29	72,5	72,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P55

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	37	92,5	92,5	92,5
	Mau	3	7,5	7,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P56

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	38	95,0	95,0	95,0
	Mau	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P57

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	36	90,0	90,0	90,0
	Mau	4	10,0	10,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P58

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mau	1	2,5	2,5	2,5
	Nem bom nem mau	32	80,0	80,0	82,5
	Bom	6	15,0	15,0	97,5
	Muito bom	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P59

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	1	2,5	2,5	2,5
	Nem bom nem mau	2	5,0	5,0	7,5
	Bom	12	30,0	30,0	37,5
	Muito bom	25	62,5	62,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P60

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	30	75,0	75,0	75,0
	Mau	9	22,5	22,5	97,5
	Nem bom nem mau	1	2,5	2,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P61

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem bom nem mau	6	15,0	15,0	15,0
	Bom	21	52,5	52,5	67,5
	Muito bom	13	32,5	32,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P62

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	1	2,5	2,5	2,5
	Nem bom nem mau	2	5,0	5,0	7,5
	Bom	13	32,5	32,5	40,0
	Muito bom	24	60,0	60,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P63

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem bom nem mau	3	7,5	7,5	7,5
	Bom	16	40,0	40,0	47,5
	Muito bom	21	52,5	52,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P64

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	11	27,5	27,5	27,5
	Discordo	8	20,0	20,0	47,5
	Nem concordo nem discordo	12	30,0	30,0	77,5
	Concordo	6	15,0	15,0	92,5
	Concordo totalmente	3	7,5	7,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P65

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	20	50,0	50,0	50,0
	Discordo	9	22,5	22,5	72,5
	Nem concordo nem discordo	7	17,5	17,5	90,0
	Concordo	2	5,0	5,0	95,0
	Concordo totalmente	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P65

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	20	50,0	50,0	50,0
	Discordo	9	22,5	22,5	72,5
	Nem concordo nem discordo	7	17,5	17,5	90,0
	Concordo	2	5,0	5,0	95,0
	Concordo totalmente	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P66

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não tenho irmãos	10	25,0	25,0	25,0
	Discordo totalmente	12	30,0	30,0	55,0
	Discordo	5	12,5	12,5	67,5
	Nem concordo nem discordo	5	12,5	12,5	80,0
	Concordo	3	7,5	7,5	87,5
	Concordo totalmente	5	12,5	12,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P67

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	3	7,5	7,5	7,5
	Discordo	7	17,5	17,5	25,0
	Nem concordo nem discordo	10	25,0	25,0	50,0
	Concordo	18	45,0	45,0	95,0
	Concordo totalmente	2	5,0	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P68

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	5	12,5	12,5	12,5
	Discordo	13	32,5	32,5	45,0
	Nem concordo nem discordo	15	37,5	37,5	82,5
	Concordo	7	17,5	17,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P69

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não tenho irmãos	8	20,0	20,0	20,0
	Discordo totalmente	2	5,0	5,0	25,0
	Discordo	10	25,0	25,0	50,0
	Nem concordo nem discordo	10	25,0	25,0	75,0
	Concordo	10	25,0	25,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P70

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	14	35,0	35,0	35,0
	Nem concordo nem discordo	16	40,0	40,0	75,0
	Concordo	10	25,0	25,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P71

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	3	7,5	7,5	7,5
	Discordo	9	22,5	22,5	30,0
	Nem concordo nem discordo	6	15,0	15,0	45,0
	Concordo	22	55,0	55,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0	

P72

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	3	7,5	7,7	7,7
	Discordo	6	15,0	15,4	23,1
	Nem concordo nem discordo	11	27,5	28,2	51,3
	Concordo	17	42,5	43,6	94,9
	Concordo totalmente	2	5,0	5,1	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P73

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	2,5	2,6	2,6
	Discordo	6	15,0	15,4	17,9
	Nem concordo nem discordo	15	37,5	38,5	56,4
	Concordo	17	42,5	43,6	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P74

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	2,5	2,6	2,6
	Discordo	1	2,5	2,6	5,1
	Nem concordo nem discordo	6	15,0	15,4	20,5
	Concordo	20	50,0	51,3	71,8
	Concordo totalmente	11	27,5	28,2	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P75

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem concordo nem discordo	1	2,5	2,6	2,6
	Concordo	15	37,5	38,5	41,0
	Concordo totalmente	23	57,5	59,0	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P76

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	2	5,0	5,1	5,1
	Nem concordo nem discordo	5	12,5	12,8	17,9
	Concordo	13	32,5	33,3	51,3
	Concordo totalmente	19	47,5	48,7	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P77

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	2,5	2,6	2,6
	Discordo	1	2,5	2,6	5,1
	Concordo	14	35,0	35,9	41,0
	Concordo totalmente	23	57,5	59,0	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P78

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bom	16	40,0	41,0	41,0
	Razoável	18	45,0	46,2	87,2
	Mau	5	12,5	12,8	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P79

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	2,5	2,6	2,6
	Discordo	1	2,5	2,6	5,1
	Nem concordo nem discordo	3	7,5	7,7	12,8
	Concordo	18	45,0	46,2	59,0
	Concordo totalmente	16	40,0	41,0	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P80

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito	25	62,5	64,1	64,1
	Bastante	13	32,5	33,3	97,4
	Nada	1	2,5	2,6	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P81

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	3	7,5	7,7	7,7
	Nem concordo nem discordo	5	12,5	12,8	20,5
	Concordo	13	32,5	33,3	53,8
	Concordo totalmente	18	45,0	46,2	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P82

