

*Conhecimentos, comportamentos e
responsabilidade ética dos Profissionais
de Saúde face ao tabagismo*

Marisa Cunha Prada Ramos

Outubro 2008

*Conhecimentos, comportamentos e
responsabilidade ética dos Profissionais de
Saúde face ao tabagismo*

Dissertação apresentada à Universidade do Porto por
Marisa Cunha Prada Ramos, sob orientação da Professora
Doutor Maria Margarida da Fonseca e Castro Cardoso e co-
orientação do Dr. Sérgio Vinagre, para obtenção de grau de
Mestre em Saúde Pública

Porto, Outubro de 2008

RESUMO

Introdução: Estudo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Saúde Pública da Universidade do Porto e em colaboração com o Programa de Prevenção e Tratamento do Tabagismo da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.. Este estudo tem como objectivo fazer uma reflexão sobre o papel do Profissional de Saúde na mudança de comportamentos tabágicos, pela caracterização da atitude e prática deste grupo profissional, necessária à alteração de atitudes da própria sociedade. Trata-se do primeiro estudo aplicado após a implementação da nova Lei do Tabaco, mais restritiva do que a anterior.

Métodos: Estudo transversal com base num questionário auto-aplicado e anónimo que aborda os planos cognitivo, ético e comportamental, em relação ao consumo de tabaco, aplicado aos Médicos e Enfermeiros dos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar da cidade do Porto e do Hospital de S. João, que constituem a amostra.

Resultados: Nos dados encontrados neste estudo, de uma amostra de 524 enfermeiros e de 101 médicos, foi encontrada uma proporção de consumo de tabaco na classe de enfermagem de 23,1% e na classe médica de 13,0%. «Sair do edifício e fumar ao ar livre» foi o comportamento mais referido (46,7%) pelos fumadores, no entanto, revelaram-se cépticos quanto aos benefícios trazidos pelo impedimento de fumar no local de trabalho. Na generalidade, os conhecimentos acerca dos malefícios do tabaco e Fumo Ambiental são positivos, não se verificando o mesmo em relação aos sistemas de ventilação. No plano ético, a maioria dos inquiridos reconhece a nocividade do acto de consumo de tabaco junto dos utentes, quer pelos efeitos prejudiciais do Fumo Ambiental, quer pela mensagem que transmitem. Os Profissionais de Saúde apoiam as políticas de controlo de tabaco, no entanto, os fumadores são menos favoráveis à aplicação dessas medidas.

Conclusões: A proporção de respostas desfavoráveis nos planos cognitivo, comportamental e ético, apesar de pequena, e a proporção dos Profissionais de Saúde que não têm intenção de deixar de fumar revestem-se de significado neste estudo. Os resultados obtidos permite-nos um melhor conhecimento e fornece indicadores para a definição de políticas de redução da prevalência do consumo de tabaco nos Profissionais de Saúde e maior sensibilização sobre a importância do seu papel na redução da problemática do tabagismo na área da Saúde Pública. Possibilita e levanta algumas questões que poderão ser exploradas em futuros estudos de investigação. Seria interessante estender estes estudos a toda a região norte, ou mesmo a nível nacional, mas para isso, seria necessário no entanto um forte apoio institucional que permitisse maior adesão dos Profissionais de Saúde.

Palavras-Chave: Conhecimentos, Comportamentos, Ética, Tabagismo, Médicos, Enfermeiros.

SUMMARY

Introduction: The study was developed in the context of a Masters Program in Public Health at the University of Porto and in collaboration with the PPTT of ARS North, I.P. It is the first study performed after the implementation of a new, more restricting, Tobacco Law in Portugal, a change which is expected to discourage tobacco consumption in the Portuguese society. In this context, a reflection about the role of the health care professional on the modification of tobacco consumption habits is in order, particularly concerning the way the general practice among this professional group can contribute to the reduction of consumption, one of the objectives of PPTT.

Methods: A cross-sectional study was carried out through the application of a questionnaire collecting information on the cognitive, ethical, and behavioural aspects of tobacco products consumption among the physicians and nurses of the Health Centres of the city of Porto and of the Hospital S. João.

Results: Proportions of tobacco consumption of 23,1% and 13,0% were registered among a total of 524 nurses and 101 physicians, respectively. "Leave the building and smoke outside" was the most frequently referred option by smokers (46,7%). They were, however, sceptical regarding the benefits of the prohibition of smoking in the work place. In general, the knowledge on the consequences of tobacco consumption and environmental smoke were found to be positive, but the same was not true concerning ventilation systems. Under the ethical point of view, most participants acknowledge the inappropriateness of smoking in presence of patients, not only because of the direct effects of second-hand smoke but also because of its ill-influencing effect. Overall, health care professionals support tobacco consumption control programs, although smokers do appear to be less favourable to the application of such measures.

Conclusions: The proportion of unfavourable answers, on the cognitive, behavioural, and ethic sides, and from health care professionals who have no intention to quit smoking, even if not substantial in number, should not be overlooked in the context of this study. Its findings add to the previous knowledge on the subject and provide data supporting the design of new campaigns to reduce tobacco consumption among health care professionals and increase the awareness of the importance of their role in the reduction of tobacco consumption in the general society. It further provides indications to raise certain questions which could be used in future studies. It would be interesting to extend the present study to the whole northern region of Portugal, or even to the whole country, but that could only be accomplished with institutional support leading to higher cooperation from health care professionals.

Keywords: Knowledge, Behaviour, Ethics, Tobacco, Physicians, Nurses.

AGRADECIMENTO

Nunca é demais lembrar a notável dedicação e a excelente orientação fornecida pela Professora Doutora Maria Margarida da Fonseca e Castro Cardoso e pelo Dr. Sérgio Vinagre. Gostaria igualmente de agradecer a todos os Médicos e Enfermeiros que participaram neste estudo e que tornaram possível a elaboração deste trabalho.

PENSAMENTO

Iniciei o consumo de tabaco enquanto estudante de Enfermagem, mas quando me tornei Enfermeira deixei de fumar...

Marisa Ramos

SIGLAS

ARSN, I.P. – Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

CQCT - Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco

CS – Centros de saúde

FA – Fumo Ambiental

H.S. João – Hospital São João

ITC – Projecto Internacional de avaliação da Política de Prevenção e Controlo do Tabaco

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPTT – Programa de Prevenção e Tratamento de Tabagismo

USF – Unidade de Saúde Familiar

ABREVIATURAS

Tab. – Tabela

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
MÉTODOS	7
RESULTADOS	13
DISCUSSÃO	24
CONCLUSÕES	29
BIBLIOGRAFIA	31

ANEXOS

Anexo 1 – Autorizações para o estudo

Anexo 2 – Questionário para Médicos

Anexo 3 – Questionário para Enfermeiros

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1: Dados demográficos	13
Tabela 2: Estratificação por idades da prevalência do consumo de tabaco na classe de enfermagem e comparação com os dados do INS 2005/2006	14
Tabela 3: Resposta favorável dos Enfermeiros fumadores e não fumadores face às questões colocadas nos planos cognitivo, comportamental e ético	17
Tabela 4: Resposta favorável dos Enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários e do H. S. João face às questões colocadas nos planos cognitivo, comportamental e ético	18

INTRODUÇÃO

O consumo de tabaco induz dependência física e psicológica na maioria dos consumidores¹ e constitui a primeira causa evitável de morbidade e mortalidade nos países desenvolvidos, sendo responsável por cerca de 4,2 milhões de mortes anuais². Cerca de metade dos fumadores morre como consequência do consumo de tabaco, um quarto dos quais nas idades compreendidas entre os 25 e os 69 anos.³ Parar de fumar tem benefícios em qualquer idade, tanto maiores quanto mais cedo se verificar.³

Com base numa análise comparativa entre os Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) 1998/99 e 2005/06, verifica-se um ligeiro decréscimo nas prevalências totais de consumo, de 20,5% para 20,2%, e um aumento da percentagem de ex-fumadores na população inquirida com 15 ou mais anos em Portugal Continental. No sexo masculino, a proporção de consumo (31,0%) de tabaco continuou superior à verificada nas mulheres (10,3%). Registou-se, no mesmo período, uma descida nas proporções 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.⁴

Segundo um estudo realizado em 1999/2000 à população da cidade do Porto com mais de 17 anos, a proporção de fumadores é de 24,3% dos quais 35,0% no sexo masculino e 18,0% no sexo feminino.⁵ O consumo de tabaco era mais comum em homens mais jovens, desempregados e fisicamente pouco activos.⁵ Os homens com maior grau de escolaridade estavam a deixar de fuma⁵ Pelo contrário, a proporção nas mulheres era mais elevada nas mais jovens e com maior grau de escolaridade.⁵ Esta caracterização colocava Portugal no estágio 2 em termos epidemiológicos do consumo de tabaco.^{4,5}

Os efeitos devidos à exposição involuntária ao fumo de tabaco, designado por fumo ambiental (FA), são significativos e encontram-se bem estabelecidos.^{6,7,8} O FA é carcinogénico de grau I para os seres humanos,⁹ não existindo um limiar seguro para a exposição.^{10,11,6} Um estudo recente concluiu que nenhuma tecnologia actual e avançada para ventilação ou diluição do ar, é eficaz no controlo dos riscos de saúde que advêm da exposição ao FA.¹² O autor José M. Calheiros após uma revisão do conhecimento disponível conclui que o FA não é susceptível de ser controlado quer por diluição, por ventilação ou por limpeza do ar.¹³ Os principais locais de exposição crónica e intensiva ao FA são a casa e o local de trabalho.^{11,8}

Na Irlanda,¹⁴ Noruega,¹⁵ e Itália¹⁶ verificou-se uma redução drástica da contaminação de fumo de tabaco em ambientes interiores de bares e restaurantes depois de ter sido aplicada a lei de impedimento de fumar nestes estabelecimentos.

