

Prevenção do Tabagismo em Contexto Escolar

Smoking Prevention in Schools

Amâncio António de Sousa Carvalho^{1*}/Carlos Alberto Simão Alves^{**}/Vanessa dos Santos Cardoso Monteiro^{**}

*Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Escola Superior de Enfermagem, Vila Real, Portugal, e Centro de Investigação em Estudos da Criança (CIEC) da Universidade do Minho; **Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila Real 1

Resumo

Segundo a Organização Mundial de Saúde, morrem anualmente, em todo o mundo, aproximadamente 5,4 milhões de pessoas fumadoras ou ex-fumadoras, 650 mil na União Europeia. Se não forem adotadas medidas eficazes de prevenção e controlo, estima-se que o número de mortes anuais, em todo o mundo, possa atingir os 8 milhões, nos próximos 20 anos. Em Portugal, de acordo com estimativas para o ano de 2010, o tabaco foi responsável pela morte de cerca de 11 800 pessoas. Estes dados reiteram a necessidade de investir na prevenção e controlo deste importante problema de saúde pública. É no âmbito desta temática que se situa este artigo, que pretende: aumentar a literacia dos profissionais da educação sobre a prevenção da iniciação do consumo de tabaco nos jovens, exposição ao fumo ambiental de tabaco e estratégias de prevenção do tabagismo; desenvolver competências no âmbito da implementação de metodologias ativas dirigidas à prevenção do tabagismo.

Palavras chave: Prevenção; Controlo; Tabagismo; Jovens.

Abstract

According to the World Health Organization, die annually worldwide, about 5.4 million smokers or former smokers people, 650,000 in the European Union. If effective measures to prevent and control have not been adopted, it is estimated that the number of annual deaths worldwide, can reach 8 million over the next 20 years. In Portugal, according to estimates for the year 2010, tobacco was responsible for the deaths of about 11,800 people.

These data support the need to invest in prevention and control of this important public health problem. It is within this theme that lies this paper, which aims to: increase the literacy of education professionals on the prevention of initiation of

¹ A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Amâncio António de Sousa Carvalho, Escola Superior de Enfermagem de Vila Real da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Lugar do tojal, Lordelo, 5000-232 Vila Real, Portugal E-mail: amancioc@utad.pt
Submissão: 30.07.2015
Aceitação: 19.10.2015

tobacco use among young people, exposure to environmental tobacco smoke and smoking prevention strategies; develop skills in implementing active methodologies aimed at prevention of smoking.

Keywords: Prevention; Control; Smoking; Young People.

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o tabagismo foi responsável pela morte de 100 milhões de pessoas, no século XX e, se não for controlado, poderá vir a matar dez vezes mais, ao longo deste século. É também a primeira causa de morte prematura, nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte, a nível mundial (Nunes & Narigão, 2013, 2014).

Estimativas conjuntas da OMS e União Europeia, indicaram que o tabaco seja responsável pela morte anualmente de 6 milhões de pessoas, a nível mundial, das quais 600 mil devido à exposição ao fumo ambiental do tabaco e pela morte de 700 mil pessoas na União Europeia, das quais cerca de 19 mil devido à exposição ao fumo ambiental do tabaco (European Commission, 2009; Nunes & Narigão, 2014; WHO, 2008).

Em Portugal, no ano de 2010, o consumo de tabaco foi responsável pela morte de cerca de 11 mil pessoas fumadoras ou ex-fumadoras, das quais 83,2% registaram-se no sexo masculino (Pordata, 2014). No mesmo ano, a estimativa para a mortalidade atribuível à exposição de fumo ambiental de tabaco foi de 845 óbitos. Estima-se que a taxa de mortalidade atribuível ao consumo de tabaco, tenha sido de 103,06 por 100 mil habitantes (Nunes & Narigão, 2014).

Um estudo realizado pelo Eurobarómetro (2008), citado por Nunes e Narigão (2014), permitiu concluir que apenas 32% dos jovens portugueses inquiridos, dos 15 aos 24 anos, considerou que o consumo de tabaco tinha elevado risco para a saúde, tendo 13% afirmado que este consumo apresentava baixo risco e 1% que não apresentava risco.

Em termos de gastos associados ao consumo de tabaco em Portugal, de acordo com uma estimativa dos custos com o tratamento, das principais doenças atribuíveis ao tabaco, no ano de 2007, no sistema de saúde público, concluiu-se que o tabaco foi responsável, pelo gasto de 126 milhões de Euros em internamentos hospitalares no

Serviço Nacional de Saúde e por mais 363 milhões de Euros no ambulatório (Nunes & Narigão, 2013).

De acordo com as orientações programáticas do Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo, fumar afeta todos os órgãos e sistemas, constituindo também uma causa ou fator de agravamento das doenças não transmissíveis mais prevalentes, em particular do cancro, bem como de outros efeitos nocivos, especificamente, a nível da saúde sexual e reprodutiva e da saúde ocular (DGS, 2012).

Este facto é salientado por Precioso (2006), que afirma que a ciência demonstrou de forma inequívoca que fumar ativa ou passivamente é prejudicial à saúde, em todas as fases do ciclo de vida da pessoa, sendo particularmente grave, o consumo pelas crianças e adolescentes.