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	3	7,5	7,7	10,3
	Discordo	6	15,0	15,4	25,6
	Nem concordo nem discordo	11	27,5	28,2	53,8
	Concordo	16	40,0	41,0	94,9
	Concordo totalmente	2	5,0	5,1	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P83

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	35	87,5	89,7	89,7
	Sim	4	10,0	10,3	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P84

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	35	87,5	94,6	94,6
	3	1	2,5	2,7	97,3
	12	1	2,5	2,7	100,0
	Total	37	92,5	100,0	
Missing	System	3	7,5		
Total		40	100,0		

P85

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	37	92,5	94,9	94,9
	Sim, nos próximos 6 meses terei deixado de fumar	1	2,5	2,6	97,4
	Não, não penso em deixar de fumar	1	2,5	2,6	100,0
	Total	39	97,5	100,0	
Missing	System	1	2,5		
Total		40	100,0		

P86

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	36	90,0	94,7	94,7
	Concordo	1	2,5	2,6	97,4
	Concordo totalmente	1	2,5	2,6	100,0
	Total	38	95,0	100,0	
Missing	System	2	5,0		
Total		40	100,0		

ANEXO G

3. GRUPO – EX-FUMADORES

P1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	11,8	12,5	12,5
	2	7	41,2	43,8	56,3
	3	3	17,6	18,8	75,0
	4	2	11,8	12,5	87,5
	5	2	11,8	12,5	100,0
	Total	16	94,1	100,0	
Missing	System	1	5,9		
Total		17	100,0		

P2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18	1	5,9	5,9	5,9
	19	3	17,6	17,6	23,5
	20	1	5,9	5,9	29,4
	21	1	5,9	5,9	35,3
	22	4	23,5	23,5	58,8
	23	4	23,5	23,5	82,4
	38	2	11,8	11,8	94,1
	40	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	15	88,2	88,2	88,2
	Masculino	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	17	100,0	100,0	100,0

P5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	17	100,0	100,0	100,0

P6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	17	100,0	100,0	100,0

P7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	17	100,0	100,0	100,0

P8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-6 meses	5	29,4	29,4	29,4
	1-2 anos	6	35,3	35,3	64,7
	2-5 anos	3	17,6	17,6	82,4
	Mais de 5 anos	3	17,6	17,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	13	2	11,8	11,8	11,8
	14	2	11,8	11,8	23,5
	15	5	29,4	29,4	52,9
	16	3	17,6	17,6	70,6
	17	1	5,9	5,9	76,5
	18	2	11,8	11,8	88,2
	20	1	5,9	5,9	94,1
	21	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não de certeza que não	5	29,4	29,4	29,4
	Não, provavelmente não	8	47,1	47,1	76,5
	Não tenho a certeza	3	17,6	17,6	94,1
	Sim, provavelmente	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não de certeza que não	7	41,2	41,2	41,2
	Não, provavelmente não	8	47,1	47,1	88,2
	Não tenho a certeza	1	5,9	5,9	94,1
	Sim, provavelmente	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	16	94,1	94,1	94,1
	Mais de 60 minutos	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	13	76,5	76,5	76,5
	Não	4	23,5	23,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	17	100,0	100,0	100,0

P16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	16	94,1	94,1	94,1
	Sim	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	15	88,2	88,2	88,2
	Não	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	17	100,0	100,0	100,0

P19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	17	100,0	100,0	100,0

P20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	16	94,1	94,1	94,1
	Raras vezes	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P21

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não tenho irmãos	2	11,8	11,8	11,8
	Não sei	1	5,9	5,9	17,6
	Não	9	52,9	52,9	70,6
	Sim	5	29,4	29,4	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P22

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não sei	1	5,9	5,9	5,9
	Não	13	76,5	76,5	82,4
	Sim	3	17,6	17,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P23

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	5,9	5,9	5,9
	3	3	17,6	17,6	23,5
	4	3	17,6	17,6	41,2
	5	10	58,8	58,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P24

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	1	5,9	5,9	5,9
	2	5	29,4	29,4	35,3
	3	5	29,4	29,4	64,7
	4	3	17,6	17,6	82,4
	5	3	17,6	17,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P25

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito desagradável	4	23,5	23,5	23,5
	Desagradável	4	23,5	23,5	47,1
	Nem desagradável nem agradável	5	29,4	29,4	76,5
	Agradável	3	17,6	17,6	94,1
	Muito agradável	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P26

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	5	29,4	29,4	29,4
	Discordo	5	29,4	29,4	58,8
	Nem concordo nem discordo	7	41,2	41,2	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P27

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	6	35,3	35,3	35,3
	Mau	3	17,6	17,6	52,9
	Nem bom nem mau	4	23,5	23,5	76,5
	Bom	4	23,5	23,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P28

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem concordo nem discordo	4	23,5	23,5	23,5
	Concordo	7	41,2	41,2	64,7
	Concordo totalmente	6	35,3	35,3	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P29

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	8	47,1	47,1	47,1
	Discordo	2	11,8	11,8	58,8
	Nem concordo nem discordo	5	29,4	29,4	88,2
	Concordo	1	5,9	5,9	94,1
	Concordo totalmente	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P30

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	5,9	5,9	5,9
	Nem concordo nem discordo	1	5,9	5,9	11,8
	Concordo	2	11,8	11,8	23,5
	Concordo totalmente	13	76,5	76,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P31

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	14	82,4	82,4	82,4
	Discordo	2	11,8	11,8	94,1
	Nem concordo nem discordo	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P32