Os Profissionais de Saúde têm a responsabilidade de informar os seus utentes sobre os riscos associados ao tabaco e à exposição ao FA.¹⁷

Também importa frisar o importante papel que as organizações profissionais têm neste domínio, designadamente a nível da formação profissional, na informação e intervenção na população.¹³ A evidência científica do tabaco como factor prejudicial à saúde dos fumadores e não fumadores é reconhecida, constituindo uma forte razão para a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolver um programa que actualmente se encontra activo à escala mundial - Convenção Quadro da Organização Mundial de Saúde para o Controlo do Tabaco (CQCT).¹⁸ Em Portugal, pela sua adesão à referida CQCT, foi recentemente aprovada a nova Lei do Tabaco, que entrou em vigor a 1 de Janeiro deste ano.

O projecto internacional de avaliação da política de prevenção e controlo do tabaco (ITC) é uma iniciativa de pesquisa para que seja estabelecida uma base de evidência para a CQCT e para a criação de políticas eficazes.¹⁹ De uma forma sumária estes foram os resultados da pesquisa do projecto ITC¹⁹:

- O rótulo de advertência gráfica presente na embalagem de tabaco parece ter um maior impacto em relação ao rótulo com texto apenas.
- O impedimento de fumar em locais públicos promove o controlo voluntário do consumo no domicílio. Este impedimento incentiva à tentativa de cessação tabágica.
- Deve impedir-se a utilização de expressões como «suave» ou *light* nas embalagens do tabaco. A não existência de publicidade a tabaco e a produtos com ele relacionados é um factor de prevenção para o início do consumo.
- A aplicação de preços baixos no tabaco é associada a uma menor probabilidade de tentativa de cessação de consumo de tabaco por parte dos fumadores.

- Um nível socioeconómico mais baixo é associado a uma menor consciência dos efeitos nocivos do consumo de tabaco.

Um importante benefício indirecto das políticas de controlo do tabaco é o do aumento da sensibilização das pessoas para os perigos do tabagismo e da exposição ao FA, contribuindo assim para a «desnormalização» do tabaco na sociedade. Uma mudança de percepção poderia conduzir à alteração do consumo de tabaco.¹¹

- Prevenir o início do consumo, nomeadamente por parte dos jovens²¹, e promover a diminuição e cessação do consumo de tabaco.^{11,19}
- Dissuadir os fumadores de fumar na presença de não fumadores, em especial, crianças e mulheres grávidas, mesmo que não haja disposições reguladoras nessa matéria (por exemplo, em casa e nos automóveis privados).¹¹ O impedimento de fumar em locais públicos promove de forma voluntária o controlo de consumo no domicílio.¹⁹

O resultado de estudos efectuados demonstra que as políticas de controlo de tabaco contam com o apoio dos cidadãos^{20,21} mesmo em países com fracas medidas de prevenção e controlo do consumo de tabaco.²⁰ No entanto, os fumadores são menos favoráveis à aplicação dessas medidas.^{20,22} A aplicação de multas na venda de tabaco a menores, a proibição de anúncios e publicidade ao tabaco constituem medidas fortemente apoiadas pelos fumadores. Em contraste, medidas como o aumento do preço do tabaco e a recusa de cuidados médicos a fumadores não são apoiadas pelos fumadores. Evidentemente, os fumadores apoiam as medidas que não os afectam directamente.

A nível da Administração Regional de Saúde (ARSN) do Norte, I.P., encontra-se a decorrer o Programa de Prevenção e Tratamento do Tabagismo (PPTT) que tem como objectivos para 2010:²⁴

- Capacitar os profissionais para prevenir e tratar a doença tabágica;
- Intervir nos Centros de Saúde para desenvolver programas de cessação tabágica e prevenção ao consumo de tabaco;
- Reduzir a proporção da dependência tabágica entre os Profissionais de Saúde em 30% até 2010.

Os Profissionais de Saúde constituem um grupo vital na prevenção e controlo do consumo de tabaco.²⁵ Estudos mostram que alguns conselhos e intervenções, realizadas individualmente ou em grupo, por parte do médico e enfermeiro, constituem um dos métodos mais eficazes para diminuir o consumo de tabaco.^{26,27,28} O profissional de saúde é visto como exemplo social exercendo influência pelo que diz e pelo comportamento que apresenta em público, servindo de «modelo» em não consumir tabaco ou na cessação do seu consumo.²⁷ Assim, é um factor importante para o controlo da epidemia que este grupo de profissionais apresentasse uma baixa proporção de consumo e que por motivos éticos não o fizesse publicamente.

Em 2000, a ENSP (*European Network for Smoking Prevention*) determinou a proporção de consumo de tabaco (diário e ocasional) entre os médicos de família de alguns países europeus, contando-se as seguintes proporções: 15% na Dinamarca, 31% em Itália, 32% em França e 35% na Grécia. Em Portugal a proporção foi de 22% (26% do sexo masculino e 19% do sexo feminino), sendo o segundo país com menor prevalência de fumadores entre os médicos de família.²⁹

Em 2006 foi realizado um estudo com o objectivo de determinar a prevalência de tabagismo em Médicos e Enfermeiros da cidade do Porto. Relativamente ao grupo profissional, 240 indivíduos eram médicos e 248 enfermeiros. A prevalência de fumadores encontrada foi de 20,2%, não se encontrando diferença estatisticamente significativa entre as duas classes profissionais, dos quais, 77% referiram fumar no local de trabalho.³⁰ Uma avaliação de saúde dos funcionários da antiga Sub-Região de Saúde do Norte, também em 2006, promovida pelo Serviço de Higiene, Segurança e Saúde no trabalho, revelou uma prevalência de fumadores entre os Médicos e Enfermeiros de 22% e 14%, respectivamente.³¹

Num estudo efectuado aos Profissionais dos Cuidados de Saúde Primários de Barcelona em 2002, verificou-se uma prevalência de 31,2% de enfermeiros fumadores e apenas 15,8% entre a classe médica, em que a maioria dos fumadores apresentava uma dependência elevada, segundo o teste de Fagerström abreviado.³² Nos dois estudos efectuados aos Profissionais de Saúde de Madrid nos anos de 1998 e 2001, a maior prevalência de tabagismo observou-se no grupo etário com mais de 40 anos e a prevalência menor no grupo mais jovem (menos de 30 anos). Entre os dois inquéritos e para cada profissão, foi encontrado um aumento significativo na prevalência de tabagismo nos médicos com mais de 40 anos em 2001 em comparação com o mesmo grupo etário, em 1998. Em ambos os estudos verificou-se uma menor prevalência de tabagismo entre aqueles que trabalhavam em Cuidados Saúde Primários em relação aos cuidados hospitalares, sendo semelhante à

percentagem de fumadores que relataram ter tentado parar de fumar.³³ Em média os fumadores consumiam 16,56 cigarros/dia, tendo iniciado o consumo por volta dos 23,2 anos.³² Num estudo realizado na Bosnia e Herzegovina em 2004, aproximadamente 45% dos inquiridos fumavam, dos quais 51% são Enfermeiros.³⁴ Existe uma maior proporção de Médicos com vontade em cessar o consumo, em relação aos Enfermeiros e aqueles que tinham tentado parar de fumar no passado eram mais susceptíveis de estar a pensar em desistir de novo.³⁴

No estudo efectuado em Barcelona 77,2% dos inquiridos referiram que deveriam existir espaços reservados para fumadores, ao passo que 61,2% é contra o consumo no interior do edifício.³² No estudo comparativo de Madrid verificou-se um aumento significativo da percentagem daqueles que apontam para a existência de um determinado local de trabalho específico onde seja permitido fumar, ao passo que se verificou uma diminuição, também significativa, dos que fumavam regularmente em salas de uso comum. Sobre esta questão, há uma diferença significativa entre aquilo que dizem os fumadores e os não fumadores (64,05 comparativamente com 55,80%).³³

O consumo de tabaco nos Profissionais de Saúde assume especial importância quando falamos em ética profissional e responsabilidade social. No estudo efectuado em Barcelona em 2002, 87,5% dos inquiridos considera que o Profissional de Saúde assume um papel modelo perante a sociedade.³³ Um estudo elaborado pela ENSP em 2000 determinou que a maioria dos Médicos de alguns países europeus (Dinamarca, Portugal, Itália, França e Grécia) concordavam que possuem um papel de modelo comportamental em relação ao consumo de tabaco para o utente. Os Médicos franceses e dinamarqueses eram os mais interessados em agir como modelos para os seus utentes. Entretanto, os Médicos dinamarqueses sentiam um maior dever em dar informação sobre cessação tabágica do que os Médicos dos outros países. Menos de 10% dos Médicos em todos os países declararam que raramente ou nunca abordavam os riscos do consumo de tabaco com os utentes.²⁹

O estudo realizado em Madrid observou um aumento significativo daqueles que reconhecem os efeitos nocivos do FA sobre os não fumadores, a diminuição, também de forma estatisticamente significativa, daqueles que fumam na presença dos doentes e o aumento, embora não de uma forma significativa, da percentagem daqueles que acreditam que é permitido fumar na área de trabalho.³³

Na Bosnia e Herzegovina, os Profissionais de Saúde inquiridos concordaram que fumar é prejudicial para a saúde e a maioria dos não fumadores concordou com as medidas de

cessação e controlo de tabagismo. No entanto, a maioria dos fumadores não concordou com as políticas que interferem com a sua liberdade de consumo.³⁴

Este estudo tem como objectivo caracterizar a atitude e prática do Profissional de Saúde face ao consumo de tabaco, sua prevenção e tratamento. Pretende deste modo contribuir para a definição de políticas de redução da prevalência do consumo de tabaco nos Profissionais de Saúde e maior sensibilização sobre a importância do seu papel na redução da problemática do tabagismo na área da Saúde Pública.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal que aborda os planos cognitivo, ético e comportamental, em relação ao consumo de tabaco no Profissional de Saúde, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Saúde Pública da Universidade do Porto e em colaboração com o PPTT da A.R.S. Norte, I.P..