O mesmo autor refere que os jovens começam a fumar em idades cada vez mais precoces, antes dos 12 anos, pelo que a prevenção primária deste consumo deverá começar antes desta idade e continuar ao longo do percurso escolar. Corroborando esta opinião, Nunes (2004) refere que a maioria dos consumidores inicia o consumo de tabaco, na adolescência, pelo que esta fase do ciclo de vida representa, um período importante de vulnerabilidade para o início deste consumo.

Por tudo isto, a problemática sobre a qual este artigo se centra é pertinente e justifica-se a sua abordagem. Os objetivos que delineámos para este artigo foram: i) aumentar a literacia dos profissionais de educação sobre a prevenção da iniciação do consumo de tabaco nos jovens, exposição ao fumo ambiental de tabaco e estratégias de prevenção do tabagismo; ii) desenvolver competências no âmbito da implementação de metodologias ativas dirigidas à prevenção do tabagismo.

Tabagismo em Meio Escolar

Existe evidência científica segura (Precioso, 2004, 2006), de que a escola é o principal local de iniciação do comportamento de fumar para a maioria dos adolescentes portugueses (60%) e que proporções de amostras superiores a 50% referem ter recebido ofertas de cigarros na escola.

Segundo dados obtidos através do estudo Health Behaviour in School Aged Children (HBSC), citados por Nunes e Narigão (2014), a nível nacional 16% das raparigas e

19% dos rapazes, com 15 anos começaram a fumar com 13 ou menos anos de idade, embora estas prevalências sejam inferiores às observadas na média de todos os países participantes no estudo, a nível europeu (22% nas raparigas e 26% nos rapazes).

Através dos dados resultantes do Inquérito Nacional em Meio Escolar (Feijão, 2012), concluiu-se que, em 2011, 18% dos alunos a frequentar o 3º ciclo do ensino público fumou nos 30 dias anteriores ao estudo e 28% fumou no último ano (Nunes & Narigão, 2014).

Em 2006 e 2011, tendo em conta os consumos de tabaco, nos últimos 12 meses anteriores à inquirição, reportados pelos alunos do 3º ciclo e ensino secundário, do ensino público, registou-se um agravamento em todas as regiões do continente (Nunes & Narigão, 2014). Na Região Norte, o agravamento das prevalências dos consumos reportados foi mais acentuado no ensino secundário, com um aumento de 44%. Uma das prevalências de consumo mais elevadas foi observada na Região de Alto de Trás-os-Montes (56%).

Da planta ao consumo

O tabaco provém da planta do género *Nicotiana*, da família das solanáceas, sendo as espécies mais utilizadas na indústria do fumo a *Nicotiana tabacum* e a *Nicotiana glauca*. A planta que pode atingir 2 m de altura, com folhas que medem, em média, 60 a 70 cm, possui flores que podem ser vermelhas, amarelas ou brancas. É uma planta anual, cultivada em climas quentes e temperados (Rosemberg, 2005).

O início do uso da planta para fumar tem origem indeterminada. Existem relatos do seu uso na China, há cerca de cinco mil anos, com fins purificadores, assim como no ano 1000 a.C. nas sociedades indígenas da América Central, em rituais mágicos e religiosos. É introduzida na Europa, após a viagem de Cristóvão Colombo à América, pelos espanhóis e portugueses, no final do Século XV (Seibel & Toscano, 2001).

A planta *Nicotina tabacum* deve o seu nome ao médico Jean Nicot, embaixador de França em Portugal, que popularizou o seu uso na Europa, atribuindo-lhe propriedades medicinais (Costa, 1984). O tabaco era fumado em cachimbos, aspirado, mascado, comido ou tomado sob a forma de chá, reconhecido como importante planta medicinal, utilizado em lavagens intestinais, para combater

pioelhos, aplicado como colírio e na formulação de analgésicos e antissépticos (Musk & De Klerk, 2003).

Com o aumento da produção de cigarros em escala industrial e através de modelos agressivos de propaganda e marketing, associou-se o tabaco a eventos socioculturais por todo o mundo, com uma representação social positiva, imagem idealizada e de elevada autoestima, beleza, sucesso e liberdade, fatores decisivos para reforçar o comportamento de fumar (Menezes et al., 2001).

Nos anos 60, surgem as primeiras investigações sobre as doenças associadas ao tabagismo, e nos anos 80 observa-se uma modificação na compreensão do comportamento de fumar tabaco, sendo visto como gerador de dependência, à semelhança do que acontece com outras drogas (Migott, 2007).

Neste sentido, as razões iniciais do uso ao tabaco relacionam-se essencialmente com questões mágico-religiosas e medicinais, contrastando com o uso posterior nas sociedades urbanas, associado ao prazer e às suas propriedades psicoativas estimulantes.