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	6	35,3	35,3	35,3
	Discordo	2	11,8	11,8	47,1
	Nem concordo nem discordo	6	35,3	35,3	82,4
	Concordo	2	11,8	11,8	94,1
	Concordo totalmente	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P33

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	5	29,4	29,4	29,4
	Discordo	5	29,4	29,4	58,8
	Nem concordo nem discordo	5	29,4	29,4	88,2
	Concordo	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P34

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	1	5,9	5,9	5,9
	Nem concordo nem discordo	3	17,6	17,6	23,5
	Concordo	11	64,7	64,7	88,2
	Concordo totalmente	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P35

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	1	5,9	5,9	5,9
	Nem concordo nem discordo	2	11,8	11,8	17,6
	Concordo	10	58,8	58,8	76,5
	Concordo totalmente	4	23,5	23,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P36

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	13	76,5	76,5	76,5
	Discordo	4	23,5	23,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P37

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem concordo nem discordo	9	52,9	52,9	52,9
	Concordo	5	29,4	29,4	82,4
	Concordo totalmente	3	17,6	17,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P38

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	8	47,1	47,1	47,1
	Discordo	3	17,6	17,6	64,7
	Nem concordo nem discordo	5	29,4	29,4	94,1
	Concordo	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P39

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	11	64,7	64,7	64,7
	Discordo	5	29,4	29,4	94,1
	Nem concordo nem discordo	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P40

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	2	11,8	11,8	11,8
	Discordo	3	17,6	17,6	29,4
	Nem concordo nem discordo	4	23,5	23,5	52,9
	Concordo	6	35,3	35,3	88,2
	Concordo totalmente	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	6	35,3	35,3	35,3
	Discordo	5	29,4	29,4	64,7
	Nem concordo nem discordo	6	35,3	35,3	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P42

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	7	41,2	41,2	41,2
	Discordo	5	29,4	29,4	70,6
	Nem concordo nem discordo	5	29,4	29,4	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P43

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	9	52,9	52,9	52,9
	Discordo	4	23,5	23,5	76,5
	Nem concordo nem discordo	4	23,5	23,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P44

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo	6	35,3	35,3	35,3
	Concordo totalmente	11	64,7	64,7	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P45

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	7	41,2	41,2	41,2
	Discordo	7	41,2	41,2	82,4
	Nem concordo nem discordo	1	5,9	5,9	88,2
	Concordo	1	5,9	5,9	94,1
	Concordo totalmente	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P46

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	7	41,2	41,2	41,2
	Discordo	9	52,9	52,9	94,1
	Concordo	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P47

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	7	41,2	41,2	41,2
	Discordo	8	47,1	47,1	88,2
	Nem concordo nem discordo	2	11,8	11,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P48

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	7	41,2	41,2	41,2
	Discordo	9	52,9	52,9	94,1
	Nem concordo nem discordo	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P49

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	10	58,8	58,8	58,8
	Discordo	7	41,2	41,2	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P50

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mau	1	5,9	5,9	5,9
	Nem bom nem mau	1	5,9	5,9	11,8
	Bom	4	23,5	23,5	35,3
	Muito bom	11	64,7	64,7	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bom	1	5,9	5,9	5,9
	Muito bom	16	94,1	94,1	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P52

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	7	41,2	41,2	41,2
	Mau	5	29,4	29,4	70,6
	Nem bom nem mau	5	29,4	29,4	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P53

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	1	5,9	5,9	5,9
	Bom	2	11,8	11,8	17,6
	Muito bom	14	82,4	82,4	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P54

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bom	2	11,8	11,8	11,8
	Muito bom	15	88,2	88,2	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P55

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	16	94,1	94,1	94,1
	Mau	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P56

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	16	94,1	94,1	94,1
	Mau	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P57

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	14	82,4	82,4	82,4
	Mau	3	17,6	17,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P58

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem bom nem mau	14	82,4	82,4	82,4
	Bom	2	11,8	11,8	94,1
	Muito bom	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P59

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem bom nem mau	1	5,9	5,9	5,9
	Bom	4	23,5	23,5	29,4
	Muito bom	12	70,6	70,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P60

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	14	82,4	82,4	82,4
	Mau	2	11,8	11,8	94,1
	Nem bom nem mau	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P61

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	1	5,9	5,9	5,9
	Nem bom nem mau	7	41,2	41,2	47,1
	Bom	4	23,5	23,5	70,6
	Muito bom	5	29,4	29,4	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P62

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bom	4	23,5	23,5	23,5
	Muito bom	13	76,5	76,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P63

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem bom nem mau	1	5,9	5,9	5,9
	Bom	8	47,1	47,1	52,9
	Muito bom	8	47,1	47,1	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P64

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	5,9	5,9	5,9
	Discordo	2	11,8	11,8	17,6
	Nem concordo nem discordo	6	35,3	35,3	52,9
	Concordo	3	17,6	17,6	70,6
	Concordo totalmente	5	29,4	29,4	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P65

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	4	23,5	23,5	23,5
	Discordo	3	17,6	17,6	41,2
	Nem concordo nem discordo	4	23,5	23,5	64,7
	Concordo	2	11,8	11,8	76,5
	Concordo totalmente	4	23,5	23,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P66

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não tenho irmãos	3	17,6	17,6	17,6
	Discordo totalmente	2	11,8	11,8	29,4
	Discordo	2	11,8	11,8	41,2
	Nem concordo nem discordo	3	17,6	17,6	58,8
	Concordo	2	11,8	11,8	70,6
	Concordo totalmente	5	29,4	29,4	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P67