Numa primeira fase, efectuou-se um estudo piloto no Centro de Saúde de Felgueiras. O questionário foi aplicado a todos os Médicos e Enfermeiros com o objectivo de testar a sua operacionalidade e verificar o tempo total de aplicação.

O questionário definitivo foi aplicado aos Médicos e Enfermeiros dos Centros de Saúde da cidade do Porto e do Hospital de S. João, que constituem a amostra.

A definição da amostra teve em conta estudos efectuados anteriormente na cidade do Porto. Em 2006 um estudo aplicado em Médicos e Enfermeiros da cidade do Porto, revelou uma prevalência de fumadores de 20,2%, sem diferença significativa nos dois grupos profissionais.³⁰ No mesmo ano, em seguimento de uma avaliação de saúde dos funcionários da antiga Sub-Região de Saúde do Norte, a prevalência de fumadores encontrada entre os Médicos e Enfermeiros foi de 22% e 14%, respectivamente.³¹ Em resultado das medidas que têm sido criadas no âmbito do PPTT da ARS Norte, I.P., é esperada uma diminuição da prevalência de consumo de tabaco em Profissionais de Saúde. Optou-se então por considerar o total de Médicos e Enfermeiros dos Centros de Saúde (CS) e Unidades de Saúde Familiar (USF) da Cidade do Porto, e dos serviços de internamento do Hospital S. João, na constituição da amostra em estudo. Não foram especificadas as extensões dos centros CS e os serviços hospitalares onde foi aplicado o questionário, de forma a manter o anonimato dos Profissionais de Saúde que entraram neste estudo.

Os questionários foram distribuídos aos Médicos e Enfermeiros dos CS e USF da cidade do Porto. No H.S. João foram considerados 20 Serviços de Internamento, no entanto não foi possível a distribuição dos questionários médicos em todos os 20 serviços, porque alguns não os aceitaram sem o parecer da Comissão Ética, que segundo o Departamento de Educação Permanente (que autorizou a aplicação do questionário no hospital) não era necessário.

Obteve-se um total de 625 questionários, dos quais 101 são de Médicos e 524 de Enfermeiros. Na classe de enfermagem obteve-se uma participação de 52% nos CS e USF da Cidade do Porto e de 54% no H. S. João, representando uma amostra de cerca de 25% em relação ao total de Enfermeiros efectivos do H. S. João. Na classe médica obteve-se uma participação de apenas 7,5% no H. S. João (sendo apenas 3,66% do total de médicos efectivos) e de 33% nos CS e USF da Cidade do Porto.

Realizou-se um inquérito por questionário de auto-preenchimento que incluiu questões sobre idade, sexo, contexto de trabalho, consumo de tabaco diário e no local de trabalho, dependência física à nicotina e ao cigarro, formação diferenciada sobre tabagismo e integração numa equipa de consulta para cessação tabágica. Para uma melhor comparação do consumo de tabaco dos profissionais de saúde com o da população geral, a variável idade foi agrupada em 6 grupos etários de acordo com o INS de 2005/2006: 15-24 anos, 25-34 anos, 35-44 anos, 45-54 anos, 55-64 anos e 65-74 anos. Outras questões permitiram avaliar conhecimentos sobre os efeitos nocivos do consumo de tabaco e da exposição ao fumo ambiental, ética profissional, atitude perante as medidas de controlo do tabagismo no seu local de trabalho e a atitude dos inquiridos face a algumas políticas de controlo do tabagismo.

Em relação ao plano cognitivo estas foram as questões aplicadas:

- **Participou nalguma formação mais diferenciada de tabagismo?**
- **Participa ou participou nalguma equipa de consulta de cessação tabágica?**

Estas duas questões foram aplicadas no questionário com intenção de conhecer se o inquirido esteve em contacto com informação disponível sobre o tabagismo e se para além desse contacto, já participou numa equipa de consulta de cessação tabágica. Factos que transportam para o sujeito muita sensibilidade e conhecimento sobre as questões relacionadas com o tabaco.

Foram realizadas ainda outras questões que concretizam a presença ou não desses conhecimentos. Assim, pretende-se determinar se o indivíduo concorda ou não com as frases que se encontram na bibliografia relativas ao conhecimento existente em relação ao tabagismo. Algumas dessas frases são modificadas com o intuito de provocar reflexão no inquirido e evitar a automatização na forma de colocação da cruz na resposta «concordo». Na presente explanação estas frases surgem após a afirmação respectiva entre parêntesis.

Conforme o referido são estas as questões que se efectuam aos Profissionais de Saúde:

- **Concorda com as seguintes afirmações relativas ao consumo de tabaco?**
 1. Em Portugal o consumo de tabaco **constitui** a primeira causa evitável de doença e morte.²⁴
 2. Após começar a fumar, a cessação do consumo tem benefícios **apenas em algumas idades** (Parar de fumar tem benefícios em qualquer idade, tanto maiores quanto mais cedo se verificar³)
 3. O ambiente interior com fumo de tabaco é **cancerígeno para o ser humano**⁹
 4. Sistemas de ventilação ou filtração **podem eliminar** o fumo de tabaco (O FA não é susceptível de ser controlado quer por diluição, por ventilação ou por filtração do ar)¹³
- **Concorda que o impedimento de fumar no local de trabalho:**
 - **Contribui** para que o fumador **deixe de fumar**¹⁹
 - **Contribui** para **diminuir** o risco de doenças associadas ao fumo de tabaco^{11,8}
 - **Contribui** para reduzir o consumo de tabaco também **em locais privados**¹⁹ (p.e. domicílio e automóvel)

A questão que se segue procura conhecer qual a opinião dos inquiridos em relação à restrição do consumo de tabaco no seu local de trabalho. A forma de resposta implicará conhecimentos sobre malefícios do fumo ambiental para fumadores e não fumadores e em relação às afirmações que surge na questão analisada anteriormente.

- **Na sua opinião, qual é a afirmação mais correcta sobre o consumo de tabaco no local de trabalho?**
 - Deve ser permitido fumar em qualquer local
 - Deve ser permitido fumar em alguns locais
 - Deve ser permitido fumar apenas em salas específicas para consumo de tabaco
 - Não deve ser permitido fumar em nenhum local no interior do edifício
 - Não deve ser permitido fumar em nenhum local no interior e na área exterior do local de trabalho

As duas questões que se seguem baseiam-se em duas das medidas que se revelaram eficazes fruto da pesquisa do projecto ITC¹⁹:

- **Concorda com as seguintes medidas de controlo e prevenção do consumo de tabaco?**
 - As embalagens de cigarros devem apresentar advertências aos malefícios do tabaco com uma fotografia para além de texto¹⁹
 - O preço do tabaco deve aumentar anualmente em 10%¹⁹

Em relação ao plano ético estas são as questões aplicadas:

- **Tendo em conta a ética profissional, concorda com as seguintes afirmações?**
 - O Profissional de Saúde não deve fumar no local de trabalho expondo visualmente o seu consumo aos utentes^{27,29}
 - O Profissional de Saúde não deve fumar em público expondo visualmente o seu consumo aos cidadãos^{27,29}
 - O Profissional de Saúde não deve fumar no local de trabalho expondo os utentes ao fumo ambiental^{27,29}
 - O Profissional de Saúde não deve fumar expondo cidadãos não fumadores ao fumo ambiental^{27,29}
 - O Profissional de Saúde é visto como exemplo social em não consumir tabaco ou na cessação do seu consumo^{27,29}
 - Os Profissionais de Saúde devem informar os utentes sobre os riscos associados ao tabaco e à exposição ao Fumo Ambiental^{17,25,26,27,28}

Para simplificar a análise estatística, as respostas «concordo» e «concordo parcialmente» foram agrupadas como resposta «concordo» e as respostas «não concordo» e «não concordo totalmente» foram agrupadas na resposta «não concordo», dadas às questões relativas aos conhecimentos, ética e atitude face a medidas de prevenção e controlo do tabagismo. No plano cognitivo as respostas «não sei» e «não concordo» foram agrupadas, por reflectirem as duas o não conhecimento sobre a afirmação em questão.

Em relação ao plano comportamental estas são as questões aplicadas:

- **Se tivesse oportunidade optaria por um local de lazer onde houvesse impedimento de fumar?**
- **Consome tabaco?**

Na análise estatística, considerou-se fumador quem referiu fumar «Às vezes» e «Diariamente» e não fumador quem referiu «Fumava ocasionalmente, mas deixei de fumar», «Fumava diariamente, mas deixei de fumar» e «Não fumo». Na comparação da proporção de consumo de tabaco entre a classe de enfermagem e os dados do INS mantiveram-se três variáveis: Fumadores, Não fumadores e Ex-fumadores. Para tal, agrupou-se as variáveis «fumo diariamente e fumo às vezes» na variável «Fumadores» e as variáveis «fumava diariamente/ocasionalmente, mas deixei de fumar» na variável «Ex-fumadores».