Constituintes do tabaco

O fumo do tabaco é um aerossol composto por uma fase gasosa e uma fase de partículas. Estão descritas mais de 4000 substâncias, com efeitos tóxicos e irritantes. Muitas destas substâncias estão presentes na folha do tabaco, enquanto outras provêm da absorção pela planta de substâncias existentes no solo ou no ar, tais como os pesticidas e os fungicidas e outras são produzidas durante o processo de cura e de armazenamento da folha (WHO, 2004).

Na composição química do tabaco destacam-se três substâncias, quanto aos seus efeitos biológicos e tóxicos: a nicotina, o alcatrão e o monóxido de carbono. A nicotina, patente em todos os derivados do tabaco, é um alcaloide vegetal, com propriedades psicoativas, responsável pela dependência. Atua sobre determinados recetores existentes a nível cerebral e periférico, provocando estimulação ou depressão, alteração dos estados de humor, conforme a intensidade e a frequência com que é inalada. Atinge o cérebro em poucos segundos, aproximadamente nove, disseminando-se através da corrente sanguínea a todo o corpo. Tal justifica a necessidade que os fumadores sentem em fumar um cigarro a cada meia hora, a fim de manter um nível satisfatório de nicotina. A nicotina imita a ação da

acetilcolina, provavelmente, o efeito global da nicotina reflete um equilíbrio entre a ativação dos recetores nicotínicos de acetilcolina, causando excitação neuronal, e a dessensibilização, produzindo bloqueio sináptico (Dale, Rang & Ritter, 2001).

O alcatrão é o conjunto de partículas sólidas suspensas no fumo do tabaco, que contém mais de 3500 substâncias químicas, entre as quais poderosos cancerígenos, como os hidrocarbonetos aromáticos policíclicos e as nitrosaminas. Na sua forma condensada, é uma substância gomosa e acastanhada, que provoca o amarelecimento dos dedos e dos dentes dos fumadores (WHO, 2004).

O monóxido de carbono, forma-se durante a combustão dos produtos do tabaco, é um gás inodoro, tóxico, mortal quando inalado em grandes quantidades. Tem grande afinidade com a hemoglobina, diminuindo a capacidade do sangue para transportar oxigénio dos pulmões às células dos tecidos e órgãos (WHO, 2007).

Acrescem as diversas substâncias utilizadas pela indústria do tabaco, os ingredientes ou aditivos (como o mentol, a baunilha, o conhaque, o cacau, entre outros) com o objetivo de humidificar o fumo, de modo a torna-lo menos irritante para as vias aéreas, ou de melhorar a sua aceitabilidade, especialmente junto dos jovens. Alguns destes ingredientes poderão contribuir para potenciar o efeito aditivo da nicotina (WHO, 2007).

O fumo inalado pelo fumador (corrente principal do fumo) é qualitativa e quantitativamente diferente do fumo libertado para a atmosfera (corrente lateral ou secundária), sendo este mais alcalino, com partículas de menor dimensão e com maior concentração de algumas substâncias tóxicas, o que torna o fumo ambiental potencialmente mais nocivo à saúde do que o fumo inalado diretamente pelo fumador. O fumo do tabaco é classificado como principal poluente evitável do ar interior, carcinogéneo humano do grupo 1.

Salienta-se que os produtos do tabaco são nocivos para a saúde, não havendo um limiar seguro de exposição, tanto no fumo passivo ou “fumo em segunda mão”, combinação do fumo libertado para a atmosfera pela ponta acesa de um cigarro e pelo fumo exalado pelo fumador, como do “fumo em terceira mão”, composto por partículas e químicos do fumo depositados nas superfícies, sem a presença de fumadores, absorvido através de ingestão, da pele e por inalação (WHO, 2010).

Dados epidemiológicos

Um em cada dois consumidores que fume regularmente ao longo da vida morrerá por uma doença associada ao tabaco, perdendo em média dez anos de esperança de vida (Doll, Peto, Boreham & Sutherland, 2004; US Department of Health and Human Services, 2010).

Em Portugal, estima-se que o consumo de tabaco seja responsável por 1 em cada 10 mortes verificadas na população adulta e por cerca de 1 em cada 4 mortes verificadas na população dos 45 aos 59 anos (WHO, 2012). No último Inquérito Nacional de Saúde, a prevalência de fumadores com idade superior a 15 anos foi de 20,9%, 30,9% no sexo masculino e 11,8% no sexo feminino, e 16,1% ex-fumadores (Machado, Nicolau & Dias, 2009).

Segundo o estudo Eurobarómetro 2012, a maioria dos jovens portugueses começou a fumar entre os 13 e os 16 anos. Dos alunos com 18 anos, 34% dos rapazes e 38% das raparigas fumaram pela primeira vez entre os 15 e os 16 anos. Cerca de 15% dos rapazes e 8% das raparigas começaram a fumar com menos de 11 anos. Mais de 90% dos fumadores portugueses iniciaram o consumo regular de tabaco antes dos 25 anos, sendo 17,7 anos a idade média de início do consumo regular, valor semelhante à média europeia (European Commission, 2012).