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem concordo nem discordo	5	29,4	29,4	29,4
	Concordo	11	64,7	64,7	94,1
	Concordo totalmente	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P68

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	2	11,8	11,8	11,8
	Nem concordo nem discordo	11	64,7	64,7	76,5
	Concordo	3	17,6	17,6	94,1
	Concordo totalmente	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P69

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não tenho irmãos	2	11,8	11,8	11,8
	Nem concordo nem discordo	11	64,7	64,7	76,5
	Concordo	4	23,5	23,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P70

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	5	29,4	29,4	29,4
	Nem concordo nem discordo	6	35,3	35,3	64,7
	Concordo	5	29,4	29,4	94,1
	Concordo totalmente	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P71

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	3	17,6	17,6	17,6
	Discordo	4	23,5	23,5	41,2
	Concordo	9	52,9	52,9	94,1
	Concordo totalmente	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P72

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	3	17,6	17,6	17,6
	Nem concordo nem discordo	3	17,6	17,6	35,3
	Concordo	10	58,8	58,8	94,1
	Concordo totalmente	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P73

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	2	11,8	11,8	11,8
	Nem concordo nem discordo	5	29,4	29,4	41,2
	Concordo	9	52,9	52,9	94,1
	Concordo totalmente	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P74

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem concordo nem discordo	4	23,5	23,5	23,5
	Concordo	5	29,4	29,4	52,9
	Concordo totalmente	8	47,1	47,1	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P75

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem concordo nem discordo	1	5,9	5,9	5,9
	Concordo	3	17,6	17,6	23,5
	Concordo totalmente	13	76,5	76,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P76

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem concordo nem discordo	4	23,5	23,5	23,5
	Concordo	5	29,4	29,4	52,9
	Concordo totalmente	8	47,1	47,1	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P77

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem concordo nem discordo	1	5,9	5,9	5,9
	Concordo	1	5,9	5,9	11,8
	Concordo totalmente	15	88,2	88,2	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P78

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bom	10	58,8	58,8	58,8
	Razoável	7	41,2	41,2	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P79

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo	7	41,2	41,2	41,2
	Concordo totalmente	10	58,8	58,8	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P80

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito	11	64,7	64,7	64,7
	Bastante	6	35,3	35,3	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P81

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	5,9	5,9	5,9
	Nem concordo nem discordo	2	11,8	11,8	17,6
	Concordo	9	52,9	52,9	70,6
	Concordo totalmente	5	29,4	29,4	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P82

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	3	17,6	17,6	17,6
	Nem concordo nem discordo	4	23,5	23,5	41,2
	Concordo	6	35,3	35,3	76,5
	Concordo totalmente	4	23,5	23,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P83

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	8	47,1	47,1	47,1
	Sim	9	52,9	52,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

P84

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	9	52,9	64,3	64,3
	1	3	17,6	21,4	85,7
	12	1	5,9	7,1	92,9
	24	1	5,9	7,1	100,0
	Total	14	82,4	100,0	
Missing	System	3	17,6		
Total		17	100,0		

P85

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	17	100,0	100,0	100,0

P86

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	16	94,1	94,1	94,1
	Concordo	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

ANEXO H

4. GRUPO – NÃO FUMADORES

P1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	2	12,5	13,3	13,3
	2	6	37,5	40,0	53,3
	4	5	31,3	33,3	86,7
	5	2	12,5	13,3	100,0
	Total	15	93,8	100,0	
Missing	System	1	6,3		
Total		16	100,0		

P2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	19	2	12,5	12,5	12,5
	20	1	6,3	6,3	18,8
	21	5	31,3	31,3	50,0
	22	1	6,3	6,3	56,3
	23	2	12,5	12,5	68,8
	24	1	6,3	6,3	75,0
	29	2	12,5	12,5	87,5
	48	1	6,3	6,3	93,8
	58	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Feminino	15	93,8	93,8	93,8
	Masculino	1	6,3	6,3	100,0
Total		16	100,0	100,0	

P4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	16	100,0	100,0	100,0

P5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	16	100,0	100,0	100,0

P6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	16	100,0	100,0	100,0

P7

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	16	100,0	100,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P8

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nunca fumei	16	100,0	100,0	100,0

P9

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	15	93,8	100,0	100,0
Missing	System	1	6,3		
Total		16	100,0		

P11

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não de certeza que não	14	87,5	87,5	87,5
	Não, provavelmente não	1	6,3	6,3	93,8
	Não tenho a certeza	1	6,3	6,3	100,0
Total		16	100,0	100,0	

P12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não de certeza que não	13	81,3	81,3	81,3
	Não, provavelmente não	2	12,5	12,5	93,8
	Não tenho a certeza	1	6,3	6,3	100,0
Total		16	100,0	100,0	

P13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	16	100,0	100,0	100,0

P14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	16	100,0	100,0	100,0

P15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	16	100,0	100,0	100,0

P16

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	16	100,0	100,0	100,0

P17

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	16	100,0	100,0	100,0

P18

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	16	100,0	100,0	100,0

P19

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	16	100,0	100,0	100,0

P20

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	16	100,0	100,0	100,0

P21

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não tenho irmãos	2	12,5	12,5	12,5
	Não	14	87,5	87,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P22

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não sei	2	12,5	12,5	12,5
	Não	6	37,5	37,5	50,0
	Sim	8	50,0	50,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P23