Foram utilizadas algumas questões do questionário que é aplicado nas consultas de cessação tabágica da ARS Norte, I.P., que se traduzem numa escala de 0 a 100 para o fumador indicar qual o seu grau de dependência ao cigarro, nas questões sobre a dificuldade que o fumador sente em deixar de fumar, se sente uma necessidade irresistível em fumar após algumas horas sem consumir tabaco e em que espaço de tempo tem intenção de cessar o seu consumo.

O grau de dependência tabágica foi avaliado através da aplicação do Teste de Fagerström³⁶ abreviado que assume os valores de 0 a 6 calculados a partir do número de cigarros fumados diariamente (1–10, 11–20, 21–30, 31+ cigarros) e do tempo que depois de acordar se fuma o primeiro cigarro (≤5, 6–30, 31–60, and 61+ min), sofrendo a posterior recodificação em três categorias: baixa (0–1), média (2–4) e elevada (5–6).

Esta questão apela a uma reflexão por parte dos fumadores em relação ao comportamento que, supostamente, teriam ou ao comportamento que apresentam se confrontados com o impedimento de fumar no local de trabalho.

- **Não sendo permitido fumar no interior do seu local de trabalho, qual o comportamento que apresenta ou apresentaria:**
 - Não fuma ou não fumaria no horário de trabalho
 - Fuma ou fumaria ao ar livre, mas onde não haja acesso a utentes
 - Sai ou sairia do edifício e fumaria ao ar livre
 - Não cumpre ou não cumpriria a norma e fumaria no local de trabalho

Os dados recolhidos foram codificados, registados e analisados através da aplicação *SPSS for Windows 16.0*. Inicialmente foi utilizada uma análise descritiva para a caracterização da amostra estudada. A comparação de proporções foi efectuada através do teste de Qui-quadrado de Pearson com correcção para a continuidade, sempre que os pressupostos se verificaram ou através do teste Exacto de Fisher. Todos estes testes foram bilaterais e o nível de significância adoptado foi de 0,05.

O estudo compreendeu uma amostra de 625 Profissionais de Saúde, contudo, este número varia nas diferentes questões aplicadas, pois os questionários que continham algumas questões por preencher (*missings*) foram, também, considerados.

RESULTADOS

Na Tabela 1 caracterizam-se os inquiridos por sexo, idade, profissão e consumo de tabaco.

Tabela 1: Dados demográficos

Características		Classe profissional	
		Médico (N=101)	Enfermeiro (N=524)
		n (%)	n (%)
Sexo	Homens	50 (51,0%)	428 (82,0%)
	Mulheres	48 (49,0%)	94 (18,0%)
Idade	15-24	0 (0,0%)	77 (15,4%)
	25-34	24 (26,4%)	237 (47,3%)
	35-44	16 (17,6%)	120 (24,0%)
	45-54	30 (33,0%)	59 (11,8%)
	55-64	20 (22,0%)	8 (1,6%)
	65-74	1 (1,1%)	0 (0,0%)
Área de cuidados	Cuidados Saúde Primários	58 (58,6%)	101 (19,3%)
	H.S. João	41 (41,4%)	422 (80,7%)
Consumo de tabaco	Fumadores	13 (13,0%)	121 (23,1%)
	Não fumadores	87 (87,0%)	402 (76,9%)

Neste estudo, obteve-se uma proporção de consumo de tabaco nos Profissionais de Saúde de 21,5%, independentemente do grupo profissional e contexto profissional.

Numa amostra de 524 Enfermeiros, dos quais 82,0% eram do sexo feminino (Tab. 1), com média de idades de 33 anos (DP: 8,9), 121 Enfermeiros (23,1%) eram fumadores. Obteve-se uma proporção de consumo no sexo feminino superior à encontrada no sexo masculino ($p=0,001$). Nos Cuidados de Saúde Primários trabalhavam 101 enfermeiros, dos quais 15 (14,9%) eram fumadores, ao passo que no H. S. João de 421 enfermeiros, 105 (24,9%) eram fumadores. Assim, o estudo revelou maior proporção de consumo de tabaco entre os Enfermeiros do H.S. João ($p=0,042$).

Nos Cuidados de Saúde Primários verificou-se uma proporção de consumo de tabaco mais baixa (14,5%), em relação à obtida no H.S. João (23,9%)

No sexo feminino a proporção de consumo de tabaco na classe de Enfermagem é muito semelhante à verificada no INS aplicado à população portuguesa em 2005/2006 (Tab.2) nas faixas etárias: 15-24 anos, 25-34 anos e 35-44 anos, sendo esta última a faixa etária com maior proporção verificada.

Dos 121 fumadores encontrados na amostra total de enfermeiros, 96 identificaram o seu consumo diário, sendo 11 a 20 cigarros por dia o consumo referido por 34 indivíduos (35,4%), seguido do consumo de 6 a 10 cigarros referido por 29 indivíduos (30,2%). De 95 Enfermeiros fumadores, 24 (25,3%) assinalaram numa escala de 0 a 100 o seu grau de dependência do cigarro como sendo 41-60, 23 (24,2%) 61-80 e 21 (22,1%) 81-100. Em relação à dependência física da nicotina, avaliada segundo o teste de Fagerström abreviado, 56,2% dos Enfermeiros apresentaram uma dependência baixa. Apenas 9,4% (9/96) manifestaram uma dependência alta.

Tabela 2: Estratificação da proporção do consumo de tabaco na classe de enfermagem e comparação com os dados do INS 2005/2006

Faixa etária	Classe de enfermagem		INS 2005/2006*	
	n (%)		(%)	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
<u>15-24 anos</u>	2 (18,2%)	12 (18,8%)	31,4%	16,1%
<u>25-34 anos</u>	12 (28,6%)	35 (18,0%)	39,0%	17,6%
<u>35-44 anos</u>	5 (29,4%)	26 (25,2%)	44,6%	21,2%
<u>45-54 anos</u>	6 (54,5%)	10 (20,8%)	34,0%	12,6%
<u>55-64 anos</u>	1 (100%)	1 (14,3%)	21,3%	5,7%
<u>65-74 anos</u>	0 (0%)	0 (0%)	12,7%	1,5%

*Fonte: INS 2005/2006 para a população portuguesa de Portugal continental

Da amostra de 101 Médicos, 48 indivíduos (47,5%) eram do sexo masculino (Tab. 1), sendo a média de idades de 45 anos (DP:11.5). Em 100 Médicos identificou-se como fumadores 13 indivíduos (13%), não existindo diferença entre o consumo nos dois sexos. Nos Cuidados de Saúde Primários trabalhavam 58 Médicos, dos quais 8 (13,8%) eram fumadores. Dos 13 Médicos fumadores identificados na amostra total, 10 responderam em relação ao consumo de tabaco diário, sendo o consumo de 11 a 20 e de 21 a 29 cigarros por dia os mais observados. Numa escala de 0 a 100, 60% dos médicos assinalaram o seu grau de dependência do cigarro como sendo 61-80. Segundo o teste de Fagerström abreviado, 50% dos médicos fumadores apresentavam uma dependência física à nicotina média.

A percentagem de Enfermeiros fumadores revelou-se superior à percentagem de Médicos que fumavam ($p=0,033$). Nos Cuidados de Saúde Primários verificou-se uma Proporção de consumo de tabaco significativamente ($p=0,014$) mais baixa (14,5%), em relação à proporção obtida nos Profissionais de Saúde do H.S. João (23,9%).

Em relação ao plano cognitivo estes são os resultados obtidos:

Participou nalguma formação mais diferenciada de tabagismo?

Na classe de enfermagem, dos 521 inquiridos que responderam à questão, 63 indivíduos (12,1%) receberam formação mais diferenciada de tabagismo. Nos Cuidados de Saúde Primários verificou-se uma percentagem de 34% de Enfermeiros que já receberam formação, ao passo que no H.S. João, apenas 6,9% dos Enfermeiros inquiridos assinalaram o sim nesta questão ($p<0,001$). A carga horária mais identificada foi mais de 24 horas (30%), seguida das cargas horárias 1 a 3 horas e 7 a 12 horas (28,3%).

Na classe médica 29 indivíduos receberam formação de tabagismo. Nos Cuidados de Saúde Primários 45,6% dos médicos e apenas 4,9% dos médicos do H.S. João possuíam formação ($p<0,001$). As cargas horárias mais verificadas corresponderam a 1 a 3 horas e mais de 24 horas (31%).

Participa ou participou nalguma equipa de consulta de cessação tabágica?

Na classe de enfermagem, dos 520 indivíduos que responderam à questão, 21 (4%) participavam ou já tinham participado numa equipa de cessação tabágica. Foi nos Cuidados de Saúde Primários que se revelou o maior número de Enfermeiros a participarem numa equipa ($p<0,001$).

Na classe médica, tendo em conta 3 indivíduos que não responderam à questão, apenas 6 médicos (5,9%) participavam ou já tinham participado numa equipa de cessação tabágica, todos pertencentes aos Cuidados de Saúde Primários.