No que toca à evolução das prevalências de consumo de tabaco ao longo da vida (ter alguma vez consumido tabaco) nos alunos do ensino público, na última década, verificou-se um decréscimo em 2006 e uma subida em 2011, quer no 3º ciclo, quer no ensino secundário. Ocorreu, um aumento significativo nas percentagens de jovens que disseram ter fumado nos 30 dias anteriores ao estudo, entre os anos de 2006 e de 2011, em particular nos alunos do ensino secundário (Feijão, 2012).

De acordo com o Relatório do estudo de âmbito europeu ESPAD 2011, 43% dos adolescentes portugueses escolarizados de 16 anos referiram já ter fumado pelo menos uma vez (48% dos rapazes e 40% das raparigas); 29% responderam ter consumido cigarros nos últimos 30 dias e 15% ter fumado diariamente nos últimos 30 dias (Hibell et al., 2012).

No que diz respeito ao acesso ao tabaco é considerado fácil ou muito fácil, por um em cada cinco adolescentes escolarizados do ensino público de 13 anos e um em cada dois adolescentes de 15 anos, sendo que a venda de tabaco em Portugal é interdita a menores de 18 anos (Feijão, Lavado & Calado, 2011).

Relativamente à exposição ao fumo ambiental do tabaco, na União Europeia, 14% das pessoas não fumadoras afirmaram estar expostas diariamente, no seu domicílio, ao fumo do tabaco consumido por outras pessoas. Em Portugal, aproximadamente de 13% dos não fumadores referiram encontrar-se expostos diariamente, no seu domicílio, ao fumo do tabaco (European Commission, 2009).

Quanto à exposição de crianças ao fumo ambiental de tabaco, num estudo levado a cabo por Precioso et al. (2014), 32,6% das crianças (com uma média de idades de 9 anos) estavam expostas ao fumo no seu domicílio, diariamente (14,3%) ou ocasionalmente (18,3%). Das crianças participantes que costumavam viajar de carro, 29,1% referiram estar expostas ao fumo de tabaco na viatura onde habitualmente eram transportadas, 4,9% sempre e 24,2% ocasionalmente.

Impacto na saúde humana

O tabagismo é uma das causas de doença que assombra pela magnitude e extensão planetária. A OMS afirma que esta é a principal causa de morte evitável em todo o mundo e estima que um terço da população mundial adulta seja fumadora. O tabagismo é responsável por cerca de 4,9 milhões de óbitos anuais, sendo que 40 a 45% são por carcinomas (dos quais 90 a 95% por carcinoma do pulmão), 75% por Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, 20% por doença vascular e 35% por doença cardiovascular (WHO, 2002).

Existe uma relação entre o consumo tabágico e o aparecimento de doenças, sendo que o risco para algumas é maior em idades mais jovens, independentemente do consumo diário. Um estudo mostra claramente que consumos baixos de cigarros (abaixo de cinco por dia) estão mesmo assim associados a um aumento de mortalidade em ambos os sexos, com o aparecimento de doenças associadas com os hábitos tabágicos, confirmando-se desta forma o princípio de que não há níveis seguros de exposição (Bjartveit & Tverdal, 2005).

Atualmente, as consequências do consumo de tabaco estão bem estabelecidas para um grande número de doenças, com particular destaque para o cancro em diferentes localizações, para as doenças do aparelho respiratório, para as doenças cardiovasculares e para os efeitos na saúde reprodutiva. Cerca metade dos fumadores regulares, morre em resultado do seu consumo, um quarto dos quais nas idades compreendidas entre os 25 e os 69 anos. Os fumadores perdem, em média,

dez anos de esperança de vida que podem ser recuperados se pararem de fumar. E quanto mais cedo, maiores serão os benefícios (Doll et al., 2004).

Relativamente ao risco de morte por cancro, é 22 vezes maior nos homens e cerca de 12 vezes maior nas mulheres fumadores, em comparação com os não fumadores da mesma idade e sexo (US Department of Health and Human Services, 2004). A relação entre consumo de tabaco e o aparecimento de cancro em diferentes localizações do corpo está bem estabelecida (IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, 2004). Existe evidência suficiente de que o consumo de tabaco é causa de cancro do pulmão, da cavidade oral, da faringe, da laringe, do esófago, do pâncreas e do estômago bem como também tem uma relação causal com os cancros da bexiga, do rim, do cancro do colo do útero e com a leucemia mieloide aguda.

O tabaco é também o principal fator de risco evitável de doença cardiovascular, aumentando com o número de cigarros fumados e a duração do consumo. Estima-se que cerca de 30% da mortalidade anual por doença coronária nos EUA, esteja relacionada com o seu consumo (US Department of Health and Human Services, 2004). O consumo de tabaco é causa de aterosclerose, de doença cerebrovascular, de doença isquémica coronária, de doença vascular periférica e de aneurisma da aorta abdominal e fumar é uma causa *major* de doença coronária e o risco aumenta com a dose e o tempo de exposição, embora de forma não linear (Ockene & Miller, 1997). Mesmo em mulheres com menos de cinquenta anos, em que a incidência desta doença é relativamente baixa, o risco é mais elevado nas fumadoras, aumentando com a intensidade do consumo. A doença coronária provocada pelo tabaco pode contribuir para o aparecimento de insuficiência cardíaca congestiva e risco de acidente vascular cerebral é tanto maior quanto mais intenso for o consumo. A associação causal está bem estabelecida, estimando-se que os fumadores possam ter um risco acrescido de cerca de 50% de virem a sofrer um acidente vascular cerebral (Sena & Ferret-Sena, 2004). O consumo de tabaco está também associado com o aneurisma da aorta abdominal. De acordo com o US Department of Health and Human Services, os fumadores têm um risco duas a quatro vezes superior de desenvolverem doença coronária e o dobro do risco de sofrerem um AVC. O risco de doença arterial periférica é cerca de dez vezes superior ao verificado em não-fumadores.