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhum	2	12,5	12,5	12,5
	1	1	6,3	6,3	18,8
	2	1	6,3	6,3	25,0
	3	4	25,0	25,0	50,0
	4	3	18,8	18,8	68,8
	5	5	31,3	31,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P24

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nenhum	5	31,3	31,3	31,3
	1	1	6,3	6,3	37,5
	2	3	18,8	18,8	56,3
	3	2	12,5	12,5	68,8
	4	4	25,0	25,0	93,8
	5	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P25

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito desagradável	6	37,5	37,5	37,5
	Desagradável	5	31,3	31,3	68,8
	Nem desagradável nem agradável	4	25,0	25,0	93,8
	Muito agradável	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P26

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	6	37,5	37,5	37,5
	Discordo	6	37,5	37,5	75,0
	Nem concordo nem discordo	2	12,5	12,5	87,5
	Concordo	2	12,5	12,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P27

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	10	62,5	62,5	62,5
	Mau	4	25,0	25,0	87,5
	Nem bom nem mau	2	12,5	12,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P28

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3
	Discordo	1	6,3	6,3	12,5
	Nem concordo nem discordo	3	18,8	18,8	31,3
	Concordo	3	18,8	18,8	50,0
	Concordo totalmente	8	50,0	50,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P29

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	10	62,5	62,5	62,5
	Discordo	4	25,0	25,0	87,5
	Nem concordo nem discordo	2	12,5	12,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P30

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	2	12,5	12,5	12,5
	Discordo	1	6,3	6,3	18,8
	Nem concordo nem discordo	1	6,3	6,3	25,0
	Concordo	5	31,3	31,3	56,3
	Concordo totalmente	7	43,8	43,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P31

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	12	75,0	75,0	75,0
	Discordo	3	18,8	18,8	93,8
	Nem concordo nem discordo	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P32

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	11	68,8	68,8	68,8
	Discordo	2	12,5	12,5	81,3
	Nem concordo nem discordo	3	18,8	18,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P33

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	11	68,8	68,8	68,8
	Discordo	2	12,5	12,5	81,3
	Nem concordo nem discordo	3	18,8	18,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P34

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	2	12,5	12,5	12,5
	Nem concordo nem discordo	5	31,3	31,3	43,8
	Concordo	7	43,8	43,8	87,5
	Concordo totalmente	2	12,5	12,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P35

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	1	6,3	6,3	6,3
	Nem concordo nem discordo	8	50,0	50,0	56,3
	Concordo	5	31,3	31,3	87,5
	Concordo totalmente	2	12,5	12,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P36

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	11	68,8	68,8	68,8
	Discordo	5	31,3	31,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P37

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	3	18,8	18,8	18,8
	Nem concordo nem discordo	7	43,8	43,8	62,5
	Concordo	5	31,3	31,3	93,8
	Concordo totalmente	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P38

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	8	50,0	50,0	50,0
	Discordo	4	25,0	25,0	75,0
	Nem concordo nem discordo	3	18,8	18,8	93,8
	Concordo	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P39

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	13	81,3	81,3	81,3
	Discordo	3	18,8	18,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P40

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	2	12,5	12,5	12,5
	Discordo	4	25,0	25,0	37,5
	Nem concordo nem discordo	8	50,0	50,0	87,5
	Concordo	2	12,5	12,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	10	62,5	62,5	62,5
	Discordo	2	12,5	12,5	75,0
	Nem concordo nem discordo	4	25,0	25,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P42

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	9	56,3	56,3	56,3
	Discordo	2	12,5	12,5	68,8
	Nem concordo nem discordo	5	31,3	31,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P43

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	8	50,0	50,0	50,0
	Discordo	5	31,3	31,3	81,3
	Nem concordo nem discordo	3	18,8	18,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P44

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	1	6,3	6,3	6,3
	Nem concordo nem discordo	1	6,3	6,3	12,5
	Concordo	6	37,5	37,5	50,0
	Concordo totalmente	8	50,0	50,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P45

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	5	31,3	31,3	31,3
	Discordo	4	25,0	25,0	56,3
	Nem concordo nem discordo	7	43,8	43,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P46

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	7	43,8	43,8	43,8
	Discordo	4	25,0	25,0	68,8
	Nem concordo nem discordo	4	25,0	25,0	93,8
	Concordo	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P47

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	6	37,5	37,5	37,5
	Discordo	7	43,8	43,8	81,3
	Nem concordo nem discordo	3	18,8	18,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P48

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	8	50,0	50,0	50,0
	Discordo	5	31,3	31,3	81,3
	Nem concordo nem discordo	3	18,8	18,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P49

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	11	68,8	68,8	68,8
	Discordo	4	25,0	25,0	93,8
	Nem concordo nem discordo	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P50

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem bom nem mau	3	18,8	18,8	18,8
	Bom	1	6,3	6,3	25,0
	Muito bom	12	75,0	75,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito bom	16	100,0	100,0	100,0

P52

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	7	43,8	43,8	43,8
	Mau	4	25,0	25,0	68,8
	Nem bom nem mau	4	25,0	25,0	93,8
	Bom	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P53

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	1	6,3	6,3	6,3
	Bom	1	6,3	6,3	12,5
	Muito bom	14	87,5	87,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P54

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bom	4	25,0	25,0	25,0
	Muito bom	12	75,0	75,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P55

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	16	100,0	100,0	100,0

P56

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	16	100,0	100,0	100,0

P57

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	11	68,8	68,8	68,8
	Mau	5	31,3	31,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P58