Nas Tabelas 3 e 4 são apresentadas as respostas consideradas favoráveis a um conjunto de questões colocadas nos planos cognitivo, comportamental e ético, separadamente para médicos e enfermeiros. Na Tabela 3 os médicos e enfermeiros são divididos em Fumadores e Não Fumadores, na Tabela 4 em termos de Cuidados de Saúde Primários e Hospital.

Tabela 3: Resposta considerada favorável dos Profissionais de Saúde fumadores e não fumadores face às questões colocadas nos planos cognitivo, comportamental e ético

	Questões	Médicos		Enfermeiros	
		Fumadores n(%)	Não Fumadores n(%)	Fumadores n(%)	Não Fumadores n(%)
Conhecimentos	Em Portugal o consumo de tabaco constitui a primeira causa evitável de doença e morte	9 (69,2%)	58 (68,2%)	60 (50,4%)	239 (60,2%)
	O impedimento de fumar no local de trabalho contribui para diminuir o risco de doenças associadas ao fumo de tabaco	12 (92,3%)	83 (95,4%)	89(74,2%) ^{***}	350(90,7%)
	O impedimento de fumar no local de trabalho contribui para reduzir o consumo em locais privados	5(38,5%) ^{**}	73(84,9%)	54(45,0%) ^{***}	273(70,9%)
	Sistemas de ventilação ou filtração podem eliminar o FA	2 (15,4%)	37 (43,0%)	27 (22,7%)	111 (27,7%)
	A cessação do consumo tem benefícios em algumas idades	10 (76,9%)	73 (83,9%)	103(85,8%)	355 (89,4%)
	O ambiente interior com fumo de tabaco é cancerígeno	9 (69,2%) [*]	81 (93,1%)	108(90,0%)	380 (95,0%)
	O impedimento de fumar no local de trabalho contribui para que o fumador deixe de fumar	7 (53,8%)	66 (76,7%)	33(27,3%) ^{***}	198(50,8%)
Ética profissional	O profissional de saúde não deve fumar no local de trabalho expondo visualmente o seu consumo aos utentes	12 (92,3%)	87 (100,0%)	108(90,0%)	370 (95,1%)
	O profissional de saúde não deve expor visualmente o seu consumo aos cidadãos	7 (53,8%)	56 (65,1%)	41(34,2%) ^{**}	193 (49,7%)
	O profissional de saúde não deve fumar no local de trabalho expondo os utentes ao FA	12 (92,3%)	85 (97,7%)	116(96,7%)	376 (96,9%)
	O profissional de saúde não deve fumar expondo cidadãos ao FA	10 (76,9%)	75 (86,2%)	94 (79,0%)	318 (82,4%)
	O profissional de saúde é visto como exemplo social	8 (61,5%)	72 (82,8%)	61(50,8%) ^{***}	286(74,1%)
	Os Profissionais de saúde devem informar os utentes sobre os riscos associados ao tabaco e à exposição ao FA	13(100,0%)	87 (100,0%)	117(97,5%)	386 (99,5%)
	As embalagens de cigarros devem apresentar os malefícios do tabaco com fotografia e texto	8 (61,5%)	72 (83,7%)	78(65,0%) ^{***}	350(90,4%)
Medidas de prevenção e controlo do tabagismo	O preço do tabaco deve aumentar anualmente em 10%	3 (23,1%) ^{***}	68 (80,0%)	33(27,7%) ^{***}	318(82,2%)

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Tabela 4: Resposta considerada favorável dos Profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários e do H. S. João face às questões colocadas nos planos cognitivo, comportamental e ético

	Questão	Médicos		Enfermeiros	
		Cuidados Saúde Primários n (%)	HSJoão n (%)	Cuidados Saúde Primários n (%)	HSJoão n (%)
Conhecimentos	Em Portugal o consumo de tabaco constitui a primeira causa evitável de doença e morte	38 (67,9%)	30 (73,2%)	67 (67,0%)	232 (55,8%)
	O impedimento de fumar no local de trabalho contribui para diminuir o risco de doenças associadas ao fumo de tabaco	55 (94,8%)	39 (95,1%)	89 (90,8%)	350 (85,8%)
	O impedimento de fumar no local de trabalho contribui para reduzir o consumo em locais privados	44 (77,2%)	32 (78,0%)	73 (74,5%) [†]	253 (62,2%)
	Sistemas de ventilação ou filtração podem eliminar o FA	23 (40,4%)	16 (39,0%)	32 (32,0%)	106 (25,2%)
	A cessação do consumo tem benefícios em algumas idades	48 (82,8%)	34 (82,9%)	90 (92,8%)	368 (87,6%)
	O ambiente interior com fumo de tabaco é cancerígeno	50 (86,2%)	39 (95,1%)	98 (98,0%)	390 (92,9%)
	O impedimento de fumar no local de trabalho contribui para que o fumador deixe de fumar	42 (73,7%)	31 (75,6%)	61(62,2%) ^{***}	169(40,9%)
	Ética profissional	O profissional de saúde não deve fumar no local de trabalho expondo visualmente o seu consumo aos utentes	58(100,0%)	40 (97,6%)	96 (98,0%)
O profissional de saúde não deve exporvisualmente o seu consumo aos cidadãos		41 (71,9%)	22 (53,7%)	60(61,9%) ^{**}	174 (42,3%)
O profissional de saúde não deve fumar no local de trabalho expondo os utentes ao FA		55 (94,8%)	41 (100,0%)	98(100,0%)	394 (96,1%)
O profissional de saúde não deve fumar expondo cidadãos ao FA		51 (87,9%)	32 (78,0%)	82 (84,5%)	330 (80,9%)
O profissional de saúde é visto como exemplo social		49 (84,5%)	30 (73,2%)	76(78,4%) [†]	270(66,0%)
Os Profissionais de saúde devem informar os utentes sobre os riscos associados ao tabaco e à exposição ao FA		58(100,0%)	41(100,0%)	98(100,0%)	405 (98,8%)
As embalagens de cigarros devem apresentar os malefícios do tabaco com fotografia e texto		44 (77,2%)	34 (82,9%)	86 (87,8%)	342 (83,6%)
Medidas de prevenção e controlo do tabagismo					

*p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Concorda com as seguintes afirmações relativas ao consumo de tabaco?

1. *Em Portugal o consumo de tabaco constitui a primeira causa evitável de doença e morte.*

A maioria dos Médicos e Enfermeiros concordaram com a afirmação, no entanto, os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários revelaram maior proporção de concordantes em relação aos profissionais do H.S. João (67,3% versus 57,3%, $p=0,036$).

2. *Após começar a fumar, a cessação do consumo tem benefícios apenas em algumas idades*

A maioria dos Médicos (83,2%) e Enfermeiros (88,4%) não concordou com esta afirmação.

3. *O ambiente interior com fumo de tabaco é cancerígeno para o ser humano*

A maioria dos inquiridos nas duas classes concordou com a afirmação, no entanto, obteve-se uma percentagem mais elevada ($p=0,012$) de concordantes entre os não fumadores (94,7%), em relação aos fumadores (88,0%).

4. *Sistemas de ventilação ou filtração podem eliminar o fumo de tabaco*

A percentagem de Médicos que não concordou com a afirmação foi de 40,0% e a de Enfermeiros foi de apenas 26,5% ($p=0,009$).

Concorda que o impedimento de fumar no local de trabalho:

1. *Contribui para que o fumador deixe de fumar*

Neste âmbito, a percentagem de inquiridos que concordou com a afirmação foi de 74% nos 100 médicos respondentes e 45,1% nos 512 enfermeiros ($p<0,001$). Existiu, também, uma diferença significativa ($p<0,001$) entre a percentagem de Profissionais de Saúde Primários (66,5%) e a percentagem de profissionais de saúde do H. S. João (44,0%), que concordou com a afirmação. Mas, na classe de enfermagem houve uma maior percentagem de concordantes dentro do H. S. João (Tab.4).

Como seria de esperar, os Profissionais de Saúde não fumadores eram os que mais concordavam (55,5% versus 29,9% dos fumadores) com esta contribuição do impedimento de fumar no local de trabalho ($p<0,001$).

2. Contribui para diminuir o risco de doenças associadas ao fumo de tabaco

Na classe médica, 96 indivíduos (95%) concordaram com a afirmação, ao passo que dos 507 enfermeiros que responderam à questão, 440 (86,8%) concordaram com a mesma, existindo, no entanto, uma diferença significativa ($p=0,029$) entre as duas proporções. Mais uma vez, a percentagem dos concordantes é superior entre os profissionais de saúde não fumadores relativamente aos fumadores (91,5% versus 75,9%, $p<0,001$). Na classe de enfermagem verificou-se a mesma diferença entre fumadores e não fumadores (Tab. 3)

3. Contribui para reduzir o consumo de tabaco também em locais privados

Dos 100 médicos respondentes 78% concordou com a afirmação e dos 506 enfermeiros 327 (64,6%), também concordaram ($p<0,001$). Verificou-se a primazia de concordantes entre os prestadores de Cuidados Primários (75,5%), em relação aos 63,6% dos trabalhadores do H. S. João que concordaram com a afirmação ($p=0,009$). A mesma diferença em relação ao contexto de trabalho verificou-se dentro da classe de enfermagem (Tab. 4). Verificou-se, igualmente, uma diferença significativa ($p<0,001$) entre a percentagem de Profissionais de Saúde fumadores (44,4%) e a percentagem de Profissionais de Saúde não fumadores (73,5%) que concordou com a afirmação. Dentro destes dois grupos (fumadores e não fumadores), verificou-se, mais uma vez, a mesma diferença de opinião na classe de Enfermagem (Tab. 3)

Concorda com as seguintes medidas de controlo e prevenção do consumo de tabaco?