Fumar é lesivo para toda a árvore respiratória, afetando a estrutura e a função pulmonar, diminuindo as defesas contra as infeções e provocando a continuidade de lesões que conduzem à doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e o seu consumo está associado a um risco dez vezes superior de morte por esta doença. Entre as possíveis causas de DPOC, encontram-se as infeções respiratórias agudas, cuja incidência é maior nos fumadores, existindo uma associação causal entre fumar e infeções do trato respiratório superior e inferior, incluindo a pneumonia e outros sintomas respiratórios em adultos, designadamente, tosse, pieira, expetoração e dispneia. Fumar durante a infância e a adolescência é causa de alteração da maturação pulmonar, de tosse, de pieira, de aumento de mucosidade e de dispneia, havendo uma associação causal entre fumar e o aparecimento de sintomas asmáticos. No que se refere à asma, há evidência sugestiva de que fumar agrava o prognóstico de asma em crianças e jovens. No adulto, existe uma relação causal entre fumar e sintomas respiratórios asmáticos bem como um pior controlo da asma.

O consumo de tabaco está associado ao aumento do risco de diversas doenças do aparelho gastrointestinal, designadamente o cancro do esófago, do estômago, do pâncreas, do fígado e do cólon, o refluxo gastro esofágico, a úlcera péptica gástrica e duodenal e a doença de Chron (Thomas, Rhodes & Ingram, 2005). Nos fumadores, as úlceras gástricas são habitualmente mais graves, apresentando complicações com maior frequência.

A associação entre consumo e depressão é também conhecida sendo que alguns estudos apontam que cerca de 60% dos fumadores (homens e mulheres) têm história de depressão clínica, aparentemente associada a níveis de consumo elevados. Vários estudos mostram ainda de que as prevalências de consumo de tabaco são mais elevadas em pessoas com problemas de saúde mental e em doentes psiquiátricos institucionalizados, relativamente à população em geral.

No homem fumador há evidência suficiente de que fumar provoca uma diminuição da qualidade e quantidade do esperma podendo assim diminuir a resposta a tratamentos de fertilidade e existe ainda uma relação com a disfunção erétil, que pode melhorar com a cessação tabágica (Millet et al., 2006).

Fumar, pode estar associado a um aumento da resistência à insulina, podendo contribuir assim para o aparecimento de diabetes tipo II em ambos os sexos e para

uma maior dificuldade de controlo da diabetes tipo I, embora esta seja ainda uma área em investigação. Vários estudos em fumadores diabéticos parecem mostrar um maior risco de morbilidade e de mortalidade precoces, associado às complicações macro e microvasculares bem como o desenvolvimento prematuro de muitas das complicações da diabetes mellitus tipo I. A nefropatia e a albuminúria são mais frequentes em diabéticos fumadores, por exemplo e existe também um aumento da ocorrência de neuropatia periférica em diabéticos de tipo 1. Esta relação ainda não é conclusiva mas aparentemente o risco aumenta com a dose de exposição e com a idade de início do consumo (Haire-Joshu, Glasgow & Tibbs, 2003).

Fumar é fator de risco de osteoporose, aumentando o risco de fratura, em particular nas mulheres pós-menopáusicas, muito possivelmente devido a alterações do metabolismo do cálcio, cuja absorção se encontra diminuída nas fumadoras, devido a mecanismos não totalmente conhecidos, mas provavelmente relacionados com alterações do sistema hormona paratiroideia. Embora estes efeitos sejam mais notórios nas mulheres, os homens fumadores parecem apresentar também uma densidade óssea inferior à dos não fumadores, embora a causa não esteja ainda suficientemente esclarecida (Kapoor & Jones, 2005).

O consumo de tabaco está associado a numerosas perturbações cutâneas, designadamente envelhecimento e formação precoce de rugas. Está também associado a um risco acrescido de carcinoma pavimentocelular, psoríase e hidradenite supurativa. Dificulta a cicatrização e piora as lesões da pele associadas à diabetes, ao lúpus e à SIDA (Freiman, Bird, Metelitsa, Barankin & Lauzon, 2004). Estudos mostram que as fumadoras têm mais rugas faciais do que as não fumadoras da mesma idade e a formação precoce de rugas faciais é mais acentuada nas mulheres, embora afete ambos os sexos e esteja associada à intensidade do consumo (Emster et al., 1995).