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	1	6,3	6,3	6,3
	Mau	1	6,3	6,3	12,5
	Nem bom nem mau	13	81,3	81,3	93,8
	Bom	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P59

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem bom nem mau	1	6,3	6,3	6,3
	Bom	5	31,3	31,3	37,5
	Muito bom	10	62,5	62,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P60

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	12	75,0	75,0	75,0
	Mau	2	12,5	12,5	87,5
	Nem bom nem mau	1	6,3	6,3	93,8
	Muito bom	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P61

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito mau	1	6,3	6,3	6,3
	Nem bom nem mau	4	25,0	25,0	31,3
	Bom	6	37,5	37,5	68,8
	Muito bom	5	31,3	31,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P62

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bom	8	50,0	50,0	50,0
	Muito bom	8	50,0	50,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P63

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem bom nem mau	1	6,3	6,3	6,3
	Bom	5	31,3	31,3	37,5
	Muito bom	10	62,5	62,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P64

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	9	56,3	56,3	56,3
	Discordo	3	18,8	18,8	75,0
	Nem concordo nem discordo	2	12,5	12,5	87,5
	Concordo	2	12,5	12,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P65

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	11	68,8	68,8	68,8
	Discordo	2	12,5	12,5	81,3
	Nem concordo nem discordo	2	12,5	12,5	93,8
	Concordo	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P66

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não tenho irmãos	3	18,8	18,8	18,8
	Discordo totalmente	9	56,3	56,3	75,0
	Discordo	3	18,8	18,8	93,8
	Concordo	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P67

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3
	Discordo	3	18,8	18,8	25,0
	Nem concordo nem discordo	4	25,0	25,0	50,0
	Concordo	8	50,0	50,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P68

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	2	12,5	12,5	12,5
	Discordo	5	31,3	31,3	43,8
	Nem concordo nem discordo	4	25,0	25,0	68,8
	Concordo	5	31,3	31,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P69

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não tenho irmãos	3	18,8	18,8	18,8
	Discordo totalmente	1	6,3	6,3	25,0
	Discordo	2	12,5	12,5	37,5
	Nem concordo nem discordo	3	18,8	18,8	56,3
	Concordo	6	37,5	37,5	93,8
	Concordo totalmente	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P70

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3
	Discordo	4	25,0	25,0	31,3
	Nem concordo nem discordo	2	12,5	12,5	43,8
	Concordo	7	43,8	43,8	87,5
	Concordo totalmente	2	12,5	12,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P71

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3
	Discordo	8	50,0	50,0	56,3
	Nem concordo nem discordo	4	25,0	25,0	81,3
	Concordo	2	12,5	12,5	93,8
	Concordo totalmente	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P72

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	2	12,5	12,5	12,5
	Nem concordo nem discordo	6	37,5	37,5	50,0
	Concordo	6	37,5	37,5	87,5
	Concordo totalmente	2	12,5	12,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P73

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	4	25,0	25,0	25,0
	Nem concordo nem discordo	4	25,0	25,0	50,0
	Concordo	6	37,5	37,5	87,5
	Concordo totalmente	2	12,5	12,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P74

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	1	6,3	6,3	6,3
	Nem concordo nem discordo	1	6,3	6,3	12,5
	Concordo	8	50,0	50,0	62,5
	Concordo totalmente	6	37,5	37,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P75

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo	8	50,0	50,0	50,0
	Concordo totalmente	8	50,0	50,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P76

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo	5	31,3	31,3	31,3
	Nem concordo nem discordo	2	12,5	12,5	43,8
	Concordo	3	18,8	18,8	62,5
	Concordo totalmente	6	37,5	37,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P77

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Concordo	5	31,3	31,3	31,3
	Concordo totalmente	11	68,8	68,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P78

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Bom	11	68,8	68,8	68,8
	Razoável	3	18,8	18,8	87,5
	Mau	2	12,5	12,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P79

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3
	Concordo	8	50,0	50,0	56,3
	Concordo totalmente	7	43,8	43,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P80

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Muito	11	68,8	68,8	68,8
	Bastante	5	31,3	31,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P81

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nem concordo nem discordo	2	12,5	12,5	12,5
	Concordo	8	50,0	50,0	62,5
	Concordo totalmente	6	37,5	37,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P82

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Discordo totalmente	1	6,3	6,3	6,3
	Nem concordo nem discordo	8	50,0	50,0	56,3
	Concordo	5	31,3	31,3	87,5
	Concordo totalmente	2	12,5	12,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P83

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não se aplica	15	93,8	93,8	93,8
	Sim	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

P84

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	16	100,0	100,0	100,0

P85

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não se aplica	16	100,0	100,0	100,0

P86

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não se aplica	15	93,8	100,0	100,0
Missing System	1	6,3		
Total	16	100,0		

ANEXO I

QUESTIONÁRIO

Este questionário é um instrumento para investigar o comportamento de fumar em alunos universitários, assim como as suas opiniões sobre diversos aspectos relacionados com o consumo de tabaco e a saúde. Não existem respostas boas ou más. Todas as respostas serão válidas se traduzirem o que faz, o que sabe ou que pensa sobre esta matéria. Agradecemos desde já a sua colaboração neste estudo.

Encontrará de seguida uma série de perguntas. Faça uma cruz na resposta que melhor descreve o que pensa ou sente.
Escolha apenas uma resposta para cada pergunta.