1. Na sua opinião, qual é a afirmação mais correcta sobre o consumo de tabaco no local de trabalho?

Relativamente ao consumo de tabaco no local de trabalho, as opiniões dividiram-se entre as afirmações «não deve ser permitido fumar no interior do edifício» com uma percentagem de 46,6% e «Deve ser permitido fumar apenas em salas específicas para consumo de tabaco», que contou com uma percentagem de 38,3%. O mesmo se verificou no H. S. João (42,1% versus 44,5%) e na classe de enfermagem (45,5% versus 41,1%) Nos Cuidados de Saúde Primários, a maioria dos Profissionais (59,5%) referiram que não deve ser permitido fumar no interior do edifício, à semelhança do verificado na classe médica (52,5%).

2. As embalagens de cigarros devem apresentar advertências aos malefícios do tabaco com uma fotografia para além de texto

Dos 100 indivíduos da classe médica que responderam à questão, 80% concordou com esta medida e de 508 Enfermeiros, 429 (84,4%) também concordaram com ela.

Nos Cuidados de Saúde Primários 79,2% dos profissionais concordou com a colocação das advertências aos malefícios do tabaco com uma fotografia para além de texto nas embalagens de cigarros, ao passo que no H. S. João a percentagem foi de 66,1%, existindo uma diferença significativa ($p=0,003$) entre as duas proporções.

A percentagem de Profissionais de Saúde não fumadores (89,2%) foi significativamente ($p<0,001$) superior em relação à percentagem de fumadores (64,7%) que concordou com esta medida. Esta diferença de opinião foi, também, verificada entre os Enfermeiros fumadores e não fumadores (Tab.3).

3. O preço do tabaco deve aumentar anualmente em 10%

Em relação a esta medida, 71,7% dos 99 Médicos que responderam à questão e dos 507 Enfermeiros, 351 (69,2%) concordam com ela. Na classe de enfermagem, os inquiridos dos Cuidados de Saúde Primários revelaram-se mais concordantes (Tab.4).

Já a proporção de concordância dos Profissionais de Saúde não fumadores (81,8%), em relação à aplicação desta medida, foi, mais uma vez, significativamente superior ($p<0,001$) em relação aos fumadores (27,3%). E entre estes dois grupos (fumadores e não fumadores), verificou-se também, uma diferença significativa nos Médicos e Enfermeiros (Tab.3).

Em relação ao plano ético:

Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre a concordância emitida pelas duas classes em relação ao Profissional de Saúde em não se dever fumar no local de trabalho expondo visualmente o seu consumo aos utentes. No que toca à diferença verificada entre a percentagem de Profissionais de Saúde não fumadores que concordou com a afirmação (96,0%) e a percentagem de fumadores (90,2%), já se poderá dizer que foi significativa ($p=0,015$). O mesmo se observou ($p=0,018$) entre a percentagem de Profissionais de Saúde Primários que concordou com a afirmação (98,7%) e a percentagem de Profissionais do H. S. João (93,4%).

A maioria dos Médicos (99%) e Enfermeiros (93,9%) concordou que o profissional de saúde não deve fumar no local de trabalho expondo visualmente o seu consumo aos utentes. Quando se trata da exposição a cidadãos, apenas 63% dos Médicos e 46% dos Enfermeiros concordaram com essa responsabilidade ($p=0,003$). Na classe de enfermagem os não fumadores (Tab. 3) e os prestadores de cuidados primários (Tab. 4) revelaram maior proporção de concordantes. Também se verificou uma diferença significativa ($p=0,018$) entre a proporção da concordância emitida pelos Profissionais de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários (98,7%) e do H. S. João (93,4%). A percentagem de não fumadores (52,5%) foi superior à percentagem de Fumadores (36,1%) que concordou que o profissional de saúde não dever fumar no local de trabalho expondo visualmente o seu consumo aos cidadãos ($p=0,001$). No que toca à exposição dos utentes e cidadãos ao FA, a maioria dos inquiridos nas duas classes concordou com a responsabilidade ética nas duas situações.

Obtivemos 80 inquiridos dos 101 médicos (79,2%) que se identificaram como exemplo social em não consumir tabaco ou na cessação do seu consumo, assim como, 347 dos 507 enfermeiros (68,4%) que também o reconheceram ($p=0,041$). A percentagem de Profissionais de Saúde Primários (80,6%) revelou-se significativamente superior ($p=0,001$) à percentagem de Profissionais de Saúde do H. S. João (66,7%, 300/450), que se vêem como exemplo social. O mesmo se verificou entre a classe de Enfermagem nas duas áreas de prestação de cuidados (Tab. 4). A responsabilidade social do Profissional de saúde em não consumir tabaco ou na cessação do seu consumo foi encarada de forma mais positiva pelos Profissionais de Saúde não fumadores (75,7%) do que pelos fumadores (51,9%) ($p<0,001$), o que se verifica, igualmente, dentro da classe de enfermagem (Tab. 3).

A totalidade dos Médicos e 99% dos 509 Enfermeiros concordaram que devem informar os utentes sobre os riscos associados ao tabaco e à exposição ao FA.

Em relação ao plano comportamental:

Dos 121 fumadores encontrados na amostra total de Enfermeiros, 109 responderam em relação à intenção de deixar de fumar e como procediam em relação ao consumo de tabaco no local de trabalho. Assim, 44 (40,4%) responderam que não tinham intenção de deixar de fumar, 35 (32,1%) tinham intenção de deixar de fumar após os próximos 6 meses e 24 (22%) no período de 31 dias a 6 meses. Sair do edifício e fumar ao ar livre foi o comportamento mais referido (52 indivíduos), seguido do mesmo comportamento, mas com a alteração de o fazer onde não haja acesso a utentes (27 indivíduos).

Dos 13 Médicos fumadores identificados na amostra total, 11 responderam em relação à sua intenção de deixar de fumar, tendo referido que não têm intenção de deixar de fumar 5 indivíduos (45,5%) e 4 (36,4%) que querem deixar de fumar dentro de 31 dias a 6 meses. Os mesmos indivíduos fumadores responderam em relação ao seu consumo de tabaco no horário de trabalho, tendo-se verificado o mesmo número de inquiridos (4) a referirem que fumam no exterior do edifício e que fumam no exterior, mas onde não haja acesso a utentes.

Do total dos inquiridos 55,2% assinalaram optar sempre por um local de lazer livre de fumo de tabaco.

DISCUSSÃO

Este estudo caracterizou uma amostra de Profissionais de Saúde, constituída por Médicos e Enfermeiros dos CS e USF da cidade do Porto e do Hospital de S. João face ao consumo de tabaco, sua prevenção e tratamento.

Na amostra estudada obteve-se uma proporção de consumo de tabaco nos Profissionais de Saúde de 21,5%, independentemente da idade, do grupo profissional e contexto profissional. Nos enfermeiros obteve-se uma proporção de consumo no sexo feminino superior à encontrada no sexo masculino, e maior no H. S. João relativamente aos Cuidados de Saúde Primários. Nas faixas etárias entre os 15 e os 44 anos, as mulheres enfermeiras apresentam uma proporção de consumo de tabaco muito semelhante à verificada no INS aplicado à população portuguesa em 2005/2006. Foi encontrada uma proporção de consumo de tabaco na classe de enfermagem superior à da classe médica.

A proporção de Enfermeiros fumadores encontrada no nosso estudo foi superior à encontrada em 2006 por um estudo realizado aos médicos e Enfermeiros da cidade do Porto, já a proporção de tabagismo nos Médicos foi inferior à encontrada no mesmo.¹¹⁻³⁰ No nosso estudo verificou-se exactamente o inverso em relação ao resultado do estudo aplicado aos Profissionais de Saúde da antiga Sub-Região do Porto, em que a proporção de Enfermeiros fumadores foi inferior à dos Médicos.³⁰⁻³¹

Em relação a outros países, uma proporção superior de consumo de tabaco na classe de enfermagem em relação à classe médica foi, também, observada num estudo efectuado aos Profissionais dos Cuidados de Saúde Primários de Barcelona em 2002.⁴⁴⁻³³ O mesmo se verificou em dois estudos efectuados aos Profissionais de Saúde de Madrid nos anos de 1998 e 2001 em que os Médicos fumavam menos do que os Enfermeiros nos dois inquéritos, não existindo diferença estatisticamente significativa entre as duas comparações.³⁴

Nos Cuidados de Saúde Primários verificou-se uma proporção de consumo nos Profissionais de Saúde mais baixa, em relação aos Profissionais de Saúde do H. S. João, indo de encontro ao resultado do estudo efectuado em Madrid, no qual, se verificou uma menor proporção de tabagismo entre aqueles que trabalhavam em Cuidados de Saúde Primários.³⁴

Quase metade dos fumadores responderam que não têm intenção de deixar de fumar, no entanto, dos que pensam em deixar de fumar, a maioria pensa em fazê-lo, apenas, após os próximos 6 meses.

Desde 1982, a Legislação Portuguesa proíbe o uso de tabaco em unidades que prestem cuidados de saúde. Em 1983, o Decreto-Lei no 226/83, de 27 de Maio, veio proibir o uso de tabaco em CS e hospitais.³⁰ Este facto remete-nos, então, para questões importantes colocadas aos Profissionais de Saúde fumadores sobre o consumo de tabaco no local de trabalho.