A maioria dos fumadores aparenta uma idade superior à real, sendo possível na maior parte dos casos reconhecer um fumador pela cor amarelo-acinzentada da pele e pelas rugas periorais e temporais (Raitio et al., 2004).

Segundo o US Department of Health and Human Services é possível estabelecer uma relação causal entre consumo de tabaco e a catarata nuclear bem como entre o consumo de tabaco e a degenerescência macular atrófica e macular exsudativa relacionada com a idade.

Motivos para iniciar o consumo de tabaco

No dizer de Precioso (2006), não existe uma causa única que explique o início deste comportamento, parecendo haver um conjunto de fatores complexos e interrelacionados, que predispõem os jovens a fumar. Por outro lado, estes fatores diferem de indivíduo para indivíduo.

O mesmo autor, citando Mendoza, Pérez e Foguet (1994), refere que os comportamentos humanos são determinados por um conjunto de fatores biológicos, psicológicos, microsociais, macrosociais, ambientais, culturais, económicos, etc., que interagem entre si. A interação das influências sociais e ambientais, com as características individuais e a suscetibilidade do indivíduo a tais influências, parecem ter um papel importante no início da experimentação com cigarros.

O ato de fumar é socialmente aprendido. Dos fatores socio ambientais com maior influência na iniciação do consumo, salientam-se o comportamento de fumar dos pares, dos pais e de outras pessoas significativas para os adolescentes e jovens, a acessibilidade ao tabaco, em particular o preço, a aceitação social do consumo e a visibilidade social dos produtos de tabaco (cinema, vídeos, internet, meios de comunicação social e locais de venda) (Nunes, 2013).

Por outro lado, sabe-se que os adolescentes tendem a sobrestimar a prevalência de consumo entre os seus pares, sendo que a probabilidade de um adolescente fumar aumenta, se os amigos também fumarem (Nunes, 2013).

Um estudo realizado em Portugal pelo Eurobarómetro (2012), que visava identificar os principais motivos de iniciação do consumo de tabaco, constatou que 82% dos inquiridos reportaram ter começado a fumar devido ao facto de os amigos fumarem, o que reforça a enorme influência dos pares, nesta fase do ciclo de vida, no que se refere à adoção dos comportamentos de risco; 19% por gostarem do cheiro ou do sabor do tabaco; 10% por considerarem o tabaco economicamente acessível; 6% por terem pais fumadores, o que reforça a aprendizagem por modelagem e a influência do exemplo; 3% por gostarem de cigarros com determinado sabor, como o adocicado, frutado, a mentol ou a especiarias, existindo por parte das marcas de tabaco um esforço para tornar o tabaco mais atrativo para os adolescentes, adicionando-lhe cheiros que possam ser apelativos; e 1% por gostarem da embalagem de cigarros, cedendo à componente estética,

bastante apelativa, sabendo-se que os adolescentes gostam de impressionar o sexo oposto (Nunes, 2013; Nunes & Narigão, 2013).

Embora a maioria dos jovens pré-adolescentes evidenciem atitudes negativas perante o tabagismo, muitos virão a experimentar fumar e, mais tarde, a fumar de modo regular ao longo da vida adulta, tornando-se dependentes deste consumo (Nunes, 2013).

Um estudo efetuado com uma amostra de jovens universitários (Precioso, 2004), revelou que a maioria dos participantes fumadores referiu ter começado a fumar durante o ensino básico e secundário, tendo indicado como principais motivos a curiosidade, o desejo de experimentar ou a influência dos amigos.

De acordo com o III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, realizado em Portugal no ano de 2012, as circunstâncias associadas ao início do consumo, mais reportadas pelos inquiridos foram a influência dos amigos (44,9%), a curiosidade/vontade de experimentar (43%) e os momentos festivos (8,7%) (Balsa, Vital & Urbano, 2014).

Da experiência à dependência

No dizer de Nunes (2013), o processo pelo qual o adolescente evolui da experimentação do tabaco até ao consumo regular e à dependência tem cinco estádios sequenciais: i) Fase de preparação que inclui a aquisição de conhecimentos e a formação de crenças e expectativas sobre o uso de tabaco; ii) Fase de iniciação, na qual os jovens fazem o consumo dos primeiros cigarros; iii) Fase de experimentação, que compreende um período de uso repetido, irregular, podendo ocorrer apenas, em situações ocasionais, ao longo de um período de tempo variável; iv) Fase de consumo regular, na qual se dá o desenvolvimento de um padrão de consumo repetido e regular; v) Fase da dependência, caracterizada por um consumo regular, geralmente diário, mediado pela necessidade compulsiva de consumir e pelo aparecimento da síndrome de abstinência. No entanto, os sintomas de dependência da nicotina, podem surgir dias ou semanas após o uso ocasional, muitas vezes antes de um consumo regular se ter instalado.

Estratégias de prevenção e controlo do tabagismo

O Plano Nacional de Saúde considera o consumo de tabaco como a principal causa evitável de mortalidade e morbilidade. Dado o impacto social, económico e cultural que as doenças decorrentes do consumo do tabaco apresentam nas sociedades contemporâneas torna-se fundamental a criação e a operacionalização de estratégias integradas de prevenção, que permitam reduzir as elevadas taxas de morbilidade e mortalidade que atualmente se registam.