1. Ano Lectivo que frequenta _____
2. Idade _____
3. Sexo: F ___ M ___
4. Já alguma vez fumou, nem que tivesse sido apenas uma vez para experimentar?
 - Sim
 - Não
5. Fumou algum cigarro o mês passado?
 - Sim
 - Não
6. Normalmente, quantos cigarros fuma por dia?
 - Não se aplica
 - 10 ou menos
 - 11 – 20
 - 21 – 30 (1- 1,5 maços de tabaco)
 - 31 ou mais (mais do que 1,5 maços)
7. Em algum momento da sua vida foi um fumador regular (pelo menos um cigarro por dia)?
 - Sim
 - Não

8. Há quanto tempo fumou o último cigarro?

- Nunca fumei
- Menos de 1 hora
- 1-2 horas
- 2-3 horas
- 3-4 horas
- 4-6 horas
- 6-12 horas
- 12-24 horas
- Mais de uma semana
- Mais de um mês
- 1-6 meses
- 6 meses – 1 ano
- 1-2 anos
- 2-5 anos
- Mais de 5 anos

9. Que idade tinha quando começou a fumar pelo menos um cigarro por dia?

_____ anos

- Não se aplica

10. Descreva de forma sucinta as razões que o(a) levaram a tornar-se um fumador(a)?

- Não se aplica

11. Se um dos seus melhores amigos/as lhe oferecesse um cigarro, fumaria?
- Sim, certamente
 - Sim, provavelmente
 - Não tenho a certeza
 - Não, provavelmente não
 - Não, de certeza que não
12. Imagina-se a fumar daqui a um ano?
- Sim, certamente
 - Sim, provavelmente
 - Não tenho a certeza
 - Não, provavelmente não
 - Não, de certeza que não
13. Qual o intervalo de tempo entre o levantar e o fumar o seu primeiro cigarro?
- Não se aplica
 - 5 minutos ou menos
 - 6-30 minutos
 - 31-60 minutos
 - Mais de 60 minutos
14. Considera difícil não fumar quando está em locais onde é proibido?
- Não se aplica
 - Não
 - Sim
15. Entre todos os cigarros que fuma num dia, qual lhe custaria mais não fumar?
- Não se aplica
 - O primeiro da manhã
 - Qualquer outro
16. Fuma mais durante as primeiras horas após acordar do que no resto do dia?
- Não se aplica
 - Não
 - Sim
17. Quando está doente ao ponto de ficar acamado, continua a fumar?
- Não se aplica
 - Não
 - Sim
18. Se estiver sem fumar durante algum tempo necessita de o fazer para aliviar a ansiedade, inquietação e irritabilidade.
- Não se aplica
 - Raras vezes
 - Às vezes
 - Muitas vezes
 - Sempre
19. Sempre que estou algumas horas sem fumar, sinto necessidade de o fazer?
- Não se aplica
 - Raras vezes
 - Às vezes
 - Muitas vezes
 - Sempre
20. Se não fumar durante algum tempo, sinto necessidade de fumar de forma a evitar desconforto?
- Não se aplica
 - Raras vezes
 - Às vezes
 - Muitas vezes
 - Sempre

21. Alguns dos seus irmãos ou irmãs fuma?

- Sim
- Não
- Não sei
- Não tenho irmãos

22. Algum dos seus pais fuma?

- Sim
- Não
- Não sei

23. Quantos dos seus 5 amigos/as mais chegados já experimentaram um cigarro?

- Nenhum
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

24. Quantos dos seus 5 amigos/as mais chegados fumam?

- Nenhum
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

As afirmações que se seguem dizem respeito ao consumo do tabaco. Escolha a resposta que melhor define a sua opinião sobre o consumo do tabaco

25. Fumar, é...

- Muito desagradável
- Desagradável
- Nem desagradável nem agradável
- Agradável
- Muito agradável

26. Fumar, é socialmente adequado

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

27. Fumar é...

- Muito bom
- Bom
- Nem bom, nem mau
- Mau
- Muito mau

28. Fumar na adolescência é errado

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

29. Se fumar viverei muito tempo.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

30. Se fumar terei uma vida menos saudável.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

31. Se não fumar, sinto-me excluído do grupo de amigos.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

32. Se fumar, sinto-me bem.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

33. Se fumar, distraio-me.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

34. Se fumar, terei cancro do pulmão

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

35. Se fumar terei doenças do coração

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

36. Se fumar, perco os meus amigos.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

37. Se fumar ficarei com bronquite

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

38. Se fumar, farei amizade com fumadores.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

39. Se fumar, conseguirei libertar-me dos meus problemas.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

40. Se fumar, ficarei viciado.
- Concordo totalmente
 - Concordo
 - Nem concordo, nem discordo
 - Discordo
 - Discordo totalmente
41. Se fumar, serei capaz de controlar o meu peso.
- Concordo totalmente
 - Concordo
 - Nem concordo, nem discordo
 - Discordo
 - Discordo totalmente
42. Se fumar, concentro-me melhor nos estudos/no meu trabalho.
- Concordo totalmente
 - Concordo
 - Nem concordo, nem discordo
 - Discordo
 - Discordo totalmente
43. Se fumar, sinto-me melhor em encontros sociais.
- Concordo totalmente
 - Concordo
 - Nem concordo, nem discordo
 - Discordo
 - Discordo totalmente
44. As consequências negativas provocadas pelo consumo do tabaco são preocupantes?
- Concordo totalmente
 - Concordo
 - Nem concordo, nem discordo
 - Discordo
 - Discordo totalmente
45. É preciso fumar mais de 10 anos para afectar a saúde.
- Concordo totalmente
 - Concordo
 - Nem concordo, nem discordo
 - Discordo
 - Discordo totalmente
46. Não faz mal fumar, desde que não se fume demais.
- Concordo totalmente
 - Concordo
 - Nem concordo, nem discordo
 - Discordo
 - Discordo totalmente
47. Posso fumar dois cigarros por dia sem prejudicar a saúde.
- Concordo totalmente
 - Concordo
 - Nem concordo, nem discordo
 - Discordo
 - Discordo totalmente