Na avaliação da concordância face a medidas de prevenção e controlo do tabagismo, nos Cuidados de Saúde Primários, o impedimento de fumar no local de trabalho foi a medida mais apontada, seguida da criação de salas específicas para o consumo. Já no estudo efectuado em Barcelona a maioria dos inquiridos referiu que deveria existir espaços reservados para fumadores.³³ No H. S. João, a maioria apontou para a criação de salas específicas para o consumo. Na classe de enfermagem verificou-se que cerca de metade dos inquiridos, acredita que deveria existir locais/salas específicas no local de trabalho, onde fosse possível fumar, no entanto a grande maioria destes inquiridos concorda com a afirmação «O ambiente interior com fumo de tabaco é cancerígeno para o ser humano».

No estudo comparativo de Madrid, entre 1998 e 2001 verificou-se um aumento significativo da percentagem daqueles que apontam para a existência de um determinado local de trabalho específico onde seja permitido fumar.³⁴ Neste estudo, contudo, «sair do edifício e fumar ao ar livre» foi o comportamento mais referido, seguido do mesmo comportamento, mas com a alteração de o fazer onde não haja acesso a utentes. Em oposição à percentagem dos Profissionais de Saúde da cidade do Porto inquiridos em 2006³⁰ que reconheceram fumar no local de trabalho, verificamos uma diminuição no nosso estudo de profissionais que referiram o consumo de tabaco no local de trabalho, pois só 8 Enfermeiras do H. S. João o fizeram. No estudo comparativo de Madrid também se verificou uma diminuição dos que fumavam regularmente em salas de uso comum entre os anos de 1998 e 2001.³⁴

Na generalidade, os Profissionais de Saúde têm os conhecimentos adequados acerca dos malefícios do tabaco e FA, embora, em relação aos sistemas de ventilação, isso não aconteceu. Apesar de na classe médica se ter registado uma maior proporção de inquiridos a não concordarem que os Sistemas de ventilação ou filtração podem eliminar o fumo de tabaco, essa proporção não chega a metade dos médicos (40,0% nos médicos versus 26,5% nos enfermeiros).

A afirmação «o impedimento de fumar no local de trabalho contribui para que o fumador deixe de fumar» foi alvo de concordância pela maioria dos Médicos e dos Profissionais de Cuidados de Saúde Primários, ao passo que na classe de Enfermagem e nos profissionais do H. S. João, menos de metade dos inquiridos o referiu.

Como seria de prever, os fumadores foram os que menos concordaram com a contribuição do impedimento de fumar no local de trabalho para o fumador reduzir o consumo de tabaco e em locais privados.

No plano ético, a maioria dos inquiridos reconhece a nocividade do acto de consumo de tabaco junto dos utentes, quer pelos efeitos prejudiciais do FA, quer pela mensagem que transmitem quando esse consumo é visível. No entanto, em relação à nocividade perante os cidadãos, menos de metade dos Enfermeiros e Profissionais de Saúde fumadores concordaram que não devem, também, expor visualmente o consumo aos cidadãos em geral. O estudo comparativo realizado em Madrid observou um aumento daqueles que reconheciam os efeitos nocivos do FA sobre os não fumadores e a diminuição daqueles que fumam na presença dos doentes.³⁴ A maioria dos inquiridos identificou-se como exemplo social em não consumir tabaco ou na cessação do seu consumo, tal como verificado no estudo efectuado em Barcelona em 2002.³³

A totalidade dos médicos e a quase totalidade dos Enfermeiros, concordou que devem informar os utentes sobre os riscos associados ao tabaco e à exposição ao FA.

O resultado de estudos efectuados demonstra que as políticas de controlo de tabaco contam com o apoio dos cidadãos^{20,21} e dos Profissionais de Saúde.³⁵ No entanto, os fumadores são menos favoráveis à aplicação dessas medidas.^{20,22,35} Medidas como o aumento do preço do tabaco e a recusa de cuidados médicos a fumadores são medidas que afectam directamente os fumadores e, evidentemente, não são apoiadas por eles.²⁰ Se falarmos de medidas que interferem com a sua liberdade de consumo, o mesmo se verifica.³⁵

No nosso estudo, as duas medidas de prevenção e controlo do tabagismo: «As embalagens de cigarros devem apresentar advertências aos malefícios do tabaco com uma fotografia para além de texto» e «O preço do tabaco deve aumentar anualmente em 10%», foram alvo de concordância pela maioria dos nossos inquiridos. Em relação aos fumadores, e à semelhança de outros estudos, observou-se que a maioria discorda em relação ao aumento do preço do tabaco. Também, a percentagem de Profissionais não fumadores é superior à percentagem de Profissionais fumadores que concorda que as embalagens de cigarros devem apresentar advertências aos malefícios do tabaco com uma fotografia para além de texto.

Verificou-se uma percentagem superior de Profissionais de Saúde dos Cuidados de Saúde Primários que já receberam formação sobre tabagismo

A amostra deste estudo foi desenhada para ser representativa da população dos Profissionais de Saúde do Distrito do Porto, no entanto, verificou-se pouca receptividade na classe Médica em participar no estudo (obteve-se uma participação de apenas 7,5% no H. S. João e de 37,9% nos CS e USF da Cidade do Porto). Deve-se considerar ainda que os resultados relativos aos fumadores podem estar sujeitos ao erro aleatório tipo II, uma vez que esta amostra conta com apenas 121 Enfermeiros fumadores e 13 Médicos fumadores. Estes dois factos limitam-nos na comparação dos dados obtidos entre fumadores e não fumadores, classe profissional e contexto de trabalho. Na classe médica, a reduzida dimensão da amostra trouxe limitações na comparação entre Médicos fumadores e Médicos não fumadores e entre os dois contextos em que trabalham. Pelas características deste estudo e dimensão da amostra, não foi possível estratificar todos os dados obtidos por sexo e idade. Apenas a proporção do consumo de tabaco na classe de enfermagem sofreu essa estratificação, no entanto, nalgumas faixas etárias o reduzido número de indivíduos que as compõem não permitiu efectuar comparações com a população nacional com as mesmas idades. Nas limitações deste estudo deve-se considerar, então, o viés de selecção, por se tratar de uma amostra de conveniência.

Dado que a participação no estudo era de carácter voluntário, poder-se-ia esperar que os Profissionais de Saúde que participaram no estudo foram aqueles que se encontravam mais sensibilizados para a questão epidemiológica do consumo de tabaco. Os dados obtidos nas categorias comportamental e ética poderão ter sofrido viés de relato, no entanto, este viés foi reduzido pelo anonimato do questionário.

A escala de Fagerström abreviada apesar de validada internacionalmente como instrumento de avaliação do grau de dependência física à nicotina, não está validada para a população portuguesa. Não foram aplicados testes para avaliação da dependência psicológica e da motivação para cessar o consumo.

A amostra final obtida sofreu uma diminuição na sua dimensão quer devido a diferentes taxas de participação das duas classes profissionais consideradas, quer a diferentes taxas de participação do Hospital e das unidades de Cuidados de Saúde Primários. A composição da amostra não reflecte assim a distribuição de Médicos e Enfermeiros dos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiar da Cidade do Porto, e dos serviços de internamento do Hospital S. João, limitando a generalização dos resultados obtidos assim como com os estudos encontrados na literatura.

O carácter exploratório deste estudo permite no entanto que os resultados obtidos, apesar de não poderem ser extrapolados para a população de Profissionais de Saúde de Médicos e Enfermeiros, sugiram tendências e indicadores fundamentais para o conhecimento da problemática estudada.

CONCLUSÕES

Neste estudo, obteve-se uma proporção de consumo de tabaco nos Profissionais de Saúde superior à referida pelos dados do INS realizado em 2005/2006 à população portuguesa.⁴

Nos dados encontrados neste estudo, a classe de enfermagem revelou-se mais céptica quanto aos benefícios trazidos pelo impedimento de fumar no local de trabalho, assim como, em relação à responsabilidade ética de não consumirem tabaco expondo visualmente os cidadãos em geral. Independentemente da classe profissional, houve quem referisse que deveria ser permitido fumar em qualquer local do trabalho e 180 inquiridos não concordaram que o Profissional de Saúde é visto como exemplo social em não consumir tabaco ou na cessação do consumo. Apesar destes dados não serem significativos, revestem-se de significado, pelas características do grupo profissional avaliado neste estudo, com todos os seus conhecimentos e ética subjacentes.

O autor José M. Calheiros no seu artigo de revisão do conhecimento disponível sobre FA e saúde utiliza as seguintes citações como motivo de reflexão - *«As epidemias aparecem e, frequentemente, desaparecem sem deixar rasto, quando se inicia um novo período de uma dada cultura... ... A história das epidemias é, por isso, a história das perturbações da cultura das sociedades humanas»* Rudolf Virchow (1821-1902).¹³ Esta reflexão, tendo em conta todas as respostas desfavoráveis dadas às questões que abordavam o plano comportamental e ético e todos os Profissionais que não têm intenção de deixar de fumar, leva-nos a questionar se será a história do papel do Profissional de Saúde na mudança de comportamentos tabágicos, a história da cultura das sociedades humanas? O Profissional de Saúde fumador, apesar de conhecer os malefícios decorrentes do consumo de tabaco e a importância da cessação tabágica, só mudará o seu comportamento quando a própria sociedade mudar a sua «cultura tabágica»?