No que se refere ao consumo de tabaco é imprescindível intervir com ações abrangentes e eficazes que capacitem a pessoa de mais e melhor informação sobre a prevenção do início do consumo e da cessação tabágica, bem como do seu impacto a nível biológico, psicológico, social e económico. O controlo do consumo de tabaco é uma política de saúde pública essencial para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Existem muitos métodos de controlo do tabagismo e a legislação é importante, mas o não se pode descurar é a prevenção junto dos jovens para evitar o consumo. Para colher frutos é necessário apostar numa prevenção integrada e contínua, num trabalho feito nas escolas e com os pais, onde se exija a participação ativa dos jovens. Não basta lançar uma campanha de despromoção do tabaco. Também é preciso dar respostas e apoio às pessoas que querem deixar de fumar. De acordo com o Plano Nacional de Saúde, 42% dos homens e 48% das mulheres em Portugal querem deixar de fumar, mas só uma minoria (17% a 40%) teve aconselhamento médico. A percentagem de fumadores que recebeu apoio formal é ainda mais reduzida e varia entre os 6% e os 16%.

Os objetivos principais de prevenção e controlo do tabagismo passam por evitar a habituação e apoiar a cessação tabágica. Para além disso, as medidas legislativas atuais, procuram regular as condições de fabrico e venda do tabaco, bem como proteger os não-fumadores da exposição ao fumo passivo. As estratégias previstas na legislação para a diminuição do consumo são várias e vão desde o aumento dos produtos de tabaco ao controlo e proibição da publicidade e patrocínios, bem como a limitação de acesso do tabaco a menores. A legislação prevê também a proibição total ou restrição da instalação de máquinas de venda automática (em estabelecimentos de ensino, saúde e recintos desportivos), o controlo dos constituintes dos produtos do tabaco, bem como da rotulagem e da exposição involuntária ao fumo (Nunes, 2013).

Considerações finais

Ao longo deste artigo ficou bem patenteado que o consumo de tabaco, quer de forma ativa, quer de forma passiva, tem como consequências um aumento exponencial da mortalidade e da morbilidade, diretamente relacionadas com este comportamento. Assim, torna-se essencial atuar na prevenção e controlo deste comportamento, que constitui uma estratégia fundamental na promoção da saúde pública.

Esta problemática afeta o ser humano ao longo do ciclo de vida, mas a sua gravidade aumenta, quando o consumo de tabaco é feito por crianças e jovens. Depois a escola emerge como principal local de iniciação, pelo que a comunidade escolar, particularmente, os pais e professores devem empenhar-se ativamente na prevenção e controlo deste fenómeno, conjuntamente com os serviços de saúde.

Neste artigo fizemos uma resenha histórica da origem do tabaco, abordamos os seus constituintes, apresentamos alguns dados epidemiológicos mais recentes, descrevemos o impacto do seu consumo na saúde humana, expusemos os principais motivos para iniciar este consumo, descrevemos o percurso da experimentação à dependência e apresentamos as principais estratégias de prevenção e controlo do tabagismo, que têm vindo a ser implementadas.

Esperamos ter contribuído para o aumento da literacia sobre esta problemática, alertar para a importância da sua prevenção e controlo e ter deixado algumas ideias de como abordar este assunto utilizando metodologias ativas.

Referências

- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2014). *III Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral/Portugal 2012*. Retirado de: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigação/EstudosConcluidos/Lists/SIAD_ESTUDOS/Attachments/135/III_InqueritoNacionalConsumo_deSPnaPG%202012.pdf
- Bjartveit, K., & Tverdal, A. (2005). Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tob Control*, 14 (5), 315-320.
- Costa, J. B. (1984). *Fumo no banco dos réus: culpado ou inocente?* São Paulo: Casa Publicadora Brasileira.

- Dale, M. M., Rang, H. P., & Ritter, J. M. (2001). *Farmacologia* (4a ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo. Orientações programáticas*. Lisboa: Autor.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality from cancer in relation to smoking: 50 years observations on British doctors. *British Journal of Cancer*, 92 (3), 426-429.
- Emster, V.L., Grady, D., Miike, R., Black, D., Selby, J., & Kerlikowske, K. (1995). Facial wrinkling in men and women, by smoking status. *Am J Public Health*, 85 (1), 78-82.
- European Commission, (2009). Fact Sheet Tobacco Control in the EU. Brussels: Directorate General for Health and Consumers. Retrieved from http://ec.europa.eu/health/archive/ph_information/documents/tobacco_control_eu.pdf
- European Commission. (2008). *Flash Eurobarometer 233: Young people and drugs among 15-24 year-olds*". Analytical report. Brussels: TNS Opinion & Social.
- European Commission. (2012). *Attitudes of Europeans towards tobacco: Report. Special Eurobarometer 385*. Brussels: TNS Opinion & Social.
- Feijão, F. (2012). *Inquérito Nacional em Meio Escolar, 2011 - 3º ciclo e secundário. Consumo de drogas e outras substâncias psicoativas: Uma abordagem integrada. Síntese de resultados*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Feijão, F., Lavado, E., & Calado, V. (2011). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas. Grupos etários dos 13 aos 18 anos*. ECATD-ESPAD. Lisboa: SICAD.
- Freiman, A., Bird, G., Metelitsa, A. I., Barankin, B., & Lauzon, G. J. (2004). Cutaneous effects of smoking. *J Cutan Med Surg*, 8 (6), 415-423.
- Haire-Joshu, D., Glasgow, R. E., & Tibbs, T. L. (2003). American Diabetes Association. Smoking and diabetes. *Diabetes Care*, 26 (Suppl, 1), S89-S90.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, T. B. A., & Kraus, L. (2012). *The 2011 ESPAD Report substance use among students in 36 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs.

- IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. (2004). *Tobacco smoke and involuntary smoking*. WHO. Retrieved from <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol83/mono83.pdf>
- Kapoor, D., & Jones, T.H. (2005). Smoking and hormones in health and endocrine disorders. *Eur J Endocrinol*, 152 (4), 491-499.
- Machado, A., Nicolau, R., & Dias, C.M. (2009). Consumo de tabaco na população portuguesa: análise dos dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: Departamento de Epidemiologia. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
- Menezes, A. M. B, Palma, E., Holthausen, R., Oliveira, R., Oliveira, P. S., & Devens, E. (2001). Evolução temporal do tabagismo em estudantes de medicina, 1986, 1991, 1996. *Rev. Saúde Pública*, 35 (2), 165-169.
- Migott, A. M. B. (2007). *Um estudo do polimorfismo 5HT2A como elo entre tabagismo e Depressão*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Millet, C., Wen, L. M., Rissel, C., Smith, A., Richters, J., Grulich, A., & Visser R. (2006). Smoking and erectile dysfunction: findings from a representative sample of Australian men. *Tob Control*, 15 (2), 136-139. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16565463>
- Musk, A. W., & De Klerk, N. H. (2003). History of tobacco and health. *Respirology*, 8, 286-290.
- Nunes, A. R. A. R. (2004). Os jovens e os factores associados ao consumo de tabaco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22 (2), 57-67.
- Nunes, E. (2013). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016*. Lisboa: DGS.
- Nunes, E., & Narigão, M. (2013). *Portugal Prevenção e Controlo do Tabagismo em números - 2013. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Lisboa: DGS.
- Nunes, E., & Narigão, M. (2014). *Portugal Prevenção e Controlo do Tabagismo em números - 2014. Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo*. Lisboa: DGS.

- Ockene, I. S., & Miller, N. H. (1997). Cigarette smoking, cardiovascular disease and stroke: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*, 96 (4), 3243-3247.
- Precioso, J. A. G. (2004). Bases científicas para a prevenção do consumo de tabaco na escola. *O Professor*, 84, 13-21.
- Precioso, J. A. G. (2006). Boas práticas em prevenção do tabagismo em meio escolar. *Rev Port Clin Geral*, 22, 201-222.
- Precioso, J., Araújo, A. C., Machado, J. C., Samorinha, C., Becoña, E., & Antunes, H. (2014). Prevalência de alunos de escolas de Braga expostos ao fumo ambiental do tabaco em casa, antes e após a aplicação da lei antitabágica: estudo transversal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30 (4), 235-243.
- Raitio, A., Kontinen, J., Rasi, M., Bloigu, R., Roning, J., & Oikarinen, A. (2004). Comparison of clinical and computerized image analyses in the assessment of skin ageing in smokers and non-smokers. *Acta Derm Venereol*, 84 (6), 422-427.
- Rosemberg, J. (2005). *Nicotina: Droga universal*. Monografia, Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro, Brasil.
- Seibel, S. D., & Toscano, A., Jr. (Coord.). (2001). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu.
- Sena, A., & Ferret-Sena, V. (2004). Neurobiologia do uso de nicotina. In C. Ferreira-Borges & H. C. Filho (Coords.), *Usos, abusos e dependências: Tabagismo*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Thomas, G. A., Rhodes, J., & Ingram, J. R. (2005). Mechanisms of disease: Nicotine: A review of its actions in the context of gastrointestinal disease. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*, 2 (11), 536-544.
- US Department of Health and Human Services. (2010). *How tobacco smoke causes disease: The biology and behavioral basis for smoking attributable disease. A Report of the Surgeon General*. Rockville: MD: Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of Surgeon General.
- US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health. (2004). *The health consequences of*

smoking: A report of the Surgeon General. Atlanta: Office on Smoking and Health.

World Health Organization. (2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: Author.

World Health Organization. (2004). *IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans*. Tobacco smoke and involuntary smoking (Vol. 83). Lyon: IARC.

World Health Organization. (2007). *The scientific basis of tobacco product regulation. Report of a study group*. Geneva: Author.

World Health Organization. (2008). *Report on the global tobacco epidemic. The MPOWER Package*. Geneva: Author.

World Health Organization. (2010). *Air quality guidelines for Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2012). *Global report: mortality attributable to tobacco*. Geneva: Author.