48. Com uma alimentação equilibrada e exercício regular pode-se fumar sem prejudicar a saúde.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

49. Se for jovem e cheio de saúde, fumar não é perigoso.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

50. Viver por muitos anos seria:

- Muito mau
- Mau
- Nem bom, nem mau
- Bom
- Muito bom

51. Ter uma vida cheia de saúde, seria:

- Muito mau
- Mau
- Nem bom, nem mau
- Bom
- Muito bom

52. Sentir-me excluído do grupo, seria:

- Muito mau
- Mau
- Nem bom, nem mau
- Bom
- Muito bom

53. Sentir-me bem, seria

- Muito mau
- Mau
- Nem bom, nem mau
- Bom
- Muito bom

54. Ser capaz de me descontraír, seria:

- Muito mau
- Mau
- Nem bom, nem mau
- Bom
- Muito bom

55. Contrair cancro do pulmão, seria:

- Muito mau
- Mau
- Nem bom, nem mau
- Bom
- Muito bom

56. Contrair uma doença de coração, seria:

- Muito mau
- Mau
- Nem bom, nem mau
- Bom
- Muito bom

57. Perder os meus amigos, seria:

- Muito mau
- Mau
- Nem bom, nem mau
- Bom
- Muito bom

58. Fazer amizade com pessoas que fumem, seria:

- Muito mau
- Mau
- Nem bom, nem mau
- Bom
- Muito bom

59. Conseguir livrar-me dos meus problemas, seria:

- Muito mau
- Mau
- Nem bom, nem mau
- Bom
- Muito bom

60. Ficar viciado/a no tabaco, seria:

- Muito mau
- Mau
- Nem bom, nem mau
- Bom
- Muito bom

61. Ser capaz de controlar o meu peso, seria:

- Muito mau
- Mau
- Nem bom, nem mau
- Bom
- Muito bom

62. Conseguir concentrar-me melhor nos meus estudos/no meu trabalho, seria:

- Muito mau
- Mau
- Nem bom, nem mau
- Bom
- Muito bom

63. Sentir-me bem em sociedade, seria

- Muito mau
- Mau
- Nem bom, nem mau
- Bom
- Muito bom

64. Os meus amigos pensam que eu fumei.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

65. Os meus pais pensam que eu fumei.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

66. Os meus irmãos pensam que eu fumei.

- Não tenho irmãos
- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

Nas perguntas que se seguem faça uma cruz na resposta que melhor descreva o que pensa ou sente.

67. A maior parte das vezes, quando os meus pais querem que eu faça alguma coisa, eu acabo por fazer.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

68. A maior parte das vezes quando os meus amigos querem que eu faça alguma coisa, eu acabo por fazer.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

69. A maior parte das vezes quando os meus irmãos querem que eu faça alguma coisa, eu acabo por fazer.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente
- Não tenho irmãos

70. Sinto-me culpado(a) quando quebro uma regra.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

71. Por vezes ignoro as leis e regulamentos

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

72. Se não gostar de uma ordem que me deram, não a cumpro, ou cumpro-a só em parte.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

73. Se não gostar do que me dizem para fazer, adio ou não faço mesmo.

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

74. Gosta de ser considerado suficientemente adulto de forma a poder dar as suas opiniões em diferentes situações?

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

75. Gosta de decidir como passar o seu tempo livre?

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

76. Gosta de escolher a sua própria roupa e os seus pertences sem ter de ouvir o conselho dos outros?

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

As afirmações que se seguem dizem respeito ao fumo resultante da combustão do tabaco (tabagismo passivo). Escolha a resposta que melhor defina a sua opinião sobre este tema

77. A exposição ao fumo resultante da combustão do tabaco prejudica a saúde das pessoas?

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

78. Como classifica o seu nível de conhecimentos sobre as consequências da exposição ao fumo resultante da combustão do tabaco?

- Bom
- Razoável
- Fraco

79. Na sua opinião, quando está exposto ao fumo resultante da combustão do tabaco a sua saúde é prejudicada?

- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

80. O fumo resultante da combustão do tabaco (tabagismo passivo) incomoda as pessoas?

- Muito
- Bastante
- Pouco
- Nada

81. Qual a sua opinião sobre ser proibido fumar na universidade.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo.
- Concordo
- Concordo totalmente

82. Deve ser criado um atendimento de apoio ao fumador na Universidade.

- Discordo totalmente
- Discordo
- Não concordo, nem discordo.
- Concordo
- Concordo totalmente

83. Já alguma vez tentou deixar de fumar?

- Não se aplica
- Sim
- Não

84. Durante quantos meses durou essa tentativa

-
- Não se aplica

85. Está a pensar deixar de fumar?

- Não se aplica
- Sim, nos próximos 30 dias terei deixado de fumar
- Sim, nos próximos 6 meses terei deixado de fumar
- Não, não penso em deixar de fumar

86. Face à nova legislação, sobre o consumo do tabaco considera que reduziu o número de cigarros que fuma diariamente?

- Não se aplica
- Concordo totalmente
- Concordo
- Nem concordo, nem discordo
- Discordo
- Discordo totalmente

Obrigado pela sua colaboração!