Nos dados encontrados neste estudo, a classe médica apresentou uma proporção de consumo de tabaco mais baixa em relação à classe de enfermagem. Nos Cuidados de Saúde Primários verificou-se uma proporção de consumo de tabaco inferior à encontrada nos Profissionais de Saúde do H.S. João. Os Profissionais prestadores de Cuidados de Saúde Primários apresentaram, mais uma vez, maior proporção de concordantes em relação aos benefícios do impedimento de fumar no local de trabalho, sendo também, os que mais entendiam que o Profissional de saúde não deve fumar expondo visualmente o seu consumo aos cidadãos e que se viam como exemplo social. Será o resultado das medidas que têm sido

criadas no âmbito do PPTT da ARS Norte, I.P., pois, nos Cuidados de Saúde Primários verificou-se uma percentagem superior de Profissionais de Saúde que já receberam formação mais diferenciada sobre tabagismo.

A divergência entre fumadores e não fumadores verificadas ao longo do estudo já seria de esperar, assim como entre os dois contextos de trabalho, dada a acção que o PPTT tem vindo a aplicar nos Cuidados de Saúde Primários. Contudo, a diferença entre Médicos e Enfermeiros é que não seria de esperar, porque se trata de um grupo de profissionais com um corpo de conhecimentos, ética e competências próprias ligados à saúde e ligados entre si pela influência directa de um contexto de trabalho aliado da saúde. A variação nos resultados nas suas vertentes comportamental e de responsabilidade social terão como base uma presumida variação nos alicerces culturais e educacionais nessas duas classes profissionais? Um outro dado interessante deste estudo, fruto da comparação, é que a classe de enfermagem apresentou uma variação frequente nas respostas dadas nos dois contextos de trabalho e entre fumadores e não fumadores. o que é verificável nas tabelas 3 e 4.

Espera-se que a alteração da Lei do Tabaco, que entrou em vigor em Janeiro de 2008, com todas as medidas de prevenção e controlo do tabagismo, contribua para a diminuição do início e da proporção do consumo. E pelas características do nosso estudo, apelámos à reflexão sobre a postura do Profissional de Saúde em relação ao consumo de tabaco necessária à alteração de atitudes, porque não há leis que, isoladamente, se tornam em normas sociais acatadas pela comunidade. A mudança de atitude dos Profissionais de Saúde é fundamental, para que se cumpra o seu papel na mudança de cultura e comportamentos tabágicos.

BIBLIOGRAFIA

1 World Health Organization, Neuroscience of psychoactive substance use and dependence, Geneva: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf [acedido em 12 de Fevereiro de 2007]

2 -World Health Organization, The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life, Geneva: <http://www.who.int/whr/2002/en/2002flierANG.pdf> [acedido em 15 de Fevereiro de 2007]

3 - Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50' years observations on male British doctors. *BMJ* 2004; 328:1519

4 - Direção Geral da Saúde, Programa-tipo de actuação em cessação tabágica, Portugal: www.sppneumologia.pt/download.php?path=pdfs&filename=SPP_20080211101944_Norma_de_Conduta_Tabagismo.pdf [acedido em 15 de Fevereiro de 2007]

5 – Santos AC, Barros H. Smoking patterns in a community sample of Portuguese adults, 1999-2000. *Preventive Medicine* 2004; 38:114-119

6 - World Health Organization Regional Office for Europe, Air quality guidelines for Europe, Copenhagen: <http://www.euro.who.int/document/e71922.pdf> [acedido em 10 de Abril de 2007].

7 – Brownson RC, Eriksen MP, Davis MD, Warner KE. Environmental Tobacco Smoke: Health Effects and Policies to Reduce Exposure. *Annual Review of Public Health* 1997;(18):163-185

8 - Jamrozik Konrad, An estimate of deaths attributable to passive smoking in Europe, *Queensland*: http://www.european-lung-foundation.org/uploads/Document/WEB_CHEMIN_290_1142614333.pdf [acedido em 12 de Fevereiro de 2007].

- 9 - International Agency of Research on Cancer,
Overall Evaluations of Carcinogenicity to Humans - Group 1: Carcinogenic to humans, France:
<http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/crthgr01.php> [acedido em 16 de Abril de 2007]
- 10 - World Health Organization, Policies to reduce exposure to environmental tobacco smoke,
California: <http://repositories.cdlib.org/tc/whotcp/WHO9> [acedido em 15 de Março de 2007]
- 11 - Comissão das comunidades europeias. Livro Verde por uma Europa sem fumo: opções
estratégicas a nível comunitário, Bruxelas :
http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/pt/com/2007/com2007_0027pt01.pdf
[acedido em 12 de Fevereiro de 2007].
- 12 - American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers, Inc.,
Displacement Ventilation Control Secondhand ETS?:
http://www.cnpt.es/docu_pdf/ASHRAErepace.pdf [acedido em 30 de Setembro de 2007].
- 13 - Calheiros JM. Fumo ambiental e saúde. *Rev Port Clin Geral* 2006; 22:245-53
- 14 - Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Byrne M. Secondhand smoke exposure
and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in
hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tobacco Control* 2005;14:384-388
- 15 - Ellingsen DG, Fladseth G, Daae H L, Gjølstad M, Kjærheim K, Skogstad M, et al. Airborne
exposure and biological monitoring of bar and restaurant workers before and after the
introduction of a smoking ban. *J. Environ. Monit.*2006; 8:362-368
- 16 - Valente P, Forastiere F, Bacosi A, Cattani G, Di Carlo S, Ferri M, et al. Exposure to fine and
ultrafine particles from secondhand smoke in public places before and after the smoking ban,
Italy 2005. *Tobacco Control* 2007; 16:312-317
- 17 - Ferrero MB, Mezquita MA, García MT, Manual de Prevención y Tratamiento del
Tabaquismo , Madrid:
http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/manual_prevencion_tratamiento_tabaquismo.pdf [acedido em 17 de Abril de 2007].

18 - World Health Organization, Who Framework Convention on Tobacco Control, Geneva: http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf [acedido em 15 de Abril de 2007 – 20h15].

19 - Fong GT, Cummings KM, Shopland DR. Building the evidence base for effective tobacco control policies: the International Tobacco Control Policy Evaluation Project (the ITC Project) for the ITC Collaboration. *Tob. Control* 2006; 15:iii1-iii2

20 - Schumann A, John U, Thyrian JR, Ulbricht S, Hapke U, Meyer C. Attitudes towards smoking policies and tobacco control measures in relation to smoking status and smoking behaviour. *European Journal of Public Health* 2006; 5(16): 513–519

21 - European Commission, Attitudes of Europeans towards tobacco, Special Eurobarometer 239, Europe: http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_239_en.pdf [acedido em 1 de Maio de 2007].

22 - Laforge RG, Velicer WF, Levesque DA, Fava JL, Hill DJ, Schofield PE, et al. Measuring support for tobacco control policy in selected areas of six countries. *Tob Control*. 1998; 7: 241-246

23 - Cohen JE, Pederson LL, Ashley MJ, Bull SB, Ferrence R, Poland BD. Is 'stage of change' related to knowledge of health effects and support for tobacco control? *Addictive behaviours* 2002; 49-61

24 - Programa de Tratamento e Prevenção do Tabagismo da Sub-Região de Saúde do Porto, 2006.

25 - Martínez JA, Alonso JM, Arribas AJ, Sánchez-Seco HP, Cuesta M, Provencio R. Characteristics of tobacco use among the primary health care personnel in Guadalajara. *Rev Esp Salud Publica* 1996; 70(1):51-61

- 26 - LANCASTER T, STEAD L, SILAGY C, [et al]. Review: advice from doctors and nurses, behavioural interventions, nicotine replacement treatment, and several pharmacological treatments increase smoking cessation rates. *Evid Based Ment Health* 2001; 4: 16
- 27 - American Cancer Society, Inc., Tobacco Control Strategy Planning, Companion Guide: http://www.paho.org/English/AD/SDE/RA/Guide2a_Engaging_Doctors_in_Tobacco_Control.pdf [acedido em 12 de Fevereiro de 2007]
- 28 - lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A. Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the *Cochrane Library*. *BMJ*. 2000 August 5; 321(7257): 355–358.
- 29 - ENSP-General Practitioners Empowerment (Phase II), European Network for Smoking Prevention. Framework Project 2001-2002:
http://www.ensp.org/files/gp_empowerment_report_2001-2002.pdf [acedido em 17 de Junho de 2007].
- 30 - COSTA A. Tabagismo em médicos e enfermeiros da cidade do Porto. Motivação para deixar de fumar e grau de dependência tabágica. *Rev Port Clin Geral* 2006; 22:22-38
- 31 - Relatório de Plano de Actividades de 2006. Porto: Serviço de segurança, Higiene e Saúde no trabalho da Sub-Região de Saúde do Porto; 2006.
- 32 - Moré RC, Cantera CM, Fibla MI, Remon LR, Crespo CM. Abordaje del tabaquismo entre los trabajadores de un distrito sanitario. *Gaceta Sanitaria* 2002; 04:218 - 222
- 33 - Ruiz ML, Bayle MS. Evolución de la prevalencia de tabaquismo entre las médicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria* 2003; 01:5 - 10
- 34 - Hodgetts G, Broers T, Godwin M. Smoking behaviour, knowledge and attitudes among Family Medicine physicians and nurses in Bosnia and Herzegovina. *BMC Family Practice* 2004; 5:12
- 35 - Chaiton MO, Cohen JE, McDonald PW, Bondy SJ. The Heaviness of Smoking Index as a predictor of smoking cessation in Canada. *Addictive Behaviors* 2007; 5(32):1031-1042